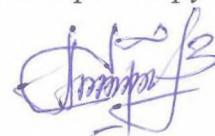


ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»

УДК: 616.36-006.311-089

На правах рукописи



**СОЛИХЗОДА АРДАШЕР
МИРЗОХАКИМ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ
ПЕЧЕНИ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
специальности 3.1.17. Хирургия

ДУШАНБЕ-2026

Диссертационная работа выполнена в кафедре хирургии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистана»

Научный
руководитель:

Ахмадзода Саидилхом Мухтор – член-корреспондент НАНТ, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Официальные
оппоненты:

Назаров Шохин Кувватович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Амонов Шухрат Шодиевич – доктор медицинских наук, научный сотрудник ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Ведущая
организация:

Государственное образовательное учреждение «Хатлонский государственный медицинский университет»

Защита состоится «26» 09 2026 г. в 13⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета 6D. КОА-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, город Душанбе, улица Сино, 29-31, www.tajmedun.tj (+992)928217755

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Автореферат разослан « » 2026 года

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент:



Али-Заде С.Г.

ВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Гемангиомы печени являются наиболее распространёнными доброкачественными сосудистыми опухолями данного органа. Они занимают второе место среди всех очаговых поражений печени, что подчёркивает их значимость в клинической практике и диагностике данного заболевания [10, с.76-84; 14, с. 129-141; 23, с. 102-107; 24, с. 29; 19, с. 13-20; 30, с. 449]. По данным Лопатин Я.Р. и соавт. (2022): «Гемангиомы занимают первое место среди всех доброкачественных новообразований печени по частоте встречаемости. Доля гемангиом в структуре доброкачественных образований печени составляет 84,6%. Гемангиомы печени могут встречаться в любом возрасте, но чаще всего их диагностируют среди трудоспособного населения (35-50 лет). Частота гемангиом печени в популяции, составляет от 0,4 до 20%» [12, с. 266-271.]

Как отмечают Шурыгин, А.И. и Хупсергенова, Д.С.: «В большинстве своем, гемангиомы протекают бессимптомно, однако клинические проявления встречаются у 14% больных. Клиника может характеризоваться, как диспепсией, тяжестью в правом подреберье, механической желтухой, так и развитием грозных осложнений, в виде разрыва опухоли с последующим внутрибрюшным кровотечением – летальность которого составляет 63-83%, перекрута ножки опухоли, развитие тромбоэмболии легочной артерии, синдрома Казабаха-Мерритта и др» [24, с. 29]. В связи с этим, среди гепатохирургов отсутствует единая позиция относительно показаний к операции при неосложнённых формах гемангиомы. Вместе с тем, все исследователи единодушны во мнении о необходимости неотложной хирургической помощи в случаях разрыва или некроза гемангиоматозного узла [3, с. 118-129; 22, с. 28-32; 31, с. 268-272; 35, с. 1-6; 36, с. 1849-1856]. По данным Мугатаров, И.Н и соавт. (2021) «К абсолютным показаниям к оперативному лечению относили (критерии включения в исследовании): разрыв опухоли с внутрибрюшным кровотечением, гемобилию, инфицирование

и тромбоз опухоли с септическими осложнениями, механическую желтуху» [14, с. 129-141].

В современной клинической практике, основными показаниями к проведению хирургического вмешательства при гемангиомах печени, считаются большие или гигантские размеры новообразования, осложнения, связанные с его ростом, а также случаи ускоренного роста опухоли и подозрение на её доброкачественную природу [5, с. 519-522; 14, с. 129-141; 18, с. 166-170; 27, с. 133]. По данным О.Г. Скипенко и соавт. (2012) «Некоторые исследователи не ориентируются на абсолютные размеры при определении показаний к хирургическому лечению и считают рост опухоли более важным фактором. При стабильных размерах образования и отсутствии симптомов, наблюдение за больными является безопасным даже при гигантских размерах гемангиом, так как большинство опухолей не увеличивается, а риск осложнений не превышает риска операции. Это мнение основано на исследовании довольно больших групп больных, однако малочисленность таких работ и малые сроки наблюдения делают эту позицию дискуссионной» [19, с. 13-20].

По данным Одишелашвили, Г.Д. и соавт. (2022): «В настоящее время частота обнаружения гемангиом печени значительно возросла, что связано, прежде всего, с возможностями инструментальной диагностики» [16, с. 72-77]. Как отмечают О.Г. Скипенко и соавт.: «В большинстве случаев современные методы лучевой диагностики позволяют с высокой точностью установить природу образования печени, а следовательно, определиться с тактикой ведения и избежать ненужной операции» [20, с. 78-86]. В своей научной работе Болдин Б.В. отмечает, что: «Как правило, гемангиомы являются бессимптомными и диагностируются случайно при обследовании пациентов по другой причине» [2, с. 89-91]. При этом доля случайного выявления гемангиом печени с помощью лучевых методов составляет 23–30% [4, с. 33-39; 9, с. 71-76; 21, с. 26-27; 28, с. 672-691].

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Внедрение в гепатохирургию современных методов лучевой визуализации существенно повысило качество диагностики гемангиом печени на ранних стадиях их развития, а также позволило своевременно выявлять возможные осложнения [15, с. 133-138; 19, с. 13-20; 23, с. 102-107]. По мнению Пельц, В.А. и соавт. (2024): «В связи с тем, что совершенствуются техники лучевого скрининга диагностики, а современное оборудование для проведения ультразвукового исследования брюшной полости (УЗИ) широко распространено, выявляемое количество пациентов с диагностированным доброкачественным опухолевым поражением печени не снижается от года к году, а, напротив, растёт, как и доступность, скрининг ультразвукового исследования брюшной полости, и компьютерной томографии, что и привело к росту выявления больных с доброкачественными новообразованиями печени» [17, с. 69-76].

По данным Базаев, А.В. и соавт. (2020) «Тактика лечения гемангиом до конца не определена. Трудно предположить, что весомее: риск разрыва или риск операции» [1, с. 317-320]. Хирургические методы (резекция, энуклеация) считаются наиболее эффективными, однако вызывают наибольшее число дискуссий, поскольку, несмотря на свою высокую результативность, являются наиболее травматичными способами лечения. В связи с этим Вишневский В.А. отмечает: «Резекции печени (РП) является эффективным способом лечения, как опухолевого поражения печени, так и множества других неопухолевых заболеваний. Однако с повышением резектабельности, ежегодно вырастает количество выполняемых РП и параллельно увеличивается риск развития различных осложнений, таких, как пострезекционная печеночная недостаточность, кровотечения и билиарные осложнения» [3, с. 118-129].

Использование минимально инвазивных методов лечения гемангиом печени, таких как эмболизация, эндоваскулярная окклюзия сосудов и микроволновая абляция, в настоящее время вызывает значительный интерес среди различных исследователей. По данным Одишелашвили, Г.Д. и соавт. (2022): «Активно развивающимся методом лечения является эндоваскулярная

эмболизация, получившая широкую востребованность в качестве этапа дооперационной подготовки. Показанием к оперативному лечению является гемангиома с установленными осложнениями» [16, с. 72-77]. Однако ряд авторов по-прежнему скептически относятся к этим вмешательствам из-за вероятности рецидива заболевания, а сами методики зачастую рассматриваются как предварительный этап перед хирургическим удалением опухоли [1, с. 98-104; 18, с. 166-170; 33]. В последние годы в мировой литературе появилось множество работ, посвящённых лечению гемангиом печени с применением миниинвазивных технологий, в том числе лапароскопических вмешательств. При небольших размерах новообразования лапароскопическая хирургия позволяет выполнить радикальное удаление опухоли [2, с. 89-91; 24, с. 29;]. По данным Максимов, М.А. (2015): «Последнее десятилетие в гепатобилиарной хирургии отмечено развитием новых малоинвазивных технологий, особенно лапароскопических. Прогресс в этой области способствовал тому, что эндоскопический метод стал альтернативным открытому хирургическому вмешательству и радикально изменил принципы лечения заболеваний гепатобилиарной зоны. Учитывая растущую популярность лапароскопических технологий, ключевыми факторами в выполнении этих хирургических вмешательств является безопасность используемой энергии для адекватного гемостаза и деструкции патологических тканей» [13, с. 7].

Основными факторами, ограничивающими проведение хирургических вмешательств на печени при гемангиоме, остаются высокий риск тяжёлого интраоперационного кровотечения и наличие фонового гипокоагуляционного синдрома. По данным Вишневский В.А.: «Эти обстоятельства могут приводить к развитию гнойно-воспалительных осложнений околопечёночной области, острой печёночной и дыхательной недостаточности, а также к летальному исходу» [3, с. 118-129]. По данным Пельц, В.А. и соавт. (2024): «Как значимый критерий принятия решения для хирургической операции можно использовать

определение качества жизни пациента и степени его снижения за счет поражения печени доброкачественной опухолью» [17, с. 69-76].

В связи с этим результаты обширных резекций печени при гемангиомах остаются неудовлетворительными, а повторные операции по устранению гнойно-воспалительных и других осложнений производятся достаточно часто. Необходимость поиска эффективных решений данных проблем и явилась побудительным мотивом для проведения настоящего диссертационного исследования.

Связи исследования с программами, проектами, научными темами. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с научно-исследовательской работой кафедры хирургии ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» - «Разработка современных способов хирургического лечения заболеваний гепато-билиарной зоны» № ГР 0102ТД860.

Общая характеристика работы

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных с гемангиомой печени путем применения сверхнизкой температуры жидкого азота.

Задачи исследования:

1. Определить основные диагностические и прогностические критерии гемангиом печени на основании данных УЗИ, МСКТ, и МРТ исследований, и разработать соответствующий диагностический алгоритм.
2. Разработать показания к выбору метода хирургического лечения и объём оперативного вмешательства при гемангиомах печени, в зависимости от их локализации и размеров.
3. Определить показания к применению криохирургии при гемангиомах печени, разработать технику её проведения и оценить эффективность данной методики.
4. Изучить непосредственные результаты оперативных вмешательств при гемангиомах печени.

Объект исследования. Научное исследование посвящено анализу результатов хирургического лечения 105 пациентов с гемангиомами печени, а также динамическому наблюдению за 15 больными с данной патологией. В исследование включены три группы: группа динамического наблюдения — 15 пациентов; основная группа — 41 пациент с гемангиомами печени; контрольная группа — 64 наблюдения. Проведён анализ данных дополнительных методов обследования, а также непосредственные результаты хирургического лечения гемангиом печени.

Предмет исследования. Предметом исследования явился анализ результатов наблюдения 15 пациентов (группа динамического наблюдения) и результатов хирургического лечения 41 пациента (34,16%) с гемангиоматозом печени (основная группа), у которых в качестве компонента гемостаза применялась сверхнизкая температура жидкого азота. Контрольную группу составили 64 пациента (57,14%), у которых для контроля и профилактики кровотечений использовались традиционные технические приёмы — перевязка долевых сосудов печени, приём Прингла, а также перевязка внутripечёчных сосудов (фиссуральная и чрезфиссуральная техники). Предмет диссертационного исследования полностью соответствует концепции темы и паспорту специальности 3.1.17 – Хирургия.

Научная новизна исследования. Проспективные и ретроспективные клинические исследования проводились в соответствии с принципами доказательной медицины. Разработан диагностический алгоритм, определяющий последовательность при ведении пациентов с гемангиомами печени и способствующий выбору наиболее эффективных методов диагностики.

Анализ диагностической ценности современных методов выявления гемангиом печени показал, что ультразвуковое исследование является эффективным скрининговым инструментом, а компьютерная и магнитно-резонансная томография — основными методами окончательной диагностики и дифференциального диагноза данных опухолей.

В ходе исследования были разработаны хирургические методики, позволяющие снизить операционную травматичность, объём интраоперационной кровопотери и уровень послеоперационной летальности. В рамках настоящего исследования разработана криохирургическая методика лечения гемангиом печени диаметром более 5 см, с применением сверхнизкой температуры жидкого азота. Впервые в Республике Таджикистан данный способ был внедрён для лечения пациентов с гемангиоматозом печени.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Для нужд практического здравоохранения был разработан алгоритм диагностики пациентов с гемангиомами печени. Предложенный диагностический алгоритм позволяет выявлять сосудистые опухоли на ранних стадиях заболевания, а также обеспечивает возможность проведения радикального оперативного вмешательства, с последующей ранней реабилитацией пациентов. Разработан и апробирован метод применения сверхнизких температур в лечении гемангиом печени. Установленные в ходе исследования преимущества криохирургической методики, позволяют использовать её для обеспечения гемостаза, билиостаза и криообработки патологических очагов при гемангиомах печени.

Положения, выносимые на защиту:

1. Установлено, что методы лучевой диагностики, не требующие инвазивного вмешательства, демонстрируют высокую эффективность в выявлении гемангиом печени у большинства пациентов. Комплексное применение ультразвукового исследования (УЗИ), мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), позволяет выявлять гемангиомы печени, без необходимости проведения ангиографии или биопсии.

2. Выявлено, что в современной гепатобилиарной хирургии сохраняются трудности при выборе оптимальной хирургической тактики у пациентов с гемангиомами печени. Из-за несвоевременной диагностики нередко возникают ситуации, при которых проведение хирургического вмешательства становится невозможным или сопряжено с высоким риском

развития осложнений.

3. Доказано, что криохирургия является безопасным и предпочтительным методом лечения гемангиом печени, вне зависимости от их размеров и локализации, в том числе при близком расположении к крупным кровеносным сосудам. В отличие от резекции, данный метод позволяет максимально сохранить здоровую паренхиму печени. Применение сверхнизких температур жидкого азота существенно сокращает время достижения окончательного гемостаза, объём интраоперационной кровопотери, продолжительность операции, объём гемотрансфузий и минимизирует частоту послеоперационных осложнений.

Степень достоверности результатов. Достоверность полученных результатов обеспечивается достаточным количеством клинических наблюдений, применением современных методов исследования, наличием полной первичной медицинской документации, использованием адекватных статистических методов и лицензионных статистических программ.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (с обзором и область исследований). Диссертационное исследование соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.17 – Хирургия, разделу III, пункту 7: «Патология печени и желчевыводящих путей».

Личный вклад соискателя ученой степени в исследовании. Автор принимал непосредственное участие в консультировании пациентов, включённых в исследование, ассистировал при проведении хирургических операций, представленных в работе, осуществил обзор, а также анализ отечественной и международной литературы по теме исследования, провёл анализ медицинской документации и статистическую обработку полученных данных. Диссертант также принимал участие в качестве автора и соавтора в представлении результатов исследования на конференциях, совещаниях, конгрессах и форумах.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные положения диссертации были представлены и обсуждены на 70-й юбилейной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием (Душанбе, 25 ноября 2022 г.), на Международном конгрессе хирургов-гепатологов стран СНГ (Душанбе, 2023), а также на заседании Ассоциации хирургов Республики Таджикистан (Душанбе, 2024).

Результаты проведённой работы внедрены в комплексное лечение больных с гемангиомой печени в отделении хирургии печени и поджелудочной железы ГУ «Институт гастроэнтерологии РТ», а также в хирургических отделениях ГКБ СМП г. Душанбе. Теоретические положения и практические рекомендации диссертации используются в образовательных программах для студентов, врачей-интернов, клинических ординаторов и аспирантов на кафедре общей хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертационного исследования опубликовано 9 научных работ, в том числе 6 статей в рецензируемых научных журналах, входящих в перечень ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Структура и объём диссертации. Диссертационная работа содержит 180 страницы компьютерного текста и включает введение, обзор литературы, главу материалов и методов исследования, 2 главы собственных результатов, обзор результатов исследования, выводы, практические рекомендации, а также список литературы, включающий 107 отечественных и 80 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 14 таблицами и 92 рисунками, среди которых представлены операционные фотографии, диаграммы и иллюстрации, сопровождающие основной текст.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе кафедры хирургии Государственного образовательного учреждения «Институт

последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан». В рамках работы были изучены данные 120 пациентов, которые проходили обследование и лечение в отделении хирургии печени и поджелудочной железы Государственного учреждения «Институт гастроэнтерология» Республики Таджикистан. Этот институт является клинической базой для кафедры хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ. Период исследования охватывает временной промежуток с 2011 по 2024 годы.

Из 120 пациентов, 89 (74,2%) были женщины; 31 (25,8%) — мужчинами, соотношение составило 2,9:1. Возраст пациентов варьировал от 17 до 73 лет, средний возраст составил $42,2 \pm 10,3$ года. Следует отметить, что существенной разницы между возрастом и полом выявлено не было ($p = 0,9762$). Распределение пациентов по возрастным группам, согласно классификации, ВОЗ представлено на рисунке 1.

