

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ВА ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

СИРОЖИТДИНОВ КАМОЛ КОМИЛОВИЧ

**ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИДА
ХИРУРГИК ТАКТИКАНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТОШКЕНТ – 2018

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Сирожитдинов Камол Комилович

Жигар эхинококкозининг асоратланган шаклларида хирургик тактиканинг хусусиятлари..... 3

Сирожитдинов Камол Комилович

Особенности хирургической тактики при осложненных формах эхинококкоза печени..... 21

Sirojiddinov Kamol Komilovich

Features of surgical tactics in complicated forms of liver echinococcosis..... 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

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

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ ВА ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

СИРОЖИТДИНОВ КАМОЛ КОМИЛОВИЧ

**ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИДА
ХИРУРГИК ТАКТИКАНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТОШКЕНТ–2018

Тиббиёт фанлари доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2018.1.PhD/Tib599 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати икки тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифасида (www.rscs.uz) ва «Ziynet» ахборот таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Назиров Феруз Гафурович

тиббиёт фанлари доктори, профессор, академик

Расмий оппонентлар:

Акилов Хабибулла Атауллаевич

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Хакимов Мурод Шавкатович

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

**Россия Федерацияси соғлиқни сақлаш вазирлиги
«Н.И. Пирогов номидаги тиббий-хирургик марказ»
Федерал давлат бюджет муассасаси**

Диссертация ҳимояси Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ва Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.27.06.2017.Tib.49.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2018 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru; Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

Диссертация билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (65 рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Диссертация автореферати 2018 йил «___» _____ да тарқатилди.
(2018 йил «___» _____ даги ___ рақамли реестр баённомаси).

Х.К. Абралов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси муовини,
тиббиёт фанлари доктори

А.Х. Бабаджанов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

А.В. Девятков

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Мавзунинг долзарблиги ва зарурати. Эхинококкоз оғир паразитар касаллик бўлиб, «дунёнинг кўплаб давлатларида жиддий тиббий ва ихтимой муамо бўлиб қолмоқда»¹. Айрим баҳолашларга кўра, «ҳозирги вақтда дунёда 1 миллиондан ортиқ одам эхинококкоз билан касалланган бўлиб, унинг учраши айрим эндемик ва ноэндемик ҳудудларда 200 мартадан кўпроқ фарқланади. Сўнгги ўн йилликда эхинококкоз билан касалланиш ортиб бораётгани ва касалликнинг тарқалиш ҳудуди ҳам кенгайиб бораётгани кузатилмоқда»². Ўзбекистон эхинококкоз касаллиги бўйича эндемик ҳудудлар қаторига кириб, касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига 5,82 тани ташкил этади ва касалликнинг барқарор ўсишга мойиллиги кузатилмоқда, йиллик иқтисодий зарар эса 5 млрд. сўмдан ортиқни ташкил этади. Клиник амалиётга замонавий юқори маълумотли инструментал текширув усулларининг жорий этилиши эхинококкоз ва унинг асоратларини эрта ташхислашни сезиларли яхшилашга имкон берди. Бироқ, касалликнинг эрта босқичларида комплекс нурли текширишдан кейин ҳам тўғри ташхис фақат 46% беморда қўйилган. 37% дан 86% гача беморлар касалхонага паразитар касалликнинг клиник асоратлари босқичида даволаниш учун муурожаат қилиб, уларни даволаш кўпчилик ҳолатларда анъанавий хирургик ёндашувлар билан чекланиб қолган. Замонавий хирургияда эришилган ютуқлар ва янги технологияларнинг жорий этилганлигига қарамай, ушбу патологияда асоратлар ва ўлим кўрсаткичлари камайишга мойил эмас, шу сабабли, бу йўналишдаги тадқиқотларни давом эттириш устувор вазифалардан бири бўлиб қолмоқда.

Дунё амалиётида турли локализациядаги эхинококкоз ривожланишининг патогенезини ўрганиш, шу жумладан, географик хусусиятларни назарга олган ҳолда ушбу касаллик тарқалганлигини аниқлаш ва мойиллик яратувчи омилларни аниқлаш, касаллик кечиш оғирлигини баҳолашнинг морфо-функционал мезонларини ажратиш ва жигарнинг зарарланиши каби энг кўп ва мураккаб шаклларининг эҳтимол асоратлари гуруҳини прогностик дифференциаллашга қаратилган бир қатор илмий изланишлар давом этмоқда. Жигар эхинококкози (ЖЭ) гигант, кўп сонли, қўшма ва бошқа шакллари ривожланишининг сабаб-оқибат муносабатларини иммун ҳолат, паразитнинг ҳаёт цикли ва морфологик тури, фиброз капсула гистоструктураси ва сезилмас ўзгаришлардан то жигар циррозигача бўлган даражада гепатоцитлар анатом-функционал ҳолатига боғлиқ равишда ўрганиш давом эттирилмоқда. Киста жигар ичида жойлашганида ультраструктур ва морфологик ўзгаришларни ваўтказилган амалиётга боғлиқ равишда

¹ Benkabbou A., Souadka A., Serji B. et al. Changing paradigms in the surgical management of cysti liver hydatidosis improve the postoperative outcomes. //Surgery. 2016 Apr;159(4):1170-80.

² Marom G, Houry T, Gazla SA, Merhav H, Padawar D, Benson AA, Zamir G, Luques L, Safadi R, Khalailah A. Operative treatment of hepatic hydatid cysts: A single center experience. // Asian J Surg. 2018 Nov 13. pii: S1015-9584(18)30548-7.

амалиётдан кейинги узоқ даврда жигарнинг тикланиш даражасини ўрганиш масалалари айниқса устувор бўлиб ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда мамлакатимизда аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш миқёсини кенгайтириш ҳамда сифатини тубдан яхшилашга қаратилган кенг камровли чора-тадбирлар олиб борилмоқда. Хусусан, ушбу йўналишда, жигарнинг паразитар касалликларини хирургик даволаш сифатини яхшилашда ижобий натижаларга эришилган. Шу билан бирга, тиббий хизмат кўрсатиш тизимини такомиллаштириш мақсадида асоратланган жигар эхинококкозини хирургик даволашнинг янги усуллари самарадорлигини баҳолаш бўйича илмий асосланган натижалар талаб қилинади.

Соғлиқни сақлаш тизими ривожланишининг замонавий босқичида жигарнинг паразитар касалликлари натижаларини яхшилаш ва кўрсатилаётган тиббий хизмат кўламини сезиларли кенгайтиришга қаратилган кўплаб чора-тадбирлар олиб борилмоқда. Ушбу йўналишда, хусусан, ЖЭ бўлган беморларни ташхислаш ва даволаш сифатини яхшилашда касалликнинг асоратланган шакллари ривожланиш, қайталаниш частотаси ва амалиётдан кейинги ўлим кўрсаткичи қисқартириш борасида муайян ижобий натижаларга эришилган. Шунинг билан бирга, беморларнинг бу тоифасига тиббий хизмат кўрсатиш тизимини такомиллаштириш учун эхинококкоз патогенезини ва даволаш оқибати ногиронлик билан якунланиши эҳтимол бўлган касаллик асоратланган шакллари ривожланиши хавфини баҳолаш прогностик мезонларини чуқур таҳлил қилган ҳолда тадқиқотларни давом эттириш талаб этилади. 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлар бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечиршини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган¹. Ушбу вазифаларни бажариш, жумладан, янги резекция технологияларини жорий этиш ва амалиётларнинг тактик жиҳатларини такомиллаштириш йўли билан асоратланган ЖЭ ни даволаш натижаларни яхшилаш долзарб йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985-сон «Шошилич тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарори, Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 10 майдаги 266-сон «Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлашни ташкил этиш илмий-тадқиқот институти фаолияти тўғрисида»ги қарори ва бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

¹Ўзбекистон Республикаси Президентининг «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947- сонли Фармони, ЎзР Қонун Ҳужжатлари тўплами 2017 йил.

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

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. ЖЭ – ҳамма жойда тарқалган касаллик бўлиб, учраш частотаси эндемик худудларда камайишга мойил эмас. Ҳозирги вақтда эхинококкоз кистаси инсон организмнинг ҳар қандай аъзоси ва тўқималарида ривожланиши мумкинлигини кўрсатувчи кузатувлар мавжуд. «Энг кўп (70-85%) жигар эхинококкози, камроқ ҳолларда (15-25%) – ўпка эхинококкози, 3-5% ҳолларда паразитар шикастланиш бошқа аъзоларда кузатилади. Касалликнинг асоратланган шакллари 15-35% гача етади. Касалликнинг қайталиниши 6,2 дан 16,0% беморларда кузатилади» (Botezatu C¹). Эхинококкоз кўп ҳолларда беморларни ногиронлиги, узоқ вақт меҳнат қобилиятини йўқотиши, диссеминация шаклида эса ўлимга сабаб бўлувчи асоратлар билан кузатилади. Кўп ҳолларда эхинококкозни даволаш жуда қийин ва кенгайган жарроҳлик амалиётлари ҳамда давомий медикаментоз даволашни талаб этиши мумкин. Zhang C.² фикрича, «эрта ташхис қўйишдаги қийинчиликлар, фақат жарроҳлик усуллари кўллаш бу бир гельминтозни бошқа касалликлардан ажратиб турадиган ўзига хосликни аниқлайди». Буларнинг барчаси эхинококкоз ва унинг асоратларини замонавий ташхислаш ва даволаш масалаларининг долзарблигини белгилайди.

Эхинококкознинг кам ўрганилган жабҳаларидан бири касаллик қайталанишининг патогенези ҳисобланади. Масалан, Lembarki G.³ таъкидлашича, «айни дамда жарроҳлик усули билан даволашдан кейин беморда пайдо бўлган эхинококкоз кисталарининг табиатини ишончли аниқлаш мумкин эмас. Тажриба ва адабиёт манбалари эхинококкоз қайталиниши патогенези бир нечта, эҳтимол ҳар хил бўлган сабаблар билан боғлиқ бўлиши мумкинлигини кўрсатди». Турли клиник маълумотларга кўра, қайталанишнинг етарлича юқори частотаси амалиётлар радикалликка карамай, касалликнинг қайталаниши амалиётнинг тактик-техник жиҳатларига боғлиқ эмаслигини кўрсатди. Ушбу масалада фиброз касулаларнинг роли борасида кўплаб баҳслар мавжуд, айнан «эхинококкоз қайталаниши эҳтимоли фиброз капсула ва перикистоз тўқималарга боғлиқ бўлиши мумкин» дейилади (Kang MK⁴). Илмий адабиётларда кенг муҳокама қилинган ва аниқ ечимга эга бўлмаган амалиёт вақтида хирургик тактика масаласи ҳали очик қолмоқда. Бугунги кунда кўплаб хирурглар даволашнинг радикал хирургик усулидан кўра «ёпиқ» ёки «очик» эхинококкэктомияни афзал билишмоқда. Нафақат

¹ Botezatu C, Mastalier B, Patrascu T. Hepatic hydatid cyst - diagnose and treatment algorithm. // J Med Life. 2018 Jul-Sep;11(3):203-209.

² Zhang C, Li J, Aji T, Li L, Bi X, Yang N, Li Z, Wang H, Mao R, Lü G, Shao Y, Vuitton DA, Wen H, Lin R. Identification of functional MKK3/6 and MEK1/2 homologs from *Echinococcus granulosus* and investigation of protoscolecidal activity of MAPK signaling pathway inhibitors in vitro and in vivo. // Antimicrob Agents Chemother. 2018 Oct 22. pii: AAC.01043-18.

³ Lembarki G, El Benna N. Echinococcal Cysts in the Liver. // N Engl J Med. 2018 Jul 12;379(2):181.

⁴ Kang MK, Kim KH, Choi JH. Hepatic cystic echinococcosis due to *Echinococcus granulosus*, grossly observed by needle aspiration. // Korean J Intern Med. 2018 Jun 7. doi: 10.3904/kjim.2018.155.

паразит, балки унинг бириктирувчи тўқималарини радикал олиб ташлаш амалиётининг ҳиссаси у қадар катта эмас – 3,8-30% ни ташкил этади. Бирок амалиётдан кейинги асоратларнинг юқори частотаси (34-50%) ва кўплаб амалиётдан кейин касалликнинг кўплаб қайталаниш ҳолатлари (15-64%) усулнинг етарлича самарали ва ишончли эмаслигини кўрсатади. Бундан ташқари¹, «амалиёт натижаларига кўп ҳолатларда паразитар киста олиб ташлангандан кейин ҳам унинг ипчалари сақланиб қолиши билан боғлиқ жиддий асоратлар таъсир кўрсатади (йиринглаш, қон кетиши, ташқи сафро ва йирингли оқмалар ҳосил бўлиши)». ЖЭ асоратларини даволаш жигар резекцияси шаклида эхинококкоз кистаси билан бирга жигарни радикал олиб ташлаш ёки касаллик қайталанишини олдини олувчи қўшимча муолажа билан бирга эхинококкотомияни амалга ошириш лозим.

