

**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**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**РАХМАНОВ ҚОСИМ ЭРДАНОВИЧ**

**ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ ХИРУРГИК ДАВОСИНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТОШКЕНТ – 2019**

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

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

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

**Раҳманов Қосим Эрданович**

Жигар эхинококкози хирургик давосини

такомиллаштириш..... 3

**Раҳманов Қосим Эрданович**

Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза

печени..... 21

**Rakhmanov Kosim Erdanovich**

Improving the surgical treatment 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**

---

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**РАХМАНОВ ҚОСИМ ЭРДАНОВИЧ**

**ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ ХИРУРГИК ДАВОСИНИ  
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТОШКЕНТ – 2019**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2017.2.PhD/Tib254 рақами билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

**Илмий раҳбар:**

**Шамсиев Азамат Мухитдинович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонетлар:**

**Хакимов Мурод Шавкатович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор  
**Худайбергенов Шухрат Нурматович**  
тиббиёт фанлари доктори

**Етакчи ташкилот:**

**«А.Н. Сизганов номидаги «Миллий хирургия илмий маркази» АЖ (Қозоғистон Республикаси)**

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 2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри Кичик ҳалқа йўли 10-уй. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru); Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази мажлислар зали).

Диссертация билан Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (78-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 2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ да тарқатилди.  
(2019 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Ф.Г. Назиров**

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

**А.Х. Бабаджанов**

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш илмий  
котиби, тиббиёт фанлари доктори

**А.В. Девятов**

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

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

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, “дунёда эхинококкоз билан 1 миллиондан ортиқ инсонлар зарарланган, бунда турли аъзо ва тўқималар орасидан 44-84% ҳолатларда жигар зарарланади”<sup>1</sup>. Беморлар сонининг камайиши тенденциясининг мавжуд эмаслиги ва эндемик минтақалар мавжудлиги туфайли касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига 1,2 дан 9,0 гача тўғри келади, бу паразитар касаллик жиддий тиббий ва ижтимоий муаммо бўлиб қолмоқда. Замонавий босқичда жигар эхинококкозини (ЖЭ) ташхислаш сезиларли қийинчиликларни келтириб чиқармайди, бу эса, асосан, комплекс қўлланилганда, маълумот даражаси 95-100% ни ташкил этувчи инвазив бўлмаган визуализация усулларининг пайдо бўлиши билан боғлиқ. Бироқ, эхинококкоз учун эҳтиёткорликнинг мавжуд эмаслиги кеч ташхислаш ва натижада, касалликнинг мураккаб шакллари кўпайишига ёрдам беради. Шу билан бирга, ЖЭ ни даволаш жиддий жарроҳлик муаммоси ҳисобланади. Амалиётнинг энг кенг тарқалган усули эхинококкэктомия бўлиб, кўпчилик ҳолатларда (90,6%) қолдиқ бўшлиғини бартараф этишнинг турли вариантлари бажарилиши билан давом эттирилади. “Аммо амалиётдан кейинги асоратлар (34-50%) ва амалиётдан кейинги кўп сонли қайталанишлар (15-64%) жарроҳлик тактикасининг самарадорлиги ва ишончилигини етарли эмаслигини кўрсатмоқда”<sup>2</sup>. Юқорида таъкидланганидек, ушбу хавфли касалликнинг олдини олиш ва даволаш учун мавжуд усулларни такомиллаштириш ва янги самарали чораларни ишлаб чиқиш зарурати маълум бўлади.

Жаҳон амалиётида касалликнинг оғирлигини баҳолашда морфо-функционал мезонларни ўрганишга қаратилган бир қатор мақсадли илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда: эхинококк паразитининг гепатоцитларда морфофункционал ҳолатига таъсирини ўрганиш, унинг даражаси кичик бузилишлардан тортиб циррозгача бўлиши мумкин. Метоцестоднинг мураккаб химоя реакциясини ўрганишга, хужайин организмнинг иммун жавобидаги ўзгаришига ва унга қаршилик қилувчи элиминацияга қаратилган тадқиқотлар, бунда паразит иммунмодулловчи хужайралар ишлаб чиқиш орқали иммун тизимини таъсирини камайтиради ва шу билан лейкоцитлар тизимининг фаолиятига ёки молекуляр мимикрия феноменини қўллайди. Иқлимий, жуғрофий, ижтимоий ва иқтисодий шарт-шароитларни ўрганиш, биринчи навбатда, эпизотик жараёнларнинг зичлик даражаларига эга бўлган зооноз марказларни шакллантиришга қаратилган масалалар ўта долзарб ҳисобланиб, эхинококкоз касаллиги бўлган инсонларнинг ушбу хавф омиллари билан ўзаро тўғридан-тўғри боғлиқлиги бўлади.

<sup>1</sup> Marom G, Khoury 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.

<sup>2</sup> Чжао А. В., Икрамов Р. З. Хирургическое лечение эхинококкоза печени // Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2016. – №. 2. – С. 15-17.

Маҳаллий соғлиқни сақлаш тизимининг ҳозирги босқичида аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилаш ва қамровини сезиларли кенгайтиришга қаратилган кўплаб мақсадли чора-тадбирлар ўтказилмоқда. Бу йўналишда, хусусан, ЖЭ ни хирургик даволаш сифатини яхшилашда бир қатор ижобий натижаларга эришилган. Шу билан биргаликда, тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш учун жигар гидатитоз касалликлари профилактикаси, метафилактикаси ва даволаш усулларининг самарадорлигини баҳолаш учун илмий асосланган натижаларни талаб этади. «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф гуруҳларининг тўлақон ҳаёт кечиришини таъминлаш мақсадида тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган»<sup>1</sup>. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан, жигар эхинококкози бўлган беморларни хирургик даволаш натижаларини такомиллаштириш ва касаллик қайталанишини камайтиришнинг самарали усулларини ишлаб чиқиш долзарб йўналишлардан биридир.

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

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига боғлиқлиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Эхинококкозни ташхислаш ва даволашда сезиларли ютуқларга қарамасдан, ушбу касалликнинг тарқалиши ҳозиргача етарли даражада юқори бўлиб қолмоқда. Du L.<sup>2</sup> нинг фикрига кўра, “эхинококкозни эрта ташхислаш муаммолари ҳали қониқарли ечимини топа олмади, бу беморларда касалликнинг дастлабки босқичларида аломатлар йўқлиги билан боғлиқдир”. Эхинококкнинг ўзига хос клиник-лаборатор кўринишларининг мавжуд эмаслиги инструментал ташхислаш усулларини ва иммуно-серологик синамаларни олдинги ўринга олиб чиқади. “Амалиёт ичи жарроҳлик тактикаси масалалари илмий адабиётда кенг муҳокама қилинмоқда ва аниқ эчимга эга эмас. Нафақат паразит, балки уни ўраб турган

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

<sup>2</sup> Du L. et al. Combined resection of the right liver lobe and retrohepatic inferior vena cava to treat hepatic alveolar echinococcosis: A case report //Medicine. – 2017. – Т. 96. – №. 38.

бириктирувчи тўқима қобиғини радикал олиб ташлаш амалиётлари улуши катта эмас ва 3,8-30% ни ташкил этади, бу эса ўз навбатида, амалиётдан кейинги даврда касалликнинг кўп сонли қайталанишига (15-64%) олиб келади (Higuita N.I.A<sup>1</sup>). Эхинококкознинг қайталанишида амалиётлар техник жиҳатдан мураккаблиги билан фарқланади, кўп сонли ва кўп маротаба қайталанишларда амалиёт ҳажми ва хусусияти билан боғлиқ тактик муаммолар юзага келади.

Мавжуд адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, ЖЭ ни даволашда бир нечта йўналишлар мавжуд: анъанавий жарроҳлик амалиётлари, паразитар кисталарнинг ультратовуш текшируви ёхуд КТ назоратида остида тери орқали пункцион дренажлаш, амалиётдан олдин ва кейинги кимётерапия, эндовидеохирургик усуллар. “Бироқ, кундалик амалиётдаги энг қулай йўналиш аъзолар эхинококкозида жигарда очик амалиётлар бўлиб қолмоқда” (Lorenz A.<sup>2</sup>). Фиброз пардасини сколекслар билан зарарлананиши исботловчи кўплаб тадқиқотларга қарамасдан, жарроҳларнинг унга нисбатан муносабати турлича бўлиб қолмоқда (Graeter T.<sup>3</sup>). Бир қатор клиник амалиётчилар фиброз пардани мукамал антипаразитар ишлов бериш қолдиришни асосли, деб ҳисоблашади. Бошқалар эса, радикал амалиёт деб, унинг тўлиқ олиб ташлашни назарда тутадилар. Qu B<sup>4</sup> фикрига кўра, “эхинококкоз учун радикал бажарилган амалиётларнинг улуши 21-53% дан ошмайди. Бунинг сабаби – киста билан жигарнинг найчали элементлари ўртасидаги муносабатларнинг топографик-анатомик хусусиятлари, бунда перикистэктомия бажариш имкони бўлмаганда ва кенг микёсли жигар резекциялари оқланмайди”. Шундай қилиб, жарроҳлик амалиётларининг оптимал усулини танлаш ва уни амалга ошириш усули масаласини ҳал этиш долзарблигича қолмоқда.

Адабиётни таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, ҳозирги даврда ЖЭ ни ташхислаш ва даволаш тактикаси замонавий тиббиётнинг энг долзарб ва ҳал этилмаган муаммоларидан бири ҳисобланади. Шу муносабат билан амалиётдан олдинги даврда паразитнинг таркибий хусусиятларини баҳолаш ва касаллик тажовузининг белгиларини аниқлашга имкон берувчи ноинвазив тиббий визуализация усулларининг информативлигига қараб, ЖЭ учун радикал жарроҳлик мезонларини қайта кўриб чиқиш зарурати мавжуд, шунинг учун муайян бир ҳолатда радикал жарроҳлик усулида даволаш тактикаси танлаш мақсадида ташхислаш алгоритмининг оптималлаштириш айниқса муҳим аҳамият касб этади.

**Диссертация тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.**

<sup>1</sup> Higuita N. I. A., Brunetti E., McCloskey C. Cystic echinococcosis //Journal of clinical microbiology. – 2016. – Т. 54. – №. 3. – С. 518-523.

<sup>2</sup> Lorenz A., Nebiker C. A. Hepatic Echinococcosis //Journal of Gastrointestinal Surgery. – 2017. – Т. 21. – №. 8. – С. 1361-1362.

<sup>3</sup> Graeter T. et al. Proposal of a computed tomography classification for hepatic alveolar echinococcosis //World journal of gastroenterology. – 2016. – Т. 22. – №. 13. – С. 3621.

<sup>4</sup> Qu B. et al. Management of advanced hepatic alveolar echinococcosis: report of 42 cases //The American journal of tropical medicine and hygiene. – 2017. – Т. 96. – №. 3. – С. 680-685.

Диссертация тадқиқоти Самарқанд давлат тиббиёт институтининг илмий-тадқиқот режаларининг “Жигар эхинококкози бўлган беморларни ташхислаш ва хирургик даволашда такомиллаштирилган усулларни ишлаб чиқиш” мавзуси (2013-2017йй.) доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** жигар эхинококкозида хирургик тактикани такомиллаштириш ва касаллик қайталанишини камайтиришнинг самарали усулларини ишлаб чиқиш йўли билан даволаш сифатини яхшилашдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

жараённинг тарқалишини ва перифокал хужайра реакциясини текширишни ҳисобга олган ҳолда жигарнинг эхинококкозга зарарланиш хусусиятларини тажрибада ўрганиш;

жигар эхинококкозидаги турли миқдордаги альбендазолнинг таъсир самарадорлигини тажрибада қиёсий баҳолаш;

эхинококк кистасининг тарқибини хавфсиз эвакуация қилиш учун такомиллаштирилган жарроҳлик асбобининг самарадорлигини баҳолаш;

жигардан эхинококкэктомияни турли миналапаротомиялардан бажариш имкониятини аниқлаш;

амалиётдан кейинги кимётерапияда альбендазолнинг миқдорини, самарадорлигини, ножўя таъсирларининг частотаси жиҳатидан ўрганиш;

жигар эхинококкозини жарроҳлик усулида даволаш ва унинг такрорланишини олдини олишга таклиф этилаётган комплекс ёндашув самарадорлигини баҳолаш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида Самарқанд давлат тиббиёт институтининг 1- ва 2-клиникаларида 2005 йилдан 2017 йилгача бўлган даврда 371 нафар жигар эхинококкози бўлган беморлар хизмат қилган. Экспериментал тадқиқотлар Самарқанд давлат тиббиёт институтида табиий шароитларда эхинококкоз юктирилган 32 қўйда, морфологик тадқиқотлар “Академик В.Вохидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия илмий амалий тиббиёт маркази” да ўтказилган.