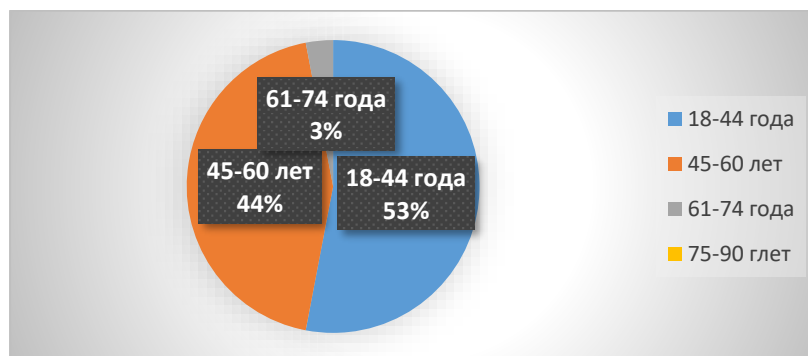


Рисунок 1. - Классификация больных по возрасту согласно ВОЗ

Ретроспективное изучение клинических данных 105 пациентов, которым были проведены операция по удалению гемангиом печени (см. таблицу 1), выявило, что самым распространённым и доминирующим симптомом были разлитые тупые боли в верхней части живота. Этот симптом наблюдался у 66 (62,8%) пациентов.

Таблица 1. - Частота клинических симптомов при гемангиомах печени у оперированных больных (n=105)

Симптом	Число наблюдений	
	абс	%
Болевые ощущения	66	62,8
Чувство тяжести и переполнения	28	26,7

Проблемы с пищеварением	14	13,3
Другие жалобы (усталость, повышенная температура, снижение веса, затруднённое дыхание)	7	6,7
Гепатомегалия	25	23,8
Пальпируемое опухолевидное образование	14	13,3
Боль в области печени	20	19,0
Кожные сосудистые образования	3	2,9

Примечание: % рассчитан от общего числа оперированных больных

Болевые ощущения с одинаковой частотой наблюдались как при гемангиомах среднего размера (6–9 см в диаметре), так и при крупных (10 см) и гигантских (10 см и больше) новообразованиях печени. Гемангиомы печени средних размеров выявлены у 68 (64,7%) пациентов, крупные и гигантские — у 37 (35,2%). Независимо от размера образования, наличие симптомов не отличало одну группу пациентов от другой. Частота возникновения симптомов также не зависела от их локализации, в правой или левой доле печени — 51,6% (62 из 120) и 32,5% (39 из 120) соответственно.

Необходимо отметить, что жалобы больных на различные симптомы также могли быть обусловлены коморбидными заболеваниями, выявленные при госпитализации, в среднем от одного до 6 сопутствующих заболеваний. (в среднем до двух заболеваний на одного пациента). Калькулёзный холецистит выявлен у 9 больных, ожирение I–II степени — у 21 пациента. Кроме того, среди сопутствующих заболеваний встречались гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронический вирусный гепатит, эхинококкоз печени, ишемическая болезнь сердца (таблица 2).

Таблица 2. - Частота пациентов с сопутствующими заболеваниями

Сопутствующее заболевание	Число наблюдений	
	абс.	%
Калькулёзный холецистит	9	7,5
Гипертоническая болезнь	15	12,5
Хронический вирусный гепатит (HCV, HBV)	9	7,5
Ожирение	21	17,5
Сахарный диабет	6	5,0
ИБС	2	1,7
Эхинококкоз печени	1	0,83

Все пациенты прошли клинико-инструментальное обследование (анализ жалоб, сбор анамнеза, физикальный осмотр, клиническое обследование и комплексная диагностика). Комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований показал, что у 62 (51,6%) пациентов опухоль располагалась в правой доле печени, у 39 (32,5%)-в левой; и у 19 (15,8%)-билобарно (рис. 2). В 35 случаях (29,1%) опухоль охватывала один сегмент печени, в 43 случаях (35,8%)-два сегмента, в 19 случаях (15,8%)-три сегмента, в 23 случаях (19,1%)-четыре и более сегментов печени. Одиночная гемангиома была выявлена в 76 наблюдениях (63,3%), множественные гемангиомы-в 44 случаях (36,7%).

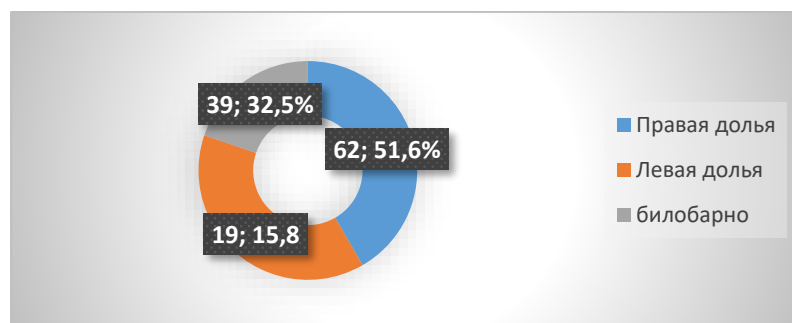


Рисунок 2. – Локализация ГП (n = 120) в абс., числах

При проведении топической диагностики гемангиом печени, включая их количество, размер, расположение и текущее состояние, применялись различные методы лучевой визуализации. В частности, использовались ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Для оценки взаимосвязи опухолевых узлов с печеночными сосудами, нижней полой веной и желчными протоками применялось цветное доплеровское картирование (ЦДК).

Итоговое заключение формировали на основе данных, собранных с помощью УЗИ, МСКТ и МРТ (таблица 3). При этом необходимо отметить, что МРТ превосходит КТ и УЗИ по чувствительности и информативности, что делает её ключевым инструментом для окончательной постановки диагноза.

Таблица 3. - Структура лучевых методов исследования.

Метод исследования	Количество первичных исследований	Количество Повторных исследований	Общее число исследований	Частота использования метода, %
УЗИ	120	138	258	80,6%
МСКТ	47	-	47	14,7%
МРТ	15	-	15	4,7%
Всего:	182	138	320	100%

Гистологическое исследование: Морфологическое подтверждение диагноза осуществлялось путем исследования фрагментов тканей печени с образованием у всех оперированных больных. Для гистологического исследования использовалось стандартное окрашивание гематоксилин-эозином.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программного обеспечения STATISTICA 10.0 для операционной системы Windows, разработанного американской компанией StatSoft Inc. Для проверки нормальности распределения выборки применялся критерий Шапиро-Уилка. Количественные характеристики описывались с помощью среднего арифметического и стандартной ошибки, а также медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q1–Q3). Качественные данные представлялись в виде абсолютных и относительных значений. Для сравнения количественных показателей между двумя независимыми группами использовался U-критерий Манна-Уитни, а для зависимых групп — Т-критерий Вилкоксона. Анализ категориальных данных между двумя независимыми группами проводился с применением критерия χ^2 , включая поправку Йетса и точный критерий Фишера. Для множественных сравнений количественных показателей между независимыми группами применялся Н-критерий Крускала-Уоллеса, а для зависимых групп — критерий Фридмана. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В зависимости от тактического подхода все 120 пациентов, включённых в исследование, были распределены на три группы.

Первая группа — динамическое наблюдение. В данную группу вошли 20 (16,6%) из 120 пациентов с гемангиомами размером менее 5 см, при которых, согласно мнению большинства исследователей, хирургическое лечение не требуется. Из них, 5 (4,1%) пациентов были впоследствии переведены в третью группу (криознуклеация), в связи с прогрессирующим ростом и изменением структуры образования, в течение двухлетнего наблюдения и необходимостью оперативного вмешательства. За остальными 15 (12,5%) больными продолжили динамическое наблюдение.

Вторая группа (контрольная) включала 64 пациента (53,3%), которым провели резекцию печени и энуклеацию гемангиоматозного узла с использованием традиционных методик.

Третью группу, охватывающую 41 наблюдение (34,1%), подвергли открытым хирургическим вмешательствам, таким как резекции и энуклеации, с использованием сверхнизких температур жидкого азота. Операции проводились с помощью криохирургического оборудования, разработанного совместно с учёными Физико-технического института имени С. У. Умарова Национальной академии наук Таджикистана. Первоначальный криодеструктор был доработан, протестирован в эксперименте и внедрен в медицинскую практику. На это устройство получены патенты № TJ-850, № TJ-851 и № TJ-852.

На протяжении многих лет глобальных исследований и разработок в области гепатобилиарной хирургии, совершенствуются методы и технологии хирургического лечения опухолей печени, в том числе и гемангиом. Хирургия гемангиоматоза печени на сегодняшний день, может быть выполнена только открытым — лапаротомным доступом, с резекцией или вылуцовыванием опухоли. Однако, частота интраоперационных и послеоперационных осложнений остаются высокими. В связи с этим ведется активный поиск новых методик

оперативных вмешательств, в том числе с использованием криогенной техники.

Хирургическая тактика у пациентов с гемангиомами печени

В рамках нашего исследования, проведено хирургическое вмешательство у 105 пациентов с гемангиоматозом печени. В основной группе преимущественное использование жидкого азота было направлено для снижения интраоперационной кровопотери. С технической точки зрения объем операций в обеих группах был примерно одинаков. Подробные данные о хирургическом лечении пациентов представлены в таблице 4.

Таблице 4. - Характеристика операции на печени при гемангиоме

Название операции на печен	Основная группа (n-41)		Контрольная группа (n-64)	
	Абс.	%	Абс.	%
Криоэнуклеация из сегмента	11	26,8	—	—
Энуклеация из сегмента	—	—	19	29,7
Криоэнуклеация из двух сегментов	8	19,5	—	—
Энуклеация из двух сегментов	—	—	15	23,4
Криоэнуклеация из 3 и более сегментов	7	17,1	—	—
энуклеация из трех и более сегментов	—	—	8	12,5
Криорезекция двух сегментов + энуклеация трех сегментов.	1	2,4	—	—
Резекция две сегмента, в т.ч. ЛКАЭ	—	—	7	10,9
Криорезекция сегмента	7	17,1	—	—
Резекция сегмента	—	—	9	14,1
Крио ПГГЭ	2	4,8	—	—
Криорезекция три сегмента	5	12,1	—	—
Резекция три сегмента и более, в т.ч. ЛГГЭ, ПГГЭ	—	—	6	9,3
Всего	41	100	64	100

Криохирургия — это передовая методика лечения, основанная на применении экстремально низких температур жидкого азота. Этот метод обладает рядом преимуществ по сравнению с традиционными подходами, такими как отсутствие болевых ощущений, кровотечения и системных побочных реакций организма, а также высокая функциональность.

Методы криохирургии демонстрируют высокую эффективность при лечении гемангиом печени. Это обусловлено тем, что гемангиомы характеризуются обильным кровоснабжением, часто имеют внушительные

размеры и могут формировать множественные опухоли в различных областях органа. Одним из наиболее значимых преимуществ криохирургии в контексте лечения гемангиом печени, является значительное уменьшение объёма кровопотери в ходе оперативного вмешательства.

Криознуклеация гемангиоматозного узла, локализованного в пределах одного сегмента, при соблюдении определённых правил и последовательности выполнения этапов операции, не представляла существенных технических трудностей и осуществлялась следующим образом. При экстрапаренхиматозной локализации гемангиомы, особенно в передних сегментах печени, дескелетизацию (рассечение связочного аппарата печени) не проводили, считая данную процедуру необязательной. Оптимальную экспозицию опухоли обеспечивали с помощью ранорасширителя Сигала через верхнесрединный доступ, продолжающийся до уровня пупка (рис 3).

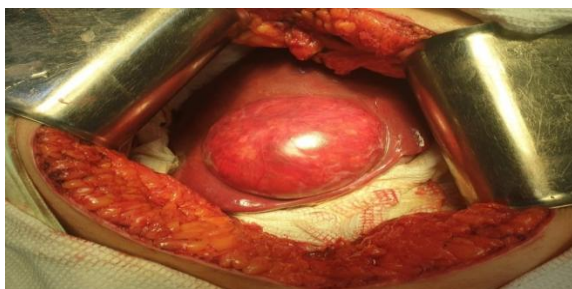


Рисунок 3. – Гемангиома V- сегмента печени

Криооледенение гемангиом проводилось с применением методов криоспрея и криоштампа. Криоспрей в режиме высокой подачи жидкого азота инициировали по границе между гемангиомой и интактной паренхимой печени (рис 4).

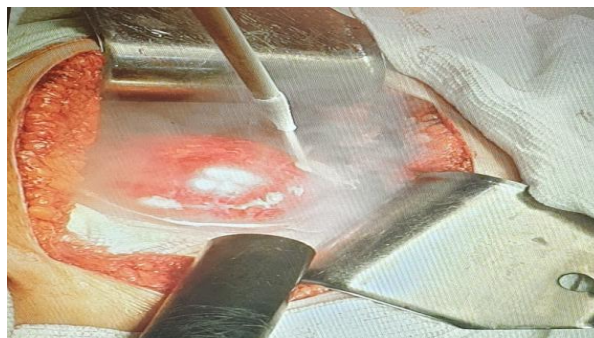


Рисунок 4. – Начало криооледенения гемангиомы методом спрей

В течение двух минут, непрерывно проходя по всей поверхности опухоли, достигали полного криооледенения гемангиомы печени. Для обеспечения визуального контроля операционного поля необходимо подключение мощного вакуумного отсоса, который эффективно удаляет криоаэрозоль из брюшной полости (рис 5).

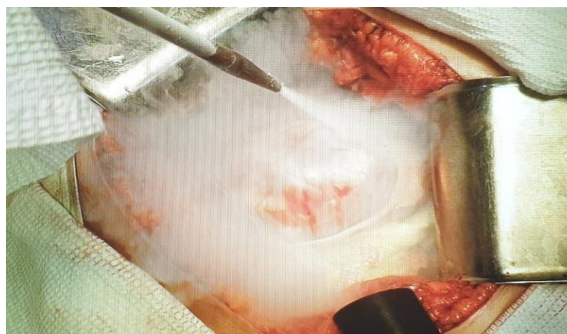


Рисунок 5.— Момент завершение криооледенения гемангиоматозного узла

Криооледенение гемангиоматозного узла также осуществлялось методом криоштампа с использованием латунных аппликаторов различного диаметра (35 или 50 мм). При толщине гемангиомы 5 см и более для усиления эффекта одновременно применяли два наконечника, что позволяло достичь стойкого и равномерного криооледенения опухоли (рис. 6).



Рисунок 6. – Криооледенение гемангиомы V-сегмента печени методом криоштампа

Для гемангиом толщиной до 3 см достаточно использования крионаконечника диаметром 35 мм с экспозицией в течение трёх минут для достижения полного оледенения гемангиоматозного узла (рис. 7)



Рисунок 7. – Криооледенение гемангиомы методом штампа

После завершения оледенения гемангиомы границу предстоящей криоэнуклеации обозначали с помощью монополярного коагулятора. Энуклеацию гемангиоматозного узла начинали с диссекции паренхимы по границе собственной капсулы гемангиомы. Диссекцию выполняли с использованием биполярного коагулятора, зажима Дебейки или аппарата LigaSure. Последовательно продвигаясь вглубь паренхимы печени, выявляли основной питающий сосуд гемангиомы. Для надёжного гемостаза и профилактики рецидивного кровотечения в раннем послеоперационном периоде, питающий сосуд перевязывали нерассасывающим шовным материалом, после чего осуществляли удаление гемангиомы.

Гигантские гемангиомы печени у больных с нестабильной гемодиномикой, требуют выполнения дуплексного картирования на операционном столе, с выявлением главного питающегося сосуда гемангиомы и криооледенение, методом криоштампа, без пережатия гепатодуоденальной связки (рисунок 8).



Рисунок 8. – Криоаппликация сосудистой ножки гемангиомы

При разрыве гемангиомы, сопровождающемся кровотечением (рисунок 9), эффективным методом является глубокое оледенение высокоскоростной струей жидкого азота.



Рисунок 9. - Кριοоледенения гемангиомы методом “мягкой заливки”

Окончательный гемостаз на срезе печени является важнейшим этапом операции при гемангиоме печени. Он достигался путём повторного применения криоспрея, электрокоагуляцией и пневмотермокоагуляцией.

Таким образом, на сегодняшний день хирургическое лечение гемангиом печени не вызывает сомнений, поскольку наличие болевого синдрома и такие осложнения, как разрыв опухоли, перестали быть казуистическими случаями. Разработка методов профилактики интраоперационной кровопотери и совершенствование технологий бескровной диссекции паренхимы печени за последние годы, позволили перевести хирургию гемангиом печени из категории «недоступных» вмешательств в разряд стандартных операций.

Энуклеация гемангиоматозного узла и резекция печени остаются операциями выбора, которые могут быть успешно выполнены как в пределах одного сегмента, так и при поражении обширных участков печени. Криохирurgia гемангиом печени зарекомендовала себя как малотравматичный, безопасный, экономически доступный и надёжный метод бескровного удаления опухоли.

В рамках лечения гемангиом печени у 41 пациента нами была применена методика воздействия жидким азотом при сверхнизких температурах. После достижения гемо- и холестаза обязательным этапом являлась криодеструкция по линии выполненной резекции, что позволяло минимизировать риск

рецидива патологического процесса. Резецированные ткани опухоли дополнительно обрабатывались криогенным способом и впоследствии подвергались морфологическому анализу для подтверждения диагноза.