Ўтказилган адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ЖЭ да даволаш-ташхислаш тактикаси ҳозирги вақтда замонавий соғлиқни сақлашнинг энг долзарб ва охиригача ҳал этилмаган муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади. Жигарнинг эхинококк билан зарарланиши бўлган беморлар сонининг жадал ортиб бориши, даволаш тактикаси масалаларидаги ёндашувларнинг турлилиги ва даволаш натижаларининг қониқарсизлиги ушбу касалликнинг клиник жиҳатларини ишлаб чиқишни давом эттириш заруратини белгилаб беради. Замонавий хирургик даволаш-ташхислаш технологиялари, янги гемостатикнинг қопламаларнинг пайдо бўлиши, трансфузиология ва реаниматология ютуқлари ЖЭ асоратланган шаклларини даволаш муаммосини янги ҳолат ва замонавий даражада ўрганиш имконини беради.

Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази илмий-тадқиқот ишларининг «Жигарнинг ўчоқ ҳосиласини ташхислаш ва хирургик даволашнинг такомиллашган усулларини ишлаб чиқиш» мавзусидаги ИТСС-4-1 амалий лойиҳаси доирасида амалга оширилган (2012-2014йй).

Тадқиқотнинг мақсади янги резекция технологияларини жорий қилиш ва оператив амалиётларнинг тактик жиҳатларини такомиллаштириш йўли билан асоратланган жигар эхинококкозини хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқот вазифалари:

қорин бўшлиғи аъзоларининг гидатид зарарланишида жигар эхинококкози асоратларининг ривожланиш частотасини аниқлаш;

эхинококкоз пайдо бўлган элементларининг фиброз капсула билан ўзаро таъсиринининг морфологик хусусиятларини ўрганиш ва уларга ультратовушли кавитаторнинг таъсирини ўрганиш;

жигар эхинококкозининг асоратли шаклини хирургиянинг янги резекция технологиясига жорий қилиш, кистанинг топографик жойлашуви

¹ Ramia JM, Serrablo A, Serradilla M, Lopez-Marcano A, de la Plaza R, Palomares A. Major hepatectomies in liver cystic echinococcosis: A bi-centric experience. Retrospective cohort study. // Int J Surg. 2018 Jun;54(Pt A):182-186.

ва конфигурациясидан келиб чиқиб улардан фойдаланиш истиқболлини белгилаш;

бирламчи жигар эхинококкозининг асоратли шаклини хирургик даволаш усулини такомиллаштириш;

бирламчи жигар эхинококкозининг асоратли шаклини хирургик даволаш усулини такомиллаштириш самарадорлигини қиёсий баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2006-2017 йилларда академик В. Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-тадқиқот марказида жигар ва бошқа аъзолар эхинококкози билан амалиёт бажарилган 256 нафар беморлар хизмат қилган.

Тадқиқотнинг предмети бўлиб жигар эхинококкозининг асоратли шаклини хирургик даволаш натижалари, амалиёт вақтида ва кейинги асоратлар ривожланиши ва касаллик қайталаниши хавфи омилларини таҳлил қилиш ҳисобланади.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига ва белгиланган вазифаларга эришиш учун қуйидаги усуллардан фойдаланилди: умумий клиник, инструментал (ультратовуш, эндоскопик, нур текширув усуллари), морфологик ва статистика усуллари.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

қорин бўшлиғининг барча гидатид зарарланган аъзолари таркибида бирламчи ва қайталанган жигар эхинококкози асоратланган шакллари ривожланишининг патогенетик хусусиятлари очиқ берилган;

жигар эхинококкози асоратланган шакллари кечишининг морфо-функционал хусусиятлари асосида хирургик даволашнинг тактик-техник жиҳатлари такомиллаштирилган;

жигар эхинококкозининг маҳаллий қайталанишига олиб келиши мумкин бўлган ҳаёт қобилияти сақланиб қолган протосколекслар аниқланган фиброз капсуланинг морфологик структураси аниқлаштирилган;

жигар эхинококкози хирургиясида қолдиқ бўшлиқ ультратовушли кавитациясини қўллаш ("CUSA Excel[®]", "Ultracision", "LigaSure") фиброз капсуладаги куртак элементларини ҳам ҳисобга олган ҳолда абсолют паразитоцид таъсирга эришиш имконини бериши исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

амалиётлар натижаларини яхшилаш ва амалиётдан кейинги реабилитация муддатларини қисқартириш имконини берувчи бирламчи ва қайталанган жигар эхинококкози асоратли шаклини хирургик даволашнинг оптимал тактикаси ишлаб чиқилган;

таъсир соҳасида протосколексларнинг парчаланишига сабаб бўлувчи қолдиқ бўшлиқнинг ультратовуш кавитацияси эхинококк куртак элементларига таъсир этувчи энг самарали физик усуллардан бири эканлиги *in vitro* шароитида исботланган;

асоратланган ЖЭ хавф гуруҳларида шароитнинг омилли таҳлили ва ушбу патологияда хирургик тактикани танлашнинг замонавий позицияларига асосланган даволаш-ташхислаш чора-тадбирлар алгоритми ишлаб чиқилган;

жигарнинг етиб бориш мураккаб бўлган соҳаларидаги эхинококкозда минимал қон йўқотган ҳолда паразит кистасига етиб боришга максимал имкон берувчи резекция технологиялари ва амалиёт вақтидаги ультратовуш навигациясининг аҳамияти аниқланган;

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги диссертацияда келтирилган муаммоларни ечишда қўлланилган усуллар замонавий илмий-амалий қарашлар ва жигар эхинококкози бўлган беморларни ташхислаш ва хирургик даволашга ёндашишларга асосланади. Тадқиқот хулосалари Стюдент мезони ва ишончли интервал ҳамда эҳтимоллилиқни ҳисобга олган ҳолда вариацион таҳлил қилиш билан замонавий математик статистика усулидан фойдаланиб қайта ишланган натижалар асосида қилинган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулоса ва таклифлар назарий аҳамиятга эга бўлиб, жигар эхинококкозининг асоратли шакли бўлган беморларни даволашнинг замонавий ёндашувларини ишлаб чиқишда қўллаш мумкин. Қорин бўшлиғи аъзоларини гидатид зарарланиши таркибида бирламчи ва қайталанувчи жигар эхинококкозининг асоратли шакли ривожланиш частотаси ўрганилган. Морфологик тадқиқотлар эхинококкэктомиядан сўнг фиброз капсулани қайта ишлашда ультратовушли технологиялардан фойдаланиш протосколексларга мутлақо паразитоцид таъсир кўрсатган ҳолда самарадорлигини исботлаган, бу эса жигар резекцияси учун кўрсатма бўлмаганида мажбурий альбендазол ҳосилалари ёрдамида адьювант кимётерапия ўтказиш шарти билан фиброз капсулани сақлаб қолиш имконини берган. Ишнинг айрим натижалари жигарнинг ҳажмли касалликлари билан беморларни ташхислаш ва даволаш бўйича магистрлар, курсантлар ва клиник ординаторларни ўқитиш дастурининг таркиби ва структурасини такомиллаштириш мақсадида қўлланиши мумкин.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, асосий хулоса ва тавсиялар турли даражадаги тиббиёт муассасаларида асоратланган жигар эхинококкози билан беморларни ташхислаш ва даволашда фойдаланилиши мумкин. Жигарнинг етиб бориш мураккаб бўлган қисмларидаги эхинококкозда жорий этилган резекция технологиялари, шунингдек, ультратовушли амалиёт вақтидаги навигацияни қўллаш қолдиқ бўшлиқни текшириш ва адекват антипаразитар қайта ишлаш имкони билан паразитар кистага максимал кириш ва кам қон йўқотишга эришиш имконини берган. Бирламчи ва қайталанган жигар эхинококкозининг асоратланган шаклини хирургик даволашнинг ишлаб чиқилган оптимал тактикаси амалиёт натижаларини яхшилашга ва амалиётдан кейинги реабилитация муддатини қисқартиришга имкон берган. Ушбу патологияда хирургик тактикани танлашнинг замонавий позицияси ва хавф гуруҳида вазиятни баҳолашга асосланган асоратланган ЖЭ да даволаш-ташхислаш алгоритми ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Жигар эхинококкозининг асоратланган шакллари ташхислаш ва хирургик даволашни яхшилашга қаратилган илмий тадқиқот натижалари бўйича:

«Жигар эхинококкозининг асоратланган шаклларида хирургик тактика хусусиятлари» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 7 ноябрдаги 8н-д/237-сон маълумотномаси). Тавсиялар жигар эхинококкози хирургиясида асосий қоидаларга риоя қилиш: қолдиқ бўшлиқни текшириш ва адекват антипаразитар қайта ишлаш имкони билан паразитар кистага максимал кириш ва кам қон йўқотишга эришилган, бу эса геморрагик асоратларнинг умумий кўрсаткичини 14,8% дан 5,4% гача ишончли пасайтиришга имкон берган;

«Жигар эхинококкозининг асоратланган шаклларида хирургик тактика хусусиятларини танлаш дастури» ишлаб чиқилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 7 ноябрдаги 8н-д/237-сон маълумотномаси). Клиник-ташхислаш алгоритмининг қўллаш ЖЭ нинг турли шаклларида хирургик даволаш тактикасининг танлашни оптималлаштириш имконининг бериб, касалликнинг ўзига хос асоратлари ва қайталаниш хавфининг қисқартириш имконининг берган;

жигар эхинококкозининг асоратланган шакллари билан беморларни ташхислаш ва хирургик даволаш сифатининг яхшилашга бағишланган тадқиқот бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалий фаолиятига, хусусан, академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт маркази, Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг Андижон ва Фарғона вилояти филиалларининг хирургия бўлимлари амалий фаолиятига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 7 ноябрдаги 8н-д/237 сонли маълумотномаси) татбиқ этилган. Тадқиқотнинг олинган натижалари жигар эхинококкози асоратланган шаклларида хирургик даволашнинг тактик-техник жиҳатларининг такомиллаштириш, шунингдек, ижобий натижаларни 70,7% дан 87,9% гача ошириш, амалиёт вақтида ва ундан кейинги асоратларни 33,6% дан 7,9% га, ўлим кўрсаткичини 33,6% дан 0,7% гача пасайтириш имконининг берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Тадқиқот натижалари 10 та илмий-амалий конференцияларда, жумладан 2 та халқаро ва 1 та республика конференциясида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 11 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, 4 та мақола, улардан 2 таси республика, 2 таси хорижий журналларда, барчаси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси докторлик диссертацияларининг асосий илмий натижаларининг эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларда чоп этилган.

Диссертация тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса, хотима, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертация ҳажми 120 саҳифадан иборат.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати асосланган, мақсад ва вазифалари, шунингдек тадқиқотнинг объект ва

предмети шакллантирилган, тадқиқот ишининг Ўзбекистон Республикаси фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, илмий янгиликлар ва тадқиқотнинг амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг назарий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини жорий қилиш, чоп этилган ишлар ва диссертация тузилиши ҳақида маълумотлар берилган.

Диссертациянинг «**Хирургияда жигарнинг катталашшига замонавий тенденциялар ва қарашлар эволюцияси**» деб номланган биринчи бобида жигар эхинококкози муаммолари, унинг этиопатогенези моҳиятини очиб берувчи адабиётлар шарҳи, ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари, шунингдек, ушбу патологияли беморларни даволашдаги мавжуд муаммолар келтирилган. Бобда муаммо ҳолати, жигар эхинококкозининг асоратли кечиш таснифи ва патофизиологияси масалалари, жигар эхинококкози асоратларини ташхислашнинг замонавий усуллари, жигар эхинококкозини хирургик даволаш хусусиятлари очиб берилган.

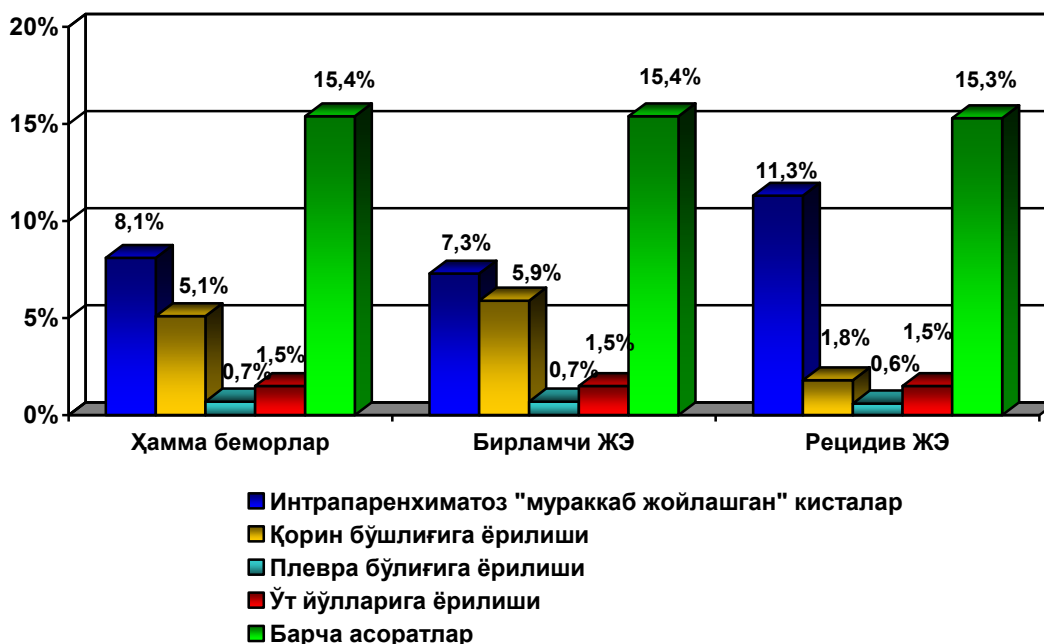
Диссертациянинг «**Тадқиқот материаллари ва фойдаланилган усулларнинг клиник тавсифи**» деб номланган иккинчи бобида тадқиқотнинг материал ва усуллари тасвирланган, клиник материаллар, тадқиқотнинг клиник ва инструментал усулларининг умумий тавсифи берилган. Тадқиқотда жигар эхинококкози бўлган 256 нафар бемор: кириш қийин бўлган интрапаренхиматоз жойлашувли асорат билан – 135 нафар бемор қорин бўшлиғидаги бузилиш – 85 та бемор; ўпка бўшлиғидаги бузилиш – 11 та бемор; билиар томирдаги бузилиш бўлган – 25 нафар бемор текширув натижалари асос бўлди.