**Тадқиқотнинг предмети** бўлиб қолдиқ бўшлиқни махсус усуллардан фойдаланиб ишлов бериш, альбендазолнинг турли миқдорларини қўллаш давомида экспериментал ҳайвонлар ички аъзоларини морфологик текшириш ва жарроҳлик усулида кириш йўлини танлаш учун дифференцирланган ёндашув ёрдамида жигар эхинококкозини жарроҳлик усулида даволаш натижаларини таҳлил қилиш хизмат қилган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ҳал қилиш учун қуйидаги текширувлар фойдаланилди: умумий клиник, инструментал (ультратовуш, эндоскопик, нурли текширув усуллари), морфологик ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

тажрибада антипаразитар даволаш муддати ва адекват гермицид таъсири учун етарлича тўғри миқдорни танлаш имкониятини ҳисобга олган ҳолда эхинококкознинг қайталанишининг олдини олиш учун альбендазол самарадорлигини аниқлаш усули такомиллаштирилган;



жигарда бирламчи эхинококк кистасидан узоқ соҳаларда, перифокал макрофаг хужайралари реакциясиз аниқланган бўлиб, кейинчалик ўсиш имконияти бўлган микроскопик фарқланувчи насл микрокисталарининг аниқланиши тажрибада исботланган;

жигарда асосий ўчоқдан ташқарида турли миқдордаги альбендазолнинг эхинококкоз кистасига ва пушт элементларига маҳаллий макрофаг хужайралари жавобига таъсирининг морфологик хусусиятлари тажрибада аниқланган;

атроф тўқималарининг насл элементлари билан тарқалиш хавфини камайтириш мақсадида эхинококк кистасининг таркибини хавфсиз равишда эвакуация қилиш учун “қисқич-саватча” жарроҳлик асбоби такомиллаштирилган;

амалиётдан кейинги даврга таъсир этувчи омилларни ва касалликнинг такрорланиш эҳтимолини ҳисобга олган ҳолда жигар эхинококкэктомияси бажарилган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш учун махсус шкала оптималлаштирилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

касаллик оғирлик даражасини баҳолаш ва даволаш усулларининг тавсия этилган алгоритмига асосланган ҳолда жигардан минилапаротомиядан эхинококкэктомия қилиш учун кўрсатмалар аниқланган;

эхинококк қисмлари ва қиз (набира) ҳосилаларини олиб ташлаш вақтида уларнинг парчаланиш ва қорин бўшлиғига тарқалишига йўл қўймасдан, хавфсиз герметик тарзда олиш имконини берувчи асбобни қўллаган ҳолда паразит кистаси таркибини олиб ташлаш усули такомиллаштирилган;

жигар эхинококкозининг қайталанишининг олдини олишда, токсик реакцияларда ёки жигар диффуз касалликлари фонида альбендазолни тавсия этилган миқдорини камайтириш имконияти тажрибада аниқланган;

қолдиқ бўшлиғини қайта ишлов бериш ва бартараф этиш, профилактик кимётерапия, киришни танлаш учун комплекс ёндашувни ҳисобга олиб жигар эхинококкозини жарроҳлик усулида даволашни танлаш алгоритми ишлаб чиқилган;

беморларнинг жисмоний, руҳий ва ижтимоий кундалик фаолиятига таъсир этувчи асосий омилларни ҳисобга олган ҳолда, жигар эхинококкэктомияси бажарилган беморларнинг ҳаёт сифати даражасини баҳолаш учун шкала такомиллаштирилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Натижаларнинг ишончлилиги муҳокама қилинган муаммоларни ҳал этиш усуллари жигар эхинококкози бўлган беморларни ташхислаш ва жарроҳлик усулида даволашда замонавий илмий ва амалий ғоялар ва ёндашувларга асосланган. Тадқиқот натижалари статистиканинг замонавий усуллари, масалан, Стьюдент мезонлари ва ишончлилик интерваллари, ишончлилик эҳтимоли ҳисобга олинган ўзгарувчан таҳлиллар ёрдамида олинган натижалар асосида амалга оширилган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шунинг билан аниқланадики, олинган

хулоса ва таклифлар назарий аҳамиятга эга бўлиб, ЖЭ ли беморларни даволашда замонавий ёндашувларнинг ишлаб чиқишга хисса қўшади. Тажриба тадқиқотлари шуни кўрсатдики, жигардаги асосий эхинококк кистасидан узоқда кейинчалик ўсиш имконинига эга бўлган микроскопик жихатдан аниқланадиган бошланғич микрокисталари топилиши мумкин. Тажрибада эхинококкознинг такрорланишининг олдини олиш самарадорлиги антипаразитар воситанинг миқдорини даволаш имкониятларини ҳисобга олган ҳолда аниқланган. Жигардаги эхинококкэктомиядан кейин беморларнинг турмуш даражасининг кўрсаткичлари комплекс даволашнинг тавсия этилган тактик-техник алгоритмлари асосида ўрганилган. Тадқиқот ишининг айрим натижалари ЖЭ ли беморларни ташхислаш ва даволашга бағишланган мавзулар бўйича магистр, курсант ва клиник ординаторлар учун ўқув дастурининг таркиби ва тузилишини яхшилаш учун қўлланилиши мумкин.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шунинг билан аниқланадики, ишдаги асосий хулосалар ва тавсияларнинг турли даражадаги тиббиёт муассасаларида жигар эхинококкози бўлган беморларни ташхислаш ва даволашда фойдаланиш мумкин. Сурункали тарқалган жигар касалликлари бўлган беморларда эхинококкоз такрорланишининг олдини олиш мақсадида амалиётдан кейинги даврда альбендазолнинг тавсия этилган профилактик миқдорининг самарадорлиги исботланган. Жигар эхинококкозида омилларни баҳолаш ва жарроҳлик усулида даволашда замонавий ёндашувларга асосланган ташхислаш ва даволаш чоралари учун оптимал алгоритм таклиф этилган. Жарроҳлик “қисқич-саватча” асбоби қиз ёки набира кисталарини йўқ қилиш ва атрофдаги тўқималарга тарқалиш хавфсиз маҳкам ушлаб туриш учун такомиллаштирилган. Жигар эхинококкозида жарроҳлик тактикасини танлаш учун амалиёт натижаларини яхшилаш ва амалиётдан кейинги реабилитация вақтини қисқартириш имконини берувчи дастур ишлаб чиқилган.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Жигар эхинококкози бўлган беморларни ташхислаш ва жарроҳлик усулида даволашни яхшилаш бўйича илмий изланиш натижаларига кўра:

“Жигар эхинококкозили беморларни олиб бориш алгоритми” усулбий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 1 майдаги 8н-з/58-сон маълумотномаси). Таклиф этилган тавсиялар жигар эхинококкозини жарроҳлик усулида даволаш тактикасини, қорин бўшлиғига кириш йўлини танлаш, қолдиқ бўшлиғига ишлов бериш ва бартараф этишда, шунингдек, профилактик кимётерапияни комплекс ҳисобга олган ҳолда танлашни оптималлаштириш имконини берган;

жигар эхинококкозили беморларни ташхислаш ва жарроҳлик усулида даволаш сифатини яхшилаш бўйича бажарилган диссертация ишидан олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалий фаолиятига, хусусан, Самарқанд давлат тиббиёт институти 1- ва 2-клиникаларида, Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси ва Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази амалий фаолиятига (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил 1 майдаги 8н-

з/58-сон маълумотномаси) татбиқ этилган. Тадқиқот натижаларининг амалиётга татбиқ этилиши кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини амалиётдан кейинги асоратлар частотасини 12,5% дан 4,3% гача ва касалликнинг қайталанишини 11,9% дан 2,6% гача камайтириш имконини берган.

**Тадақиқот натижаларининг апробацияси.** Тадақиқот натижалари 10 та илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган, шу жумладан, 8 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида.

**Тадақиқот натижаларининг эълон қилиниши.** Диссертация мавзуси бўйича 37 та илмий иш чоп этилган, шу жумладан, Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларнинг асосий илмий натижаларини чоп этиш учун тавсия этилган илмий нашрларда 11 та мақола, шундан, 10 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, беш боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертациянинг ҳажми 116 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида ўтказилган тадақиқотнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадақиқотнинг мақсади ва вазифалари шакллантирилган, предмет ва объекти хусусиятланган, тадақиқотнинг республика фан ва технология устувор йўналишларига мослигини, тадақиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, тадақиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **“Жигар эхинококкозини ташхислаш ва жарроҳлик даволаш усулларининг ривожланишига замонавий қарашлар”** деб номланган биринчи бобида адабиётлар тахлили келтирилган, тўртта бўлинмадан иборат бўлиб жигар эхинококкози муаммосининг моҳияти, унинг этиопатогенези, ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари, шунингдек, ушбу патологияли беморларни олиб боришда мавжуд муаммолари очиб берилган. Ушбу бўлимда муаммонинг ҳолати, жигар эхинококкозини таснифлаш, жигар эхинококкозини ташхислашнинг замонавий усуллари, жигар эхинококкозини жарроҳлик усулида даволаш хусусиятлари келтирилган.

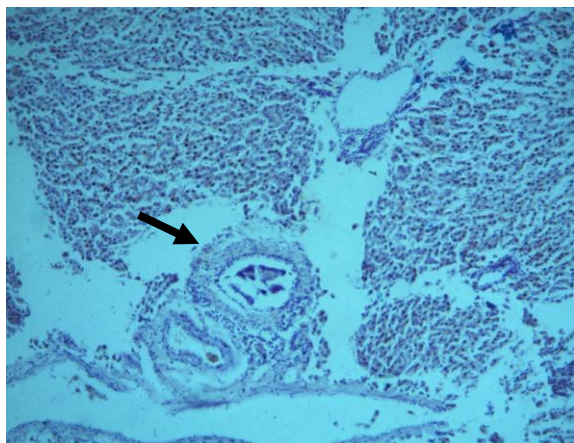
Диссертациянинг **“Материалнинг клиник хусусиятлари ва қўлланилган текширув усуллари”** деб номланган иккинчи бобида, материал ва тадақиқот усуллари тасвирланган, клиник материалларнинг умумий хусусиятлари, клиник ва инструментал текширув усуллари келтирилган. Тадақиқот учун асос бўлиб, Самарқанд Давлат тиббиёт институтининг 1-ва 2-чи клиникалари жарроҳлик бўлимларига ЖЭ билан мурожаат қилган 371 бемор ташкил этган. 371 бемордан 311 (83,8%) та ҳолатда бирламчи ва 60 (16,2%) та ҳолатда қайталанган эхинококкоз аниқланган. Кисталар сонига кўра, жигарнинг якка паразит кистаси бўлган беморлар - 278 (74,9%). 93 (25,1%) беморларда кўп сонли паразитар жигар

кистаси аниқланган. Жигарда киста ўлчамлари диаметри 5 дан 30 см. гача бўлиб ва ўзида бир неча миллилитрдан 3 литргача суюқлик сақлаган, асосий қисми (58,5%) 5 дан 10 см.гача кистали беморлар ташкил этган.

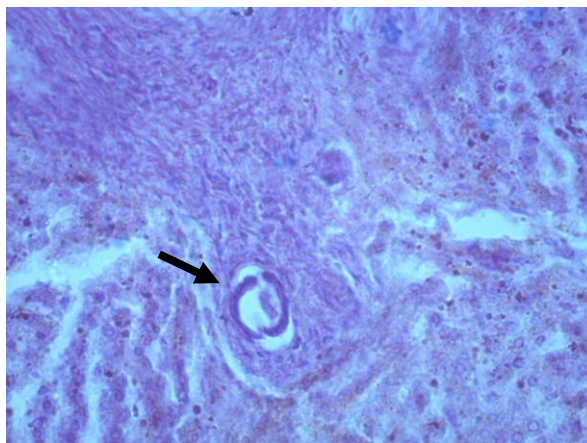
Асоратланган кисталар 102 (27,5%) бўлган. Ушбу асоратлар таркибида ярмидан ортиқ ҳолатларда - 50 (49,0%) беморда кистобилиар оқмалар аниқланган. 32 (31,4%) беморда кистанинг йиринглаши кузатилган. Кистанинг жигаричи ўт йўлларига ўтиши туфайли 3 (2,9%) беморларда механик сариклик ривожланган. 4 (3,9%) беморда кистанинг қорин бўшлиғига ёрилиши каби оғир асорати кузатилган.

Диссертациянинг **“Жигар эхинококкозини қайталанишини олдини олишда альбендазол қўлланилиши самарадорлигини эксперимент-морфологик асослаш”** деб номланган учинчи бобида, тажриба ҳайвонлари (32 қўйлар) ички аъзоларининг морфологик ўрганиш билан эхинококкознинг илк шакллариغا турли миқдордаги альбендазол таъсири ўрганишга бағишланган. Ультратовуш текшируви асосида барча ҳайвонлар жигарида эхинококкоз (ветеринар-мутахассислар иштирокида) ташхиси қўйилган.

Альбендазолнинг таъсирини аниқлаш мақсадида экспериментал текширувнинг биринчи босқичида кимётерапия олмаган қўйнинг жигар тўқимаси ўрганилган. Морфологик текшириш гематоксилин-эозин (Г-Э) билан бўялган жигарнинг кетма-кет кесмаларида ўтказилган. Барча ҳайвонлар жигарида янги ҳосил бўлган бошланғич кисталар топилди. Қолган ҳайвонлар препаратнинг турли миқдорларида (5, 10, 15 ва 20 мг/кг тана вазнига) 2 ва 3 ҳафта давомида альбендазол билан даволанди. 3 ҳафта давомида 5 мг/ кг тана вазнига альбендазол билан даволанган ҳайвонларнинг жигарини текширишда эмбрион кист деворлари микроскопик гомоген, бир хил даражада қалинлашган. Четлари бўйлаб лимфоид-гистиоцит хужайралардан иборат жуда кучли қобик ҳосил бўлган (1-расм). 2 ҳафта давомида тана оғирлиғига 10 мг/кг миқдорда берилганда, жигар бўлаклари орасида аморф модда билан тўлган қават қават хитин пардали насл эхинококкоз пуфакчалари шаклланган. Улар орасида сколкс кўриниб туради. Хитин пардасининг деворида шиш ва қаватланиш аниқланади (2-расм).