Ни в одном из описанных случаев не было зафиксировано интраоперационных или послеоперационных осложнений, таких как крово или желчеистечение. Также не отмечено рецидива гемангиом печени в течение периода наблюдения, который составил от одного до четырёх лет. Эти данные позволяют сделать вывод о высокой эффективности метода криодеструкции, его надёжности в обеспечении гемостаза, а также способности предотвращать развитие желчеистечений.

Продолжительность госпитализации составила от 8 до 14 дней (в среднем — 12 ± 1 сутки). Интраоперационная кровопотеря при проведении криорезекции и криознуклеации во всех случаях была незначительной — от 80 до 320 мл. Все пациенты были выписаны из стационара в удовлетворительном или хорошем состоянии.

В целях оценки возможного воздействия экстренно низких температур жидкого азота на функцию печени и общее состояние организма у пациентов после оперативного вмешательства был проведён ретроспективный анализ медицинской документации. В первую группу вошли 41 пациент, которым при удалении гемангиомы применяли жидкий азот; изучались истории болезни всех этих больных (100%). Для сопоставления результатов была сформирована контрольная группа, в которую включили 64 пациента (что составило 100% сопоставимых случаев), перенёсших аналогичные хирургические вмешательства, но без криогенного воздействия. Возрастной диапазон пациентов обеих групп составил от 26 до 64 лет; в выборке преобладали женщины (53 случая), мужчин было 17.

Критериями оценки влияния чрезвычайно низкой температуры жидкого азота и традиционных хирургических вмешательств, признанными среди хирургов, являлись: интра- и послеоперационное кровотечение, объём использованной донорской крови и сыворотки, частота послеоперационных

осложнений, продолжительность операции и срок госпитализации, а также исход заболевания (таблица 5).

Таблица 5. - Сравнительная оценка результатов хирургического лечения основной и контрольной групп

Критерий	Основная группа (n-41)	Контрольная группа (n-64)	p
Продолжительность операции (мин), Me (Q1-Q3), min-max	105 (97,5-112,5) 90-120	200 (190-210) 180-220	<0,001
Внутриоперационная кровопотеря, мл, Me (Q1-Q3), min-max	150 (115-185) 80-220	550 (490-610) 430-670	<0,001
Количество использованной крови и сыворотки, мл, Me (Q1-Q3), min-max	—	700 (650-750) 600-800	
Послеоперационные осложнения, абс (%)	3 (7,3%)	22 (34,3%)	<0,001
Койко-дни, сутки, Me (Q1-Q3), min-max	11 (9,5-12,5) 8-14	18,0 (16,0-20,0) 14-22	<0,001
Летальных исходов	0	0	

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Исследование послеоперационного периода у двух групп пациентов показало, что при хирургическом лечении гемангиом печени, особенно на фоне сопутствующих заболеваний, таких как вирусный гепатит или цирроз, применение чрезвычайно низких температур жидкого азота значительно снижает объём интраоперационной кровопотери. Кроме того, использование криохирургической технологии позволяет существенно уменьшить частоту послеоперационных осложнений — с 34,4% во второй группе до 7,3% в первой, а также сократить продолжительность госпитализации пациентов.

Мы полагаем, что для объективной и аргументированной оценки качества выполненного хирургического вмешательства необходимо использовать стандартизированные критерии. Одним из таких является классификация послеоперационных осложнений по системе Clavien–Dindo, разработанная в 2009 году. Согласно данной классификации, результаты анализа представлены в таблице 7.

Таблица 7. - Сравнительный анализ непосредственных результатов лечения в исследуемых группах больных

Степень осложнения согласно Clavien–Dindo	Группы исследования		P
	Основная группа (n-41) абс (%)	Контрольная гр. (n-64) абс (%)	
I	1 (2,44 %)	10 (15,625%)	>0,05
II	–	3 (4,7 %)	
III	–	–	
IIIa	2 (4,86%) *	8 (12,5%)*	>0,05
IIIb	–	5 (7,8%)**	
IV	–	–	
IVa	–	–	
IVb	–	–	
V	–	–	
всего	3 (7,31%)	26 (40,6%)	< 0,001

Пимичения: Пимичения: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2) **Выполнена релапаротомии, *проводили пункцию под контролем УЗИ.

В рамках основной группы не было выявлено ни одного случая, когда потребовалось бы прибегнуть к использованию донорской крови. Это, наряду с экономической целесообразностью метода, сводит к минимуму риск заражения пациентов инфекционными заболеваниями, передающимися через переливание донорской крови.

ВЫВОДЫ

1. Комплексное применение УЗИ, МСКТ и МРТ позволяет подтвердить диагноз гемангиомы печени с точностью до 93,5%, практически исключая необходимость проведения пункционной биопсии. Несмотря на более высокую информативность МСКТ и МРТ в диагностике гемангиом печени, их применение ограничено высокой стоимостью и ограниченной доступностью в рутинной клинической практике. В связи с этим УЗИ остаётся методом выбора на этапе первичной диагностики, обладая чувствительностью 67,5% и специфичностью 78,8%. УЗИ является менее затратным, абсолютно безопасным методом исследования, так как не имеет лучевую нагрузку, даёт достоверную характеристику плотности паренхимы печени и гемангиомы, может быть использован многократно, без каких либо ограничений, даже во

время операции, с целью выявления интрапаренхиматозных локализаций гемангиоматозных узлов. [2-А, 3-А, 8-А].

2. В большинстве случаев небольшие гемангиомы печени (размером менее 5 см) имеют тенденцию к постепенному росту - в среднем, на 1 см в год. Однако при достижении опухолью больших или гигантских размеров динамическое наблюдение становится нецелесообразным: возрастает риск развития осложнений (выраженная болевая симптоматика, нарушение кровообращения, гемобилия, тромбоз или разрыв гемангиоматозного узла, с развитием тяжелой внутрибрюшной кровопотери) что обуславливает необходимость хирургического вмешательства с целью удаления гемангиомы, что является показанием для хирургического лечения. При гемангиомах печени размером более 5 см, экстрапаренхиматозной локализации, а также при наличии характерной клинической симптоматики наилучшим методом лечения остаётся хирургическая, которое предусматривает энуклеацию гемангиоматозного узла и (или) резекцию органа независимо от размера гемангиомы. Интрапаренхиматозная или центральная локализация гемангиомы, как правило, требуют резекции пораженного сегмента или доли, а краевое или экстрапаренхиматозное расположение гемангиомы, требуют выполнения экстракапсулярной энуклеации узла. Однако следует учитывать, что при выполнении обширных резекций существенно возрастает риск развития тяжёлых послеоперационных осложнений, частота которых может достигать 30% [2-А, 4-А, 6-А, 9-А].

3. Применение сверхнизкой температуры жидкого азота с использованием универсального портативного криохирургического аппарата, позволяет рассматривать данный метод в качестве метода выбора при лечении гемангиом печени различного размера и локализации. Которые осуществляются путём криоштампа или подачи криоспрея, т.е. высокоскоростного потока жидкого азота, непосредственно на поверхность гемангиоматозного узла. Криохирургия гемангиом печени рассматривается как метод выбора благодаря своей высокой эффективности, проявляющаяся в

снижении интраоперационной кровопотери и продолжительности операции, уменьшении частоты послеоперационных осложнений, а также в двухкратном сокращении сроков пребывания больных в раннем послеоперационном периоде [1-А, 2-А, 5-А, 6-А, 9-А].

4. Хирургическое лечение гемангиом печени, предусматривает резекцию печени или энуклеацию гемангиоматозного узла. При прочих равных условиях, выполнение криорезекции и криоэнуклеации гемангиоматозного узла с применением сверхнизких температур жидкого азота, достоверно даёт наилучшие результаты, как в плане снижения интраоперационной кровопотери, продолжительности операции, уменьшения частоты послеоперационных осложнений и даёт наилучшие результаты, как в раннем так и в отдалённых периодах после операции [1-А, 2-А, 5-А, 6-А, 7-А, 9-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Динамическому наблюдению подлежат все пациенты, у которых гемангиома печени выявлена впервые и отсутствуют клинические проявления, особенно при интрапаренхиматозной локализации и небольших размерах (<5 см). При выявлении тенденции к увеличению опухоли и появлении признаков осложнений показано хирургическое вмешательство.

2. При возникновении подозрений на злокачественный процесс по данным ультразвукового исследования, для уточнения характера опухоли целесообразно использовать дополнительные высокоточные методы визуализации, включая КТ или МРТ. При этом проведение пункционной биопсии не рекомендуется из-за риска развития интраабдоминального кровотечения, связанного с данным вмешательством.

3. Резекция или энуклеация (вылущивание) гемангиом печени рекомендуются при наличии опухолей крупных размеров, высокого риска их разрыва, экстрапаренхиматозной локализации, а также при наличии клинической симптоматики, обусловленной опухолевым процессом.

4. Применение сверхнизкой температуры жидкого азота (криохирургия) в хирургическом лечении гемангиом печени позволяет выполнять как объемные резекции, так и энуклеацию опухолей, включая малые по размеру, с существенным снижением интраоперационной кровопотери. При этом отпадает необходимость в использовании различных методов временной окклюзии печеночного кровотока, что, в свою очередь, положительно сказывается на продолжительности операции.

Публикации по теме диссертации
Статьи, опубликованные в рецензируемых ВАК
при Президенте РТ журналах

[1-А]. Солихзода, А.М. Криогенные технологии в хирургической гастроэнтерологии [Текст] / С.М. Ахмадзода, Б.Дж. Сафаров, З.С. Тагойбеков, И.М. Азимов, Ш.И. Ходиев, А.М. Солихзода, Дж. Сафаров, Н.А. Сафарзода, Б. Хакимов, З.В. Табаров, А.Т. Хомидов // Проблемы гастроэнтерологии. – 2021. – № 1. – С. 30-38; ISSN 0868-8109

[2-А]. Солихзода, А.М. Современные возможности хирургического лечения гемангиом печени [Текст] / С.М. Ахмадзода, Б.Дж. Сафаров, У.М. Амонов, Д.М. Курбонов, А.М. Солихзода // Проблемы гастроэнтерологии. – 2021. – № 3-4. – С. 35-40; ISSN 0868-8109

[3-А]. Солихзода, А.М. Лучевые методы диагностика гемангиом печени [Текст] / С.М. Ахмадзода, А.М. Солихзода, Б.Дж. Сафаров, А.З. Махмудов // Здравоохранение Таджикистана. – 2022. – № 2 (353). – С 10-17; ISSN 0514-2415.

[4-А]. Солихзода, А.М. Хирургическое лечение осложненных форм очаговых поражений печени [Текст] / Б.Дж. Сафаров, С.М. Ахмадзода, Д.М. Курбонов, Х.О. Бобоев, А.М. Солихзода, И.Р. Абдурахмонов, А.Т. Хомидов // Проблемы гастроэнтерологии. – 2022. – № 3-4. – С. 18-24; ISSN 0868-8109

[5-А]. Солихзода, А.М., Возможности криохирургии в лечении заболеваний органов брюшной полости [Текст] / С.М. Ахмадзода, Ф.К. Рахими,

Ф.Р. Одинаев, Б.Дж. Сафаров, А.М. Солихзода, З.С. Тагойбеков, И.М. Азимов, Ш.И. Ходиев, А.Т. Хомидов, И.Р. Абдурахмонов, Х.О. Бобоев // Здравоохранение Таджикистана. – 2022. – № 3 (354). – С. 17-26; ISSN 0514-2415.

[6-A]. Солихзода, А.М. Применение сверхнизкой температуры жидкого азота в лечение гемангиом печени [Текст] / С.М. Ахмадзода, А.М. Солихзода, Н.А. Расулов // Вестник последипломого образования в сфере здравоохранения. – 2024. – № 4. – С. 13-20; ISSN 2414-0252.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

[7-A]. Солихзода, А.М. Крихирургия заболевания живота [Текст] / С.М. Ахмадзода, А.М. Солихзода, Х.О. Бобоев // Материалы XXIX Международного конгресса Ассоциации Гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ (9-11 ноября 2022). – Москва, 2022. – С. 89-90

[8-A]. Солихзода, А.М., Возможности лучевых методов исследования в диагностике гемангиоматоза печени [Текст] / А.М. Солихзода, С.С. Шосайдзода, Х.О. Бобоев // «Современная медицина: традиции и инновации»: материалы 70 юбилейной науч.-практ. конф. с международным участием (29 апреля 2022 г.). – Душанбе, 2022. - Т. 1. - С. 430-431

[9-A]. Солихзода, А.М. Современная хирургическая тактика при гемангиомах печени [Текст] / А.М. Солихзода, С.С. Шосайдзода, Д.З. Хусейнова // «Актуальные вопросы современных научных исследований»: материалы 17-й науч.-практ. конф. молодых ученых ТГМУ (с международным участием) (29 апреля 2022 г.). – Душанбе, 2022. - Т. 1. - С. 337

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБАЗНАЧЕНИЙ

ВАК-вышая аттестационная комиссия

ВОЗ-всемирная организация здравоохранения

КТ - компьютерная томография

ЛГГЭ - левосторонняя гемигепатэктомия

ЛКАЭ-левосторонняя ковальная лобэктомия

МРТ - магнитно-резонансная томография

ПГГЭ - правосторонняя гемигепатэктомия

РП - резекция печени

УЗИ - ультразвуковое исследование

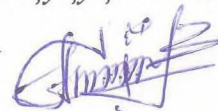
ЦДК - цветное доплеровское картирование

Р-статистический показатель достоверности сравнен

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ “ДОНИШКАДАИ
ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ СОҲАИ
ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН”**

ВБД: 616.36-006.311-089

Бо ҳуқуқи дастнавис



**СОЛИҲЗОДА АРДАШЕР
МИРЗОҲАКИМ**

ОПТИМИЗАТСИЯИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ ГЕМАНГИОМАИ ҶИГАР

АВТОРЕФЕРАТИ
диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
номзади илмҳои тиббӣ аз рӯйи
ихтисоси 3.1.17. Ҷарроҳӣ

ДУШАНБЕ-2026

Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар кафедраи ҷарроҳии МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” иҷро шудааст.

Роҳбари илмӣ:

Аҳмадзода Саидилҳом Мухтор – узви вобастаи АМИТ, доктори илмҳои тиббӣ, профессори кафедраи ҷарроҳии Муассисаи давлатии таълимии “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон”

Муқарризони расмӣ:

Назаров Шохин Қувватович – доктори илмҳои тиббӣ, профессор, мудири кафедраи ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М.-и МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Амонов Шухрат Шодиевич – доктори илмҳои тиббӣ, профессор, ходими илмии МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо»-и ВТ ҶИА ҚТ

Муассисаи пешбар:

Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон»

Ҳимояи диссертатсия рӯзи “26” 09 с. 2026 соати “13”⁰⁰ дар чаласаи Шурои диссертатсионии 6D.KOA-040 дар назди МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо суроғи 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино 29-31 баргӯзор мегардад, www.tajmedun.tj, тел. (+992) 928217755

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат « » _____ соли 2026 ирсол гардид

Котиби илмӣ

Шурои диссертатсионӣ,

н.и.т., дотсент:



Али-Заде С.Г

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Гемангиомаҳои ҷигар омоси хушсифати рагии нисбатан бештар паҳншудаи ин узв ба шумор мераванд. Онҳо дар байни тамоми иллатҳои манбаии ҷигар мақоми дуюмро касб кардаанд, ки нуктаи мазкур ба муҳиммияти онҳо дар амалияи клиникӣ ва ташҳиси ин беморӣ далолат менамояд [10, с.76-84; 14, с. 129-141; 23, с. 102-107; 24, с. 29; 18, с. 13-20; 30, с. 449]. Аз рӯйи маълумоти Лопатин Я.Р. ва ҳамкорон (2022): «Гемангиома, мувофиқи басомади дучоршавӣ, дар байни тамоми номияҳои хушсифати ҷигар, дар ҷойи аввал меистад. Ҳиссаи гемангиома дар сохтори номияҳои хушсифати ҷигар 84,6 %-ро ташкил медиҳад. Гемангиомаи ҷигарро дар ҳар син дучор омадан мумкин аст, вале ин беморӣ бештар дар байни аҳолии қобили меҳнат (35-50-солаҳо) ба қайд гирифта мешавад. Басомади гемангиомаи ҷигар дар популятсия аз 0,4 то 20 %-ро ташкил медиҳад» [12, с. 266-271.].