Барча беморлар икки гуруҳга бўлинишди: асосий гуруҳ – 140 та бемор (2012 йилдан 2016 йилгача операция қилинган) ва назорат гуруҳи – 116 та бемор (2007 йилдан 2011 йилгача операция қилинган). Беморларни бўлишда 2012 йилдан такомиллаштирилган даволаш-ташхислаш тактикаларини жорий қилишга асосланди, ишлаб чиқилган алгоритм (ташхислаш ва тактик-техник жиҳатлар хусусиятлари диссертациянинг 3-бобида акс эттирилган)га мувофиқ, беморларда сегментэктомиянинг (СЭ) турли вариантлари амалга оширилди.

Жами ЖЭ ва қорин бўшлиғи эхинококкози таркибида кириш қийин бўлган кисталар 8,1% (1663 бемордан 135 тасида); қорин бўшлиғида емирилиш - 5,1% (85), ўпка емирилиши - 0,7% (11), ўт-қоп емирилиши - 1,5% (25)ни ташкил этди. Бунда бирламчи эхинококкозда қайталанувчи ЖЭ таркибидаги интрапаренхиматоз кисталарининг устунлиги - 11,3% қарши 7,3% ва аксинча бирламчи эхинококкоз таркибида қорин бўшлиғидаги емирилиш асорати - 5,9% қарши 1,8%. Асоратларнинг қолган шакллари частотасига кўра фарқ қилмаган (1-расм).

Беморларни комплекс текшириш тадқиқотнинг умумклиник лабораториявий ва инструментал усуллари билан бир қаторда киста ҳосиласини морфологик текширишни қамраб олди. Ташхислаш ва хирургик даволаш натижаларини баҳолаш учун текширишнинг эски усуллари билан бир қаторда нурли ва лабораториявий усулларни қамраб олувчи замонавий

усуллар қўлланилди. Олинган натижалар ишончилигига урғу берилиб статистик жиҳатдан қайта ишланди.



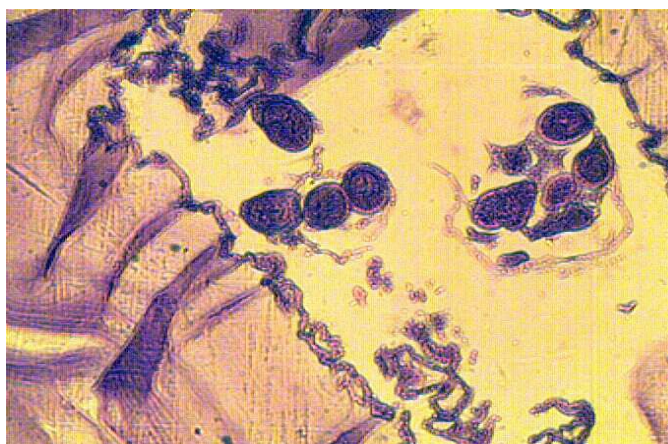
1-расм. Кўрсатилган ЖЭ асоратларининг қорин бўшлиғи органлари эхинококкози таркибида ривожланиш частотаси

Диссертациянинг «**Эхинококкознинг эмбрион элементлари ва фиброз капсулалар ўзаро таъсирининг морфологик хусусиятлари**» деб номланган учинчи боби капсуланинг ички юзасига физик ёрдам кўрсатишнинг турли усуллари таъсири тадқиқотиغا бағишланган.

Эхинококкоз хирургиясининг баҳсли жиҳатларидан бири эхинококкэктомияда фиброз капсулани қолдириш ёки олиб ташлаш масаласи ҳисобланади. Капсулани қолдириш тарафдорлари фикрларини фиброз капсула атрофида етарлича йирик томирлар мавжудлиги, уларни олиб ташлаш қон кетишига сабаб бўлиши мумкинлиги билан асослашади. Аввалги тадқиқотлар паразит элементлари капсула ичида кўпайгани каби капсула ташқарисида ҳам микроорганизмлар учун кўпайиши билан капсула ўтказувчанлигини кўрсатди. Капсулани сақлаб қолишдаги ички юзасига физик ёрдам беришнинг турли усуллари – лазерли нурлантириш, ультратовуш ва бошқалар уларнинг паразитоцид таъсирини тасдиқлашга имкон бериши исботланди. Хирургияда, жумладан, эхинококкозни даволашда замонавий резекция технологиялари, хусусан, ультратовушли кавитатор «Cusa –EXEL+» ва боғлайдиган ускуна «Liga-Sure» дан фойдаланиш аввалги кўплаб ҳолатларни қайта кўриб чиқиш имконини берди. «Cusa –EXEL+» гемостатик таъсир кўрсатиши ва эҳтимол эхинококкознинг эмбрионал элементларига фиброз капсулаларни сақлаб қолиш имкони билан паразитоцид таъсир кўрсатиши мумкин.

Олиб борилган морфологик тадқиқотлар фиброз капсула таркибида тузилишига билан ўхшаш протоксолексларни аниқлаш имконини берди.

Улар, одатда, 2-3 протосколекслар билан кичик гуруҳларда жойлашишган. Протосколекслар атрофида кўпинча шиш жойлашувини акс эттирувчи «структурасиз» зоналар аниқланган. Протосколекслар морфологияси уларнинг яшовчанлигини тахмин қилиш имконини берди (2-расм).

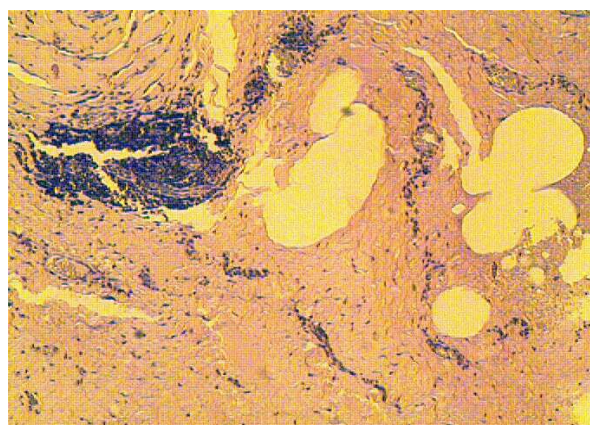


2-расм. Протосколекс ва хитин қобикли чиқариш капсулалари. Г-Э 10x10

CUSA-технологиялари фиброз капсулада жойлашган простоклексларнинг сезиларли ўзгариради. Эмбрионал элементлар архитектураси бузилади. Ватрофида шиш шаклланади. Фиброз капсулаларда аниқланган протосколексларнинг ўзгаришлари уларнинг яшовчан эмаслигини кўрсатди. CUSA –технологиялардан фойдаланиш фиброз капсулалар яқинида жойлашган жигар тўқималари ўзгаришини келтириб чиқаради. Синусоидлар кенгайиши, жигар балоки дезинтеграцияси белгиланди. Капсула ва жигар тўқимаси шиш зонасида пайдо бўлади. Фиброз капсуладаги жигар тўқималарида етарлича йирик вакуолалар пайдо бўлиши кузатилди (3 ва 4-расмлар).



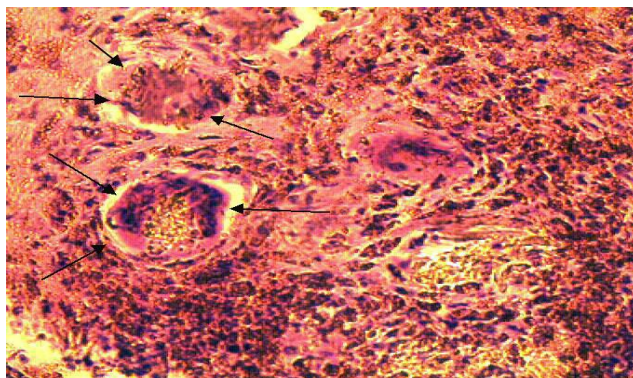
3-расм. Фиброз капсулада «структурасиз» зона пайдо бўлиши. CUSAдан фойдаланиш. Г-Э 10x10.



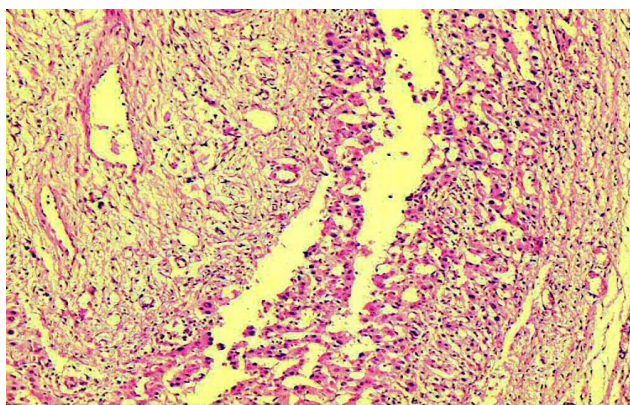
4-расм. Фиброз капсулада йирик вакуолалар. CUSAдан фойдаланиш. Г-Э 10x10.

Тадқиқотларимиз жигар хирургиясида CUSA-технологиялардан фойдаланиш бошқа ижобий хоссалар билан бир қаторда фиброз капсулада аниқланган протосколексларга паразитоцид таъсир кўрсатишини кўрсатди.

Бу фиброз капсулани сақлаб қолиш тўғри эканлигини акс эттиради. CUSA.-технология ва «Liga-Sure»дан комплекс фойдаланиш ҳам фиброз капсулаларни сақлаб қолиш имконини беради. Бунда фиброз капсула томирларида турли ўлчамдаги микротугунлар ҳосил бўлади, бу кўрсатилган услубнинг гемостатик таъсирини кўрсатади. Бу ўз навбатида, фиброз капсулаларни сақлаб қолиш зарурлигини акс эттиради (5 ва 6-расм).



5-расм. Фиброз капсулада деструкция пайдо бўлиши ўхшаш протосклексларнинг ҳосил бўлиши. CUSAдан фойдаланиш. Г-Э 10x40



6-расм Фиброз капсуладаги заиф акс этган жигар гепатоцитлари балоклари дезинтеграцияси. Шиш. CUSA. Г-Э 10x40.

Шундай қилиб, тадқиқотларимиз натижалари жигар хирургиясида CUSA.-технологияларидан фойдаланиш бошқа ижобий хоссалар билан бир қаторда фиброз капсулада аниқланган протосклексларга паразитоцид таъсир кўрсатади. Бу фиброз капсулани сақлаб қолиш имконини беради, бир қатор вазиятларда эса бунинг самарали эканлигини кўрсатади. Шунингдек, CUSA.-технология ва «Liga-Sure»дан комплекс фойдаланиш натижалари ҳам фиброз капсулаларни сақлаб қолиш зарурлигини кўрсатади. Бунда фиброз капсула томирларида турли ўлчамдаги микротугунлар ҳосил бўлади, бу эса келтирилган усулларнинг гемостатик таъсирини кўрсатади. Бу эса ўз навбатида фиброз капсулани сақлаш қолиш зарурлигини исботлайди.

CUSA.-технология ва «Liga-Sure»дан фойдаланишнинг бир қатор салбий вақтлари ҳам кузатилди. Улар фиброз капула ва унда жойлашган жигар тўқималарида «структурасиз» зона, йирик вакуолалар пайдо бўлишидир.

Шунингдек, жигарнинг балок тузилишининг бузилиши, синусоидларнинг кенгайиши ва жигар паренхимасида вакуолаларнинг пайдо бўлиши ҳам кузатилади. Бироқ аниқланган ўзгаришлар аралаш табиатга эга бўлиб, улар нисбатан чуқур эмас ва тарнзитор табиатга эга бўлиши ҳам мумкин.