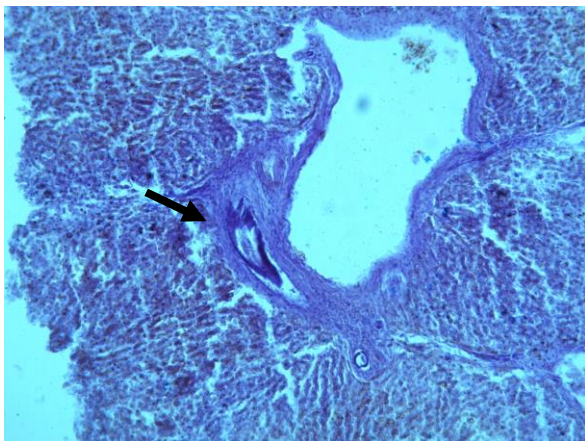


1-расм. 5 мг/кг дозада альбендазол қўлланилгандан кейин жигар. Г-Э бўёш. 10×20 катталикда.

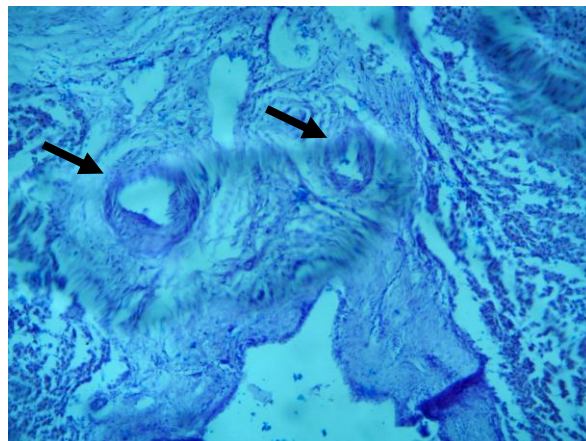


2-расм. 10 мг/кг дозада альбендазол қўлланилгандан кейин жигар. Г-Э бўёш. 10×10 катталикда.

Альбендазолни 2 ҳафта мобайнида ҳайвон вазнига 15 мг/кг миқдорда қабул қилиш мобайнида жигарни микроскопик текшируви янги ҳосил бўлган эхинококк пуфакчаси қобиғи шишган ва деворлари бўшаганлигини кўрсатди. 10 мг/кг миқдорида пуфак девори четларида кузатилмайдиган лимфоид - гистоцитар инфилтратлар пайдо бўлади (3-расм). 20 мг/ кг миқдордаги альбендазол билан 2 ҳафта мобайнида даволанган қўйнинг жигарини микроскопик ўрганиш мобайнида, эхинококк янги қобиғининг чет соҳаларида сезиларли даражада лимфоид хужайра инфилтратлари билан бойитилганлиги аниқланган. Ҳосил бўлаётган киста бўшлиғи очилган, унда аморф масса мавжуд. Қобик деворлари бир хилда гомоген (4-расм).



**3-расм. 15 мг/кг дозада альбендазол қўлланилгандан кейин жигар. Г-Э бўяш. 10×10 катталикда.**



**4-расм. 20 мг/кг дозада альбендазол қўлланилгандан кейин жигар. Г-Э бўяш. 10×19 катталикда.**

Кимётерапия курси бошланишига қадар, давомида ва охирида қон умумий тахлили, биокимёвий кўрсаткичлар ва коагулограмма текширилди. 5 мг/кг миқдордаги альбендазол билан даволашланган қўйларда қон тахлилида патологик ўзгаришлар кузатилмади. 10 ва 15 мг/кг миқдордаги альбендазол билан даволанган қўйлар қон биокимёвий кўрсаткичларида озроқ ўзгаришлар аниқланган. 20 мг/кг миқдорида биринчи ҳафтанинг охирида қонда ферментлар кўрсаткичи ўртача даражада ошган ва иккинчи ҳафтанинг охирида эса сезиларли даражада ошганлиги аниқланди.

Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, жигарнинг асосий эхинококк кистасидан узоқ соҳаларида микроскопик тарзда аниқлаш мумкин бўлган бошланғич эхинококк микрокисталари аниқланди. Улар эмбриотик шаклланиш атрофида макрофаг хужайра реакцияси ёки сезиларли хужайра реакцияси мавжуд бўлмаган шаклланиган ёки шаклланаётган хитин пардалар шаклида ифодаланган. Альбендазол билан 2 ҳафта давомида тана вазнига 10 мг/кг - юқори миқдорда ва 3 ҳафта тана вазнига 5 мг/кг паст миқдорда даволаш паразит янги кистаси атрофида пролифератив-продуктив хужайрали жавобни уйғонишига ва эхинококкнинг сколексига бостирувчи тарзда таъсир этган.

Диссертациянинг **“Жигар эхинококкозини комплекс даволаш”** деб номланган тўртинчи бобида, ЖЭ ташхиси қўйилган беморларда СамДТИ 1- ва 2- клиникаларида қўлланилган тактик ва техник ёндашувларга бағишланган. 2005-2008 йиллар давомида амалиёт бажарилган 145 нафар

(39,1%) бемор таққослаш гуруҳининг 1-кичик гуруҳини ташкил этган. Таққослаш гуруҳининг 2-кичик гуруҳи 2009-2012 йилларда амалиёт бажарилган 111 (29,9%) беморни ўз ичига олади, уларда қолдиқ бўшлиғини ишлоб бериш учун хона ҳароратида 80-100% ли глицерин ишлатилган. Асосий гуруҳни, 2013-2017 йиллар мобайнида амалиёт бажарилган 115 (31,0%) беморни ташкил этган, унларда асоратланмаган эхинококкозда қолдиқ бўшлиғи 60 °С га қадар қиздирилган иссиқ глицерин билан ишлов берилган, ва асоратланган ҳолатларда иссиқ глицерин паст частотали ультратовуш билан бирга қўлланилган. Бундан ташқари, асосий гуруҳдаги беморларнинг даволаниш тактикаси таққослаш гуруҳдан фарқ қилиб, тавсия этилган алгоритм асосида оптимал жарроҳлик усулини танлаш амалга оширилган.

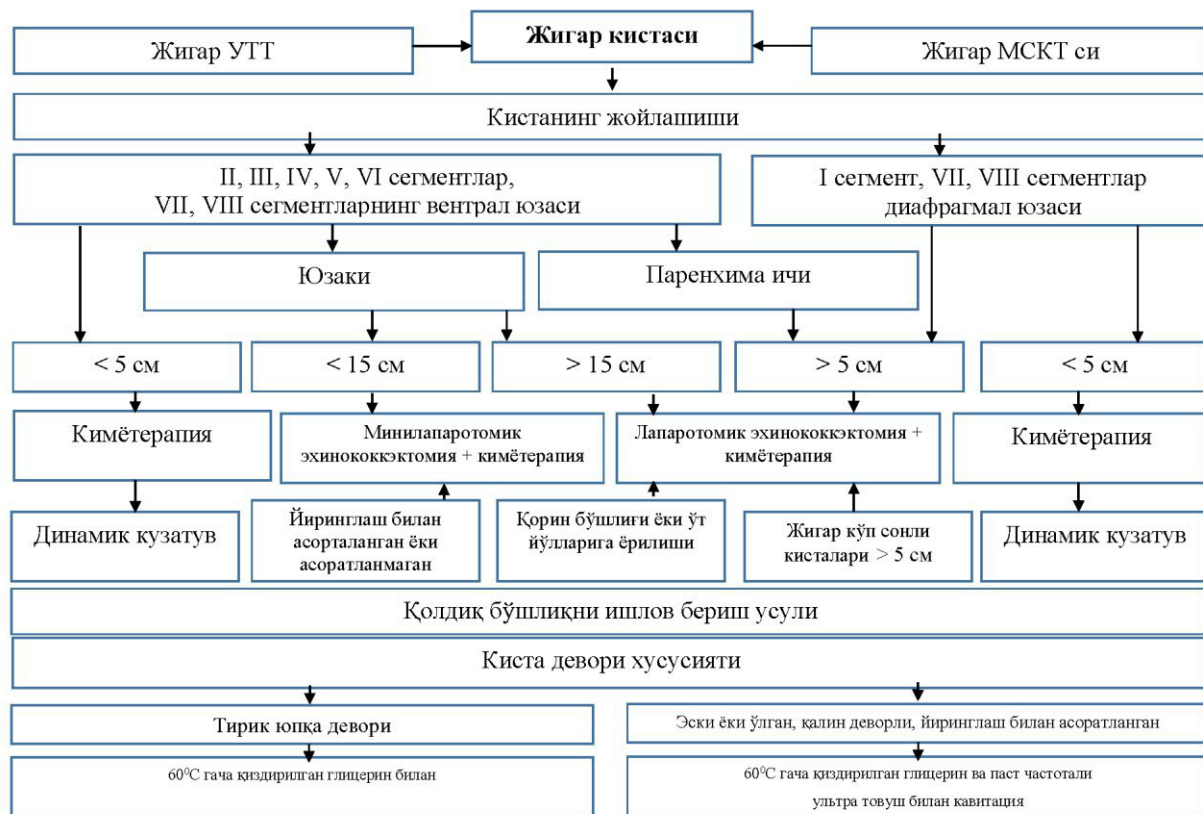
2013 йилдан бошлаб клиникамизда, жигар эхинококкози жарроҳлигида, ҳар бир беморнинг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, “топик миниқириш” дан кенг фойдаланилган. Даволаш натижаларига таъсир этувчи омиллар махсус балли ўлчов бўйича (1-жад.).

### 1-жадвал

#### Эхинококкэктомиянинг турли усулларини қўллаш учун балли баҳолаш тизимининг кўрсаткичлари

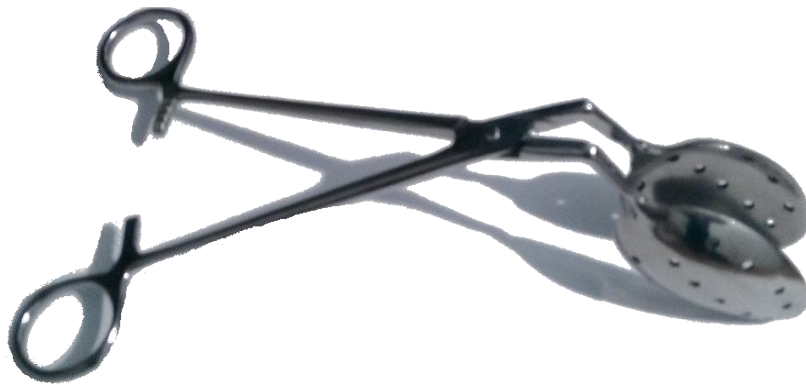
№	Омиллар	Омиллар хусусияти		Баллар
1	Ларвоцистлар хусусияти	Бир камерали		0
		Қўп камерали		1
2	Кисталар сонига кўра	Якка		0
		Қўп сонли	Битта бўлак зарарланган	1
			Иккала бўлаги зарарланган	2
3	Кисталар диаметрига кўра	Кичик (5см.гача)		0
		Ўрта (6-10 см.гача)		1
		Катта (11-20 см.гача)		2
		Улкан (20 см.дан катта)		3
4	Кисталар жойлашишига кўра	Жигар киррасида жойлашган		0
		Жигарнинг диафрагма юзасида жойлашган киста		1
		Жигарнинг вицерал юзасида жойлашган киста		2
		Паренхима ичи кистаси		3
		Жигар дарвозаси соҳасидаги киста		4
		Бўлакни тўлиқ эгаллаган киста		5
5	Асорат мавжудлигига кўра	Асорат йўқ		0
		Асорат бор	Оҳакланиш	1
			Кистани йиринглаши	2
			Ўт йўллари босилиши	3
			Портал гипертензия	4
			Ўт йўлларига ёрилиш	5
			Бўшлиққа ёрилиш	6
Қўшма асоратлар	7			
6	Келиб чиқишига кўра	бирламчи эхинококкоз		0
		Қайталанган эхинококкоз	Чандиқ йўқ	1
			Жиддий чандиқ	2

Жами баллар миқдори 11-20 гача бўлган беморларда ўрта чизикдан ёки қийшиқ қовурға ости кенг лапаротомияси қўлланилган. 10 баллгача ҳолатларда беморларга топик мини-кириш орқали эхинококкэктомия амалга оширилган. Касалликнинг клиник кўриниши ва жигар эхинококкозининг жарроҳлик тактикасини танлаш дастурига асосланиб, жигар эхинококкози бўлган беморлар учун оптимал ташхислаш-даволаш алгоритми ишлаб чиқилган (5-расм).



**5-расм. Жигар эхинококкози билан касалланган беморлар учун ташхислаш ва даволаш алгоритми**

Асосий гуруҳдаги беморлар учун инновацион ечимлардан бири такомиллаштирилган “қисқич-саватча” асбобидир (6-расм), бир-бирига юпишувчи тўғри ва қовариқ лайличаларидан иборат бўлиб, улар яқинлашганда кистанинг парчалар ва тўлиқ бола ёки набира кистачаларини маҳкам ушлаш ва гертемик тутишга қодир, уларни парчаланиши ва атрофдаги тўқималарга тарқалиши хавфсиз олиш имконини берган.