Тавре Шуригин, А.И. ва Хупсергенов Д.С. менигоранд: «Гемангиома дар аксари ҳолатҳо бе симптом ҷараён мегирад, аммо зухуроти клиникии бемориро дар мавриди 14 %-и беморон мушоҳида кардан мумкин аст. Клиника метавонад ҳам бо ҳалалёбии ҳозима, вазнинӣ дар зери қабурғаи рост, зардпарвини механикӣ ва ҳам бо инкишоф ёфтани оризаҳои мудҳиш дар шакли тарқиши омос бо хунравӣ минбаъдаи дохилишикампардагӣ, ки фавтнокӣ аз он 63-83 %-ро ташкил медиҳад, тоб хӯрдани пояки омос, инкишоф ёфтани тромбоэмболияи шарёни шуш, синдроми Казабаха-Мерритта ва ғ. тавсиф ёбад» [24, с. 29]. Дар иртибот бо нуктаи мазкур дар байни ҷарроҳони ҷигар нишондодҳои нисбӣ ба амалиёт ҳангоми шаклҳои оризанаёфтаи гемангиома мавқеи ягона вучуд надорад. Ҳамзамон тамоми муҳаққиқон яқдилона зарурати ёрии таъхирнопазирӣ ҷаррохиро дар ҳолати тарқиш ё некрози гиреҳи гемангиоматозӣ дастгирӣ менамоянд [22, с. 28-32; 3, с. 118-129; 31, с. 268-272; 35, с. 1-6; 36, с. 1849-1856]. Тибқи маълумотҳои Мугатаров И.Н ва ҳамкорон (2021): «Тарқиши омос бо хунравии дохилишикампардагӣ, гемобилия,

сироятёбӣ ва тромбози омос бо оризаҳои уфунӣ, зардпарвини механикӣ нишондодҳои мутлақи муолиҷаи ҷарроҳӣ (меъёри воридкунӣ ба таҳқиқот) эътироф шудааст» [14, с. 129-141].

Андозаи калон ё азими номия, оризаҳои вобаста ба афзоиши он, инчунин ходисаҳои афзоиши босуръат ва гумонбар шудан ба асли хушсифатии он, дар амалияи муосири клиникӣ, нишондодҳои асосӣ барои татбиқи амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми гемангиомаи ҷигар ба шумор мераванд [6, с. 519-522; 14, с. 129-141; 18, с. 166-170; 27, с. 133]. Бар пояи маълумоти О.Г. Скипенко ва ҳамкорон (2012): «Баъзе муҳаққиқон ҳангоми муайян кардани нишондодҳо ба муолиҷаи ҷарроҳӣ андозаи мутлақро сарфи назар мекунанд ва афзоиши омосро омили нисбатан муҳимтар меҳисобанд. Назорати бемор, ҳангоми андозаи устувори номия ва набудани симптомҳо, ҳатто дар ҳолати андозаи азими гемангиома хатарзо нест, зеро аксари омосҳо калон намешаванд ва хатари оризаҳо аз хатари амалиёти ҷарроҳӣ дида бештар нестанд. Андешаи мазкур ба асоси таҳқиқи гурӯҳҳои хеле калони беморон пайдо шудааст, аммо теъдоди андаки чунин пажӯҳишҳо ва муҳлати ками чунин мушоҳидаҳо мавқеи мазкурро баҳснок мегардонанд» [19, с. 13-20].

Тавре Одишелашвили Г.Д. ва ҳамкорон (2022) менигоранд: «Имрӯзҳо басомади ошкор намудани гемангиомаи ҷигар хеле боло рафтааст, ки нуктаи мазкур, пеш аз ҳама, бо имконоти ташҳиси абзорӣ алоқамандӣ дорад» [16, с. 72-77]. Тавре О.Г. Скипенко ва ҳамкорон мефармоянд: «Усулҳои муосири ташҳиси шуой, дар аксари ҳолатҳо, бо дақиқияти баланд муайян намудани асли номияи ҷигарро имконпазир мегардонанд, пас барои муайян кардани тактикаи муруқабат ва пешгирӣ намудан аз ҷарроҳии нозарур шароит фароҳам меоранд» [20, с. 78-86]. Болдин Б.В. зимни пажӯҳишҳои худ ба он ишора мекунад, ки: «Маъмулан гемангиома бесимптом аст ва ҳангоми муоинаи бемор бо сабабҳои дигар тасодуфан ошкор мешавад» [2, с. 89-91]. Дар ин маврид тавассути усулҳои шуой ҳиссаи тасодуфан ошкор кардани гемангиомаи ҷигар 23–30 %-ро ташкил медиҳад [4, с. 33-39; 9, с. 71-76; 21, с. 26-27; 28, с. 672-691].

Дарачаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш. Дар амалиёти чарроҳии чигар татбиқ намудани усулҳои визуализатсияи шуоӣ сифати ташҳиси гемангиомаи чигарро дар марҳалаҳои барвақтии он хеле боло бурда, барои сари вақт ошкор намудани оризаҳои имконпазир шароит фароҳам овард [15, с. 133-138; 19, с. 13-20; 23, с. 102-107]. Ба ақидаи Пелс В.А. ва ҳамкорон (2024): «Дар иртибот бо он ки техникаи скрининги шуоӣ ташҳис такмил меёбаду дастгоҳҳои муосир барои амалинамоии таҳқиқоти ултрасадои (ТУС)-и ковокии шикам ба таври васеъ интишор ёфтаанд. Дастовардҳо зоҳир намудани теъдоди беморони ташҳисшудаи омосҳои хушсифати чигар сол то сол кам накардаанд, балки баръакс, ба монанди дастрасӣ, скрининги таҳқиқоти ултрасадои ковокии шикам ва томографияи компютерӣ зиёд шудаанд, ки боиси афзудани ошкоркунии беморони гирифтор ба номияҳои хушсифати чигар гардидааст» [17, с. 69-76].

Тибқи маълумотҳои Базаев А.В. ва ҳамкорон (2020): «Тактика муолиҷаи гемангиома то охир муайян нашудааст. Муайян намудани он ки хатари тарқиш вазнинтар аст ё амалиёти чарроҳӣ, хеле душвор аст» [1, с. 98-104]. Самаранокии усулҳои чарроҳӣ (буриш, энуклеатсия)-ро бештар меҳисобанд, вале нуктаи мазкур ниҳоят баҳспазир аст, зеро бо вучуди натиҷабахшии зиёд доштан, усули нисбатан осебрасонӣ муолиҷа ба шумор меравад. Вишневский В.А. дар иртибот ба нуктаи мазкур чунин мефармояд: «Буриши чигар (БЧ) усули натиҷабахши муолиҷаи ҳам иллати омосдори чигар ва ҳам бемориҳои бешумори ғайриомосии чигар ба шумор меравад. Вале бо афзудани буришпазирӣ ҳамасола теъдоди татбиқи БЧ зиёд мешавад ва тавъам хатари инкишоф ёфтани оризаҳои гуногуне ба монанди нокифоягии чигар пас аз буридани чигар, хунравӣ ва оризаҳои биллиарӣ низ боло мераванд» [3, с. 118-129].

Имрӯзҳо ба кор бурдани усулҳои ба таври минималӣ олоишноки муолиҷаи гемангиомаи чигар, ба монанди эмболизатсия, окклюзияи эндоваскулярии рағҳо ва аблятсияи микромавҷӣ дар байни муҳаққиқони гуногун рағбати зиёдро ба вучуд овардаст. Мувофиқи маълумотҳои

Одишелашвили Г.Д. ва ҳамкорон (2022): «Эмболизатсияи эндоваскулярӣ, ки ба сифати марҳалаи омодагии пешазчарроҳӣ маъруфият пайдо кардааст, усули ғаёлона пешравандаи муолиҷа маҳсуб меёбад. Гемангиома бо оризаҳои муқарраршуда нишондод ба муолиҷаи чарроҳӣ ба шумор мераванд» [16, с. 72-77]. Вале як зумра муҳаққиқон чун пешина ба ин амалиёт бо сабаби эҳтимоли такроршавии беморӣ бо шубҳа назар мекунанд ва аксаран ҳуди усул ҳамчун марҳалаи пешазчарроҳии буридани омос баррасӣ мегардад [1, с. 98-104; 18, с. 166-170; 33]. Солҳои охир дар адабиёти ҷаҳонӣ пажӯҳишҳои бешуморе рӯи ҷопро дидаанд, ки бо истифода аз технологияи камолоиш, аз ҷумла амалиёти лапараскопӣ ба муолиҷаи гемангиомаи ҷигар бахшида шудаанд. Ҷарроҳии лапараскопӣ, дар ҳолати андозаи омос хурд будан, қатъан буридани омосро имконпазир мегардонад [2, с. 89-91; 24, с. 29;]. Мувофиқи маълумоти Максимов М.А. (2015): «Таби даҳсолаи охир дар амалиёти гепатобилиарӣ пешравии технологияи нави камолоиш, хусусан лапараскопӣ ба назар мерасад. Рушди соҳаи мазкур ба он мусоидат намуд, ки он ба усули амалиёти кушодаи чарроҳӣ альтернатива гардида, принсипи муолиҷаи бемориҳои қитъаи гепатобилиарио қатъан тағйир дод. Бо дарназардошти маъруфияти технологияи лапараскопӣ, дар иҷрои ин амалиёти чарроҳӣ, беҳатарии истифодаи энергия барои гемостази комилан мувофиқ ва деструксияи бофтаҳои патологӣ омили асосӣ ба шумор мераванд» [13, с. 7].

Ҳатари дараҷаи баланди хунравии дохилиҷароҳӣ ва мавҷудияти синдроми заминавии гипокоагулятсионӣ омилҳои асосие боқӣ мемонанд, ки ҳангоми гемангиома татбиқи амалиёти ҷарроҳиро ба ҷигар маҳдуд месозанд. Тибқи маълумоти Вишневский В.А.: «Ҳолатҳои мазкур метавонанд сабаби инкишоф ёфтани оризаҳои римӣ-илтиҳобии мавзеи атрофи ҷигар, нокифоягии шадиди ҷигар ва нафас, инчунин оқибатҳои марговар гарданд» [3, с. 118-129]. Бар пояи иттилооти Пелс В.А. ва ҳамкорон бошад. (2024): «Муайян намудани сифати умри бемор ва аз ҳисоби омоси хушсифат иллатнок шудани ҷигарро барои қабул кардани қарор дар бораи амалиёти чарроҳӣ ҳамчун меъёр ба кор бурдан мумкин аст» [17, с. 69-76].

Дар алоқамандӣ ба нуктаи мазкур, ҳангоми гемангиомаҳо, натиҷаҳои буриши васеи ҷигар ғайриқаноатбахш боқӣ мемонад, ҷарроҳии такрорӣ аз хусуси бартараф намудани оризаҳои римӣ-илтиҳобӣ ва оризаҳои дигар бошанд, зуд-зуд ба мушоҳида мерасад. Зарурати ҷустуҷӯӣ қарорҳои самаранок барои ҳалли мушкилоти мазкур дар татбиқи пажӯҳиш дар ин самт сабаби водоркунанда гардиданд.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо, лоиҳаҳо, мавзӯҳои илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсионӣ мувофиқи корҳои илмӣ-таҳқиқотии кафедраи ҷарроҳии МДТ “Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” - «Таҳияи усулҳои муосири муолиҷаи ҷарроҳии бемориҳои қитъаи гепато-билиарӣ» № ГР 0102ТД860 иҷро гардид.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот – аз тариқи истифодаи ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ беҳбуд намудани натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии бемороне, ки аз гемангиомаи ҷигар ранҷ мекашанд.

Вазифаҳои таҳқиқот:

5. Ба асоси маълумотҳои таҳқиқоти ТУС, ТМСК ва ТМР таҳия намудани алгоритми дахлдори ташҳис барои муайян намудани меъёрҳои асосии ташҳис ва пешгӯии гемангиомаи ҷигар.

6. Ҳангоми гемангиомаи ҷигар, вобаста ба ҷойгиршавӣ ва андоза, барои интихоби усули муолиҷаи ҷарроҳӣ ва ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ таҳия намудани нишондодҳо.

7. Ҳангоми гемангиомаи ҷигар муайян намудани нишондод ба истифодаи криоҷарроҳӣ, таҳия намудани техникаи татбиқи он ва арзёбӣ намудани самаранокии усули мазкур.

8. Омӯзиши натиҷаҳои бевоситаи амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми гемангиомаи ҷигар.

Объекти таҳқиқот. Пажӯҳиши илмӣ ба таҳлили натиҷаҳои амалиёти ҷарроҳии 105 беморе, ки аз гемангиомаи ҷигар ранҷ мекашиданд, инчунин назорати динамикии 15 бемори мубтало ба бемории мазкур бахшида шудааст.

Ба таҳқиқот се гурӯҳ шомил карда шудааст: гурӯҳи назорати динамикӣ иборат аз 15 бемор; гурӯҳи асосӣ, ки аз 41 беморӣ гирифта ба гемангиомаи чигар иборат аст; гурӯҳи санчишиё, ки 64 мушоҳидаро дар бар мегирад. Усулҳои иловагии муоина, инчунин натиҷаҳои бевоситаи муолиҷаи ҷарроҳии гемангиомаи чигар таҳлил карда шуданд.

Мавзӯи (предмет) таҳқиқот. Таҳлили натиҷаҳои назорати 15 бемор (гурӯҳи назорати динамикӣ) ва натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии 41 беморе (34,16 %), ки аз гемангиоматози чигар (гурӯҳи асосӣ) ранҷ мекашиданду дар мавриди онҳо ба сифати ҷузъи гемостаз ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ ба кор бурда шуд, мавзӯи таҳқиқот ба ҳисоб меравад. Гурӯҳи санчишӣ аз 64 бемор (57,14 %) иборат буд, ки ҳангоми онҳо барои санчиш ва пешгирии хунравӣ усулҳои анъанавии техникӣ – бастанӣ рағҳои ҳисагии чигар, усули Принг, инчунин бастанӣ рағҳои дохили чигар (техникаи фиссуралӣ ва тавассути фиссуралӣ) ба кор бурда шудааст. Мавзӯи (предмет) таҳқиқоти диссертатсионӣ ба концепсияи мавзӯ ва шиносномаи ихтисоси 3.1.17 – Ҷарроҳӣ пурра мувофиқат менамояд.

Навгониҳои илмӣ таҳқиқот. Таҳқиқоти проспективӣ ва ретроспективии клиникӣ мувофиқи принципҳои тиббӣ собитшуда ба амал оварда шуд. Алгоритми ташҳисе таҳия карда шуд, ки ҳангоми мушоҳидаи беморони мубтало ба гемангиомаи чигар пайдарпайро муайян намуда, ба интиҳоби усулҳои нисбатан самараноки ташҳис мувофиқат менамояд.

Таҳлили арзёбии ташҳиси усулҳои муносири ошкор кардани гемангиомаи чигар нишон дод, ки таҳқиқоти ултрасадо абзори самараноки скрининг, томографияи компютерӣ ва магнитӣ-резонансӣ бошанд, усулҳои асосии ташҳиси ниҳой ва ташҳиси тафриқавии ин омӯс ба ҳисоб мераванд.

Дар рафти таҳқиқот усулҳои ҷарроҳие таҳия карда шуданд, ки коҳиш додани осебрасонии амалиёт, ҳаҷми талафёбии хунро дар дохили амалиёт ва сатҳи ғавтнокии пасазҷарроҳиро имконпазир гардониданд. Дар ҷорҷӯбаи таҳқиқоти мазкур усули криоҷарроҳии муолиҷаи гемангиомаи чигар дар доираи қутри зиёда аз 5 см бо истифода аз ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени

моеъ таҳия карда шуд. Усули мазкур барои муолиҷаи беморони мубтало ба гемангиомаи чигар бори аввал дар шароити Ҷумҳури Тоҷикистон татбиқ карда шуд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Барои эҳтиёҷоти тандурустии амалӣ алгоритми ташҳиси беморони гирифтор ба гемангиомаи чигар таҳия карда шуд. Алгоритми ташҳисии пешниҳодгардида ошкор кардани омосҳои рағдорро дар марҳалаи барвақтии беморӣ имконпазир, инчунин имконияти амалинамоии амалиёти ҷарроҳӣ қатъиро бо офиятбахшии барвақтии баъдинаи беморон таъмин менамояд. Усули ба кор бурдани ҳарорати аз ҳад паст дар муолиҷаи гемангиомаи чигар таҳия ва тасвиб гардид. Афзалиятҳои усули криоҷарроҳӣ, ки дар ҷараёни таҳқиқот муайян гардид, истифодаи онро ҳангоми гемангиомаи чигар барои таъмини гемостаз, блиостаз ва криокоркарди манбаъҳои патологӣ имконпазир мегардонад.

Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Муайян гардид, ки усулҳои ташҳиси шуӣ, ки амалиёти олоиширо талаб намекунад, ҳангоми ошкор кардани гемангиомаи чигар дар мавриди аксари беморон самаранокии баландро нишон медиҳад. Амалинамоии маҷмуии таҳқиқоти ултрасадо (ТУС), томографияи мултиспиралии компютерӣ (ТМСК) ва томографияи магнитӣ-резонансӣ (ТМР) зоҳир кардани гемангиомаи чигарро бе зарурати татбиқи ангиография ё биопсия имконпазир мегардонад.
2. Ошкор карда шуд, ки ҳангоми интихоби тактикаи оптималии ҷарроҳӣ зимни ҷарроҳии муосири гепатобилиарӣ, дар мавриди беморони гирифтор ба гемангиомаи чигар, душворӣ ҳанӯз ҳам ба мушоҳида мерасад. Аксаран бо сабаби ташҳиси таъхирафтаи ҳолатҳо ба миён меоянд, ки ҳангоми онҳо амалинамоии амалиёти ҷарроҳӣ имконнопазир ё бо дараҷаи баланди хатари пайдоиши оризаҳо ҳамбаста мебошад.
3. Исбот шудааст, ки криоҷарроҳӣ новобаста ба андоза ва ҷойгиршавии омос, аз ҷумла дар ҳолати наздик ҷойгир шудан ба рағҳои калони хунгард усули беҳатар ва афзалиятноки муолиҷаи гемангиомаи чигар ба ҳисоб меравад. Усули мазкур қиёсан ба буриш ба таври максималӣ ҳифз намудани лаҳимаи

солими чигарро имконпазир мегардонад. Ба кор бурдани ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ замони ҳосил шудани гемостази ниҳой, ҳаҷми талафёбии хунро дар дохили амалиёт, ҳаҷми трансфузияро хеле коҳиш дода, басомади оризаҳои пасазчарроҳиро ба ҳадди ақал мерасонад.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Саҳеҳияти натиҷаҳои ҳосилшударо теъдоди кофии мушоҳидаҳои клиникӣ, ба кор бурдани усулҳои муосири таҳқиқот, мавҷудияти ҳуччатнигории мукаммали аввалия, истифодаи усулҳои комилан мувофиқи омори ва барномаи литсензионии омори таъмин менамоянд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ (бо шарҳ ва соҳаи таҳқиқот). Таҳқиқоти диссертатсионӣ ба шиносномаи КОА дар назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.17 – Ҷарроҳӣ, фасли III, банди 7: «Бемориҳои ҷигар ва талхароҳа» мувофиқат мекунад.

Саҳми шахсии довталаби дарёфти дарачаи илмӣ дар таҳқиқот. Муаллиф бевосита дар машварат додани бемороне иштирок намудааст, ки ба таҳқиқот шомил карда шудаанд, ҳангоми иҷрои амалиёти ҷарроҳие ёварӣ намудааст, ки зимни пажӯҳиш пешниҳод шудаанд ва онҳоро шарҳ додааст, инчунин адабиёти ватаниву хориҷиро оид ба мавзӯи таҳти таҳқиқ гирифтааст. Инчунин, диссертант ба сифати муаллиф ва ҳаммуаллиф дар натиҷаҳои пешниҳодшудаи таҳқиқот дар конференсия, чаласа, конгресс ва форумҳо ширкат варзидааст.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Муқаррароти асосии диссертатсия дар 70-умин конференсияи ҷашнии илмӣ-амалии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” “Тибби муосир: анъана ва инноватсияҳо” бо иштироки байналмилалӣ (Душанбе, 25-уми ноябри соли 2022), дар Конгресси байналмилалӣ ҷарроҳон-гепатологҳои кишварҳои ИДМ (Душанбе 2023), инчунин дар чаласаи Ассотсиатсияи ҷарроҳони Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе 2024) пешниҳод ва муҳокима гардидааст.

Натиҷаҳои пажӯҳишҳои амалишуда дар маҷмуи муолиҷаи беморони мубтало ба гемангиомаи ҷигар дар шуъбаи ҷарроҳии ҷигар ва ғадуди зери меъдаи МД “Донишкадаи гастроэнтерологияи ҶТ”, инчунин дар шуъбаи

чарроҳии БМШ ЁТТ ш. Душанбе татбиқ шудаанд. Муқаррароти назариявӣ ва тавсияҳои амалии диссертатсия дар барномаҳои таълимӣ барои донишҷӯён, табибон-интернаҳо, ординаторони клиникӣ ва аспирантҳои кафедраи чарроҳии умумии МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” ба кор бурда мешаванд.

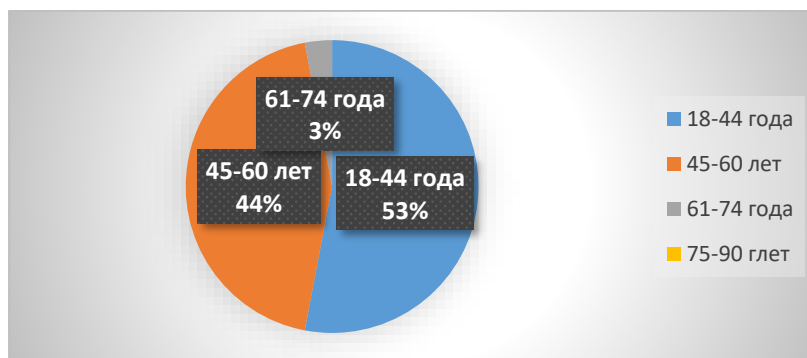
Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Аз рӯйи маводҳои кори диссертатсионӣ 9 асари илмӣ нашр шудааст, аз ҷумла 6 мақола, ки дар маҷаллаҳои ба номгӯйи маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА дар назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ворид шудаанд.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 180 саҳифаи матни компютерӣ навишта шудааст. Соҳтори диссертатсия аз муқаддима, шарҳи адабиёт, боби мавод ва усулҳои таҳқиқ, ду боби ба мушоҳидаҳои шахсӣ бахшидашуда, шарҳи натиҷаҳои таҳқиқот, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ, инчунин рӯйхати адабиёте иборат мебошад, ки 107 манбаъ ба муҳаққиқони ватанӣ ва 80 сарчашма ба муаллифони хориҷӣ тааллуқ дорад. Маводи диссертатсия бо 39 расм ва 18 ҷадвал ороиш дода шудааст. Таҳқиқотро 14 ҷадвал ва 92 расм ороиш медиҳанд, ки дар байни онҳо расмҳои чарроҳӣ, диаграммаҳо ва ороишоте мебошанд, ки бо матни асосӣ шарҳ дода шудаанд.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар пойгоҳи кафедраи чарроҳии МДТ МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” ба амал оварда шудааст. Дар доираи таҳқиқот маълумоти 120 беморе мавриди омӯзиш қарор дода шуд, ки муоина ва муолиҷаро дар шӯъбаи чарроҳии ҷигар ва ғадуди зерӣ меъдаи МД “Донишкадаи гастроэнтерология”-и Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаштаанд. Донишкадаи мазкур пойгоҳи клиникӣ кафедраи чарроҳии МДТ “ДТБКСТ ҚТ” маҳсуб меёбад. Давраи таҳқиқот фосилаи муваққатино аз солҳои 2011 то 2024 дар бар мегирад.

Аз теъдоди умумии беморон - 120 нафар, 89 (74,2 %) беморро зан ва 31 (25,8 %) нафари дигарро, мардҳо ташкил медоданд, ки таносуби ба 2,9:1 рост меомад. Синни бемор дар доираи аз 17 то 73-сола рост меомад ва синни миёна бошад, $42,2 \pm 10,3$ солро ташкил медод. Қайд кардан зарур аст, ки байни син ва чинс фарқи чиддӣ зоҳир нагардид ($p = 0,9762$). Мувофиқи таснифоти ТУТ тақсимои беморон аз рӯйи син дар расми 1 нишон дода шудааст.



Расми 1. – Тақсимои беморон аз рӯйи син мувофиқи таснифоти ТУТ (61-74-сола 3 %; 45-60-сола 44 %; 18-44-сола 53 %; 18-44-сола; 45-60-сола; 61-74-сола; 75-90-сола)

Омӯзиши ретроспективии маълумоти клиникӣ 105 беморе, ки дар мавриди онҳо ҷарроҳӣ аз хусуси буридани гемангиомаи ҷигар татбиқ шудааст (ниг. ба ҷадвали 1), ошкор кард, ки дарди паҳншудаи кунд дар қисмати болои шикам симптоми паҳншудатарин ва асоситарин ба шумор меравад. Симптоми мазкур ҳангоми 66 (62,8 %) бемор ба қайд гирифта шуд.

Ҷадвали 1. – Басомади симптомҳои клиникӣ ҳангоми гемангиомаи ҷигар дар мавриди беморони ҷарроҳишуда ($n=105$)

Симптом	Теъдоди мушоҳидаҳо	
	Мутлақ	%
Ҳисси дард	66	62,8
Ҳисси вазнинӣ ва пуршавии аз ҳад зиёд	28	26,7
Мушкилоти ҳозима	14	13,3
Шикоятҳои дигар (хасташавӣ, баландшавии ҳарорат, кам шудани вазн, душвории нафаскашӣ)	7	6,7
Гепатомегалия	25	23,8
Номияи ламсшавандаи омосмонанд	14	13,3
Дарди мавзеи ҷигари	20	19,0

Ҳосилаҳои рагии пӯст	3	2,9
----------------------	---	-----

Эзоҳ: % аз теъдоди умумии беморони ҷарроҳида ҳисоб карда шудааст

Ҳиси дард бо басомади якхела ҳам ҳангоми гемангиомаи андозааш миёна (кутраш 6-9 см) ва ҳам ҳангоми номияҳои калон (10 см) ва азим (10 см ва зиёда аз он)-и ҷигар ба назар мерасид. Гемангиомаи ҷигар бо андозаи миёна дар мавриди 68 (64,7 %) бемор, калон ва азим бошад, ҳангоми 37 (35,2 %) нафар ба қайд гирифта шуд. Мавҷудияти симптомҳо, новобаста ба андозаи номия, як гурӯҳи беморонро аз гурӯҳи дигар фарқ намекунонид. Басомади пайдоиши симптомҳо низ ба ҷойгиршавӣ бастагӣ надошт, яъне дар ҳисаи рост ва чапи ҷигар мутаносибан 51,6 % (62 аз 120) ва 32,5 % (39 аз 120)-ро ташкил меод.

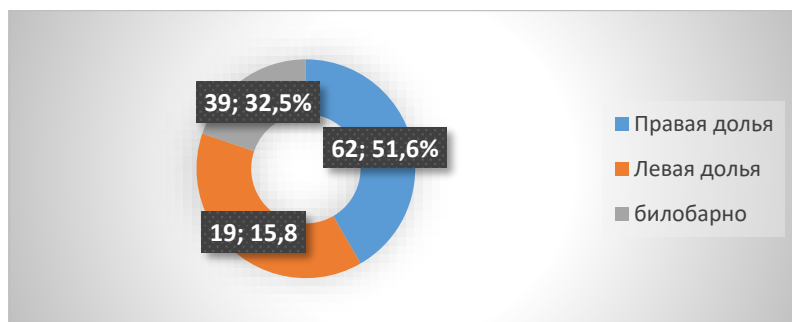
Қайд кардан зарур аст, ки шикояти беморон аз симптомҳои гуногун эҳтимол бо сабаби бемориҳои коморбидӣ бошад, ки ҳангоми госпитализатсия зоҳир карда шуда, ба ҳисоби миёна аз 1 то 6 бемории ҳамроҳ (*ба ҳисоби миёна то ду беморӣ ба як пациент*)-ро ташкил менамуд. Холетситити калкулёзӣ ҳангоми 9 бемор, фарбеҳии дараҷаи I–II бошад, дар мавриди 21 бемор зоҳир карда шуд. Илова бар ин, дар байни бемориҳои ҳамроҳ бемории фишорбаландӣ, диабет қанд, гепатити музмини вирусӣ, эхинококкози ҷигар, бемории ишемии дил мушоҳида мегардид (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. – Басомади беморони гирифтор ба бемориҳои ҳамроҳ

Бемориҳои ҳамроҳ	Теъдоди мушоҳидаҳо	
	мутлақ	%
Холетситити калкулёзӣ	9	7,5
Бемории фишорбаландӣ	15	12,5
Гепатити музмини вирусӣ (HCV, HBV)	9	7,5
Фарбеҳӣ	21	17,5
Диабети қанд	6	5,0
БИД	2	1,7
Эхинококкози ҷигар	1	0,83

Дар мавриди ҳамаи беморон муоинаи клиникӣ-абзорӣ (таҳлили шикоятҳо, ҷамъоварии анамнез, муоинаи ҷисмонӣ, муоинаи клиникӣ ва ташҳиси маҷмӯӣ) татбиқ гардид. Маҷмуи таҳқиқоти клиникӣ, лабораторӣ ва абзорӣ нишон доданд, ки омос ҳангоми 62 (51,6 %) бемор дар ҳисаи рост

чигар ва зимни 39 (32,5 %) нафар дар ҳисаи чап ва дар 19 (15,8 %) бемор бошад, ба таври билобарӣ ҷойгир шуда буд (расми 2). Омос, зимни 35 ҳодиса (29,1 %), як сегменти чигар, ҳангоми 43 ҳодиса (35,8 %) ду сегмент, дар 19 бемор (15,8 %) се сегмент дар мавриди 23 ҳодиса (19,1 %) бошад, чор ва зиёда сегментхоро фаро гирифта буд. Гемангиомаи алоҳида зимни 76 мушоҳидаҳо (63,3 %) ва бешумор бошад, дар мавриди 44 бемор (36,7 %) ба қайд гирифта шуд.



Расми 2. – Ҷойгиршавии ГҶ (n = 120) ба теъдоди мутлақ

(Ҳисаи рост; ҳисаи чап; билобарӣ)

Ҳангоми амалинамоии ташҳиси топии гемангиомаи чигар, бар шумули теъдод, андоза, ҷойгиршавӣ ва ҳолати қорӣ, усулҳои гуногуни визуализатсияи шуоӣ ба кор бурда шуд. Хусусан таҳқиқи ултрасадо (ТУС), томографияи компютерӣ (ТК) ва томографияи магнитӣ-резонансӣ (ТМР) истифода шуд. Барои арзёбии робитаи дуҷонибаи гиреҳҳои омос бо рағҳои чигар, вариҳои поёнии дарунҳолӣ ва маҷрои талха картакунонии рангаи доплерӣ (КРД) ба кор бурда шуд.

Чамъбасти хулосаҳо ба асоси маълумотҳои таҷаккул дода шуд, ки ба воситаи ТУС, ТМСК ва ТМР чамъоварӣ шуданд (ҷадвали 3). Зимнан қайд кардан зарур аст, ки ТМР аз рӯйи ҳассосият ва маълумотнокии аз ТК ва ТУС афзалтар аст ва ин бартариятҳо онро барои ташҳиси ниҳойи гузоштан асосӣ мекунад.

Ҷадвали 3. – Сохтори усулҳои шуоӣ таҳқиқ

Усули таҳқиқ	Теъдоди муоинаҳои аввалия	Теъдоди муоинаҳои сонавӣ	Теъдоди умумии муоинаҳо	Басомади истифодаи усул, %
ТУС	120	138	258	80,6%
ТМСК	47	-	47	14,7%
ТМР	15	-	15	4,7%
Ҳамагӣ:	182	138	320	100%

Таҳқиқоти гистологӣ: Тасдиқи морфологии ташхис, дар тамоми чаррохишудагон, бо роҳи таҳқиқи порчаҳои бофтаҳои ҷигар аз номия ба амал оварда мешавад. Рангкунии стандартӣ ба воситаи гематоксилин-эозин барои таҳқиқи гистологӣ истифода шуд.

Коркарди оморӣ маълумотҳо бо истифода аз таъминоти барномавии STATISTICA 10.0 барои системаи амалиёти Windows ба амал оварда шуд, ки аз ҷониби ширкати амрикоии StatSoft Inc таҳия шудааст. Барои санҷиши муътадилнокии тақсимои интихоб меёри Шапиро-Уилкарро ба кор бурдем. Тавсифи умумӣ ба воситаи ҳатогии миёнаи арифметикӣ ва стандартӣ, инчунин медиана (ME) ва фосилаи байниквartilӣ (Q1–Q3) ҳисоб карда шуд. Маълумотҳои сифатӣ дар шакли қиматҳои мутлақ ва нисбӣ пешниҳод гардиданд. Барои муқоиса кардани нишондиҳандаҳои миқдорӣ байни ду гурӯҳи мустақил меёри U-и Манна-Уитни ва барои гурӯҳҳои вобаста бошад, меёри T-и Вилкокосон ба кор бурда шуд. Таҳлили маълумотҳои категориявӣ байни ду гурӯҳи мустақил бо истифода аз меёри χ^2 , бар шумули ислоҳи Йетса ва меёри аниқӣ Фишер ба амал оварда шуд. Барои муқоисаҳои бешумори нишондиҳандаҳои миқдорӣ байни гурӯҳҳои мустақил меёрӣ Н-и Крускал-Уоллес ва барои гурӯҳҳои вобаста бошад, меёри Фридман истифода шуд. Фарқ қимати оморӣ ҳангоми $p < 0,05$ будан ҳисобида шуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Вобаста ба равиши тактикӣ тамоми бемороне (120 патсиент), ки ба таҳқиқот шомил буданд, ба се гурӯҳ чудо карда шуданд.