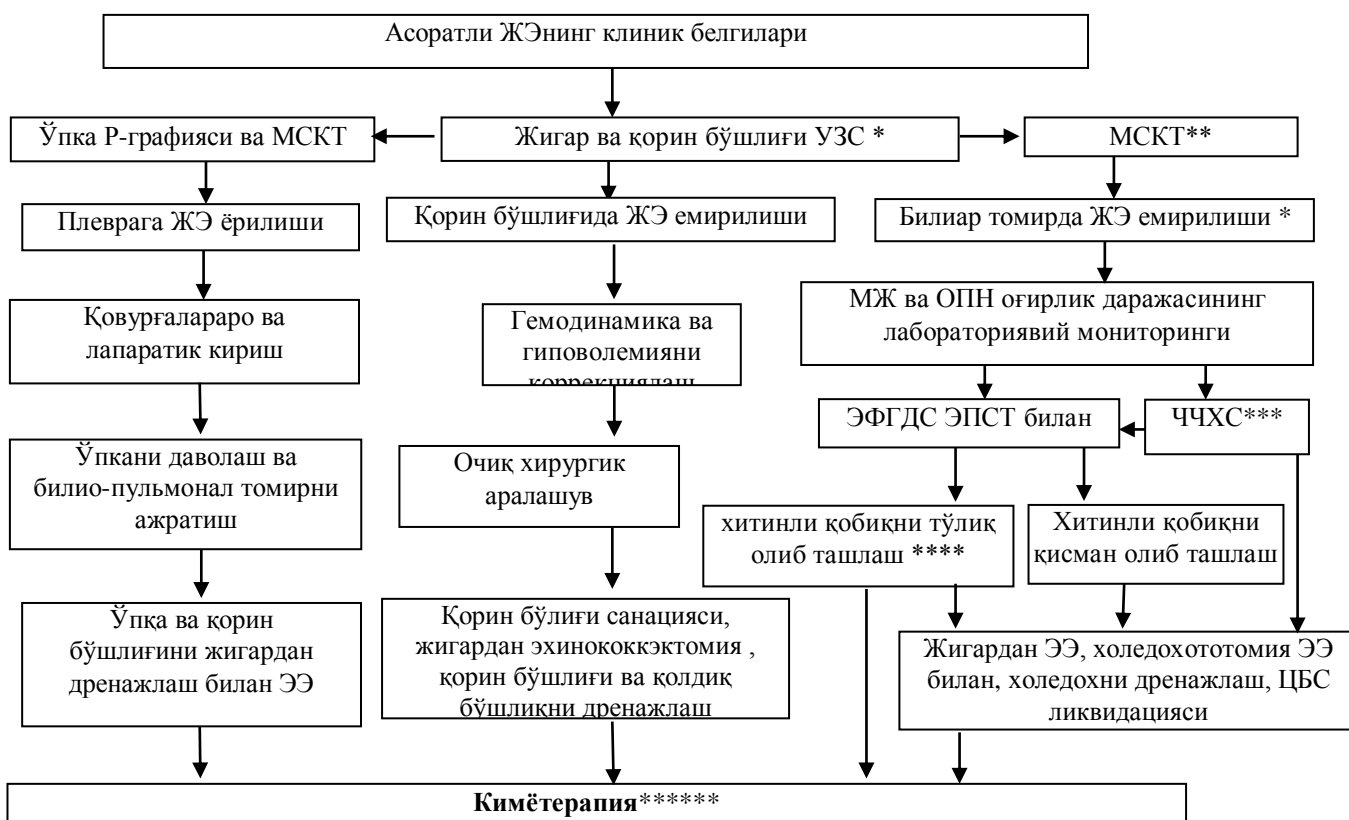
Диссертациянинг «**Асоратли жигар эхинококкозида хирургик тактика ва даволаш-ташхислаш алгоритмини тузишнинг хусусиятлари**» деб номланувчи тўринчи бобида академик В. Воҳидов номидаги РИХИАМда ЖЭ ташхисланган беморларда пушбу касалликнинг асоратли кечиш жиҳатлари ўрганилишида қўлланган тактик-техник ёндашувлар ёритилган. Таъкидлаш зарурки, ЖЭнинг ҳар қандай асоратида хирургик гепатологиянинг замонавий қонунларига кўра, нафақат тўғри ташхис, балки клини кечишни тезкор прогнозлаш ҳам муҳим ўрин тутди ва операция аралашуви ҳажми ва вақтидалигига асосланади. Кўп беморлар хирургияда стационар даволанишга эхинококкоз касаллиги белгилари билан кўпинча жигар зарарланиши давомийлиги ва асоратли кечишни билмаган ҳолда келишади, бу операция аралашувларини муддати ва ҳажми борасида қарор қабул қилишни қийинлаштиради.

Бугунги кунда бирламчи ЖЭ асоратларида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш шароитида асосий устувор йўналиш зарарланишнинг асорати табиати ва ҳажмини белгилаш билан юқори технологияли нурли ташхислаш; асоратнинг клиник кечиши оғирлик даражасини баҳолаш, зарарланган организмнинг захира функционаллилигини аниқлаш, эхинококкоз қайталаниши ривожланиш хавфи омилларини ўрганиш; билиар томирда эхинококкоз кистаси емирилишида хирургик тактикани стандартлаш; бўш бўшлиқ ёки ўпка бўшлиғида ЖЭ емирилишида тактикаларни стандартлаш; жигарнинг кириш қийин бўлган эхинококкоз кистасида хирургик тактикаларни стандартлаш; жигар эхинококкози қайталанишини олдини олиш учун ўзига хос фармакотерапия.

ЖЭни кириш қийин бўлган зоналарида хирургик даволашда юқори технологияли қонсиз технологияларни қўллаш ушбу касалликни даволашда асосий қоидаларга риоя қилишга, айнан: кистага минимал қон йўқотиш билан адекват кириш, барча апаразитар тамойилларга риоя қилишга имкон беради. ЖЭ асорати бўлган беморлар келтирилганда нурли ташхислашнинг барча комплекслари, эндоскопик ва эндоваскуляр технологиялардан фойдаланиш билан қизиқиш даражасини (жигарнинг магистрал томирлари, қорин ва ўпка бўшлиғи) полипозицион баҳолаш зарур.

Шунга кўра, билиар томирда емирилиш асорати бўлган ЖЭ да даволаш-ташхислаш тактикасининг асосий вазифаси: жигар етишмовчилиги даражасини баҳолаш ва ЭФГДС ни амалга ошириш учун кўрсатмаларни белгилаш; ЭПСТ билан шошилиш ЭФГДС ҳисобланади; жигар ичи холестаза ва ностабил генодинамикада, шунингдек, ЭПСТни амалга оширишнинг анатомик имкони бўлмаганда ЧХС тавсия қилинади; бундай асоратли беморларда охириги босқич жигар ЭЭ, холедохни дренажлаш билан холедохотомия ҳисобланади.

Жигарнинг кириш қийин бўлган жойларидаги эхинококкозда замонавий консиз технология (ультратовушлио фрагментатор-аспиратор "CUSA Excel®+", ультратовушли скальпел "Ultracision", электротермик аппарат "LigaSure"), шунингдек, ультратовушли интраоперацион навигацияни қўллаш хирургия ва паразитологияда асосий қоидалар, айнан: қолдиқ бўшлиқни адекват антипаразитар қайта ишлаш ва текшириш имкони билан паразитар кистага максимал кириб кам қон йўқотишга риоа қилишга эришиш имконини беради. "CUSA Excel®+" ва "LigaSure", шунингдек, ультратовушли интраоперацион навигациядан фойдаланиш ЖЭ асоратини хирургик даволаш имкониятларини сезиларли кенгайтиради, ушбу касалликни даволашда радикал ёндашувга нисбатан айрим эрта позицияларни қайта кўриб чиқишни талаб этади.



Изоҳ: * - умумий аниқлик, сезувчанлик ва ахборийликда жигар ва қорин бўшлиғи УЗС хирургик тактикани танлашда ташхислашнинг мустақил усули бўлиши мумкин.

** - МСКТ аниқ дифференция ва киста жигарнинг кириш қийин бўлган (7-8 сегментлар) ва магистрал томирларга яқин жойда жойлашганда зарур.

*** - ЧЧХС ЭФГДС ни амалга оширишнинг анатомик қийинчиликларида (Бильрот-2 бўйича ошқозон резекциясида; ДПКнинг мураккаб дивертикулалари) ёки ностабил гемодинамикасида холестознинг клиник акс этишида қўлланилади

****- жигарда эхинококкоз кистасини тўлиқ олиб ташлашда умумий ўт-қоп оқимида давомида адекват ЭПСТ очик жарроҳлик аралашувини амалга ошириш кўрсатилмаган (Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г., 2016).

***** - Кимётерапия академик В. Воҳидов номидаги РИХИТМ протоколига кўра олиб борилади ва жарроҳлик аралашувидан сўнг 2 йил давомида ҳар уч ойда УЗС билан назорат қилинади.

6-расм. Асоратли ЖЭда даволаш-тактик алгоритм

Қорин бўшлиғида емирилишда даволаш тактикаси қорин бўшлиғини даволаш билан белгиланади ва қолдиқ бўшлиқни дренажлаш билан жигардан ЭЭ билан чегараланди. Ўпка бўшлиғидаги ЖЭ емирилишида ажратиб кириш асосий дақиқа ҳисобланади: трансторакал – ўпка бўшлиғига ва лапаротомик – жигарга, шунингдек, ушбу соҳаларни билиопульмонал тешиқдан ажратиб дренажлаш.

Олиб борилган таҳлилларга кўра, клиник вазиятни ярим позицион баҳолаш ва жами даволаш тактикаларини қўллашга асосланган, ЖЭ асорати бўлган беморларни даволаш-ташхислаш алгоритминини киритилган қуйидаги схема тақдим этилади (6-расм).

Шундай қилиб ушбу алгоритмни тузишдан мақсад ушбу патологияни замонавий босқичда учтун бўлган позицияни ҳисобга олиб мавжуд тажрибаларни умумлаштиришдан иборат. Айнан эндоскопик аралашувлар имкониятидан клиник вазиятларни ҳисобга олган ҳолда фойдаланиш оптимал хирургик тактикани танлашда муҳим ҳисобланади.

Диссертациянинг «**Жигар эхинококкозининг асоратларини хирургик даволаш натижаларини қиёсий таҳлил қилиш**» тақдим этилган алгоритмни жорий этишнинг шахсий натижалари баҳолашнинг барча асосий жиҳатлари ҳисобга олиб келтирилган.

ЖЭ асорати бўлган беморларни даволаш тактикасини танлаш замонавий хирургиянинг долзарб масалаларидан бири ҳисобланади. Касалхонада даволашнинг барча босқичлари ривожланган асоратлар ва унинг бошқа орган ва тизимларга таъсирининг оғирлик даражаси текширилишига ҳамда даволашнинг оптимал усулини танлашга индивидуал ёндашишни тала этади. Даволаш тактикасини танлаш учун тақдим этилган алгоритм операцияга бўлган ҳолатни объектив баҳолаш, шунингдек, хирургик ёрдам бериш сифатини оширишда юқори самарадорликни кўрсатди. Олиб борилган тадқиқотлар интрапаренхиматозли кириш қийин бўлган киста УЗД маълумотларига кўра интраоперацион топик хариталаш билан бирга ЖЭ хирургиясида замонавий резекция технологияларидан фойдаланиш ўзига хос асоратларни 31,1% (19)дан 10,8%гача (8) геморрагик асоратларни - 14,8% (9) дан 5,4% (4)гача ишончли пасайтиришга ($P<0,001$) ва мос равишда ўлим частотасини 3,3%дан 1,4%гача, касалхонада даволаниш даврини $16,2\pm 1,2$ дан $11,1\pm 0,9$ кунгача қисқартириш имконини берди ($P<0,01$).

Қорин бўшлиғида ЖЭ емирилишида перинонитнинг типик клиникаси йўқлигида метаболик бузилишни тузатиш мақсадида эҳтиёткорлик билан операция қилиш учун операциядан олдинги тайёргарлик билан тактикани стандартлаш операциядан кейинги асоратларни 19,5% (9) дан 9,1% (4)гача ва мос равишда касалхонада даволаниш муддатини $14,1\pm 0,6$ дан $12,1\pm 0,6$ кунгача қисқартириш имконини берди ($P<0,05$).

ЖЭ асоратли шаклларида бири ўпка бўшлиғи емирилиши ҳисобланади, бунда қорин ва ўпка бўшлиғига икки йўлда кириш, давомида ажратиб дренажлашдан фойдаланиб жарроҳлик аралашувини амалга ошириш операциядан кейинги асоратларни икки баробар камайтириш ва

касалхонада даволаниш муддатини $18,4 \pm 0,9$ дан $14,5 \pm 0,8$ кунга қисқартириш имконини берди ($P < 0,05$).

ЖЭни хирургик даволашнинг икки босқичли тактикаси қўллаш, биливр томирда емирилиш асоратида хитинли қобикнинг бирламчи эндоскопик экстракцияси ва кейинчалик операция қилиб даволаш операциядан кейинги асоратларни умумий кўрсаткичларини 44,4% (4) дан 18,8% (3) гача ишончли пасайтиришга ($P < 0,001$), ўлим кўрсаткичини ниверлаш ва касалхонада даволаниш муддатини $16,7 \pm 0,7$ дан $14,5 \pm 0,6$ кунгача қисқартиришга имкон берди ($P < 0,05$). Такдим этилган алгоритм асосида асоратли ЖЭни хирургик даволашнинг тактик-тезлик жиҳатларини такомиллаштириш ижобий натижаларни 70,7% дан 87,9% гача оширишга, ўзига хос интра- ва операциядан кейинги асоратларни 33,6% дан 7,9% гача, ўлим кўрсаткичларини 2,6% дан 0,7% гача камайтиришга ($P < 0,001$) ва касалхонада даволаниш даврини $16,3 \pm 0,9$ дан $12,9 \pm 0,7$ кунгача қисқартиришга имкон берди ($P < 0,01$).

ХУЛОСА

1. ЖЭ ва қорин бўшлиғи органларида кириш қийин бўлган кисталар 8,1% ни; қорин бўшлиғидаги бузилиш билан эхинококкоз 5,1%, ўпка бўшлиғидаги эхинококкоз 0,7%, ўт-қопда эхинококкоз 1,5% ни ташкил этди.