**6-расм. “Қисқич-саватча - эхинококкэктомия учун восита”**

Эхинококкэктомияларнинг мутлақ кўпчилиги (99,8%) аъзони сақлаш хусусиятига эга бўлиб, фақатгина 1 (0,2%) беморда жигар чап бўлаги резекциясини бажаришга зарурат пайдо бўлди. Мос ҳолатларда идеал эхинококкэктомия қилиш имконияти бой берилмади - 2 (0,3%) ҳолатда паразит киста бутун хитинли қобиғини тортиб олиш орқали чиқарилди. Кузатувларимиздагина 412 (77,6%) қолдиқ бўшлиғи ёпиқ эхинококкэктомия тарзида ишлов берилди ва фақат 116 (21,8%) ҳолатда фиброз капсулалар ярим ёпиқ усулда дренажда тикилди.

Шундай қилиб, жигардаги эхинококкозни топик жойлашишини аниқлашнинг, касаллик кечиши оғирлигини баҳолашнинг балли тизими, кисталар умумий сони, ўлчами, асоратининг хусусияти ва мавжудлигини инобатга олувчи таклиф этилаётган ташхислаш алгоритми, асосий гуруҳда 73,9% ҳолатларнинг мини-кириш орқали етарли эхинококкэктомияни бажаришга, шунинг билан анъанавий ўрта (71,5%) ва қовурға ости (28,5%) амалиётларни 26,1% гача (мос равишда 23,5% ва 2,6%) камайтириш ( $\chi^2$  мезонининг қиймати 247.524, эркинлик даражаси 2; аҳамият даражаси  $p < 0,001$ ), амалиёт давомийлигини  $86,5 \pm 4,9$  дан  $62,4 \pm 2,9$  гача ( $t$ -критерий  $= 4,23$ ;  $p < 0,001$ ) камайтириш имконини берган. Ўз навбатида, жигар эхинококкозининг жарроҳлик 50% ида кисталар қиз ва набиралари билан учрайди (E.Nominis), ишлаб чиқилган воситадан фойдаланиш қорин бўшлиғига тарқалиш хавфини камайтириш, эхинококкэктомия давомийлигини  $14,7 \pm 0,9$  дан  $5,2 \pm 0,6$  дақиқাগача ( $p < 0,001$ ) ва умуман минилапаротомия билан биргаликда  $98,4 \pm 5,6$  дан  $72,6 \pm 3,8$  дақиқাগача қисқартириш имконини берди ( $p < 0,001$ ).

Диссертациянинг **“Жигар эхинококкозили беморларни хирургик даволаш натижалари”** деб номланган бешинчи бобида, олинган натижаларни ишончли баҳолашнинг барча асосий жиҳатларини ҳисобга олган ҳолда тавсия этилган даволаш усулларини амалга оширишнинг натижалари келтирилган. 2005-2008 йиллар билан таққослаганда амалиётдан кейинги асоратлар сони 13,1 дан 4,3% гача камайган. Қолдиқ бўшлиғини йиринглаши (6 мартага), лапаротом яранинг йиринглаши (2 мартага), ўт оқмаларнинг ҳосил бўлиши (3 мартага) каби асоратлар камайган ва диафрагма ости абцесслари учрамаган. Амалиётдан кейинги шифохонада



даволаниш муддати таққослаш гуруҳи билан солиштирганда  $21,2 \pm 1,2$  дан  $10,9 \pm 0,3$  кунгача - 2 мартага қисқарган.

Альбендазолли кимётерапияни амалиётдан кейин 1 ойдан кечикмай бошланди. Таққослаш гуруҳида анъанавий чизма бўйича 112 (43,8%) беморда амалиётдан кейинги кимётерапия ўтказилди. Даволаш давомида АСТ ва АЛТ нинг ўртача концентрацияси кимётерапиянинг биринчи курсидан кейин тегишли равишда  $0,55 \pm 0,05$  ва  $0,88 \pm 0,08$  ммол/л.гача кўтарилган. 3 (2,7%) беморда паренхиматоз сариқлик, 41 (36,6%) беморда диспептик аломатлар, 2 (1,8%) беморда қаталанувчи аллопеция юзага келган, натижада 16 (14,3%) ҳолатда профилактик даволаниш курсини бекор қилишни талаб этган. Шунини таъкидлаш керакки, трансминазаларнинг кўтарилиши жигар касалликлари билан оғриган ёки илгари касалланган беморлар учун хусусиятли бўлган. 112 нафар беморларнинг 54 нафари (48,2%)да жигарнинг сурункали диффуз патологияси мавжудлиги аниқланди. Ушбу далилни инобатга олган ҳолда, учинчи бобда келтирилган тадқиқотларнинг асосий гуруҳида альбендазолнинг дозаси жигарнинг дастлабки функционал ҳолатига мос равишда ўрнатилди. Жигар циррозида, шунингдек жигар ферментларининг бошланғич (амалиётгача) кўтарилган ҳолатларида альбендазол 5 мг/кг/кун дозасида қўлланилган. Ўз навбатида, қоннинг биокимёвий кўрсаткичларининг ўзгариши ёки альбендазолнинг стандарт миқдоридида токсик таъсирининг клиник кўринишлари пайдо бўлганда, беморларни даволаниш тартибини кунига 5 мг/кг. га ўзгартирилди. Асосий гуруҳда 51,3% ҳолатларда сурункали диффуз жигар касалликлари аниқланди. Дастлаб, 11 (9,6%) беморда альбендазолнинг камайтирилган миқдорлари қўлланилиб, биокимёвий ўзгаришларнинг фонида анъанавий миқдорни камайтириш яна 21 (18,3%) беморда талаб этилган. Умуман олганда, асосий гуруҳдаги 32 (27,8%) беморга тавсия этилган чизмага мувофиқ кимётерапия олишган.

Тадқиқотлар клиник ва лаборатория кўрсаткичларида альбендазол билан кимётерапия пайтида салбий реакцияларнинг юзага келиш эҳтимоли 52,7% ни ташкил этган (таққослаш гуруҳидаги 59 нафар беморда), бу препаратнинг токсик таъсири ва жигарнинг ёндош сурункали диффуз касаллиги мавжудлиги билан боғлиқ бўлиб, 14,3% даволанишни бекор қилишга, ўз навбатида миқдорни мослаштириш имконияти 18,3% га (асосий гуруҳдаги 21 нафар беморга) камайтириш имконини берган ва тегишли равишда тўлақонли антипаразитар тўлиқ даволаш курсини таъминлаган (мезон  $\chi^2 = 26.703$ ;  $p < 0,001$ ). Жигар аминотрансферазаларининг мониторинги ушбу кўрсаткичлар бўйича таққослаш гуруҳларида ҳам ишончли фарқни кўрсатган. Шунинг учун таққослаш гуруҳидаги АЛТ даражаси  $0.88 \pm 0.08$  ммол/л ни, асосий гуруҳда эса  $0,51 \pm 0,04$  ммоль/л. ташкил этган ( $p < 0,001$ ), АСТ қийматлари сезиларли даражада фарқ қилмади, бунда сурункали ёндош жигар патологияси АЛТ қийматлари  $1,14 \pm 0,11$  га нисбатан  $0,62 \pm 0,05$  ммол /л ( $p < 0,001$ ) ва АСТ -  $0,72 \pm 0,07$  га нисбатан  $0,52 \pm 0,04$  ммол/л. ( $p < 0,05$ ) ташкил этган.

Узоқ муддатли даврда текширилган 236 нафар беморнинг 21 (8,9%) беморларида эхинококкознинг қайта тикланиши қайд этилган, 2005-2008 йилларда амалиёт бажарилган беморлар гуруҳида бу кўрсаткич 16,3% ни ташкил этган, бу профилактик кимётерапия (2-жад.).

## 2-жадвал

### Эхинококкознинг қайталаниш частота

Кисталар сони	Таққослаш гуруҳи						Асосий гуруҳ n=76	
	1-гуруҳча n=92		2- гуруҳча n=68		Жами, n=160			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Якка киста	7	7,6%	2	2,9%	9	5,6%	1	1,3%
Жигарнинг кўп сонли эхинококкози	8	8,7%	2	2,9%	10	6,3%	1	1,3%
Жами	15	16,3%	4	5,9%	19	11,9%	2	2,6%
$\chi^2$ мезон	Df=1; $\chi^2 = 4.692$ ; p=0,031							

Кейинчалик юқорида санаб ўтилган инновациялар ва касалликнинг профилактика чораларини қўллаш натижасида касалликнинг қайталаниш частотаси таққослаш гуруҳи 2-кичик гуруҳида 5,9% га, асосий гуруҳда эса 2,6% гача камайтириш имконини берган.

2012 йилдан бошлаб жигар эхинококкэктомияси ўтказилган беморларнинг кундалик фаолияти жисмоний, ақлий ва ижтимоий аҳамиятга эга бўлган объектив ва субъектив белгилар, инструментал маълумотлар, жумладан, ишлаб чиқилган дастурга (№ DGU 05631 ЭХМ дастурининг расмий рўйхатга олинганлиги тўғрисидаги гувоҳнома) мувофиқ жигар эхинококкэктомияси бажарилган беморларнинг ҳаёт сифатини аниқлаш бошланган. 81 дан 100 баллгача тўплаган беморларга “аъло”, 61 дан 80 баллга “яхши”, 41 баллдан 60 баллгача – “қониқарли”, 40 ёшдан ошган беморларга эса “қониқарсиз” деб баҳоланди. Ишлаб чиқилган дастурга кўра, амалиётдан кейинги даврда кузатилган 236 беморнинг 102 (30,0%) тасида текширилди. Шулардан 49 нафари таққослаш гуруҳидан ва 53 нафари асосий гуруҳдан бўлган (3-жад.).

## 3-жадвал

### Амалиётдан кейинги даврда беморларни ҳаёт сифатини баҳолашга кўра тақсимлаш

Тадқиқот гуруҳлари		Баҳолаш							
		аъло		яхши		қониқарли		қониқарсиз	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Таққослаш гуруҳи	1-гуруҳча (n=17)	1	5,9%	11	64,7%	3	17,6%	2	11,8%
	2-гуруҳча (n=32)	8	25,0%	20	62,5%	4	12,5%	0	0,0%
	Жами	9	18,4%	31	63,3%	7	14,3%	2	4,1%
Асосий гуруҳ (n=53)		44	83,0%	8	15,1%	1	1,9%	0	0%
Гуруҳлар орасидаги $\chi^2$ -мезон		Df=3; $\chi^2 = 43.087$ ; p<0,001							
Жами (n=102)		53	52,0%	39	38,2%	8	7,8%	2	2,0%

Шундай қилиб, киришни танлашга комплекс ёндашишни ҳисобга олган ҳолда, жигар эхинококкозини жарроҳлик даволаш усуллари танлаш учун ишлаб чиқилган алгоритм, қолдиқ бўшлиғини ишлов бериш ва бартараф этиш, шунингдек профилактик кимётерапия ёрдамида амалиётдан кейинги асоратларнинг учрашини 12,5% дан (таққослаш гуруҳида 32 нафар беморлар) 4,3% га (асосий гуруҳида 5 бемор) (мезон  $\chi^2 = 4.954$ ; Df=1; p=0,027) ва 11,9% (таққослаш гуруҳида 19 нафар беморлар)дан 2.6% гача (асосий гуруҳида 2 та беморда) (мезон  $\chi^2 = 4.692$ ; Df=1; p=0,031) орқали яхшилаш имконини берган. Беморларнинг ҳаёт сифатининг яхшиланиши қайд этилди, бунда тадқиқот гуруҳидаги яхши ва яхши натижалар 98,1% ни ташкил этган (44 бемордан 43 нафарида, таққослаш гуруҳи бу кўрсаткич 85,7% ни ташкил этган (49 беморнинг 42 нафарида).

## ХУЛОСА

1. Экспериментал тадқиқотлар шуни кўрсатадики, жигарнинг асосий эхинококк кисталаридан узоқ бўлган соҳаларида микроскопик тарзда аниқлаш мумкин бўлган микрокисталар бўлиши мумкин, уларнинг атрофида макрофаг-хужайрали реакция камроқ ифодаланган, бу эса катта кистлар олиб ташлангандан кейин касаллик қайталанишига олиб келиши мумкин.

2. Альбендазолни 20 мг/кг миқдорда қўллаш билан паразитнинг эмбрионал кистаси атрофида пролифератив-продуктив хужайралар реакциясининг стимулланиши 2 ҳафтада юзага келса, 10-15 ва 5-7 мг/кг дозасида таъсири 3-4 ҳафтада кузатилади, бу эса тавсия этилган миқдорда альбендазол (10-12 мг/кг) ни даволашнинг давомийлигини ҳисобга олган ҳолда токсик реакциялар (диффуз жигар касаллиги) хавфи мавжуд бўлган ҳолатларда мослаштиришга имкон беради.

3. Аслида, жигар эхинококкози амалиётларининг 50% ида қиз ва набирали (E.Nominis) кисталар мавжуд бўлиб, такомиллаштирилган асбобдан фойдаланиш унинг қорин бўшлиғига тарқалиш хавфини камайтиришга ва эхинококкэктомияни 14,7±0,9 дан 5, 2±0,6 дақиқагача (p<0.001) ва умуман минилапаротомия билан биргаликда амалиётлар 98,4±5,6 дан 72,6±3,8 дақиқагача қисқартириш имконини беради (p<0.001).