Гурӯҳи назорати динамикӣ гурӯҳи аввалиро ташкил меод. Ба ин гурӯҳ аз теъдоди умуми беморон – 120 бемор, 20 (16,6 %) нафаре шомил буд, ки аз гемангиомаи андозааш камтар 5 см ранҷ мекашиданд. Мувофиқи андешаи аксари муҳаққиқон, дар мавриди гурӯҳи мазкур, муолиҷаи ҷарроҳӣ тақозо намешавад. Аз ин шумор 5 (4,1 %) бемор бо сабаби афзоиши авҷгиранда ва тағйир ёфтани сохтори номия муддати ду соли назорат ва зарурати амалиёти ҷарроҳӣ оқибат ба гурӯҳи се (криоэнуклеатсия) интиқол дода шуд. Дар мавриди 15 (12,5 %) бемори боқимонда назорати динамикӣ идома дода ёфт.

Гурӯҳи дуюм (санҷишӣ) 64 бемор (53,3 %)-ро дар бар мегирифт, ки дар мавриди онҳо буриши ҷигар ва энуклеатсияи гиреҳи гемангиоматозӣ бо истифода аз усулҳои анъанавӣ ба амал оварда шуд.

Гурӯҳи сеюм фарогири 41 (34,1 %) мушоҳидаҳое буд, ки ҳангоми онҳо бо истифода аз ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ амалиёти ҷарроҳии кушода, ба монанди буриш ва энуклеатсия татбиқ шуда буд. Ҷарроҳӣ, тавассути дастгоҳи криоҷарроҳие ба амал оварда шуд, ки якҷоя бо донишмандони Пажуҳишгоҳи физикӣ-техникии ба номи Умаров С.А.-и Академияи миллии илмҳои Тоҷикистон коркард шудааст. Криодеструктори ибтидоӣ такмил дода шуд, дар таҷриба имтиҳон ва дар амалияти тиббӣ татбиқ карда шуд. Барои ин дастгоҳ патентҳои № TJ-850, № TJ-851 ва № TJ-852 гирифта шуданд.

Таъини солҳои тӯлонии таҳқиқоти глобалӣ ва коркардҳо дар соҳаи ҷарроҳии гепатобилиарӣ, усулҳо ва технологияи муолиҷаи ҷарроҳии омоси ҷигар, аз ҷумла гемангиома такмил меёбад. Имрӯзҳо эҳтимол ҷарроҳии гемангиоматозии ҷигар фақат аз тариқи кушода – дастрасии лапаратомӣ бо буриш ё тарошида тоза кардани омос иҷро шавад. Аммо басомади оризаҳои дохилиҷарроҳӣ ва пасазҷарроҳӣ дар сатҳи хеле баланд боқӣ мемонад. Дар иртибот бо нуктаи мазкур ҷустуҷӯи фаъоли усулҳои нави амалиёти ҷарроҳӣ, аз ҷумла бо истифода аз техникаи криогенӣ ба амал оварда мешавад.

Тактикаи ҷарроҳӣ ҳангоми беморони гирифтор ба гемангиомаҳои ҷигар

Дар доираи пажӯҳиши мо дар мавриди 105 беморе амалиёти ҷарроҳӣ татбиқ гардид, ки аз гемангиоматози ҷигар ранҷ мекашиданд. Истифодаи нитрогени моеъ, дар мавриди гурӯҳи асосӣ, афзалан барои коҳиш додани талафёбии хун дар дохили ҷарроҳӣ равона шуда буд. Ҳаҷми амалиёт, аз нуктаи назари техникӣ, тақрибан дар ҳар ду гурӯҳ якхела буд. Маълумоти муфасссал аз хусуси муолиҷаи ҷарроҳии беморон дар ҷадвали 4 оварда шудааст.

Ҷадвали 4. – Тавсифи ҷароҳии ҷигар ҳангоми гемангиом

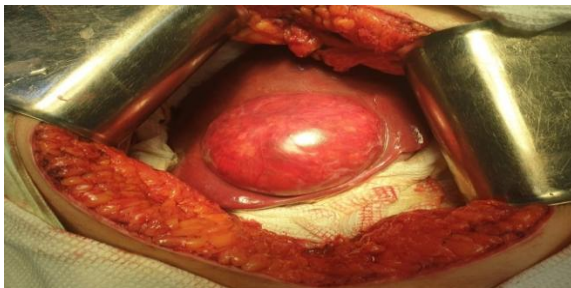
Номи амалиёти ҷарроҳии ҷигар	Гурӯҳи асосӣ (n-41)		Гурӯҳи санҷиш (n-64)	
	Мутлақ	%	Мутлақ	%
Криоэнуклеатсия аз сегмент	11	26,8	–	–
Энуклеатсия аз сегмента	–	–	19	29,7
Криоэнуклеатсия аз ду сегмент	8	19,5	–	–
Энуклеатсия аз ду сегмент	–	–	15	23,4
Криоэнуклеатсия аз 3 ва зиёда сегмент	7	17,1	–	–
Энуклеатсия аз се ва зиёда сегмент	–	–	8	12,5
Криорезексияи ду сегмент + энуклеатсияи се сегмент	1	2,4	–	–
Буриши ду сегмент, аз ҷумла ЛКЧ	–	–	7	10,9
Криорезексияи сегмент	7	17,1	–	–
Резексияи сегмент	–	–	9	14,1
Крио ГГЭР	2	4,8	–	–
Криорезексияи се сегмент	5	12,1	–	–
Буриши се ва зиёда сегмент, аз ҷумла ГГЭЧ, ГГЭР	–	–	6	9,3
Ҳамагӣ	41	100	64	100

Криоҷарроҳӣ усули пешқадами муолиҷа буда, ба асоси истифодаи ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ ба роҳ монда шудааст. Усули мазкур дар муқоиса ба равишҳои анъанавӣ як қатор афзалиятҳоро ба монанди набудани ҳисси дард, хунравӣ ва реаксияҳои иловагии системавии организм, инчунин дараҷаи баланди функциянокиро дорад.

Усулҳои криоҷарроҳӣ ҳангоми муолиҷаи гемангиомаи ҷигар дараҷаи баланди натиҷабахширо нишон медиҳад. Нуктаи мазкур бо он асоснок шудааст, ки гемангиома бо хунтаъминкунии зиёд тавсиф меёбад ва аксаран

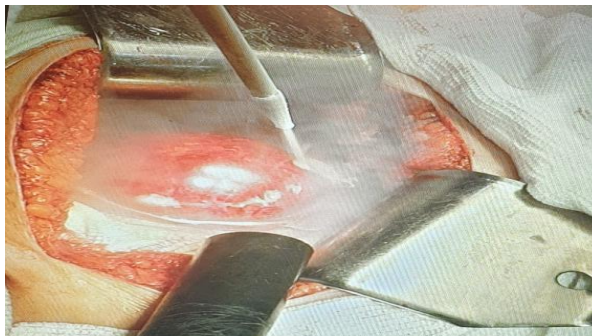
андозаи калон дошта, метавонад дар мавзёҳои гуногуни узв омосҳои бешуморе ташаккул ёбад. Ниҳоят кам шудани талафёби хун, дар рафти амалиёти ҷарроҳӣ, яке аз афзалиятҳои нисбатан муҳимми криоҷарроҳӣ дар қаринаи муолиҷаи гемангиомаи ҷигар ба шумор меравад.

Криознуклеатсияи гиреҳи гемангиоматозӣ, ки дар ҳудуди як сегмент ҷойгир шудааст, дар ҳолати риоя кардани қоидаҳои муайян ва пайдарпайии иҷрои марҳалаҳои амалиёт, душвории зиёди техникиро ба бор наовард ва чунин ҷараён гирифт. Дар ҳолати ҷойгиршавии хориҷипаренхиматозии гемангиом, хусусан дар сегментҳои пеши ҷигар, дескелетизатсия (буридани дастгоҳи бандубасти ҷигар) ба амал оварда нашуд, зеро амалиёти мазкур нозарур ҳисобида шуд. Экспозитсияи оптималии ҷигар тавассути васеъкунаки ҷароҳати Сигар, ба воситаи дастрасии миёнаи болоӣ таъмин карда шуд, ки то сатҳи нофида меёбад (расми 3).



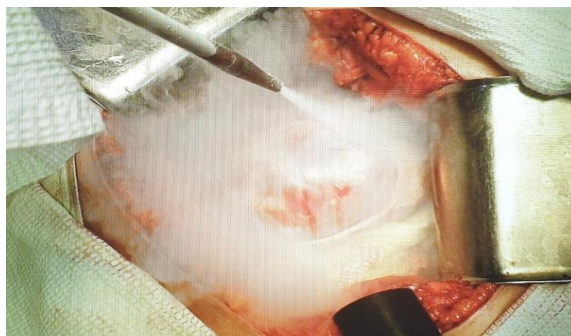
Расми 3. – Гемангиомаи ҳиссаи V ҷигар

Криояхкунонии гемангиома бо истифода аз усулҳои криоспрея ва криоштамп ба амал оварда шуд. Криоспрея дар рёҷаи интиқоли баланди нитрогени моеъ дар марзи байни гемангиома ва лаҳимаи солими ҷигар инитсиятсия шуд (расми 4).



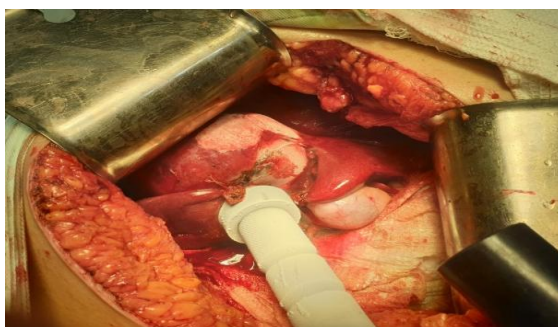
Расми 4. – Оғози криояхкунонии гемангиома ба усули спрей

Муддати ду дақиқа, муттасил тамоми сатҳи омосро давр зада, криояхкунонии пурраи гемангиомаи чигарро ҳосил намудем. Барои таъмини назорати визуалии майдони амалиёт пайваст кардани хубкашии боқуввати халой зарур аст, ки ба таври самаранок криоаэрозолро аз ковокии шикам кашада мегирад (расми 5).



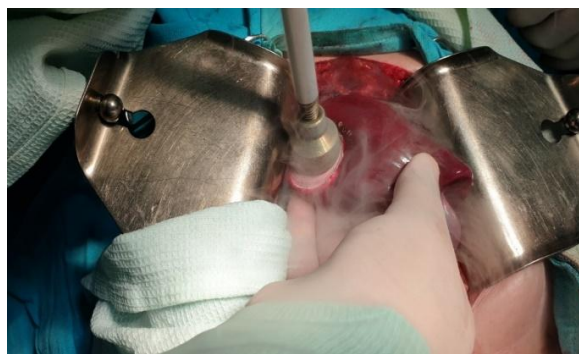
Расми 5.– Лаҳзаи ба анҷом расидани криояхкунонии гиреҳи гемангиоматозӣ

Криояхкунонии гиреҳи гемангиоматозӣ низ бо усули криоштамп бо истифода аз аппликаторҳои латунии қутрашон гуногун (35 ё 50 мм) ба амал оварда шуд. Дар ҳолати ғафсии гемангиома 5 см ва зиёда аз он будан, барои таъсироти таъсир дар як вақт ду нӯтақ ба кор бурда шуд, ки барои ҳосил намудани криояхкунонии устувор ва баробари омос шароит фароҳам овард (расми 6).



Расми 6. – Криояхкунонии гемангиомаи ҳиссаи V чигар бо усули криоштамп

Барои ҳосил шудани яхкунонии пурраи гиреҳи гемангиоматозӣ, зимни гемангиомаи ғафсиаш то 3 см, ба кор бурдани крионӯтақи қутраш 35 мм бо экспозитсия ба муддати се дақиқа кифоят мекунад (расми 7)



Расми 7. – Криояхкунонии гемангиома бо усули муҳрӣ

Баъди ба охир расидани яхкунонии гемангиома марзи криоэнуклеатсияи дарпешистодаро ба воситаи коагулятори монокутбӣ ишора мекунанд. Энуклеатсияи гиреҳи гемангиоматозӣ аз чок кардани лаҳима дар марзи худӣ ғилофаки гемангиома оғоз карда шуд. Диссексия бо истифода аз коагулятори монокутбӣ, исканҷи Дебейк ё дастгоҳи LigaSure ба амал оварда шуд. Пайдарпай ба умқи лаҳимаи чигар фуру рафта, рағи асосии бо хун таъминкунандаи гемангиома пайдо карда шуд. Барои гемостази боэътимод ва пешгирии такроршавии хунравӣ дар давраи бармаҳали пасазҷарроҳӣ, рағи ғизодиҳандаро бо маводи чаббиданашавандаи дарзӣ баста, баъдан гемангиомаро буридем.

Гемангиомаи азими чигар, дар мавриди беморони мубтало ба гемодинамикаи ноустувор, иҷрои картакунонии дуплексӣ дар мизи ҷарроҳӣ бо зоҳир намудани рағи асосии ғизодиҳандаи гемангиома ва криояхкунонӣ бо усули криоштамп, бе фишор додани банди чигару дувоздаҳангуштаро тақозо менамояд (расми 8).



Расми 8. – Криокоркард пояи рағи гемангиома

Дар ҳолати кафидани гемангиома, ки хунравиро ҳамроҳ дорад (расми 9), яхкунонии амиқ ба воситаи ғавраи суръаташ баланди нитрогени моеъ усули самаранок ба шумор меравад.



Расми 9. – Криояхкунонии гемангиома бо усули “оҳиста рехта пур кардан”

Гемостази ниҳой, ҳангоми гемангиомаи чигар, дар буриши чигар марҳалаи муҳимтарини амалиёт маҳсуб меёбад. Он аз тариқи истифодаи такрории криоспрея, электрокоагулятсия ва пневмотермокоагулятсия ҳосил мешавад.

Ҳамин тавр, имрӯзҳо муолиҷаи ҷарроҳии гемангиомаи чигар имконпазир аст, зеро мавҷудияти синдроми дард ва оризаҳое ба монанди кафидани омос, дигар ҳодисаҳои казуистӣ нестанд. Тайи солҳои охир таҳияи усулҳои пешгирии талафшавии дохилиҷарроҳии хун ва такмил ёфтани технологияи чоккунии беҳуни лаҳима, барои интиқол додани ҷарроҳии гемангиомаи чигарро аз категорияи амалиёти “дастнорас” ба разряди ҷарроҳии стандартӣ шароит фароҳам овард.

Энуклеатсияи гиреҳи гемангиоматозӣ ва буриши чигар амалиёти интихобие боқӣ мемонанд, ки онро ҳам дар доираи як сегмент ва ҳам ҳангоми иллатнокшавии васеи қитъаҳои чигар бомуваффақият анҷом додан мумкин аст. Криоҷарроҳии гемангиомаи чигар ҳамчун усули камосеб, беҳатар, аз ҷиҳати иқтисодӣ дастрас ва бозътимоди ба таври беҳун буридани омос муаррифӣ намуд.

Дар доираи муолиҷаи гемангиомаи чигар, зимни 41 бемор, аз ҷониби мо усули таъсиррасонӣ ба воситаи нитрогени моеъ ҳангоми ҳарорати аз ҳад паст

ба кор бурда шуд. Криодеструксия дар хатти буридашуда баъди ҳосил шудани гемо- ва холестаз марҳалаи ҳатмӣ маҳсуб меёфт, ки ба ҳадди ақал расонидани такроршавии раванди патологиро имконпазир гардонид. Бофтаҳои буридашуда ба таври иловагӣ бо тарзи криогенӣ коркард шуданд ва дар натиҷа барои тасдиқи худро ёфтани ташхис таҳлили морфологӣ карда шуданд.

Оризаҳои дохилиҷарроҳӣ ва пасазҷарроҳие ба монанди хун ва талхашорӣ дар ҳеҷ кадоме аз ҳодисаҳои шарҳдодашуда ба қайд гирифта нашуд. Инчунин тайи давраи назорат, ки аз як то чор солро дар бар мегирифт, такроршавии гемангиомаи цигар ба қайд гирифта нашуд. Маълумотҳои мазкур дар бораи дараҷаи баланди самаранокии усул, эътимоднокии он дар таъмини гемостаз, инчунин қобилияти пешгирӣ намудани пайдошавии талхашорӣ ҳукм карданро водор менамояд.

Давомнокии госпитализатсия аз 8 то 14 рӯз (ба ҳисоби миёна — 12 ± 1 шабонарӯз)-ро ташкил медод. Ҳангоми иҷрои криорезексия ва криоэнуклеатсия дар тамоми ҳодисаҳо талафшавии дохилиҷарроҳии хун андак, яъне аз 80 то 320 мл буд. Ҳамаи беморонро аз статсионар дар ҳолати қаноатбахш ё хуб ҷавоб дода шуданд.