2. Марказий Осиё минтақасида *E. Veterinorum* келтириб чиқарган, финналарда ривожланишнинг турли босқичларидаги кўплаб протосколексли чиқиш капсулаларининг мавжудлиги билан фарқланувчи, фиброз капсулаларда фаол яшовчан жигар эхинококкози кўп учрайди.

3. Сўнгги замонавий ва хирургик ютуқлар ва ривожланиш даражаси, жумладан резекция ва трансплантация усуллари, технологиялар ушбу касалликнинг радикал даволашга нисбатан айрим позициялар ва ёндашувларни кўриб чиқиш ҳамда жигар эхинококкозини ташхислаш ва операцион даволаш натижаларини сезиларли яхшилаш имконини берди.

4. ЖЭ хирургиясида қодик бўшлиқни қайта ишлашда ультратовушли технологиялардан фойдаланиш протосколексларда мутлақо паразитар таъсир кўрсатади, бу жигар резекциясини амалга оширишга кўрсатма бўлмаганда мажбурий альбендазол ҳосилали адьювант кимётерапия билан фиброз капсулани сақлаб қолиш имконини беради.

5. Жигарнинг резекция амалга ошириш қийин бўлган қисмидаги эхинококкозда замонавий қонсиз технология (ультратовушли фрагментатор-аспиратор "CUSA Excel[®]+", электротермик аппарат "LigaSure"), шунингдек, ультратовушли интраоперацион навигацияни қўллаш хирургия ва паразитологияда, айнан: қолдиқ бўшлиқни текшириш ва адекват антипаразитар қайта ишлаш билан паразитар кистага максимал кириш орқали кам қон йўқотишнинг асосий қоидаларига риоя қилишга имкон берди, бу ўзига хос асоратларни 31,1% дан 10,8% га (геморрагик - 14,8% дан 5,4% га) ($P < 0,001$), ўлим кўрсаткичларини 3,3% дан 1,4% га ва касалхонада даволаниш даврини $16,2 \pm 1,2$ дан $11,1 \pm 0,9$ кунгача камайтириш имконини берди ($P < 0,01$).

6. Қорин бўшлиғида ЖЭ бузилишида перитонитнинг типик клиникаси йўқлигида метаболик бузилиш тузатиш мақсадида авайлаб операция қилиш учун операциядан олдинги тайёргарлик билан тактикани стандартлаш операциядан кейинги асоратларни 19,5% (9) дан 9,1% (4) гача пасайтиришга вавос равишда касалхонада даволанишни $14,1 \pm 0,6$ дан $12,1 \pm 0,6$ кунгача қисқартиришга имкон берди ($P < 0,05$).

7. Ўпка пардаси бузилиши асорати бўлган ЖЭда қорин ва ўпка бўшлиғига кириш орқали жарроҳлик аралашуви ва давомида алоҳида дренажлашни амалга ошириш операциядан кейинги асоратларни эрта ривожланиш хавфини икки мартага камайтириш ва касалхонада даволанишни $18,4 \pm 0,9$ дан $14,5 \pm 0,8$ кунгача қисқартириш имконини беради ($P < 0,05$).

8. Хитин қобикнинг бирламчи эндоскопик экстракциясини амалга ошириш ва кейинги операция усули билан билиар томирда асоратли бузилган ЖЭни хирургик даволашнинг икки босқичли тактикасини қўллаш операциядан кейинги асоратларни 44,4%дан (4) 18,8%гача (3) ишончли пасайтиришга ($P < 0,001$), ўлим кўрсаткичини нивелирлашга ва касалхонада даволаниш даврини $16,7 \pm 0,7$ дан $14,5 \pm 0,6$ кунгача қисқартириш имконини берди ($P < 0,05$).

9. Тақдим этилган алгоритм асосида асоратли ЖЭни хирургик даволашнинг тактик-техник жиҳатларини такомиллаштириш ижобий натижаларни 70,7%дан 87,9%га оширишга, ўзига хос интра- ва операциядан кейинги асоратлар частотасини 33,6%дан 7,9%гача, ўлим кўрсаткичларини 2,6%дан 0,7%гача пасайтиришга ($P < 0,001$) ва даволаниш муддатини $16,3 \pm 0,9$ дан $12,9 \pm 0,7$ кунгача қисқартиришга ($P < 0,01$) имкон берди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.27.06.2017.Tib.49.01 ПРИ
РЕСПУБЛИКАНСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА И ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА**

СИРОЖИТДИНОВ КАМОЛ КОМИЛОВИЧ

**ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ
ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТАШКЕНТ – 2018

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за №В2018.1.PhD/Tib599.

Диссертация выполнена в Республиканском Специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова».

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

| | |
|-------------------------------|--|
| Научный консультант: | Назиров Феруз Гафурович доктор медицинских наук, профессор, академик |
| Официальные оппоненты: | Акилов Хабибулла Атауллаевич доктор медицинских наук, профессор Хакимов Мурод Шавкатович доктор медицинских наук, профессор |
| Ведущая организация: | ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации |

Защита диссертации состоится «__» _____ 2018 г. в ____ часов на заседании Научного Совета DSc.27.06.2017.Tib.49.01при Республиканском специализированном центре хирургии имени академика В.Вахидова (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул.Кичик халка йули,10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирован за №65). Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

Автореферат диссертации разослан«__» _____ 2018 года.
(реестр протокола рассылки №__ от _____ 2018 года).

Х.К. Абролов

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

А.Х. Бабаджанов

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

А.В. Девятов

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Эхинококкоз, является тяжелым паразитарным заболеванием и «продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой во многих странах мира»¹. По некоторым оценкам, «в настоящее время этой патологией поражено более 1 миллиона человек, при этом заболеваемость в некоторых эндемичных и неэндемичных регионах различается более чем в 200 раз, а в последнее десятилетие отмечается и расширение географических границ болезни»². Узбекистан относится к эндемичным регионам в отношении эхинококкоза, с выявляемой частотой заболеваемости - 5,82 случаев на 100 тыс. населения, с устойчивой тенденцией к росту и ежегодным ущербом более 5 млрд. сум. Широкое внедрение в клиническую практику современных высокоинформативных инструментальных методов исследования позволило существенно улучшить раннюю диагностику эхинококкоза и его осложнений. Однако, даже после комплексного лучевого обследования на ранних стадиях заболевания правильный диагноз ставится лишь у 46% больных. От 37% до 86% пациентов поступают в стационар в стадии клинических осложнений паразитарного заболевания, лечение которых в большинстве случаев ограничено традиционными хирургическими подходами. При этом, несмотря на достижения современной хирургии и внедрение новых технологий, процент осложнений и летальности при данной патологии не имеет существенной тенденции к снижению и остается высоким, в связи с чем дальнейшие исследования в этом направлении остаются в ряду приоритетных.

В мировой практике проводится целый ряд целенаправленных научных исследований для изучения патогенеза развития эхинококкоза различных локализаций, в том числе определение распространенности этой патологии с учетом географических особенностей, верификация предрасполагающих факторов с уточнением морфо-функциональных критериев оценки тяжести течения заболевания и прогностической дифференцировки возможных групп осложнений, среди которых к наиболее частым и сложным формам относится поражение печени. Продолжаются исследования причинно-следственных связей развития гигантских, множественных, сочетанных и других форм эхинококкоза печени (ЭП) в зависимости от иммунного статуса, жизненного цикла и морфологического вида паразита, гистоструктуры фиброзной капсулы и анатомо-функционального состояния гепатоцитов, степень которого варьирует от незначительных нарушений вплоть до цирроза печени. Особо приоритетными являются вопросы изучения ультраструктурных и морфологических изменений при внутрипеченочной

¹ Benkabbou A., Souadka A., Serji B. et al. Changing paradigms in the surgical management of cysti liver hydatidosis improve the postoperative outcomes. //Surgery. 2016 Apr;159(4):1170-80.

² Marom G, Houry T, Gazla SA, Merhav H, Padawar D, Benson AA, Zamir G, Luques L, Safadi R, Khalaileh A. Operative treatment of hepatic hydatid cysts: A single center experience. // Asian J Surg. 2018 Nov 13. pii: S1015-9584(18)30548-7.

локализации эхинококковой кисты и степень восстановления печени в отдаленном послеоперационном периоде в зависимости от вида вмешательства.

В настоящий период в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению медицинской помощи. В этом направлении, в частности, в улучшении качества хирургического лечения паразитарных заболеваний печени, достигнуты положительные результаты. Вместе с тем для совершенствования системы оказания медицинской помощи требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности новых методов хирургического лечения осложненных форм эхинококкоза печени. В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017 - 2021 годы поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи онкологическим больным и другим уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности¹. Реализация данных задач, в том числе, улучшение результатов хирургического лечения осложненного ЭП путем внедрения новых резекционных технологий и совершенствования тактических аспектов оперативных вмешательств., является одним из актуальных направлений.

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

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

Степень изученности проблемы. ЭП - повсеместно распространенное заболевание, частота которого в эндемических регионах не имеет тенденции к уменьшению. В настоящее время накоплено достаточное количество наблюдений, свидетельствующих о том, что эхинококковые кисты могут развиваться в любых органах и тканях человеческого организма. «Наиболее часто (70-85%) встречается ЭП, реже (15-25%) - эхинококкоз легких, в 3-5%

¹ Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. N УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

случаев имеет место паразитарное поражение других органов. Осложненные формы заболевания достигают от 15 до 35%, а рецидивы наблюдаются в 6,2-16,0% случаев» (Botezatu C¹). Эхинококкоз часто сопровождается разного рода осложнениями, приводящими к инвалидизации больных, длительной потере трудоспособности, а при диссеминированных формах и к летальному исходу. Лечение эхинококкоза часто бывает весьма сложным, может требовать обширных хирургических вмешательств и продолжительной лекарственной терапии. По мнению Zhang C.² «трудности в ранней диагностике, применение только хирургических способов лечения определяют своеобразие, которым отличается этот биогельминтоз от других заболеваний». Все это определяет актуальность проблемы своевременной диагностики, лечения эхинококкоза и его осложнений.

Одним из малоизученных вопросов эхинококкоза является патогенез рецидива заболевания. Так, по мнению Lembarki G.³, «в настоящее время достоверно установить природу эхинококковых кист, появившихся у больного после хирургического лечения, практически невозможно. Накопленный опыт и литературные источники дают основание полагать, что патогенез рецидивирования связан с несколькими, возможно неравнозначными причинами». Достаточно высокая частота рецидивов по данным разных клиник, несмотря на радикализм применяемых операций, демонстрирует, что прямая зависимость этого показателя от тактико-технических аспектов операции не прослеживается. Достаточно много дискуссий по поводу роли фиброзной капсулы в данном вопросе, а именно «возможности развития рецидивов из зародышевых элементов эхинококка, внедренных в фиброзную капсулу и перикистозную ткань» (Kang MK⁴). Открытыми остаются вопросы интраоперационной хирургической тактики, которые широко обсуждаются в научной литературе и не имеют однозначного решения. Сегодня большинство хирургов отдают предпочтение менее радикальным хирургическим способам лечения, чаще всего «закрытой» или «открытой» эхинококкэктомии. Доля операций с радикальным удалением не только паразита, но и окружающей его соединительнотканной оболочки, невелика и составляет 3,8-30 %. Однако достаточно высокая частота послеоперационных осложнений (34-50 %) и многочисленные случаи послеоперационных рецидивов заболевания (15-64%) свидетельствуют о недостаточной эффективности и надежности распространенной хирургической тактики. Помимо этого, «на результаты операции во многих случаях влияют серьезные осложнения, связанные с

¹ Botezatu C, Mastalier B, Patrascu T. Hepatic hydatid cyst - diagnose and treatment algorithm. // J Med Life. 2018 Jul-Sep;11(3):203-209.

² Zhang C, Li J, Aji T, Li L, Bi X, Yang N, Li Z, Wang H, Mao R, Lü G, Shao Y, Vuitton DA, Wen H, Lin R. Identification of functional MKK3/6 and MEK1/2 homologs from *Echinococcus granulosus* and investigation of protoscolicidal activity of MAPK signaling pathway inhibitors in vitro and in vivo. // Antimicrob Agents Chemother. 2018 Oct 22. pii: AAC.01043-18.

³ Lembarki G, El Benna N. Echinococcal Cysts in the Liver. // N Engl J Med. 2018 Jul 12;379(2):181.

⁴ Kang MK, Kim KH, Choi JH. Hepatic cystic echinococcosis due to *Echinococcus granulosus*, grossly observed by needle aspiration. // Korean J Intern Med. 2018 Jun 7. doi: 10.3904/kjim.2018.155.