4. Жигар ичидаги эхинококкозни топик жойлашишини аниқлашда тавсия этилган диагностик алгоритм ёрдамида касалликнинг оғирлик даражасини балли усулда баҳолаш, асосий гуруҳида кузатилганларнинг 73,9% ида минимал кириш йўли билан эхинококкэктомия амалга оширишга ва шу билан анъанавий ўрта (71,5%) ва қовурға ости (28,5 %) амалиётларини 26,1% гача (мос равишда 23,5% ва 2,6%) (p<0,001 мезон бўйича  $\chi^2$ ), мос келади ва амалиёт давомийлигини 86,5±4,9 дан 62,4±2,9 дақиқагача (t=4,23; p<0,001) қисқартириш имконини беради.

5. Сурункали диффуз жигар патологияси билан касалланган беморларда жигар эхинококкозининг қайталанишини олдини олиш учун альбендазол миқдорини тузатиш салбий реакциялар эҳтимолини 52,7% дан 18,3% гача ( $\chi^2 = 26.703$ ; p<0,001), шунга мувофиқ жигар аминотрансфераза

индексларини: АЛТ таққослаш гуруҳида  $1,14 \pm 0,11$  дан асосий гуруҳда  $0,62 \pm 0,05$  ммол/л ( $p < 0,001$ ) гача, АСТ ни  $0,72 \pm 0,07$  дан  $0,52 \pm 0,04$  ммол/л ( $p < 0,05$ ) гача камайтириш имконини беради.

6. Жигар эхинококкозини хирургик даволаш усулларини танлаш учун ишлаб чиқилган алгоритм, киришни танлаш, қолдиқ бўшлиғига ишлов бериш ва бартараф этиш усули, шунингдек, профилактик кимётерапия ёрдамида амалиётдан кейинги асоратларнинг частотасини 12,5% дан 4, 3% гача ( $p = 0,027$ ,  $\chi^2$  мезон буйича), касалликнинг қайталанишини эса 11,9% дан 2,6% гача ( $p = 0,031$ ,  $\chi^2$  мезон буйича) камайтириш имконини беради.

**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**

---

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**РАХМАНОВ КОСИМ ЭРДАНОВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТАШКЕНТ – 2019**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2017.2.PhD/Tib254.**

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском институте.

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

<b>Научный руководитель:</b>	<b>Шамсиев Азамат Мухитдинович</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Официальные оппоненты:</b>	<b>Хакимов Мурод Шавкатович</b> доктор медицинских наук, профессор <b>Худайбергенов Шухрат Нурматович</b> доктор медицинских наук
<b>Ведущая организация:</b>	<b>АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова» (Республика Казахстан)</b>

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc.27.06.2017.Tib.49.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии имени академика В.Вахидова и Ташкентской медицинской академии (Адрес: 100115, г.Ташкент, ул.Кичик халка йули,10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42; e-mail: [cs.75@mail.ru](mailto:cs.75@mail.ru)).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного центра хирургии имени академика В.Вахидова (зарегистрирован за №78). Адрес: 100115, г.Ташкент, ул. Кичик халка йули, 10. Тел.: (+99871) 277-69-10; факс: (+99871) 277-26-42.

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

**Ф.Г. Назиров**

Председатель Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор, академик

**А.Х. Бабаджанов**

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

**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.** По данным Всемирной организации здравоохранения, «в мире эхинококкозом поражено более 1 млн человек, при этом среди различных органов и тканей в 44-84% случаев процесс локализуется в печени»<sup>1</sup>. В связи с отсутствием тенденции к снижению числа больных и существованием эндемичных регионов, где показатель заболеваемости варьирует от 1,2 до 9,0 на 100.000 населения это паразитарное заболевание продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой. На современном этапе диагностика эхинококкоза печени (ЭП) не представляет значительных трудностей, во многом благодаря появлению методов неинвазивной визуализации, информативность комплексного применения которых достигает 95-100%. Однако отсутствие настороженности в отношении эхинококкоза способствует поздней диагностике, а, следовательно, увеличению осложненных форм заболевания. В то же время, лечение ЭП является серьезной хирургической проблемой. Наиболее распространенным способом операции остается эхинококкэктомия с различными вариантами ликвидации остаточной полости, которая выполняется в подавляющем большинстве (90,6%) случаев. «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»<sup>2</sup>. В свете вышеизложенного становится очевидной необходимость усовершенствования известных и разработка новых эффективных мер профилактики и лечения этого грозного заболевания.

В мировой практике проводится целый ряд целенаправленных научных исследований, направленных на изучение морфо-функциональных критериев оценки тяжести течения заболевания, в том числе: изучение влияния эхинококкового паразита на морфофункциональные изменения в гепатоцитах, степень которых варьирует от незначительных нарушений вплоть до цирроза печени. Продолжаются исследования по изучению сложной защитной реакции метоцестод, нацеленной на изменение иммунного ответа хозяина и препятствующей их элиминации, при которой паразит минимизирует воздействие системы иммунитета путем выработки иммуномодулирующих молекул, создавая тем самым помехи в активности системы комплемента, изменяя функционирование лейкоцитов или используя феномен молекулярной мимикрии. Особо приоритетными являются вопросы изучения климатических, географических, социальных и экономических условий на формирование зоонозных очагов с разной

---

<sup>1</sup> Marom G, Khoury 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.

<sup>2</sup> Чжао А. В., Икрамов Р. З. Хирургическое лечение эхинококкоза печени //Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2016. – №. 2. – С. 15-17.

степенью напряженности эпизоотических процессов, в связи с тем, что заболеваемость людей эхинококковой болезнью прямо пропорционально коррелирует с этими факторами риска.

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 ЭП, достигнуты положительные результаты. Вместе с тем для совершенствования системы оказания медицинской помощи требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности новых методов профилактики, метафилактики и лечения гидатидозных заболеваний 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 жизнедеятельности<sup>1</sup>. Реализация данных задач, в том числе, улучшение качества лечения эхинококкоза печени путем совершенствования хирургической тактики и разработки эффективных методов снижения рецидива заболевания, 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.** Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении эхинококкоза в настоящее время частота встречаемости этого заболевания остается достаточно высокой. Так по мнению Du L.<sup>2</sup> «вопросы ранней диагностики эхинококкоза пока не нашли удовлетворительного решения, что связано с отсутствием симптоматики у больных на ранних стадиях заболевания». Отсутствие специфических

---

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

<sup>2</sup> Du L. et al. Combined resection of the right liver lobe and retrohepatic inferior vena cava to treat hepatic alveolar echinococcosis: A case report //Medicine. – 2017. – Т. 96. – №. 38.



клинико-лабораторных проявлений эхинококкоза ставит на первый план диагностики инструментальные методы исследования и иммуносерологические тесты. «Вопросы интраоперационной хирургической тактики широко обсуждаются в научной литературе и не имеют однозначного решения. Доля операций с радикальным удалением не только паразита, но и окружающей его соединительнотканной оболочки, невелика и составляет 3,8-30%, что в свою очередь приводит к многочисленным случаям послеоперационных рецидивов заболевания (15-64 %)» (Higueta N.I.A<sup>1</sup>). Вмешательства при рецидивах эхинококкоза отличаются технической сложностью, а при множественных и многократных рецидивах возникают тактические проблемы в отношении объема и характера хирургического вмешательства.

Анализ современной литературы показывает, что имеются несколько направлений в лечении ЭП: традиционные оперативные вмешательства, чрескожное пункционно-дренирующее лечение паразитарных кист под контролем УЗИ или КТ с проведением пред- и послеоперационной химиотерапии и эндовидеохирургические методы. «Однако наиболее доступным направлением в повседневной практике остаются открытые оперативные вмешательства на печени при эхинококкозе органа» (Lorenz A.<sup>2</sup>). Несмотря на большое количество исследований, в которых доказана инвазия сколексами фиброзной оболочки, отношение хирургов к ней остается неоднозначным (Graeter T.<sup>3</sup>). Ряд клиницистов считают обоснованным оставление фиброзной оболочки с тщательной противопаразитарной обработкой. Другие, радикальной операцией считают полное ее удаление. По мнению Qu B<sup>4</sup> «удельный вес радикально произведенных хирургических вмешательств при эхинококкозе не превышает 21-53%. Причиной этого являются топографо-анатомические особенности взаимоотношений между кистой и трубчатыми элементами печени, когда выполнить перицистэктомию не представляется возможным, а обширные резекции печени не являются оправданными». Таким образом решение вопроса о выборе оптимального метода хирургического вмешательства и способ его выполнения, остаются актуальными.

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. В этой связи возникает необходимость пересмотра критериев радикальности оперативного вмешательства при ЭП в зависимости от информативности неинвазивных методов медицинской

---

<sup>1</sup> Higueta N. I. A., Brunetti E., McCloskey C. Cystic echinococcosis //Journal of clinical microbiology. – 2016. – Т. 54. – №. 3. – С. 518-523.

<sup>2</sup> Lorenz A., Nebiker C. A. Hepatic Echinococcosis //Journal of Gastrointestinal Surgery. – 2017. – Т. 21. – №. 8. – С. 1361-1362.

<sup>3</sup> Graeter T. et al. Proposal of a computed tomography classification for hepatic alveolar echinococcosis //World journal of gastroenterology. – 2016. – Т. 22. – №. 13. – С. 3621.

<sup>4</sup> Qu B. et al. Management of advanced hepatic alveolar echinococcosis: report of 42 cases //The American journal of tropical medicine and hygiene. – 2017. – Т. 96. – №. 3. – С. 680-685.

визуализации, позволяющих на предоперационном этапе оценить особенности структуры паразита и выявить признаки агрессии заболевания, в связи с чем, особенно актуальной становится оптимизация алгоритма диагностики с целью выбора наиболее радикальной тактики хирургического лечения в каждом конкретном случае.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского института по теме: «Разработка усовершенствованных способов диагностики и хирургического лечения больных эхинококкозом печени» (2013-2017гг).

**Целью исследования** является улучшение качества лечения эхинококкоза печени путем совершенствования хирургической тактики и разработки эффективных методов снижения рецидива заболевания.

**Задачи исследования:**

изучить в эксперименте особенности эхинококкового поражения печени с учетом верификации распространенности процесса и перифокальной клеточной реакции;

провести в эксперименте сравнительную оценку эффективности воздействия различных доз альбендазола при эхинококкозе печени;

оценить эффективность усовершенствованного хирургического инструмента для безопасной эвакуации содержимого эхинококковой кисты;

определить возможности выполнения эхинококкэктомии из печени с применением различных вариантов минилапаротомного доступа;

исследовать эффективность коррекции дозы послеоперационной химиотерапии альбендазолом в плане частоты побочных явлений;

оценить эффективность применения предложенного комплексного подхода к хирургическому лечению эхинококкоза печени и профилактики его рецидива.

**Объектом исследования** явился 371 пациент с эхинококкозом печени, оперированных в 1-ой и 2-ой клиниках Самаркандского государственного медицинского института за период с 2005 по 2017 гг. Экспериментальные исследования проведены на базе Самаркандского государственного медицинского института на 32 овцах, зараженных эхинококкозом в природных условиях, морфологические исследования выполнены на базе Республиканского специализированного центра хирургии имени академика В.Вахидова.

**Предмет исследования** составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных эхинококкозом печени с использованием дифференцированного подхода к выбору хирургического доступа, применения специальных методов обработки остаточной полости, а также морфологических исследований внутренних органов экспериментальных животных на фоне применения различных доз альбендазола.

**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:

усовершенствован способ определения эффективности применения альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза в эксперименте с учетом возможности коррекции дозировки для адекватного гермицидного действия и сроков антипаразитарной терапии;

доказано в эксперименте, что в печени в отдаленных участках от первичного эхинококкового пузыря могут обнаруживаться микроскопически идентифицируемые зародышевые микрокисты, без признаков перифокальной макрофагально - клеточной реакции, способные к дальнейшему росту;

уточнены в эксперименте морфологические особенности локальной макрофагально-клеточной реакции на фоне воздействия различных доз альбендазола на эхинококковые кисты и формирующиеся зародышевые элементы вне доминирующего очага в печени;

усовершенствован хирургический инструмент – «зажим-корзинка» для безопасной эвакуации содержимого эхинококковой кисты, позволяющий нивелировать риск обсеменения зародышевыми элементами окружающих тканей;

оптимизирована специфическая шкала для оценки качества жизни пациентов, перенесших эхинококкэктомия из печени, с учетом верификации факторов, влияющих на течение послеоперационного периода и вероятность рецидива заболевания.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

определены показания для выполнения эхинококкэктомии из печени из минилапаротомного доступа с учетом предложенного алгоритма выбора тактики лечения с балльной оценкой тяжести течения заболевания;

модифицирован метод эвакуации содержимого эхинококковой кисты путем применения предложенного инструмента, который способствует герметичному удерживанию фрагментов паразита и дочерних (внучатых) образований без риска их разрушения и обсеменения брюшной полости;

установлено в эксперименте, что в профилактике развития рецидива эхинококкоза печени возможно снижение рекомендуемой дозы альбендазола в случаях развития токсических реакций или на фоне диффузных заболеваний печени;

разработан алгоритм выбора тактики хирургического лечения эхинококкоза печени, с учетом комплексного подхода к выбору доступа, способа обработки и ликвидации остаточной полости, а также профилактической химиотерапии;

усовершенствована шкала для оценки качества жизни пациентов, перенесших эхинококкэктомия из печени, с учетом основных факторов, влияющих на физическую, психическую и социальную повседневную деятельность больных.