Ба мақсади арзёбии таъсири имконпазири ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ ба функсияи цигар ва ҳолати умумии организм дар беморон, баъди амалиёти ҷарроҳӣ таҳлили ретроспективии ҳуҷҷатнигории тиббӣ ба амал оварда шуд. Ба гурӯҳи аввал 41 беморе шомил буд, ки ҳангоми онҳо барои буридани гемангиома нитрогени моеъ истифода шуда буд; таърихи бемории ин беморон (100%) мавриди омӯзиш қарор дода шуда буд. Барои муқоиса кардани натиҷаҳо гурӯҳи санҷишӣ ташкил карда шуд, ки он аз 64 бемори (ки 100 % ҳодисаҳои муқоисашавандаро ташкил медод) бе таъсири криогенӣ чунин амалиёти ҷарроҳиро азсаргузаронида иборат буд. Доираи синнусолии беморон дар ҳар ду гурӯҳ аз 26 то 64 солро ташкил медод; дар интиҳоб занҳо (53 ҳодиса) қиёсан ба мардҳо (17 нафар) бештар буданд.

Меъёрҳои арзёбии таъсири ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ ва амалиёти ҷарроҳии анъанавӣ, ки дар байни ҷарроҳон эътироф шудааст, аз

хунравии дохиличарроҳӣ ва пасазчарроҳӣ, ҳаҷми хуни донорӣ ва зардоби истифодашуда, басомади оризаҳои пасазчарроҳӣ, давомнокии амалиёт ва муҳлати госпитализатсия, инчунин оқибати беморӣ иборат буд (ҷадвали 5).

Ҷадвали 5. – Арзёбии муқоисавии муолиҷаи чарроҳӣ ва гурӯҳи санҷишӣ

Меъёрҳо	Гурӯҳи асосӣ (n-41)	Гурӯҳи санҷишӣ (n-64)	p
Давомнокии амалиёт (дақиқа), Ме (Q1-Q3), min-max	105 (97,5-112,5) 90-120	200 (190-210) 180-220	<0,001
Талафшавии дохиличарроҳӣ хун, мл, Ме (Q1-Q3), min-max	150 (115-185) 80-220	550 (490-610) 430-670	<0,001
Миқдори хун ва зардоби истифодашуда, мл, Ме (Q1-Q3), min-max	—	700 (650-750) 600-800	
Оризаҳои пасазчарроҳӣ, мутлақ (%)	3 (7,3%)	22 (34,3%)	<0,001
Рӯз-кат, шабонарӯз, Ме (Q1-Q3), min-max	11 (9,5-12,5) 8-14	18,0 (16,0-20,0) 14-22	<0,001
Оқибатҳои бо ғавт анҷомёфта	0	0	

Эзоҳ: p – қимати омории фарқи нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри U-и Манна-Уитни).

Таҳқиқи давраи пасазчарроҳӣ дар ду гурӯҳи беморон нишон дод, ки ҳангоми муолиҷаи чарроҳии гемангиомаи чигар, хусусан дар заминаи бемориҳои ҳамроҳе ба монанди гепатити вирусӣ ё сирроз, истифодаи ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ ҳаҷми талафоти дохиличарроҳии хунро хеле кам мекунад. Илова бар ин, ба кор бурдани технологияи криочарроҳӣ басомади оризаҳои пасазчарроҳиро аз 34,4 % дар гурӯҳи дуюм то 7,3 % дар аввал хеле кам карда, давомнокии госпитализатсияи беморонро низ коҳиш медиҳад.

Мо эҳтимол мекунем, ки барои арзёбии воқеӣ ва далелноки сифати амалиёти чарроҳии иҷрошуда меъёрҳои стандартишуда зарур аст. Таснифоти оризаҳои пасазчарроҳӣ аз рӯйи системаи Clavien–Dindo яке аз чунинҳо ба шумор меравад, ки соли 2009 таҳия шудааст. Таҳлили натиҷаҳо мувофиқи таснифоти мазкур дар ҷадвали 7 оварда шудааст.

Ҷадвали 7. – Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои бевоситаи муолиҷа дар гурӯҳи беморони таҳти таҳқиқ

Дараҷаи оризаҳо тибқи Clavien–Dindo	Гурӯҳи таҳти таҳқиқ		P
	Гурӯҳи асосӣ (n-41) мутлақ (%)	Гурӯҳи санҷишӣ (n-64) мутлақ (%)	
I	1 (2,44 %)	10 (15,625%)	>0,05
II	–	3 (4,7 %)	
III	–	–	
IIIa	2 (4,86%) *	8 (12,5%)*	>0,05
IIIb	–	5 (7,8%)**	
IV	–	–	
IVa	–	–	
IVb	–	–	
V	–	–	
Ҳамагӣ	3 (7,31%)	26 (40,6%)	< 0,001

Эзоҳ: p – қимати омории фарқи нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри χ^2) **Релапаротомия татбиқ шуд, * Пунксия таҳти назорати ТУС ба амал оварда шуд.

Дар доираи гурӯҳи асосӣ ягон ҳодисае зоҳир нагардид, ки ҳангоми он тақозои даст задан ба истифодаи хуни донорӣ зарур шуда бошад. Нуктаи мазкур, дар баробари аз ҷиҳати иқтисоди мақсаднок будани усул, сабаби ба ҳадди ақал расонидани сироятёбии бемороне мегардад, ки гирифтор ба бемориҳои сироятии ба воситаи гузаронидани хун гирифтор мешаванд.

ХУЛОСАҲО

1. Истифодаи маҷмуи ТУС, ТМСК ва ТМР ташҳиси гемангиомаи ҷигарро бо дақиқияти то 93,5 % имконпазир гардонид, амалан зарурати татбиқи биопсияи пунксиониро рад мекунад. Бо вучуди дар ташҳиси гемангиомаи ҷигар маълумотнокии нисбатан баланд доштани ТМСК ва ТМР, истифодаи онҳо дар амалияи рутинии клиникӣ бо сабаби нархи баланд ва дастрасии маҳдуд доштан, маҳдуд аст. ТУС, дар иртибот бо нуктаи мазкур, дар марҳалаи ташҳиси аввалия усули интихобӣ боқӣ монда, дорои хассосияти 67,5 % ва махсусияти 78,8 % мебошад. ТУС усули арзон, тамоман бехатар буда, оризаи нурӣ надорад. Хусусият ва зичии бофтаи ҷигарро аз гемангиома хуб муайян намуда, метавонад якчанд маротиба истифода гардад, аз ҷумла дар рафти амалиёти

чарроҳӣ, барои муайян намудани ҷойгиршавии дохилипаренхиматозии гемангиома [2-М, 3-М, 8-М].

2. Гемангиомаи хурди чигар (андозаи камтар аз 5 см) дар аксари ҳолатҳо майл ба тадриҷан афзудан, яъне ба ҳисоби миёна соле ба 1 см калон шуданро дорад. Аммо ҳангоми ба андозаи калон ё азим расидани омос, бештар зимни ҷойгиршавии берунипаренхиматозии он, назорати динамикӣ ғайримақсаднок мегардад: хатари инкишоф ёфтани оризаҳо зиёд мешаванд (дарди саҳти шикам, вайроншавии гардиши хун, гемобилия, тромбоз ва даридани гиреҳи гемангиоматозӣ бо хунравии дохилишикамӣ), ки ба мақсади буридани гемангиома зарурати амалиёти ҷарроҳиро асоснок менамояд, ки нишондод барои амалиёти ҷарроҳӣ ҳисоб меёбад. Ҳангоми гемангиомаи чигар ба андозаи зиёда аз 5 см будан, бо ҷойгиршавии хориҷилаҳимавӣ, инчунин дар ҳолати мавҷудияти симптоматикаи хоси клиникӣ, ба таври ҷарроҳӣ буридани он усули беҳтарини муолиҷа боқӣ мемонад. Ҷойгиршавии дохилипаренхиматозии ва марказии гемангиома, одатан нишондод барои буриши чигар ҳисоб ёфта, ҷойгиршавии канорӣ ва берунипаренхиматозӣ, энуклеатсияи болоипардавии гемангиомаро талаб менамояд. Аммо дар хотир бояд дошт, ки ҳангоми иҷрои буриши васеъ хатари пайдо шудани оризаҳои пасазҷарроҳӣ хеле зиёд мешавад, ки басомадашон метавонад то ба 30 % расида бошад [2-М, 4-М, 6-М, 9-М].

3. Бо истифода аз дастгоҳи криоҷарроҳии универсалии портативӣ ба кор бурдани ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ, ҳангоми гемангиомаи чигар, ки андоза ва ҷойгиршавии гуногун дорад, усули мазкурро ба сифати усули интихобӣ баррасӣ кардан мумкин аст. Охирин бо усули криомуҳр ва криоспрей, яъне тундбодии ниҳоят ҳароратпаستӣ нитрогени моеъ, ки бе восита ба сатҳи гтрехи гемангиоматозӣ пошида мешавад. Криоҷарроҳии гемангиомаи чигар, ба туфайли самаранокии баланди худ, ки дар коҳиш ёфтани талафшавии дохилиҷарроҳии хун ва давомнокии амалиёт, кам шудани басомади оризаҳои пасазҷарроҳӣ, инчунин таъмини офиятбахшии бармаҳали беморон ва зуд барқарор шудани функцияи чигар зоҳир мешавад, ҳамчун усули интихобӣ баррасӣ мешавад [1-М, 2-М, 5-М, 6-М, 9-М].

4. Табобати чарроҳии гемангиомаи чигар бо усули буриши чигар ва энуклеатсияи гиреҳи гемангиоматози амали мегардад. Криобуриши чигар ва криоэнуклеатсияи гиреҳи гемангиоматозӣ, бо истифода аз ҳарорати ниҳоят сарди нитрогени моеъ, назар ба чарроҳии маъмулӣ бартарӣ дошта, микдори хунравии айёмичарроҳӣ, давомнокии чарроҳӣ ва оризаҳои баъдичарроҳиро, дар давраи бармаҳал ва дури баъдичарроҳӣ, таъмин менамояд. [2-М, 5-М, 6-М, 9-М].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

1. Тамоми бемороне, ки ҳангоми онҳо бори аввал гемангиомаи чигар ошкор гардиду зухуроти клиникӣ мушоҳида намешуд, хусусан ҳангоми ҷойгиршавии дохилилаҳимаӣ ва андозаи хурд (<5 см), дар мавриди онҳо назорати динамикӣ бурда шуд. Ҳангоми зоҳир намудани тамоюл ба калоншавии омос ва пайдо шудани нишонаҳои оризаҳо амалиёти чарроҳӣ нишондод шудааст.
2. Мувофиқи маълумоти ТУС, дар ҳолати гумонбар шудан ба раванди бадсифатӣ, барои аниқ кардани хусусияти омос ба кор бурдани усулҳои иловагии дараҷаи дақиқияташон баланди визуализатсия, бар шумули ТК ё ТМР, мувофиқи мақсад аст. Дар чунин маврид бо сабаби хатари инкишоф ёфтани хунравии дохилишикамӣ, ки бо амалиёти мазкур алоқамандӣ дорад, татбиқи биопсияи пунксионӣ тавсия намешавад.
3. Буриш ё энуклеатсияи (пӯст кандан) гемангиомаи чигар дар ҳолати мавҷуд будани омосҳои андозаашон калон, хатари дараҷаи баланди кафидани онҳо, ҷойгиршавии хориҷилаҳимаӣ, инчунин ҳангоми мавҷуд будани симптоматикаи клиникӣ тавсия дода мешавад, ки раванди омосро асоснок менамояд.
4. Ба кор бурдани ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ (криочарроҳӣ), дар муолиҷаи чарроҳии гемангиомаи чигар, иҷрои ҳам буриши калон ва ҳам энуклеатсияи омос, бар шумули омоси андозаашон хурд, хеле кам шудани талафёбии дохиличарроҳии хунро имконпазир мегардонад. Дар ин маврид

зарурати истифодаи усулҳои гуногуни окклюзияи муваққатии маҷрои хуни
чигарӣ аз байн меравад, ки дар навбати худ ба давомнокии амалиёти таъсири
мусбат мерасонад.

Рӯйхати адабиёти истифодашуда (манбаъҳо)

1. Базаев, А.В. Критерии выбора оптимального метода лечения гемангиом печени [Текст] / А.В. Базаев // Modern Technologies in Medicine.–2020.–Т. 12. – № 1.–С. 98-104.
2. Болдин, Б.В. Лапароскопическая атипичная резекция печени по поводу большой гемангиомы [Текст] / Б. В. Болдин, С. А. Пономарь // Лечебное дело. – 2020. – № 1. – С. 89-91.
3. Вишневский, В.А. Резекции печени: классификация, факторы риска билиардных осложнений и их прогнозирование [Текст] / В.А. Вишневский и др. // Re-health journal. – 2020. – №. 2-3 (6). – С. 118-129.
4. Воргова, Д.Н. Дифференциальная диагностика образований печени при ультразвуковом исследовании [Текст] / Д.Н. Воргова, Т.Р. Плюхина, А.В. Важенин // Непрерывное медицинское образование и наука. – 2024. – Т. 19, № 3. – С. 33-39.
5. Галеева, А.В. Оценка эффективности эмболизации печеночных артерий в лечении гемангиомы печени [Текст] / А.В. Галеева, В.Э. Гарибзянова // Перспективы развития науки в современном мире : Сборник научных статей по материалам XV Международной научно-практической конференции, Уфа, 14 мая 2024 года. – Уфа: Общество с ограниченной ответственностью "Научно-издательский центр "Вестник науки", 2024. – С. 519-522.
6. Ганиев, Ф.А. Хирургическая тактика при гемангиомах печени [Текст] / Ф.А. Ганиев // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Москва–2012.
7. Жемерикин, Г.А. Микроволновая абляция в хирургическом лечение больных гемангиомами печени: специальность 14.01.17 "Хирургия":

диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук [Текст] / Жемерикин Глеб Александрович. – Москва, 2018

8. Катрич, А.Н. Ультразвуковое исследование в выборе тактики лечения больных с заболеваниями печени [Текст] / А.Н. Катрич, А.Н. Петровский, Н.А. Катрич, В.А. Порханов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2021. – № 12. – С. 34-43.

9. Кондратюк, В.А. Влияние эндоваскулярной подготовки на Результаты хирургического лечения распространенных гемангиом печени [Текст] / В.А. Кондратюк, С.Н. Фуркало, Е.А. Власенко, А.А. Пустынцев // Эндоваскулярна нейрорентгенохірургія. – 2018. – № 1(23). – С. 71-76.

10. Кудрявцева, А.Н. Выбор тактики ведения пациентов с гемангиомами печени [Текст] / А.Н. Кудрявцева, А.В. Базаев, С.В. Акуленко [и др.] // Медицинский альманах. – 2024. – № 1(78). – С. 76-84.

11. Лопатин, Я.Р. Прогнозирование эффективности транскатетерной артериальной эмболизации гемангиом печени [Текст] / Я.Р. Лопатин, Н.А. Петров, И.И. Дзидзава [и др.] // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2020. – Т. 39, № 1. – С. 23-28.

12. Лопатин, Я.Р. Трансартериальная эмболизация как метод окончательного лечения гемангиом печени [Текст] / Я.Р. Лопатин, А.Д. Казаков, А.А. Шаталова // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2022. – Т. 41, № S2. – С. 266-271.

13. Максимов, М.А. Применение эндоскопического криоапликатора из никелида титана при операциях на печени [Текст] / М.А. Максимов // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Томск – 2015

14. Мугатаров, И.Н. Анализ хирургического лечения гемангиом печени [Текст] / И.Н. Мугатаров, М.Ф. Заривчацкий, В.А. Самарцев [и др.] // Пермский медицинский журнал. – 2021. – Т. 38, № 4. – С. 129-141.

15. Наджафова, В.Н. Информативность методов лучевой диагностики в выявлении гемангиом печени [Текст] / В.Н. Наджафова // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2021. – Т. 20, № 4. – С. 133-138.
16. Одишелашвили, Г.Д. Гемангиома левой доли печени: клиническое наблюдение [Текст] / Г.Д. Одишелашвили, Д.В. Пахнов, Н.Г. Одишелашвили // Астраханский медицинский журнал. – 2022. – Т. 17, № 3. – С. 72-77
17. Пельц, В.А. Доброкачественные новообразования печени: диагностика, хирургическая тактика [Текст] / В.А. Пельц, В.В. Павленко, В.Е. Тропин [и др.] // Университетская клиника. – 2024. – № 2(51). – С. 69-76.
18. Пельц, В.А. Клинический случай двухэтапного хирургического лечения крупной гемангиомы печени [Текст] / В.А. Пельц, В.Е. Тропин, И.В. Пачгин // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2023. – Т. 20, № 1. – С. 166-170.
19. Скипенко, О.Г. Гемангиомы печени: операция или наблюдение [Текст] / О.Г. Скипенко, Н.К. Чардаров, Ф.А. Ганиев, Г.А. Шатверян, Н.Н. Багмет, А.Л. Беджаниян // Хирургия 2012; 9: 13-20.
20. Скипенко, О.Г. Лучевая диагностика гемангиом печени: взгляд на проблему из хирургической клиники [Текст] / О.Г. Скипенко, Ю.Р. Камалов, В.В. Ховрин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2011; 10: 78-86.
21. Твиритинова, Н.О. Возможности компьютерной и магнитно-резонансной томографии в диагностике гемангиом печени [Текст] / Н.О. Твиритинова, В.Б. Школьников // Инновационная медицина Кубани. – 2024. – Т. 9, № 4-1. – С. 26-27.
22. Третьяков, А.А. Хирургическая тактика при очаговых образованиях в печени (по материалам областного гепатологического центра) / А.А. Третьяков, А.Н. Неверов, С.В. Петров [и др.] // Оренбургский медицинский вестник. – 2016. – Т. IV, № 4(16). – С. 28-32.
23. Черноусов, А.Ф. Микроволновая абляция под контролем УЗИ быстрорастущих гемангиом печени малых размеров / А.Ф. Черноусов, Р.В.

Карпова, В.В. Левкин [и др.] // Российский электронный журнал лучевой диагностики. – 2019. – Т. 9, № 1. – С. 102-107.

24. Шурыгин, А.И. Диагностика и выбор метода лечения при гемангиомах печени. Обзор литературы [Текст] / А.И. Шурыгин, Д.С. Хупсергенова // Международный студенческий научный вестник. – 2021. – № 6. – С. 29.

25. Amico A. Giant hepatic hemangioma case report: When is it time for surgery? [Text] / A. Amico, L. Mammino, S. Palmucci [et al.] // Annals of Medicine and Surgery. – 2020. – Vol. 58. – P. 4-7.

26. Baimakhanov B.B. Diagnosis and modern treatment methods for hepatic hemangioma (literature review) [Text] /B. B. Baimakhanov, G. Oryngali, Zh. S. Suiindik [et al.] // Вестник хирургии Казахстана. – 2023. – No. 4(77). – P. 4-16.

27. Colombo M. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumors [Text] / M. Colombo // Clinical Liver Disease. — 2020. — T. 15. — № . 4. — С. 133.

28. Giuseppe M. Imaging of hepatic hemangioma: from A to Z [Text] / M. Giuseppe, C. Vincenzo, C. Christine, C. Kelvin, TV. Bartolotta, R. Miraglia // Abdominal Radiology. 2020;45(3):672-691.

29. Hu Sh. Radiomics Analysis on Noncontrast CT for Distinguishing Hepatic Hemangioma (HH) and Hepatocellular Carcinoma (HCC) [Text] / Sh. Hu, X. Lyu, W. Li [et al.] // Contrast Media & Molecular Imaging. – 2022. – Vol. 2022.

30. Kacala A. Hepatic Hemangioma: Review of Imaging and Therapeutic Strategies [Text] / A. Kacala, M. Dorochoiewicz, I. Matus [et al.] // Medicina (Kaunas, Lithuania). – 2024. – Vol. 60, No. 3. – P. 449.

31. Kumar P. Liver Resection for Giant Hepatic Cavernous Hemangioma [Text] / P. Kumar, S. K. Tiwary, P. Shukla [et al.] // Middle East Journal of Digestive Diseases. – 2021. – Vol. 13, No. 3. – P. 268-272.

32. Leon, M. Hepatic hemangioma: What internists need to know [Text] / M. Leon, L. Chavez, S. Surani // World Journal of Gastroenterology. – 2020. – Vol. 26, No. 1. – P. 11-20.

33. Lin Z. Ultrasound-guided percutaneous sclerotherapy versus surgical resection in the treatment of large hepatic hemangiomas: a retrospective study [Text] / Z. Lin, X. Zhu, J. Zhou // BMC Surg. Apr 07 2022;22(1)
34. Merlo I. G. Hepatic Cavernous Hemangioma: When Should it Be Resected? [Text] / I. G. Merlo, J. P. Grondona, D. Fernandez [et al.] // HPB. – 2022. – Vol. 24. – P. S193-S194.
35. Yang, Y. G. Spontaneous intracapsular hemorrhage of a giant hepatic cavernous hemangioma: a rare case report and literature review [Text] / Y. G. Yang, W. F. Chen, W. H. Mai [et al.] // BMC Gastroenterology. – 2021. – Vol. 21, No. 1. – P. 1-6.
36. Yoshimizu, Ch. Giant Hepatic Hemangioma Causing Prolonged Fever and Indicated for Resection [Text] / Ch. Yoshimizu, Sh. Ariizumi, T. Kogiso [et al.] // Internal Medicine. – 2022. – Vol. 61, No. 12. – P. 1849-1856.

ИНТИШОРОТ АЗ РҶҲИ МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳои дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА-и назди

Президенти ҶТ нашргардида

1. [1-M]. Солихзода, А.М. Криогенные технологии в хирургической гастроэнтерологии [Текст] / С.М. Ахмадзода, Б.Дж. Сафаров, З.С. Тагойбеков, И.М. Азимов, Ш.И. Ходиев, А.М. Солихзода, Дж. Сафаров, Н.А. Сафарзода, Б. Хакимов, З.В. Табаров, А.Т. Хомидов // Проблемы гастроэнтерологии. – 2021. – № 1.– С. 30-38; ISSN 0868-8109
2. [2-M]. Солихзода, А.М. Современные возможности хирургического лечения гемангиом печени [Текст] / С.М. Ахмадзода, Б.Дж. Сафаров, У.М. Амонов, Д.М. Курбонов, А.М. Солихзода // Проблемы гастроэнтерологии. – 2021. – № 3-4. – С. 35-40; ISSN 0868-8109
3. [3-M]. Солихзода, А.М. Лучевые методы диагностика гемангиом печени [Текст] / С.М. Ахмадзода, А.М. Солихзода, Б.Дж. Сафаров, А.З. Махмудов //

Здравоохранение Таджикистана. – 2022. – № 2 (353). – С 10-17; ISSN 0514-2415.

4. [4-M]. Солихзода, А.М. Хирургическое лечение осложненных форм очаговых поражений печени [Текст] / Б.Дж. Сафаров, С.М. Ахмадзода, Д.М. Курбонов, Х.О. Бобоев, А.М. Солихзода, И.Р. Абдурахмонов, А.Т. Хомидов // Проблемы гастроэнтерологии. – 2022. – № 3-4. – С. 18-24; ISSN 0868-8109

5. [5-M]. Солихзода, А.М., Возможности криохирургии в лечении заболеваний органов брюшной полости [Текст] / С.М. Ахмадзода, Ф.К. Рахими, Ф.Р. Одинаев, Б.Дж. Сафаров, А.М. Солихзода, З.С. Тагойбеков, И.М. Азимов, Ш.И. Ходиев, А.Т. Хомидов, И.Р. Абдурахмонов, Х.О. Бобоев // Здравоохранение Таджикистана. – 2022. – № 3 (354). – С. 17-26; ISSN 0514-2415.

6. [6-M]. Солихзода, А.М. Применение сверхнизкой температуры жидкого азота в лечение гемангиом печени [Текст] / С.М. Ахмадзода, А.М. Солихзода, Н.А. Расулов // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. – 2024. – № 4. – С. 13-20; ISSN 2414-0252.

Мақола ва тезисҳо дар маҷмуаҳои маводи конференсияҳо

7. [7-M]. Солихзода, А.М. Криохирургия заболевания живота [Текст] / С.М. Ахмадзода, А.М. Солихзода, Х.О. Бобоев // Материалы XXIX Международного конгресса Ассоциации Гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ (9-11 ноября 2022). – Москва, 2022. – С. 89-90

8. [8-M]. Солихзода, А.М., Возможности лучевых методов исследования в диагностике гемангиоматоза печени [Текст] / А.М. Солихзода, С.С. Шосаидзода, Х.О. Бобоев // «Современная медицина: традиции и инновации»: материалы 70 юбилейной науч.-практ. конф. с международным участием (29 апреля 2022 г.). – Душанбе, 2022. - Т. 1. - С. 430-431

9. [9-M]. Солихзода, А.М. Современная хирургическая тактика при гемангиомах печени [Текст] / А.М. Солихзода, С.С. Шосаидзода, Д.З. Хусейнова // «Актуальные вопросы современных научных исследований»:

материалы 17-й науч.-практ. конф. молодых ученых ТГМУ (с международным участием) (29 апреля 2022 г.). – Душанбе, 2022. - Т. 1. - С. 337

НОМГЎИИ ИХТИСОРАҶО ВА АЛОМАТҶОИ ШАРТӢ

БЧ – буриши чигар

ГГЭР – гемигепатэктомияи тарафи рост

ГГЭЧ – гемигепатэктомияи тарафи чап

КОА-комиссияи олии аттестатсионӣ

КРД – картакунонии рангаи доплерӣ

ЛКЧ- лобэктомияи ковалии чап

ТК - томографияи компьютерӣ

ТМР - томографияи магнитӣ-резонансӣ

ТУС – таҳқиқи ултрасадо

ТУТ-ташкilotи умумичаҳонии тандурустӣ

Р-нишондиҳандаи омории саҳеҳи муқоиса

АННОТАЦИЯ

Солихзода Ардашер Мирзохаким

Оптимизация хирургического лечения гемангиом печени

Ключевые слова: Гемангиома печени, сверхнизкие температуры жидкого азота, резекция печени, энуклеация, интраоперационное кровотечение.

Цель исследования. улучшение результатов хирургического лечения больных с гемангиоматозом печени путем применения сверхнизкой температуры жидкого азота.

Методы исследования: общеклинические анализы (общий анализ крови, мочи, свертывающей системы крови), биохимические анализы крови в до- и послеоперационном периоде. Функциональное состояние печени оценивали по общему белку и его фракциям, прямому и непрямому билирубину, АсАТ, АлАТ, щелочной фосфатазе (ЩФ), сахару крови, амилазе сыворотки, определяли уровень креатинина и мочевины. Применение сверхнизких температур жидкого азота в качестве компонента гемостаза, осуществлялось с применением сконструированной криохирургической аппаратуры, разработанной совместно с учёными Физико-технического института им. С.У. Умарова НАН Таджикистана.

Полученные результаты и их новизна: Проспективные и ретроспективные клинические исследования проводились в соответствии с принципами доказательной медицины. Был разработан алгоритм исследования, который определяет порядок действий врача при работе с пациентами гемангиомами печени, и в выборе эффективного диагностического метода. Анализ диагностики гемангиом печени показал, что УЗИ является ценным скрининговым методом, а компьютерная и магнитно-резонансная томография — окончательными методами диагностики и дифференциальной диагностики заболевания. Были разработаны хирургические методики, которые позволяют снизить операционную травму, интраоперационное кровотечение и послеоперационные осложнения. В рамках исследования была применена криохирургическая методика лечения гемангиом печени диаметром более 5 см с использованием сверхнизкой температуры жидкого азота, которое впервые применен в Республике Таджикистан.

Рекомендации по использованию: Резекция или энуклеация гемангиом печени рекомендуется в случаях, когда опухоль имеет большие размеры, существует высокий риск её разрыва и экстрапаренхиматозно локализован. Применение сверхнизкой температуры жидкого азота (криохирургия) в хирургическом лечении гемангиом печени позволяет выполнить объемную резекцию печени, малые в том числе, энуклеацию опухоли со значительным снижением интраоперационной кровопотери без необходимости применения различных методик временного выключения печени из кровотока. Эта методика также снижает продолжительность операции.

Область применения: Хирургия.

АННОТАТСИЯИ

Солихзода Ардашер Мирзоҳаким

Оптимизатсияи табобати чарроҳии гемангиомаи чигар

Калимаҳои калидӣ. Гемангиомаи чигар, ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ, буриши чигар, энуклеатсия, хунравии дохиличарроҳӣ.

Мақсади таҳқиқот. Аз ҳисоби истифодаи ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ беҳбуд намудани натиҷаҳои муолиҷаи чарроҳии бемороне, ки аз гемангиомаи чигар ранҷ мекашанд.

Усулҳои таҳқиқот: Таҳлилҳои умумиклиникӣ (таҳлили умумии хун, таҳлили умумии пешоб, системаи лахтабандии хун), таҳлили биохимиявии хун, ҳолати функционалии чигар дар давраи то ва пасазчарроҳӣ мувофиқи сафедаи умумӣ ва фраксияҳои он, билирубини мустақим ва ғайримустақим, АсАТ, АлАТ, фосфотазаи ишқор (ФИ), қанди хун, амилазаи зардоб арзёбӣ гардида, сатҳи креатинин ва дурдаи пешоб муайян карда шуданд. Ба сифати ҷузъи гемостаз истифода бурдани ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ, бо истифода аз дастгоҳи конструкцияшудаи криочарроҳие ба амал оварда шуд, ки яққоя бо донишмандони Донишқадаи физикӣ-техникии ба номи С.У. Умарови АМИТ Тоҷикистон сохта шудааст.

Натиҷаҳои ҳосилшуда ва наwgонии онҳо. Мувофиқи принципҳои тибби собитшуда таҳқиқоти проспективӣ ва ретроспективи клиникӣ иҷро гардид. Алгоритми таҳқиқоте таҳия шудааст, ки ҳангоми кор бо бемори гирифтӣ ба гемангиомаи чигар тартиби амали табиро муайян намуда, барои интиҳоби усулҳои нисбатан самараноки ташҳис ёрӣ мерасонад. Таҳлили арзишҳои ташҳисии усулҳои муосири ташҳиси гемангиомаи чигар нишон дод, ки ТУС усули скринингӣ ва томографияи компютериву магнитӣ-резонансӣ бошанд, усулҳои ниҳонии ташҳис ва ташҳиси тафриқавии ин омосҳо ба шумор мераванд. Усулҳои чарроҳие таҳия шуданд, ки коҳиш ёфтани осебрасонии чарроҳӣ, хунравии дохиличарроҳӣ ва фавтҳои пасазчарроҳиро имконпазир мегардонанд. Дар доираи пажӯҳиши мазкур усули криочарроҳии муолиҷаи гемангиомаи чигар бо қутри зиёда аз 5 см бо истифода аз ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ таҳия карда шуд, бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои ба кор бурда шуд.

Тавсияҳо барои истифода. Буриш ё энуклеатсияи гемангиомаи чигар дар сурате тавсия дода мешавад, ки омос андозаи бузург дорад ва хатари дараҷаи баланди даридани он мавҷуд аст, омос берун аз бофтаҳои чигар ҷойгир шудааст.

Иҷрои буриши калони чигар, аз ҷумла хурд, энуклеатсияи омосро бо ниҳоят кам кардани талафоти дохиличарроҳии хун бе зарурати истифодаи усулҳои гуногуни муваққатан қатъ кардани маҷрои хуни чигарро истифодаи ҳарорати аз ҳад пасти нитрогени моеъ (криочарроҳӣ) ҳангоми муолиҷаи чарроҳии гемангиомаи чигар имконпазир мегардонад. Иғ усули мазку метавонад давомнокии амалиётро низ кам намояд.

Соҳаи истифода: Чарроҳӣ.

ANNOTATION

Solikhzoda Ardasher Mirzokhakim

Optimization of surgical treatment of liver hemangiomas

Keywords: liver hemangioma, ultra-low temperatures of liquid nitrogen, liver resection, enucleation, intraoperative bleeding.

Objective of the study. improving the results of surgical treatment of patients with liver hemangiomatosis by applying ultra-low temperature liquid nitrogen.

Research methods: general clinical tests (general analysis of blood, urine, blood coagulation system), biochemical blood tests in the pre- and postoperative period. The functional state of the liver was assessed by total protein and its fractions, direct and indirect bilirubin, AsAT, AlAT, alkaline phosphatase (ALP), blood sugar, serum amylase, and creatinine and urea levels. The use of ultra-low temperatures of liquid nitrogen as a component of hemostasis was carried out using engineered cryosurgical equipment developed jointly with scientists from the S.U. Institute of Physics and Technology. Umarova NAS of Tajikistan.

The results obtained and their novelty: Prospective and retrospective clinical trials were conducted in accordance with the principles of evidence-based medicine. A research algorithm has been developed that determines the order of actions of a doctor when working with patients with liver hemangiomas, and in choosing an effective diagnostic method. Analysis of the diagnosis of liver hemangiomas has shown that ultrasound is a valuable screening method, and computer and magnetic resonance imaging are the final methods of diagnosis and differential diagnosis of the disease. Surgical techniques have been developed to reduce surgical trauma, intraoperative bleeding, and postoperative complications. The study used a cryosurgical technique for the treatment of liver hemangiomas with a diameter of more than 5 cm using ultra-low temperature liquid nitrogen, which was first used in the Republic of Tajikistan.

Recommendations for use: Resection or enucleation of liver hemangiomas is recommended in cases where the tumor is large, there is a high risk of rupture and is extraparenchymal localized. The use of ultra-low temperature liquid nitrogen (cryosurgery) in the surgical treatment of liver hemangiomas allows performing volumetric resection of the liver, including tumor enucleation with a significant reduction in intraoperative blood loss without the need for various techniques to temporarily shut down the liver from the bloodstream. This technique also reduces the duration of surgery.

Field of application: Surgery.