наличием остаточной полости после удаления паразитарной кисты (нагноение, кровотечение, образование наружных желчных и гнойных свищей)»¹. Лечение осложненного ЭП должно быть направлено либо на радикальное удаление эхинококковых кист вместе с участком печени в виде резекции печени, либо на эхинококкотомию дополненную какими-либо манипуляциями, предупреждающими рецидив болезни.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что в настоящий период лечебно-диагностическая тактика при ЭП относится к одной из актуальных и до конца нерешенных проблем современного здравоохранения. Неуклонный рост числа пациентов с эхинококковым поражением печени, неоднозначность подходов в вопросах лечебной тактики и неудовлетворительные результаты лечения определяют необходимость дальнейшей разработки клинических аспектов данной патологии. Появление современных лечебно-диагностических хирургических технологий, новых гемостатических покрытий, достижения трансфузиологии и реаниматологии, позволяют изучать проблему лечения осложненных форм ЭП с новых позиций и на современном уровне.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова по теме ИТСС-4-1 «Разработка усовершенствованных способов диагностики и хирургического лечения очаговых образований печени» (2012-2014 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени путем внедрения новых резекционных технологий и совершенствования тактических аспектов оперативных вмешательств.

Задачи исследования:

определить частоту развития осложненных форм эхинококкоза печени в структуре гидатидозных поражений органов брюшной полости;

изучить морфологические особенности взаимодействия зародышевых элементов эхинококка с фиброзной капсулой и исследовать влияние на них ультразвукового кавитатора;

внедрить новые резекционные технологии в хирургию осложненных форм эхинококкоза печени, определить перспективы их использования в зависимости от топографической локализации и конфигурации кисты;

усовершенствовать тактические аспекты хирургического лечения осложненных форм первичного эхинококкоза печени;

¹ Ramia JM, Serrablo A, Serradilla M, Lopez-Marcano A, de la Plaza R, Palomares A. Major hepatectomies in liver cystic echinococcosis: A bi-centric experience. Retrospective cohort study. // Int J Surg. 2018 Jun;54(Pt A):182-186.

провести сравнительную оценку эффективности усовершенствованных методик хирургического лечения осложненных форм первичного эхинококкоза печени.

Объектом исследования 256 пациентов с эхинококкозом печени и других органов брюшной полости, оперированных в ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» за период с 2006 по 2017 гг.

Предмет исследования результаты хирургического лечения осложненных форм эхинококкоза печени; факторный анализ риска развития интра- и послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы: общеклинические, инструментальные (ультразвуковые, эндоскопические, лучевые методы исследования), морфологические и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

уточнены особенности развития осложненных форм первичного и рецидивного эхинококкоза печени в структуре всех гидатидозных поражений органов брюшной полости;

на основании морфо-функциональных особенностей течения осложненных форм эхинококкоза печени усовершенствованы тактико-технические аспекты хирургического лечения;

изучена морфологическая структура фиброзной капсулы, в толще которой выявлено наличие жизнеспособных протосколексов, способных привести к локальному рецидиву эхинококкоза печени;

доказано, что применение ультразвуковой кавитации остаточной полости ("CUSA Excel[®]", "Ultracision", "LigaSure") в хирургии эхинококкоза печени позволяет достигнуть абсолютного паразитоцидного эффекта, включая воздействие на зародышевые элементы в фиброзной капсуле.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

разработана оптимальная тактика хирургического лечения осложненных форм первичного и рецидивного эхинококкоза печени, которая позволила улучшить результаты операций и сократить сроки послеоперационной реабилитации;

доказано в условиях *in vitro*, что одним из наиболее эффективных физических методов воздействия на зародышевые элементы эхинококка является ультразвуковая кавитация остаточной полости, способствующая разрушению протосколексов в зоне воздействия;

разработан алгоритм лечебно-диагностических мероприятий при осложненном ЭП основанный на факторной оценке ситуации в группах риска и современных позиций выбора хирургической тактики при данной патологии.

определено значение резекционных технологий, а также ультразвуковой интраоперационной навигации при эхинококкозе в труднодоступных зонах печени, что позволило добиться минимальной кровопотери с максимальным доступом к паразитарной кисте.

Достоверность результатов исследования обосновывается тем, что методы решения рассмотренных в диссертации проблем основываются на современных научно-практических представлениях и подходах к диагностике и хирургическому лечению пациентов с эхинококкозом печени. Выводы в работе сделаны на основе результатов, обработанных с использованием современных методов математической статистики, таких как критерий Стьюдента и вариационный анализ с расчетом доверительных интервалов и доверительных вероятностей

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определялась тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в разработку современных подходов в лечении пациентов с осложненными формами ЭП. Изучена частота развития осложненных форм первичного и рецидивного эхинококкоза печени в структуре всех гидатидозных поражений органов брюшной полости. Морфологические исследования доказали эффективность использования ультразвуковых технологий при обработке фиброзной капсулы после эхинококкэктомии, оказывающих абсолютный паразитоцидный эффект на протосколексы, что при отсутствии показаний к резекции печени делает возможным сохранение фиброзной капсулы с последующей обязательной адьювантной химиотерапией производными альбендазола. Отдельные результаты работы могут быть использованы в целях совершенствования содержания и структуры программы обучения магистров, курсантов и клинических ординаторов по диагностике и лечению больных с объемными заболеваниями печени.

Практическая ценность работы заключается в том, что основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы при диагностике и лечении больных с осложненными формами эхинококкоза печени в медицинских учреждениях различного уровня. Внедренные резекционные технологии, а также ультразвуковая интраоперационная навигация при эхинококкозе в труднодоступных зонах печени позволили добиться минимальной кровопотери с максимальным доступом к паразитарной кисте, с возможностью ревизии и адекватной антипаразитарной обработки остаточной полости. Разработанная оптимальная тактика хирургического лечения осложненных форм ЭП позволила улучшить результаты операций и сократить сроки послеоперационной реабилитации. Разработан алгоритм лечебно-диагностических мероприятий при осложненном ЭП, основанный на факторной оценке ситуации в группах риска и современных позиций выбора хирургической тактики при данной патологии.

Внедрение результатов исследования. По результатам научного исследования по улучшению диагностики и хирургического лечения больных с осложненными формами эхинококкоза печени:

разработана методическая рекомендация «Особенности хирургической тактики при осложненных формах эхинококкоза печени» (справка

Министерства здравоохранения № 8н-д/237 от 7 ноября 2018 года). Предложенные рекомендации позволили добиться соблюдения основного принципа в хирургии эхинококкоза печени: минимальная кровопотеря с максимальным доступом к паразитарной кисте, с возможностью ревизии и адекватной антипаразитарной обработкой остаточной полости, что позволило достоверно снизить общую долю геморрагических осложнений с 14,8% до 5,4%;

разработана «Программа для выбора хирургической тактики при осложненных формах эхинококкоза печени» (справка Министерства здравоохранения 8н-д/237 от 7 ноября 2018 года). Применение клинко-диагностического алгоритма позволило оптимизировать выбор тактики хирургического лечения при различных формах эхинококкоза печени, сократить риск возникновения специфических осложнений и рецидива заболевания;

полученные научные результаты по улучшению качества диагностики и хирургического лечения больных с осложненными формами эхинококкоза печени внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центра хирургии имени академика В.Вахидова, в отделения хирургии Андиганского и Ферганского филиалов Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (справка Министерства здравоохранения 8н-д/237 от 7 ноября 2018 года). Внедрение результатов исследований позволило совершенствовать тактико-технических аспекты хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени, а также увеличить долю положительных результатов с 70,7% до 87,9%, снизить частоту специфических интра- и послеоперационных осложнений с 33,6% до 7,9%, летальности с 2,6% до 0,7%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 10 научно-практических конференциях, в том числе, на 9 международных и 1 республиканской.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 11 научных работ, 4 журнальных статьи, 2 из которых в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикаций основных научных результатов диссертаций.

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

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным

направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, внедренных в практику результатов исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные тенденции и эволюция взглядов в хирургии объёмных образований печени»** представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы эхинококкоза печени, ее этиопатогенезе, современных методах диагностики и лечения, а также имеющихся проблем ведения больных с данной патологией. В главе представлены состояние проблемы, вопросы классифицирования и патофизиологии осложненного течения эхинококкоза печени, современные методы диагностики осложненного эхинококкоза печени, особенности хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени

Во второй главе диссертации **«Клиническая характеристика материалов и использованные методы исследований»** описаны материал и методы исследования, дана общая характеристика клинического материала, клинических и инструментальных методов исследования.

Основу для исследования составили 256 больных с ЭП, осложненным: интрапаренхиматозной "труднодоступной" локализацией - 135 больных; прорывом в брюшную полость - 85 пациентов; прорывом в плевральную полость - 11 больных; прорывом в билиарные протоки - 25 пациентов.

Все больные были распределены на две группы для исследования: основная группа - 140 больных (оперированных с 2012 по 2016 гг) и контрольная группа - 116 пациентов (оперированных с 2007 по 2011 гг). Разделение больных основывалось на внедрении с 2012 года усовершенствованной лечебно-диагностической тактики, согласно разработанному алгоритму (особенности диагностики и тактико-технические аспекты отражены в третьей главе диссертационной работы). пациентам выполнены различные варианты сегментэктомий (СЭ).

В структуре всего ЭП и органов брюшной полости на долю "труднодоступных" кист приходится 8,1% (135 из 1663 пациентов); эхинококкоза с прорывом в брюшную полость - 5,1% (85), эхинококкоза с прорывом в плевральную полость - 0,7% (11), эхинококкоза с прорывом в желчные протоки - 1,5% (25). При этом отмечается незначительное преобладание интрапаренхиматозных кист в структуре рецидивного ЭП - 11,3% против 7,3% при первичном эхинококкозе и наоборот преобладание ЭП, осложненного прорывом в брюшную полость в структуре первичного эхинококкоза - 5,9% против 1,8%. Остальные формы осложнений по частоте развития не отличались (рис. 1).

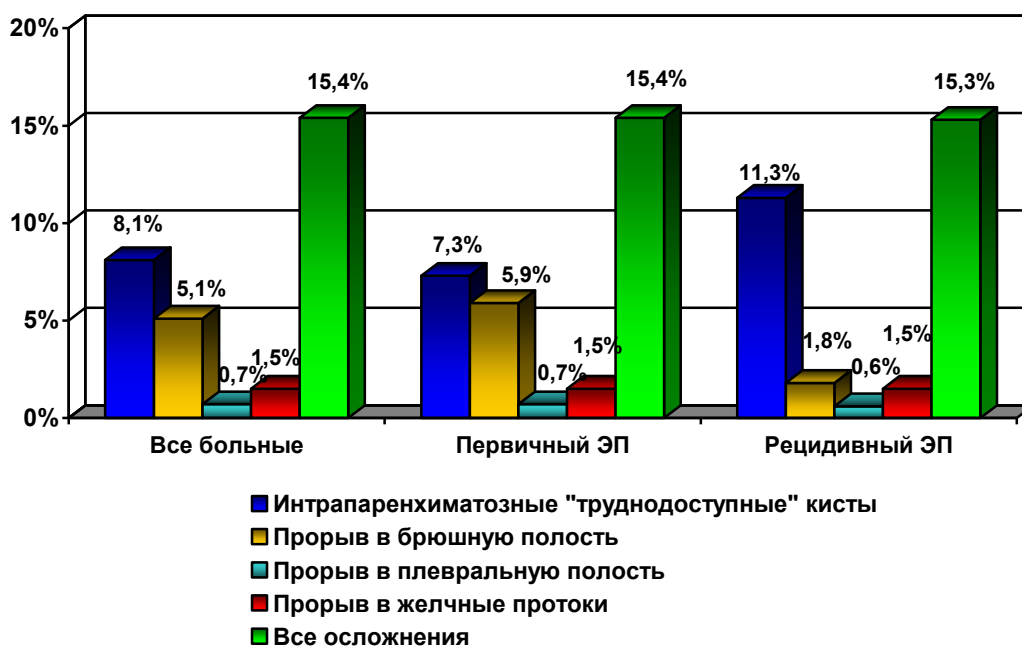


Рис. 1. Частота развития указанных осложнений ЭП в общей структуре эхинококкоза органов брюшной полости

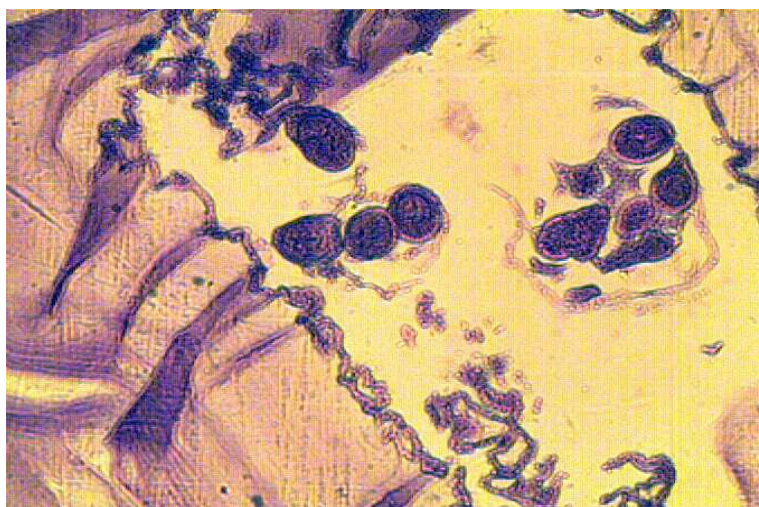
Комплекс обследования больных включал как общеклинические лабораторные и инструментальные методы исследования, так и морфологические исследования кистозных образований. Для оценки результатов диагностики и хирургического лечения наряду с рутинным комплексом обследования применены современные методы, включающие лучевые и лабораторные методы. Полученные результаты были статистически обработаны с акцентом на оценку достоверности полученных результатов.