**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 ЭП. Экспериментальными исследованиями доказано, что в печени в отдаленных участках от первичного эхинококкового пузыря могут обнаруживаться микроскопически идентифицируемые зародышевые микрокисты, способные к дальнейшему росту. Определена эффективность профилактики рецидива эхинококкоза в эксперименте с учетом возможности коррекции дозировки противопаразитарного препарата. Изучены показатели качества жизни больных после эхинококкэктомии из печени, оперированных согласно предложенным тактико-техническим алгоритмам комплексного лечения. 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 ЭП.

Практическая ценность работы заключается в том, что основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы при диагностике и лечении больных с эхинококкозом печени в медицинских учреждениях различного уровня. Доказана эффективность предложенной профилактической дозы альбендазола в послеоперационном периоде у больных с сопутствующими хроническими диффузными заболеваниями печени в плане профилактики рецидива эхинококкоза. Предложен оптимальный алгоритм лечебно-диагностических мероприятий, основанный на факторной оценке и современных позициях хирургического лечения эхинококкоза печени. Модифицирован хирургический инструмент «зажим корзинка», позволяющий захватывать и герметично удерживать дочерние или внучатые кисты без риска их разрушения и обсеменения окружающих тканей. Разработана программа для определения выбора хирургической тактики при эхинококкозе печени, позволившая улучшить результаты операций и сократить сроки послеоперационной реабилитации.

**Внедрение результатов исследования.** По результатам научного исследования по улучшению диагностики и хирургического лечения больных с эхинококкозом печени:

разработаны методические рекомендации «Алгоритм ведения больных с эхинококкозом печени» (справка Министерства здравоохранения № 8н-з/58 от 1 мая 2019 года). Предложенные рекомендации позволили

оптимизировать выбор тактики хирургического лечения эхинококкоза печени, с учетом комплексного подхода к выбору доступа, способа обработки и ликвидации остаточной полости, а также профилактической химиотерапии;

полученные научные результаты по улучшению качества диагностики и хирургического лечения больных с эхинококкозом печени внедрены в практическую деятельность здравоохранения, в частности, в отделения хирургии в 1-ой и 2-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института, Самаркандского городского медицинского объединения и Бухарского областного многопрофильного медицинского центра (справка Министерства здравоохранения 8н-з/58 от 1 мая от 2019 года). Внедрение результатов исследований позволило улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 12,5% до 4,3% и рецидива заболевания с 11,9% до 2,6%.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 10 научно-практических конференциях, в том числе, на 8 международных и 2 республиканских.

**Опубликованность результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 37 научных работ, из них 11 журнальных статей, 10 из которых в республиканских и 1 в зарубежном 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 116 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 взгляды в развитии методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза 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

эхинококкоза печени, современные методы диагностики эхинококкоза печени, особенности хирургического лечения эхинококкоза печени

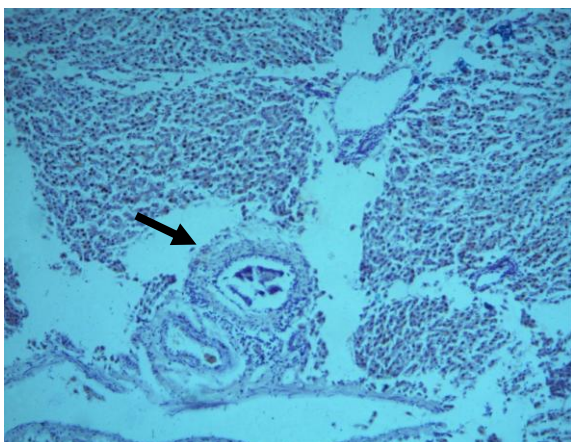
Во второй главе диссертации **«Клиническая характеристика материалов и использованные методы исследований»** описаны материал и методы исследования, дана общая характеристика клинического материала, клинических и инструментальных методов исследования. Основу для исследования составил 371 больной с ЭП, поступивших в отделения хирургии 1-ой и 2-ой клиники Самаркандского Государственного медицинского института. Из 371 больного у 311 (83,8%) пациентов заболевание было выявлено впервые и у 60 (16,2%) больных эхинококкоз был рецидивным. В зависимости от количества кист в основном преобладали больные с одиночными паразитарными кистами печени – 278 (74,9%). Множественные паразитарные кисты печени встречались у 93 (25,1%) больных. Размеры кист в печени варьировали от 5 до 30 см в диаметре и содержали от нескольких миллилитров до 3 литров жидкости, основную массу (58,5%) составляли пациенты с кистами от 5 до 10 см.

Осложненных кист было 102 (27,5%). В структуре перечисленных осложнений в половине случаев констатированы цистобилиарные свищи – у 50 (49,0%) больных. Нагноение содержимого кисты наблюдалось у 32 (31,4%) больных. Из-за прорыва кисты во внутривнутрипеченочные желчные протоки, у 3-х (2,9%) больных была механическая желтуха. У 4 (3,9%) больных имело место такое грозное осложнение, как прорыв кисты в брюшную полость.

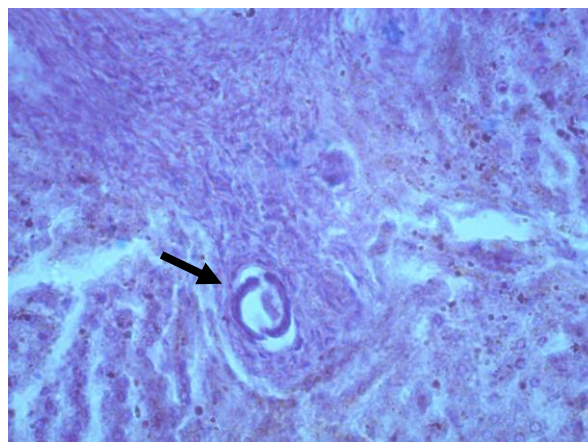
Третья глава диссертации **«Экспериментально-морфологическое обоснование эффективности применения альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза»**, посвящена исследованию влияния альбендазола в различной дозировке на зародышевые формы эхинококкоза, путем морфологического исследования внутренних органов экспериментальных животных (32 овцы), зараженных эхинококкозом в природных условиях. На основании УЗИ у всех этих животных был диагностирован (при участии специалистов – ветеринаров) эхинококкоз печени.

Для определения действия альбендазола, на первом этапе экспериментального исследования были изучены ткани печени овец не получивших химиотерапию. Морфологическое изучение проводилось по серийным срезам печени, окрашенных гематоксилин – эозином (Г-Э). У всех животных в печени обнаружены новообразующиеся зародышевые кисты. Остальные животные были подвергнуты лечению альбендазолом в течение 2 и 3 недель в различной дозировке препарата (по 5, 10, 15 и 20 мг/кг веса). При изучении печени животных, получавших альбендазол в дозе 5 мг/кг веса в течение 3 недель микроскопически стенки зародышевой кисты были гомогенные, значительно утолщены. По периферии образовался довольно мощный каркас из лимфоидно – гистиоцитарных клеток (рис. 1). При дозе 10 мг/кг веса в течение 2 недель определено, что среди долек печени видны формирующиеся зародышевые пузыри эхинококка, состоящие из слоистой

хитиновой оболочки, заполненные аморфными массами. Среди них видны сколексы. Отмечается выраженное расслаивание и отечность стенки хитиновой оболочки (рис. 2).

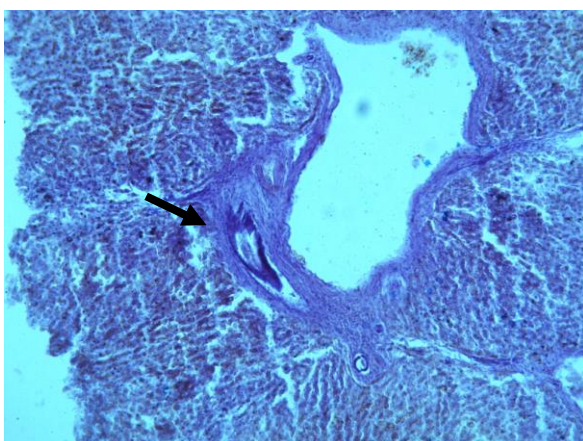


**Рис. 1.** Печень после применения альбендазола в дозе 5 мг/кг. Окраска Г-Э. Ув. 10×20.

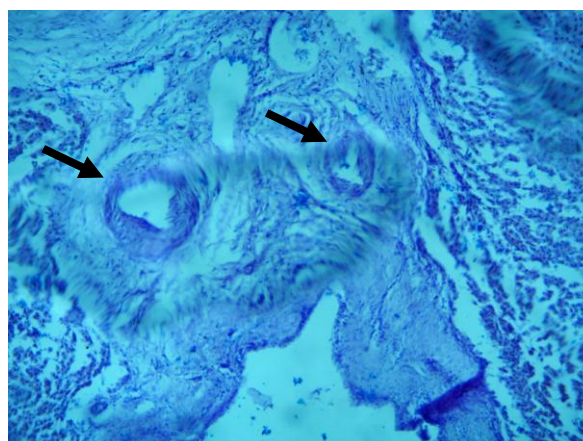


**Рис. 2.** Печень после применения альбендазола в дозе 10 мг/кг. Окраска Г-Э. Ув. 10×10.

При микроскопическом исследовании печени на фоне приема альбендазола в дозе 15 мг/кг веса животного в течение 2 недель выявлена, что новообразующаяся зародышевая капсула эхинококкового пузыря отечная и стенки разрыхлены. По периферии стенки пузыря появляются лимфоидно – гистоцитарные инфильтраты, которые не были отмечены при дозе 10 мг/кг (рис. 3). При изучении печени овец, леченных альбендазолом в дозе 20 мг/кг веса животного в течение 2 недель микроскопически выявлено, что периферийные зоны зародышевой капсулы эхинококка значительно обогащены лимфоидно-клеточными инфильтратами. Полость формирующая кисту зияет, в нем содержится аморфная масса. Стенки капсулы однородные, гомогенные (рис. 4).



**Рис. 3.** Печень после применения альбендазола в дозе 15 мг/кг. Окраска Г-Э. Ув. 10×10.



**Рис. 4.** Печень после применения альбендазола в дозе 20 мг/кг. Окраска Г×Э. Ув. 10x19.

До начала химиотерапии, во время и в конце курса химиотерапии исследовали общий анализ крови, биохимические показатели и коагулограмму. У овец, леченных альбендазолом в дозе 5 мг/кг в анализе крови патологических сдвигов не наблюдали. У овец, леченных альбендазолом в дозе 10 и 15 мг/кг были незначительные изменения биохимических показателей крови. При дозе 20 мг/кг показатели ферментов крови в конце первой недели были умеренно повышены, а в конце второй недели существенно возросли.

Исследования показали, что в отдаленных участках печени от первичного эхинококкового пузыря, обнаружены микроскопически идентифицируемые зародышевые эхинококковые микрокисты. Они были представлены сформированными либо формирующимися хитиновыми оболочками без признаков макрофагально - клеточной реакции вокруг зародышевого образования, либо с наличием выраженной клеточной реакции. Лечение альбендазолом в высокой дозе – 10 мг/кг веса в течение 2 недель и более низкой дозе – 5 мг/кг веса в течение 3 недель способствовало стимулированию пролиферативно – продуктивной клеточной реакции вокруг зародышевой кисты паразита и угнетающим образом действовала на сколексы эхинококка.

Четвертая глава диссертации **«Комплексное лечение эхинококкоза печени»** посвящена тактико-техническим подходам, используемым в 1-ой и 2-ой клиники СамМИ у пациентов с диагнозом ЭП. За 2005-2008 гг. оперировано 145 (39,1%) больных, которые составили 1-подгруппу группы сравнения. Во 2-ю подгруппу группы сравнения включены 111 (29,9%) больных, оперированных в 2009-2012 гг., у которых для обработки остаточной полости использовали 80-100% глицерин комнатной температуры. В основную группу вошли 115 (31,0%) больных, оперированных в 2013-2017 гг., у которых остаточная полость при неосложненном эхинококкозе обрабатывалась горячим глицерином, подогретым до 60<sup>0</sup>С, а при осложненном – горячим глицерином в сочетании с ультразвуком низкой частоты. Кроме того, тактика лечения больных основной группы отличалась от группы сравнения тем, что выбор оптимального хирургического лечения осуществлен на основе предложенного алгоритма.

В хирургии эхинококкоза печени с 2013 г. в нашей клинике с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента начали широко применять так называемый «топический минидоступ». Факторы, которые влияют на результаты лечения были оценены по специальной балльной шкале (табл. 1).