Третья глава диссертации **«Морфологические особенности взаимодействия зародышевых элементов эхинококка с фиброзной капсулой»**, посвящена исследованию влияния различных методов физического воздействия на внутреннюю поверхность капсулы при её оставлении.

Одним из спорных аспектов хирургии эхинококкоза является вопрос оставлять или удалять фиброзную капсулу при эхинококкэктомии. Сторонники оставления капсулы обосновывают свою точку зрения наличием довольно крупных сосудов вокруг фиброзной капсулы, удаление которой может вызвать осложнения в виде кровотечений. Проведенные ранее исследования показали, что капсула проницаема, как для пролиферирующих элементов паразита изнутри капсулы, так и для микроорганизмов снаружи капсулы. Доказано, что различные методы физического воздействия на внутреннюю поверхность капсулы при её оставлении – лазерное излучение, ультразвук и др. позволяют утверждать об их выраженном паразитоцидном эффекте. Современные резекционные технологии, используемые в хирургии, в том числе и при лечении эхинококкоза, в частности ультразвукового кавитатора «Cusa –EXEL+» и лигирующего устройства «Liga-Sure»

позволяют пересмотреть многие положения прежних лет. «Cusa –EXEL+» может оказывать гемостатический и возможно, паразитоцидный эффект на зародышевые элементы эхинококка, с возможным оставление фиброзной капсулы.

Проведенные морфологические исследования позволили выявить в фиброзных капсулах структуры схожие по своему строению с протосколексами. Они, как правило, располагались небольшими группами, по 2-3 протосколекса. Вокруг протосколексов нередко определяются «бесструктурные» зоны, представляющие собой, видимо, участки отёка. Морфология протосколексов позволяет предполагать, что они жизнеспособны (рис. 2).



**Рис. 2. Выводковые капсулы с протосколексами и хитиновая оболочка.
Г-Э 10x10**

CUSA-технологии вызывают существенные изменения протосколексов, располагающихся в фиброзной капсуле. Архитектоника зародышевых элементов нарушается. Вокруг формируются зоны отёка. Эти изменения протосколексов, обнаруживаемые в фиброзных капсулах указывают на их нежизнеспособность. Использование CUSA –технологий вызывает более выраженные изменения печёночной ткани, расположенной вблизи фиброзной капсулы. Отмечается дезинтеграция печёночных балок, расширение синусоидов. Между капсулой и тканью печени появляются зоны отёка. Отмечается появление довольно крупных вакуолей и в ткани печени прилежащей к фиброзной капсуле (рис. 3 и 4).

Наши исследования показали, что использование CUSA.-технологий в хирургии печени, наряду с другими положительными свойствами, оказывает и паразитоцидный эффект на протосколексы, обнаруживаемые в фиброзной капсуле. Это делает возможным, а в ряде случаев, весьма целесообразным оставление фиброзной капсулы. В пользу оставления фиброзной капсулы указывают и результаты комплексного использования CUSA.-технологий и «Liga-Sure». При этом в сосудах фиброзной капсулы разного калибра образуются микротромбы, что указывает на гемостатическое влияние

указанных методик. Это в свою очередь свидетельствует в пользу возможного оставления фиброзной капсулы (рис. 5 и 6).



Рис. 3. Появление «бесструктурных» зон в фиброзной капсуле. Использование CUSA. Г-Э 10x10.

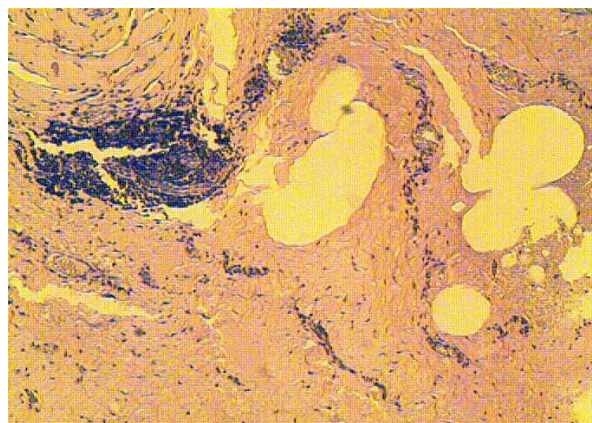


Рис. 4. Крупные вакуоли» в фиброзной капсуле. Использование CUSA. Г-Э 10x10.

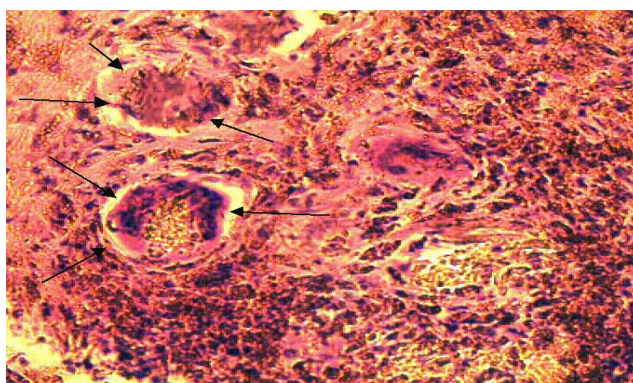


Рис. 5. Образования, схожие с протосколлексами с проявлениями деструкции в фиброзной капсуле. Использование CUSA. Г-Э 10x40

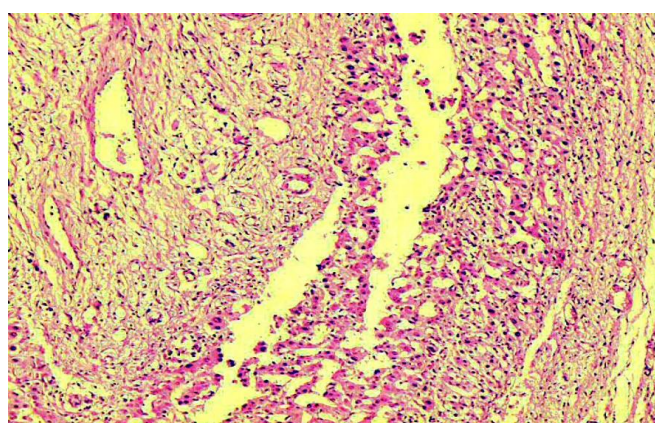


Рис. 6. Слабо выраженная дезинтеграция балок гепатоцитов печени, прилежащих к фиброзной капсуле. Отек. CUSA. Г-Э 10x40.

Отмечены и некоторые отрицательные моменты использования CUSA.- технологий и «Liga-Sure». Они заключаются в появления «бесструктурных» зон, крупных вакуолей, как в фиброзной капсуле, так и в прилежащих к ней

участков ткани печени. Имеет место и незначительно выраженные нарушения балочного строения печени, расширение синусоидов и появление в паренхиме печени вакуолей. Однако выявленные изменения носят мозаичный характер, они относительно не глубокие и, возможно, носят транзиторный характер.

Четвертая глава диссертации **«Особенности хирургической тактики и построение лечебно-диагностического алгоритма при осложненном эхинококкозе печени»** посвящена тактико-техническим подходам, используемым в ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» у пациентов с диагнозом ЭП, которые рассмотрены в аспекте осложненного течения этого заболевания. Следует отметить, что при любом из осложнений ЭП важное значение приобретает не только, правильная диагностика, но и быстрое прогнозирование клинического течения, на чем по современным канонам хирургической гепатологии, основывается тактика в отношении объема и своевременности оперативного вмешательства. Большинство больных поступают в хирургический стационар со стертой клиникой эхинококковой болезни, зачастую не подозревая о длительности поражения печени и осложненного течения, что затрудняет принятие решения о сроках и объеме оперативного вмешательства.

На сегодняшний день, основными приоритетами направлениями при первичном осложненном ЭП в условиях оказания специализированной медицинской помощи являются: высокотехнологичная лучевая диагностика с установлением характера осложнения и объема поражения; оценка степени тяжести клинического течения осложнения, определение функционального резерва пораженного органа, изучение факторов риска развития рецидива эхинококкоза; стандартизация хирургической тактики при прорыве эхинококковой кисты в билиарные протоки; стандартизация тактики при прорыве ЭП в свободную брюшную или плевральную полость; стандартизация хирургической тактики при труднодоступных эхинококковых кист печени; специфическая фармакотерапия для профилактики рецидива эхинококкоза печени.

Применение высокотехнологичных, бескровных технологий при хирургическом лечении ЭП в его труднодоступных зонах позволяет добиться соблюдения основных принципов при лечении данного заболевания, а именно: адекватный доступ к кисте с минимальной кровопотерей, тем самым с соблюдением всех принципов апаразитарности. При поступлении больных с осложненным ЭП необходима полипозиционная оценка степени вовлечения в процесс зоны интереса (магистральные сосуды печени, брюшная и плевральная полость) с использованием всего комплекса лучевой диагностики, эндоскопических и эндоваскулярных технологий.

В этой связи, основными задачами лечебно-диагностической тактики при ЭП осложненным прорывом в билиарные протоки, являются: оценка степени печеночной недостаточности и определение показаний для проведения ЭФГДС; экстренная ЭФГДС с ЭПСТ; при выраженном внутривнутрипеченочном холестазае и нестабильной гемодинамике, а также при

анатомических условиях невозможности проведения ЭПСТ, рекомендована ЧЧХС; окончательным этапом у больных с данным осложнением является ЭЭ из печени, холедохотомия с дренирование холедоха.



Примечание: * - УЗС печени и брюшной полости при высоких показателях общей точности, чувствительности и информативности может явиться самостоятельным методом диагностики при выборе хирургической тактики.

** - МСКТ необходимо для более точной дифференциации и при расположении кист в «труднодоступных» участках печени (7-8 сегменты) и вблизи с магистральными сосудами.

*** - ЧЧХС применяется при анатомических сложностях проведения ЭФГДС (резекция желудка по Бильрот-2; «трудные» дивертикулы ДПК) или как этап при выраженной клинике холестаза на фоне нестабильной гемодинамики

****- При полном опорожнении эхинококковой кисты печени в общий желчный проток с последующей адекватной ЭПСТ открытое хирургическое вмешательство не показано (Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г., 2016).

***** - Химиотерапия проводится по протоколу РСЦХ им. В.Вахидова и контролируется УЗС каждые три месяца в течении 2-х лет после хирургического вмешательства.

Рис. 6. Лечебно-тактический алгоритм при осложненном ЭП

Применение современных бескровных технологий (ультразвукового фрагментатора-аспиратора "CUSA Excel[®]+", ультразвукового скальпеля "Ultracision", электротермического аппарата "LigaSure"), а также ультразвуковой интраоперационной навигации при эхинококкозе в

труднодоступных зонах печени, позволяет добиться соблюдения основного принципа в хирургии и паразитологии, а именно: минимальная кровопотеря с максимальным доступом к паразитарной кисте, с возможностью ревизии и адекватной антипаразитарной обработкой остаточной полости. Использование "CUSA Excel®+" и "LigaSure", а также ультразвуковой интраоперационной навигации значительно расширяет возможности хирургического лечения, осложненного ЭП, заставляет пересмотреть некоторые ранние сдерживающие позиции в отношении более радикального подхода при лечении данного заболевания.

При прорыве ЭП в брюшную полость, лечебная тактика определяется санацией брюшной полости и ограничивается ЭЭ из печени с дренированием остаточной полости. При прорыве ЭП в плевральную полость принципиальным моментом является изолированный доступ: трансторакальный - к плевральной полости и лапаротомный – к печени, а также изолированное дренирование этих областей с разобщением билиопульмонального соустья.

По результатам проведенного анализа предлагаем следующую схему (рис. 6.) лечебно-тактического алгоритма ведения больных с осложненным ЭП, основанную на полипозиционной оценке клинической ситуации и применения всего комплекса лечебной тактики.

Таким образом, целью построения данного алгоритма явилось обобщение имеющего опыта, но с учетом доминирующих позиций при лечении данной патологии на современном этапе. А именно, использовать возможности эндоскопических вмешательств с учетом конкретных клинических ситуаций, которые на наш взгляд являются определяющими в вопросе выбора оптимальной хирургической тактики.

В пятой главе диссертации **«Сравнительный анализ результатов хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени»** приведены собственно результаты внедрения предложенного алгоритма с учетом всех основных аспектов достоверной оценки полученных результатов.

Выбор тактики лечения больных с осложненным ЭП остается одной из актуальных задач современной хирургии. Все этапы госпитального периода требуют индивидуального подхода как к верификации тяжести развившегося осложнения и его последствий со стороны других органов и систем, так и к выбору оптимального метода лечения. Предложенный алгоритм выбора тактики лечения показал высокую эффективность в плане объективной дооперационной оценки, а также в повышении качества оказываемой хирургической помощи. Проведенное исследование показало, что использование современных резекционных технологий в хирургии ЭП с интрапаренхиматозным «труднодоступным» расположением кист в совокупности с интраоперационным топическим картированием по данным УЗИ позволило достоверно ($P < 0,001$) снизить общую долю специфических осложнений с 31,1% (19) до 10,8% (8), в том числе включая геморрагических - с 14,8% (9) до 5,4% (4) и соответственно сократить

частоту летальности с 3,3% до 1,4%, уменьшить период госпитализации с $16,2 \pm 1,2$ до $11,1 \pm 0,9$ суток ($P < 0,01$).

В условиях отсутствия типичной клиники перитонита на фоне прорыва ЭП в брюшную полость стандартизация тактики с включением предоперационной подготовки для коррекции метаболических нарушений в совокупности с выполнением щадящей операции позволили снизить общую долю послеоперационных осложнений с 19,5% (9) до 9,1% (4) и соответственно достоверно сократить период госпитализации с $14,1 \pm 0,6$ до $12,1 \pm 0,6$ суток ($P < 0,05$).

Одним из наиболее сложных форм осложнений ЭП является прорыв в плевральную полость, при этом хирургическое вмешательство с использованием двух доступов в брюшную и плевральную полости с последующим отдельным дренированием позволяет фактически вдвое уменьшить риск развития ранних послеоперационных осложнений и сократить период госпитализации с $18,4 \pm 0,9$ до $14,5 \pm 0,8$ суток ($P < 0,05$).

Применение двухэтапной тактики хирургического лечения ЭП, осложненного прорывом в билиарные протоки с первичным выполнением эндоскопической экстракции хитиновых оболочек и последующим оперативным лечением позволило достоверно ($P < 0,001$) снизить общую долю послеоперационных осложнений с 44,4% (4) до 18,8% (3), нивелировать показатель летальности и сократить период госпитализации с $16,7 \pm 0,7$ до $14,5 \pm 0,6$ суток ($P < 0,05$). Совершенствование тактико-технических аспектов хирургического лечения осложненного ЭП на основании предложенного алгоритма позволило увеличить долю положительных результатов с 70,7% до 87,9%, снизить частоту специфических интра- и послеоперационных осложнений с 33,6% до 7,9%, летальности с 2,6% до 0,7% ($P < 0,001$) и сократить период госпитализации с $16,3 \pm 0,9$ до $12,9 \pm 0,7$ суток ($P < 0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В структуре ЭП и органов брюшной полости на долю "труднодоступных" кист приходится 8,1%; эхинококкоза с прорывом в брюшную полость - 5,1%, эхинококкоза с прорывом в плевральную полость - 0,7%, эхинококкоза с прорывом в желчные протоки - 1,5%.

2. В Центрально-азиатском регионе доминирует эхинококкоз печени, вызванный *E. Veterinorum*, отличающийся наличием в финнах большого числа выводковых капсул с многочисленными протосколексами на разных стадиях развития, включая локализацию в фиброзной капсуле с активной жизнеспособностью.

3. Уровень развития и последние достижения современных диагностических и хирургических, в том числе резекционных и трансплантационных, технологий позволили пересмотреть подходы и некоторые сдерживающие позиции в отношении более радикального

лечения данного заболевания и значительно улучшить результаты диагностики и оперативного лечения осложненного эхинококкоза печени.

4. Использование ультразвуковых технологий в хирургии ЭП при обработке остаточной полости оказывает абсолютный паразитоцидный эффект на протосколексы, что при отсутствии показаний к резекции печени делает возможным сохранение фиброзной капсулы с последующей обязательной адьювантной химиотерапией производными альбендазола.

5. Применение современных бескровных технологий (ультразвукового фрагментатора-аспиратора "CUSA Excel[®]+", электротермического аппарата "LigaSure"), а также ультразвуковой интраоперационной навигации при эхинококкозе в труднодоступных зонах печени, позволяет добиться соблюдения основного принципа в хирургии и паразитологии, а именно: минимальная кровопотеря с максимальным доступом к паразитарной кисте, с возможностью ревизии и адекватной антипаразитарной обработкой остаточной полости, что позволило достоверно ($P<0,001$) снизить общую долю специфических осложнений с 31,1% до 10,8% (геморрагических - с 14,8% до 5,4%), частоту летальности с 3,3% до 1,4% и уменьшить период госпитализации с $16,2\pm 1,2$ до $11,1\pm 0,9$ суток ($P<0,01$).

6. В условии отсутствия типичной клиники перитонита на фоне прорыва ЭП в брюшную полость стандартизация тактики с включением предоперационной подготовки для коррекции метаболических нарушений в совокупности с выполнением щадящей операции позволили снизить общую долю послеоперационных осложнений с 19,5% (9) до 9,1% (4) и соответственно достоверно сократить период госпитализации с $14,1\pm 0,6$ до $12,1\pm 0,6$ суток ($P<0,05$).

7. При ЭП, осложненном прорывом в плевральную полость, хирургическое вмешательство с использованием двух доступов в брюшную и плевральную полости с последующим отдельным дренированием позволяет фактически вдвое уменьшить риск развития ранних послеоперационных осложнений и сократить период госпитализации с $18,4\pm 0,9$ до $14,5\pm 0,8$ суток ($P<0,05$).

8. Применение двухэтапной тактики хирургического лечения ЭП, осложненного прорывом в билиарные протоки, с первичным выполнением эндоскопической экстракции хитиновых оболочек и последующим оперативным лечением позволило достоверно ($P<0,001$) снизить общую долю послеоперационных осложнений с 44,4% (4) до 18,8% (3), нивелировать показатель летальности и сократить период госпитализации с $16,7\pm 0,7$ до $14,5\pm 0,6$ суток ($P<0,05$).

9. Совершенствование тактико-технических аспектов хирургического лечения осложненного ЭП на основании предложенного алгоритма позволило увеличить долю положительных результатов с 70,7% до 87,9%, снизить частоту специфических интра- и послеоперационных осложнений с 33,6% до 7,9%, летальности с 2,6% до 0,7% ($P<0,001$) и сократить период госпитализации с $16,3\pm 0,9$ до $12,9\pm 0,7$ суток ($P<0,01$).

**SCIENTIFIC COUNCIL AWARD SCIENTIFIC DEGREES
DSc.27.06.2017.Tib.49.01 AT REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC
AND PRACTICAL MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED AFTER
ACADEMICIAN V.VAKHIDOV AND TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF SURGERY NAMED AFTER ACADEMICIAN
V.VAKHIDOV**

SIROJITDINOV KAMOL KOMILOVICH

**FEATURES OF SURGICAL TACTICS IN COMPLICATED FORMS OF
LIVER ECHINOCOCCOSIS**

14.00.27 –Surgery

**DISSERTATION ABSTRACT of the DOCTOR of
PHILOSOPHY (PhD) in MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2018

The subject of the doctoral dissertation is registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan with the number B2018.1.PhD/Tib599.

The dissertation (PhD) has been prepared at the Tashkent institute of postgraduate medical education.

Abstract of the dissertation in two languages (Uzbek, Russian, English (resume)) has been posted on the website of Scientific council (www.rscs.uz) and the information-educational portal «Ziyonet» at (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor: **Nazirov Feruz Gafurovich**
Doctor of Medicine, Professor, Academician.

Official opponents: **Akilov Khabibulla Ataulaevich**
Doctor of Medicine, Professor

Khakimov Murod Shavkatovich
Doctor of Medicine, Professor

The leading organization: **Federal State Budget Scientific Institution «The National medico-surgical center named after N.I. Pirogov»**

The defense will be take place on «___» _____ 2018 at ___ o'clock at the meeting of the Scientific Council DSc.27.06.2017.Tib.49.01 at the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov and Tashkent Medical Academy. (Address: 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str. 10, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov; Phone: (99891) 227-69-10; fax: (99871) 227-26-42; e-mail: cs.75@mail.ru).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Republican specialized scientific and practical medical centre of surgery named after academician V.Vakhidov (Registration number № 65), (Adress 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

Abstract of the dissertation sent out on «___» _____ 2018.
(mailing report № ___ of _____ 2018).

Kh.K. Abralov
Vice-chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine

A.Kh. Babadjanov
Scientific secretary of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine

A.V. Devyatov
Chairman of the scientific seminar at the scientific council to award a scientific degrees, doctor of medicine, professor

INTRODUCTION (abstract of (PhD) thesis)

The aim of the research work: improvement of results of surgical treatment of the complicated liver echinococcosis by implementation of new resectional technologies and improvement of tactical aspects of surgeries.

The subject of the study: 256 patients with echinococcosis of the liver, operated in the departments of surgery of the liver and biliary tract, surgery of portal hypertension and pancreatoduodenal zone of SU "RSSaPMCS named after academician V.Vakhidov" for the period from 2007 to 2016 inclusive. The main subject of the study was a multifactorial analysis of the quality of diagnosis and surgical treatment of patients with echinococcosis of the liver.

The scientific novelty of the research work is as follows:

studied the frequency of development of the complicated forms of primary and recurrent echinococcosis of a liver in structure of all girdled damages of abdominal organs;

improved tactical and technical aspects of surgical treatment of the complicated liver echinococcosis forms on the basis of a research of risk factors of development of a failure of traditional surgeries;

defined the value of use of modern resectional bloodless technologies (cavitation ultrasound surgical aspirator of "CUSA Excel[®]", ultrasonic scalpel of "Ultracision", the electrothermal device "LigaSure") in surgery of the complicated primary and recurrent echinococcosis of a liver and also the offered tactical options of the choice of an optimum way of surgical treatment;

learnt the morphological structure of prothoskolexes demonstrating their viability in the thickness of the fibrous capsule is studied and also it is proved that application of ultrasonic cavitation of a residual cavity allows to reach absolute girdled effect;

developed the algorithm of medical and diagnostic actions at the complicated liver echinococcosis based on factorial assessment of the situation in risk groups and modern positions of the choice of surgical tactics at this pathology.

Introduction of research results. According to the results of the study, the following were developed and implemented:

methodological recommendations «Surgical tactics at the complicated liver echinococcosis» (certificate of the Ministry of Health No. 8n-d / 237 of November 11, 2018). The offered recommendations allowed to improve quality of diagnostics and surgical treatment of patients with complicated liver echinococcosis, to reduce durations of hospital treatment

developed «The program for the choice of special surgical tactics at the complicated liver echinococcosis forms» (certificate of the Ministry of Health No. 8n-d / 237 of November 11, 2018)

the received scientific results on improvement of quality of diagnostics and surgical treatment of patients with the complicated forms of echinococcosis of a liver are introduced in practical activities of health care, in particular, in Republican specialized scientific and practical medical the center of surgery of a name of the academician V. Vakhidov, in offices of surgery of the Andijan and

Fergana branches of Republican scientific center of the emergency medical care (the reference of the Ministry of Health 8n-d/237 of November 7, 2018). Implementation of results of researches allowed to improve tactical and technical aspects of surgical treatment of the complicated liver echinococcosis and also to increase a share of positive results from 70.7% to 87.9%, to reduce frequency specific intra-and postoperative complications from 33.6% to 7.9%, lethality from 2.6% to 0.7%.

Structure and scope of the dissertation. The thesis consists of an introduction, four chapters, conclusions, a list of cited literature. The volume of the text material is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сирожиддинов К.К. Эволюция взглядов и современные тенденции при хирургическом лечении осложненного эхинококкоза печени. // Журнал «Инфекция, иммунитет и фармакология». Ташкент.(14.00.00, №15)
2. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сирожиддинов К.К. Состояние проблемы, вопросы классификации и патофизиологии осложненного течения эхинококкоза печени // Журнал «Вестник ТМА» №2, 2018, С. 29-32. (14.00.00, №13)
3. Шевченко Ю.Л., Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сирожиддинов К.К. Современные аспекты хирургии осложненного эхинококкоза печени // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова» (14.00.00, №151)
4. Nazirov FG, Akbarov MM, Sirojiddinov K.K. The Effect of Chronic Diffuse Liver Pathology on the Risk of Intra – and Post – Hepatectomy Complications // «Journal of life science and Biomedicine», Volume 8, Issue 3, May 2018, p.54-60. (№5, Global IF. 0.867).
5. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сирожиддинов К.К. Оценка методов хирургического лечения эхинококкоза печени // Хирургия Узбекистана, №3, 2017, С. 43. (14.00.00, №9)

II бўлим (II часть; part II)

6. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сирожиддинов К.К. Хирургическая тактика при осложненном эхинококкозе печени // Методические рекомендации. Ташкент, 2018. 279 стр.
7. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сирожиддинов К.К. Эндохирургия эхинококкоза печени, осложненного желчными свищами // Сборник материалов XXIV конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии», 19-22 сентября, 2017. Санкт-Петербург, стр. 131.
8. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сирожиддинов К.К. К оценке методов хирургического лечения эхинококкоза печени // Сборник материалов XXIV конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии», 19-22 сентября, 2017. Санкт-Петербург, стр. 209-210.
9. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Сирожиддинов К.К. Морфологические особенности взаимодействия зародышевых элементов эхинококка с фиброзной капсулой. // Материалы юбилейной научно-практической конференции «Инновационные технологии и мультидисциплинарные подходы в диагностике и лечении социально-значимых заболеваний», г.Санкт-Петербург, 17-20 октября 2018 стр. 80-81

10. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сирожиддинов К.К. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени. // Материалы юбилейной научно-практической конференции «Инновационные технологии и мультидисциплинарные подходы в диагностике и лечении социально-значимых заболеваний», г.Санкт-Петербург, 17-20 октября 2018 стр. 142-144

Автореферат «**Клиник ва экспериментал онкология**» журнали тахририятида тахрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди

Босишга рухсат этилди: 22.12.2018 йил
Бичими 60x45 ¹/₁₆, «Times New Roman»
гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табағи 5. Адади: 100. Буюртма: № _____.

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

«АКАДЕМИЯ НОШИРЛИК МАРКАЗИ»
Давлат унитар корхонасида чоп этилди