Таблица 1

**Бальная система оценки показаний к использованию разных способов  
ЭХИНОКОККЭКТОМИИ**

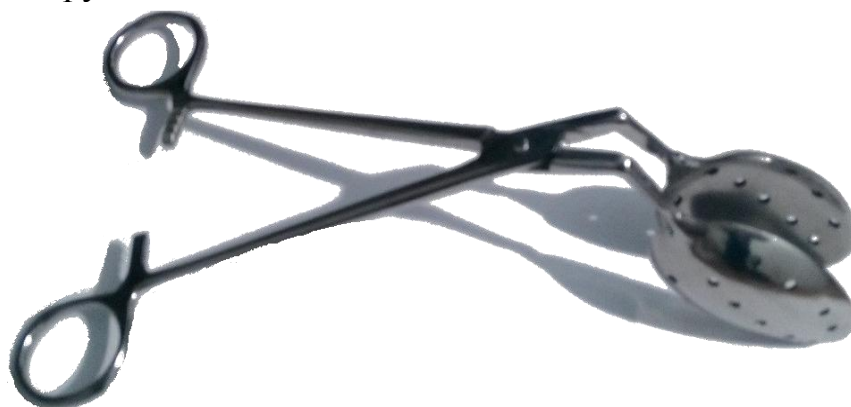
№	Факторы	Характеристика факторов	Баллы	
1	Характер ларвоцисты	Однокамерная	0	
		Многокамерная	1	
2	По количеству кист	Одиночная	0	
		Множественная	С поражением одной доли	1
			С поражением обеих долей	2
3	По диаметру кисты	Малые (до 5см)	0	
		Средние (6-10 см)	1	
		Большие (11-20 см)	2	
		Гигантские (больше 20 см)	3	
4	По локализации кисты	Краевая локализация	0	
		Киста диафрагмальной поверхности печени	1	
		Киста висцеральной поверхности печени	2	
		Внутрипаренхиматозная киста	3	
		Киста в области ворот печени	4	
		Киста занимающая всю долю	5	
5	По наличию осложнений	Осложнений нет	0	
		Есть осложнения	Обызвествление	1
			Нагноение кисты	2
			Сдавление желчных путей	3
			Портальная гипертензия	4
			прорыв в билиарный тракт	5
			Прорыв в полость	6
			Сочетанные осложнения	7
6	По происхождению	Первичный эхинококкоз	0	
		Рецидивный эхинококкоз	Спаек нет	1
			Выраженные спайки	2

Больным с суммарным количеством набранных баллов от 11 до 20 применяли широкую лапаротомию из срединного или косого подреберного доступа. Пациентам с количеством баллов до 10 эхинококкэктомии выполняли из топического минидоступа. На основе клинического течения заболевания и программе для определения выбора хирургической тактики эхинококкоза печени разработан оптимальный лечебно-диагностический алгоритм ведения больных эхинококкозом печени (рис. 5).



**Рис. 5. Лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с эхинококкозом печени**

Одним из инновационных решений у больных в основной группе было применение модифицированного инструмента зажим-корзинка (рис. 6), состоящий из 2-х слипающихся прямых и вогнутых лопастей, которые сближаясь способны захватывать и герметично удерживать между собой фрагменты и целые дочерние или внучатые кисты без риска их разрушения и обсеменения окружающих тканей.



**Рис. 6. «Зажим-корзинка» - инструмент для эхинококкэктомии**

Абсолютное большинство выполненных эхинококкэктомий (99,8%) носило органосохраняющий характер, и только у 1 (0,2%) пациента пришлось прибегнуть к резекции левой доли печени. В подходящих ситуациях не упускали возможность выполнения идеальной

эхинококкэтомии – 2 (0,3%) паразитарных кист было удалено вылушиванием целой хитиновой оболочки. В наших наблюдениях 412 (77,6%) остаточных полостей обработаны по типу закрытой эхинококкэтомии и только 116 (21,8%) фиброзных капсул было ушито полузакрытым методом на дренаже.

Таким образом, предложенный диагностический алгоритм топической верификации локализации эхинококкоза в печени с балльной оценкой тяжести течения заболевания, учитывающей количество кист, их размеры, а также характер и наличие осложнений, позволил в 73,9% случаев в основной группе выполнить адекватную эхинококкэктомию из минидоступа и тем самым сократить частоту традиционных срединных (71,5%) и подреберных (28,5%) вмешательств до 26,1% (23,5% и 2,6% соответственно) (значение критерия  $\chi^2$  составило 247.524; число степеней свободы - 2; уровень значимости  $p < 0,001$ ), а продолжительность операции с  $86,5 \pm 4,9$  до  $62,4 \pm 2,9$  минут ( $t$ -критерий  $= 4,23$ ;  $p < 0,001$ ). В свою очередь, фактически в 50% случаев в хирургии эхинококкоза печени встречаются кисты с дочерними и внучатыми пузырями (E.Hominis), при этом применение разработанного инструмента позволило нивелировать риск обсеменения брюшной полости и сократить период эхинококкэтомии с  $14,7 \pm 0,9$  до  $5,2 \pm 0,6$  минут ( $p < 0,001$ ), а операции в целом в совокупности с минилапаротомным доступом с  $98,4 \pm 5,6$  до  $72,6 \pm 3,8$  минут ( $p < 0,001$ ).

В пятой главе диссертации «**Результаты хирургического лечения больных эхинококкозом печени**» приведены собственно результаты внедрения предложенных методов лечения с учетом всех основных аспектов достоверной оценки полученных результатов. По сравнению с 2005-2008 гг. частота послеоперационных осложнений снизилась с 13,1 до 4,3%. Значительно реже стали встречаться такие осложнения, как нагноение остаточной полости (в 6 раз), нагноение лапаротомной раны (в 2 раза), образование желчных свищей (в 3 раза), не было поддиафрагмальных абсцессов. В 2 раза по сравнению с контролем сократилась длительность стационарного лечения после операции – с  $21,2 \pm 1,2$  до  $10,9 \pm 0,3$  суток.

Химиотерапию альбендазолом начинали не позже 1 месяца после оперативного лечения. В группе сравнения послеоперационная химиотерапия проведена 112 (43,8%) больным по традиционной схеме. На фоне лечения отмечено повышение средней концентрации АСТ и АЛТ после первого курса химиотерапии, соответственно до  $0,55 \pm 0,05$  и  $0,88 \pm 0,08$  ммоль/л. Паренхиматозная желтуха наблюдалась у 3 (2,7%) больных, диспептические симптомы отмечались у 41 (36,6%) больного и у 2 (1,8%) больных развилась обратимая аллопеция, при этом в 16 (14,3%) случаев потребовалось отмена профилактического лечения. При этом следует подчеркнуть, что повышение трансаминаз было характерно для больных, страдающих или ранее страдавших заболеваниями печени. Из 112 у 54 (48,2%) больных выявлено наличие сопутствующей хронической диффузной патологии печени. Учитывая этот факт, на основе представленных в третьей главе исследований, в основной группе проводилась коррекция дозы альбендазола с учетом исходного функционального состояния печени. При циррозе

печени, а также в случаях с исходным (до операции) повышением печеночных ферментов, альбендазол применялся в дозе 5 мг/кг/сут. В свою очередь, при развитии изменений в биохимических показателях крови или клинических проявлениях токсического эффекта на фоне стандартной дозы альбендазола, пациентам также изменяли схему лечения до 5 мг/кг/сут. В основной группе хронические диффузные заболевания печени выявлены в 51,3% случаев. Исходно сниженные дозы альбендазола были применены у 11 (9,6%) пациентов, а снижение традиционной дозы на фоне биохимических изменений потребовалось еще 21 (18,3%) больному. В целом химиотерапию по предложенной схеме получили 32 (27,8%) пациента основной группы.

Исследования показали, что вероятность развития побочных реакций на фоне химиотерапии альбендазолом по клиническим и лабораторным показателям составила 52,7% (59 больных в группе сравнения), что обусловлено токсическим эффектом препарата и наличием сопутствующей хронической диффузной патологии печени, при этом в 14,3% потребовалась отмена лечения, в свою очередь возможность коррекции дозы позволила снизить это значение до 18,3% (21 пациент в основной группе) и соответственно обеспечить полноценный курс антипаразитарной терапии (критерий  $\chi^2 = 26.703$ ;  $p < 0,001$ ). Мониторинг печеночных аминотрансфераз также показал достоверное отличие этих показателей в группах сравнения. Так уровень АЛТ в группе сравнения составил  $0,88 \pm 0,08$  ммоль/л против  $0,51 \pm 0,04$  ммоль/л в основной группе ( $p < 0,001$ ), показатели АСТ достоверно не отличались, при этом среди пациентов с сопутствующей хронической патологией печени значени АЛТ составило –  $1,14 \pm 0,11$  против  $0,62 \pm 0,05$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ) и АСТ –  $0,72 \pm 0,07$  против  $0,52 \pm 0,04$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ).

Из 236 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив эхинококкоза отмечен у 21 (8,9%) больного, при этом в группе пациентов, оперированных в 2005-2008 гг., этот показатель достигал 16,3%, что было обусловлено отсутствием профилактической химиотерапии (табл. 2).

**Таблица 2**

**Частота рецидивов эхинококкоза**

Количество кист	Группа сравнения						Основная группа n=76	
	1-подгруппа n=92		2-подгруппа n=68		Всего, n=160			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Солидарная киста	7	7,6%	2	2,9%	9	5,6%	1	1,3%
Множественный эхинококкоз печени	8	8,7%	2	2,9%	10	6,3%	1	1,3%
Всего	15	16,3%	4	5,9%	19	11,9%	2	2,6%
Критерий $\chi^2$	Df=1; $\chi^2 = 4.692$ ; $p=0,031$							

В последующем благодаря применению вышеперечисленных инноваций и мер профилактики заболевания частоту рецидивов заболевания удалось

снизить во 2-подгруппе группы сравнения до 5,9%, а в основной группе до 2,6%.

С 2012 г. было начато определение качества жизни пациентов, перенесших эхинококкэктомия из печени по разработанной программе (свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № DGU 05631), включающая в себя объективные и субъективные признаки, инструментальные данные по которым можно оценить физическую, психическую и социальную повседневную деятельность пациентов перенесших эхинококкэктомия из печени. Больных набравших от 81 до 100 баллов оценивали как «отлично», от 61 до 80 баллов – «хорошо», от 41 до 60 баллов – «удовлетворительно» и больные набравшие баллы ниже 40 оценивались как «неудовлетворительно». По разработанной программе обследовано 102 (30,0%) больных из 236 наблюдавших в отдаленном послеоперационном периоде. Из них 49 больных из группы сравнения и 53 больных из основной группы (табл. 3).

**Таблица 3**

**Распределение больных в зависимости от оценивания качества жизни в послеоперационном периоде**

Исследуемые группы		Оценка							
		Отлично		Хорошо		Удов.		Неудов.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Группа сравнения	1-подгруппа (n=17)	1	5,9%	11	64,7%	3	17,6%	2	11,8%
	2-подгруппа (n=32)	8	25,0%	20	62,5%	4	12,5%	0	0,0%
	Итого	9	18,4%	31	63,3%	7	14,3%	2	4,1%
Основная группа (n=53)		44	83,0%	8	15,1%	1	1,9%	0	0%
Критерий $\chi^2$ между группами		Df=3; $\chi^2 = 43.087$ ; p<0,001							
Всего (n=102)		53	52,0%	39	38,2%	8	7,8%	2	2,0%

Таким образом, разработанный алгоритм выбора тактики хирургического лечения эхинококкоза печени, с учетом комплексного подхода к выбору доступа, способа обработки и ликвидации остаточной полости, а также профилактической химиотерапии позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 12,5% (32 пациента в группе сравнения) до 4,3% (5 пациентов в основной группе) (критерий  $\chi^2 = 4.954$ ; Df=1; p=0,027) и рецидива заболевания с 11,9% (19 пациентов в группе сравнения) до 2,6% (у 2 пациентов в основной группе) (критерий  $\chi^2 = 4.692$ ; Df=1; p=0,031). Также отмечено улучшение качества жизни пациентов, отличные и хорошие результаты в основной группе составили 98,1% (у 43 из 44 пациентов, тогда как в группе сравнения этот показатель составил – 85,7% (у 42 из 49 пациентов).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Экспериментальные исследования показали, что в отдаленных от первичного эхинококкового пузыря участках печени возможно наличие микроскопически идентифицируемых зародышевых микрокист, вокруг которых защитная макрофагально-клеточная реакция менее выражена, что может привести к развитию рецидива заболевания после удаления крупных кист.

2. Стимулирование пролиферативно-продуктивной клеточной реакции вокруг зародышевой кисты паразита с угнетающим воздействием при применении альбендазола в дозе 20 мг/кг происходит в течение 2 недель, тогда как при дозе 10-15 и 5-7 мг/кг эффект наступал к 3-4 неделе наблюдения, что позволяет корректировать рекомендованную дозу альбендазола (10-12 мг/кг) в случаях возможного риска развития токсических реакций (диффузные заболевания печени) с учетом пролонгирования курсового лечения.

3. Фактически в 50% случаев в хирургии эхинококкоза печени встречаются кисты с дочерними и внучатыми пузырями (E.Hominis), при этом применение разработанного инструмента позволило нивелировать риск обсеменения брюшной полости и сократить период эхинококкэктомии с  $14,7 \pm 0,9$  до  $5,2 \pm 0,6$  минут ( $p < 0,001$ ), а операции в целом в совокупности с минилапаротомным доступом с  $98,4 \pm 5,6$  до  $72,6 \pm 3,8$  минут ( $p < 0,001$ ).

4. Предложенный диагностический алгоритм топической верификации локализации эхинококкоза в печени с балльной оценкой тяжести течения заболевания позволил в 73,9% случаев в основной группе выполнить эхинококкэктомию из минидоступа и тем самым сократить частоту традиционных срединных (71,5%) и подреберных (28,5%) вмешательств до 26,1% (23,5% и 2,6% соответственно) ( $p < 0,001$  по критерию  $\chi^2$ ), а продолжительность операции с  $86,5 \pm 4,9$  до  $62,4 \pm 2,9$  минут ( $t = 4,23$ ;  $p < 0,001$ ).

5. Коррекция дозы альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза печени у пациентов с сопутствующей хронической диффузной патологией печени позволила снизить вероятность развития побочных реакций с 52,7% до 18,3% ( $\chi^2 = 26,703$ ;  $p < 0,001$ ), и соответственно показателей печеночных аминотрансфераз: АЛТ в группе сравнения с  $1,14 \pm 0,11$  до  $0,62 \pm 0,05$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ) в основной группе и АСТ с  $0,72 \pm 0,07$  до  $0,52 \pm 0,04$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ).

6. Разработанный алгоритм выбора тактики хирургического лечения эхинококкоза печени, с учетом комплексного подхода к выбору доступа, способа обработки и ликвидации остаточной полости, а также профилактической химиотерапии позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 12,5% до 4,3% ( $p = 0,027$  по критерию  $\chi^2$ ) и рецидива заболевания с 11,9% до 2,6% ( $p = 0,031$  по критерию  $\chi^2$ ).

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

---

**SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE**

**RAKHMANOV KOSIM ERDANOVICH**

**IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT OF LIVER  
ECHINOCOCCOSIS**

**14.00.27 – Surgery**

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

**TASHKENT - 2019**

**Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the № B2017.2.PhD/Tib254.**

The doctoral dissertation carried out at the Samarkand state medical institute.

Abstract of the dissertation is available in two languages (Uzbek, Russian and English (abstract)) on the web page of the Scientific Council ([www.rscs.uz](http://www.rscs.uz)) and Informational and Educational Portal «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Research leader:** **Shamsiev Azamat Mukhitdinovich**  
Doctor of medicine, professor

**Official opponents:** **Khakimov Murod Shavkatovich**  
Doctor of medicine, professor

**Hudaybergenov Shukhrat Nurmatovich**  
Doctor of medicine

**Leading organization:** **JSC «National Research Centre of Surgery named after A.N.Sizganov» (Republic of Kazakhstan)**

The defense will be take place on «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 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](mailto:cs.75@mail.ru)).

The doctoral 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 №78), (Address 100115, Tashkent c., Kichik halka yoli str., 10. Phone: (99871) 227-69-10; fax (99871) 227-26-42).

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

**F.G. Nazyro**

Chairman of the scientific council to award of scientific degrees, doctor of medicine, professor, academician

**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 dissertation)

**The aim of the research work** is to improve the quality of treatment of liver echinococcosis by improving surgical tactics and developing effective methods to reduce the recurrence of the disease.

**Research objectives were** 371 patients with liver echinococcosis, operated on in the 1st and 2nd clinics of the Samarkand State Medical Institute for the period from 2005 to 2017. Experimental studies were conducted on the basis of the Samarkand State Medical Institute on 32 sheep infected with echinococcosis in natural conditions; morphological studies were performed on the basis of the Republican Specialized Center of Surgery named after academician V. Vakhidov.

**The scientific novelty of the research consists of the followings:**

a method for determining the effectiveness of albendazole for the prevention of recurrence of echinococcosis in the experiment was developed, taking into account the possibility of dosage adjustment for adequate germicidal action and timing of antiparasitic therapy;

it was proved in the experiment that microscopically identifiable germ microcysts can be detected in the liver in remote areas from the primary echinococcal bladder, without signs of a perifocal macrophage-cell response, capable of further growth;

the morphological features of the local macrophage-cell reaction on the background of the effects of different doses of albendazole on echinococcus cysts and the forming germinal elements outside the dominant focus in the liver are specified in the experiment;

improved surgical instrument - "clip-basket" for the safe evacuation of the contents of echinococcal cyst, allowing to level the risk of contamination by the germ elements of the surrounding tissues;

optimized specific scale for assessing the quality of life of patients undergoing liver echinococcectomy, taking into account the verification of factors affecting the postoperative period and the likelihood of disease recurrence.

**Introduction of the research results.** According to the results of a scientific study to improve the diagnosis and surgical treatment of patients with liver echinococcosis:

methodical recommendation "Algorithm of management of patients with liver echinococcosis" was developed (Ministry of Health certificate No. 8n-z/58 dated May 1, 2019). The proposed recommendations made it possible to optimize the choice of tactics for the surgical treatment of liver echinococcosis, taking into account an integrated approach to the choice of access, treatment and elimination of the residual cavity, as well as preventive chemotherapy;

scientific results obtained to improve the quality of diagnosis and surgical treatment of patients with liver echinococcosis were introduced into the practice of health care, in particular, in the surgery departments at the 1st and 2nd clinics of the Samarkand State Medical Institute, the Samarkand City Medical Association and the Bukhara Regional Diversified Medical Center (certificate of the Ministry of Health 8n-z/58 dated May 1, 2019). The implementation of research results has

improved the quality of care provided by reducing the frequency of the immediate postoperative complications from 12.5% to 4.3% and the relapse of the disease from 11.9% to 2.6%.

**Structure and scope of the dissertation.** The thesis consists of an introduction, five chapters, conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of references. The volume of textual material is 116 pages.

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

**I бўлим (I часть; part I)**

1. Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Оптимизация методов хирургического лечения эхинококкоза печени // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент. – 2016. - №1. - С. 45-48. (14.00.00, №8)
2. Шамсиев А.М., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Особенности диагностики и лечения морфологических модификаций эхинококкоза печени // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент. – 2016. - №2. - С. 13-16. (14.00.00, №8)
3. Шамсиев А.М., Рахманов К.Э., Шамсиев Ж.А., Курбаниязов З.Б. Комплексное хирургическое лечение эхинококкоза печени. // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. – 2016. - №2 (87). - С. 127 - 130. (14.00.00, №19).
4. Шамсиев А.М., Рахманов К.Э., Шамсиев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С. Дифференцированный хирургический подход к лечению эхинококкоза печени // Вестник Ташкентской медицинской академии. – Ташкент. - 2016. - №3. - С. 128-130. (14.00.00, №13).
5. Shamsiyev A., Rakhmanov K., Shamsiyev J., Kurbaniyazov Z. The role of chemotherapy in prophylaxis of the liver echinococcosis recurrence // «European Science Review». - Austria. – 2016. - №5-6. - P. 143-144. (14.00.00, №19).
6. Шамсиев А.М., Курбаниязов З.Б., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза печени // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент. - 2017. - №1. - С. 2-5. (14.00.00, №8)
7. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Эшкobilов Т.Ж., Орипов Ф.С., Рахманов К.Э. Экспериментальное обоснование эффективной терапевтической дозы альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. - 2018. - №3(102). - С. 151 - 156. (14.00.00, №19)
8. Рахманов К.Э. Современные взгляды на патологию эхинококкоз печени // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. – 2018. - №3(102). - С. 178 - 181. (14.00.00, №19)
9. Рахманов К.Э. Качество жизни больных, перенесших эхинококкэктомия из печени // Вестник врача. – Самарканд. – 2019. - №1. - С. 107 – 110. (14.00.00, №20)
10. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза печени // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. – 2019. - №1(107). - С. 126 - 129. (14.00.00, №19)

11. Шамсиев А.М., Рахманов К.Э. Лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с эхинококкозом печени // Тиббиётда янги кун. – Бухара. – 2019. - №1 (25). – С. 285 – 288. (14.00.00, №22)

## **II бўлим (II часть; part II)**

12. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э. Алгоритм ведения больных с эхинококкозом печени // Методические рекомендации. Ташкент, 2019. 28 стр.

13. Шамсиев А.М., Курбаниязов З.Б., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Программа для определения выбора хирургической тактики эхинококкоза печени. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2016. № DGU 03904.

14. Шамсиев А.М., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Умедов Х.А., Вохидов Ж.Ж. Программа для определения качества жизни пациентов перенесших эхинококкэктомию из печени. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2018. № DGU 05631.

15. Шамсиев А.М., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Современные аспекты морфологии, диагностика рецидивного эхинококкоза печени. // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. – 2015. - №3(84). - С. 191 - 196.

16. Shamsiyev A., Shamsiyev J., Kurbaniyazov Z., Rakhmanov K.E., Davlatov S. A differentiated approach in the surgery of liver echinococcosis. // Вопросы науки и образования. – Москва. - 2017. - №10(11), - С. 156-159.

17. Shamsiyev A., Shamsiyev J., Kurbaniyazov Z., Rakhmanov K.E., Davlatov S. Prevention and pharmacotherapy of liver echinococcosis. // Вопросы науки и образования. – Москва. - 2017. - №10(11). - С. 159-163.

18. Шамсиев А.М., Курбаниязов З.Б., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени. // Проблемы современной науки и образования. – Москва. - 2017. - №37(119). - С. 75-79.

19. Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Жураева Ф.Ф. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени. // European science. – Москва. - 2017. - №7(29), - P. 49-54.

20. Shamsiyev A., Shamsiyev J., Kurbaniyazov Z., Rakhmanov K.E., Davlatov S. Development of surgical treatment of echinococcosis of the liver (Literature review). // Современные инновации. – Москва. - 2017. - №9(23). - P. 45-49.

21. Shamsiyev A., Shamsiyev J., Kurbaniyazov Z., Rakhmanov K.E., Davlatov S. Optimization of surgical treatment of liver echinococcosis. // International Journal of Medicine Research. - India. – 2017. - Volume 2. - P. 2-3.

22. Shamsiyev A., Shamsiyev J., Kurbaniyazov Z., Rakhmanov K.E., Davlatov S. The role of chemotherapy in prophylaxis of the liver echinococcosis recurrence. // International Journal of Medicine Research. - India. – 2017. - Volume 2. - P. 260-261.

23. Shamsiyev J., Kurbaniyazov Z., Rakhmanov K.E., Davlatov S., Jumanov B., Suyarova Z. Differentiated surgical approach in treatment of echinococcosis of the liver. // International Journal of Medicine Research. - India. - 2017. - Volume 2. - P. 78-80.

24. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Эхинококкоз печени: частота встречаемости, патогенез, классификация, диагностика и лечение (обзор литературы). // Клінічна та експериментальна патологія. – Украина. – 2018. - №3 (65) - Т.17. - С. 126-133.

25. Шамсиев Ж.А., Шамсиев Ж.З., Рахманов К.Э. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза печени. // European science. – Москва. - 2018. - № 6 (38). – С. 47-51.

26. Назыров Ф.Г., Шамсиев А.М., Эшонходжаев О.Дж., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени. // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – Украина. - 2018. - №3(29), - Т. VIII. - С. 39-43.

27. Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Азимов Р.Р. Исследование морфологических модификаций эхинококкоза печени. // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд. - 2015. - №4 (85). - С. 43-44.

28. Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Азимов Р.Р., Давлатов С.С. Анализ иммунной системы больных эхинококкозом. // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. - 2015. - №4 (85). - С. 86-87.

29. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э. Химиотерапия как, основная мера профилактики рецидива эхинококкоза печени. // Medical review. - Baku, Azerbaijan. - 2016. - Volume 3. - P. 133-134.

30. Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Роль морфологических модификаций в лечении эхинококкоза печени. // Сборник тезисов XI Международная (XX Всероссийская) Пироговская научная медицинская конференция студентов и молодых ученых. Москва. - 2016. - С. 389-390.

31. Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Химиотерапия в профилактике рецидива эхинококкоза печени. // Западские чтения Материалы XI межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых с международным участием. - г. Ростов-на-Дону. – 2016. - С. 137-138.

32. Arziyev I.A., Rakhmanov K.E., Mardanov B.A., Shavkatova G.S., Boboxolova S.S. Minimal invasive surgical method of treatment of liver echinococcosis.// «ХИСТ» Всеукраїнський журнал студентів та молодих вчених випуск 18. - Украина. - 2016. - С. 592.

33. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э. Влияние химиотерапии на профилактику рецидива эхинококкоза печени. // Материалы пленума правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ при участии главных внештатных специалистов-хирургов регионов России. - Челябинск. - 2016. - С. 120-122.

34. Рахманов К.Э. Значение химиотерапии в профилактике рецидива эхинококкоза печени. // Сборник статей I Международной (71 Всероссийской) Научно-практической конференции молодых ученых и

студентов «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения». - г. Екатеринбург. - 2016. - Том 3. - С. 2995 – 2998.

35. Рахманов К.Э. Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени. // Медицинский Вестник Юга России. - г. Ростов-на-Дону. - 2017. - №2. - С. 56-57.

36. Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э. Профилактика рецидива эхинококкоза печени. // Медицинский Вестник Юга России. - г. Ростов-на-Дону. - 2017. - №2. - С. 57-59.

37. Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Курбаниязов З.Б., Юсупов Ш.А., Рахманов К.Э. Совершенствование методов хирургического лечения эхинококкоза печени. // Медицинский Вестник Юга России. - г. Ростов-на-Дону. - 2017. - №2. - С. 59-60.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси Ахборотномаси» журнали  
таҳририятида таҳрирдан ўтказилди



---

---

Разрешено к печати: 8 мая 2019 года  
Объем – 2.2 уч. изд. л. Тираж –100 . Формат 60x84. 1/16.  
Гарнитура «Times New Roman»  
Заказ № 280 -2019. Отпечатано РИО ТМА  
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru