

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК:616.381-089-07

На правах рукописи

**РИЗОЕВ
ВАТАНШО САЙФОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.17 – Хирургия

Душанбе 2024

Диссертация выполнена на кафедре хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Назаров Шохин Кувватович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Мухиддин Нуриддин Давлатали** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней и эндохирургии «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения» Республики Таджикистан

Кодиров Фарход Давронджонович - д.м.н., старший научный сотрудник ГУ «Институт гастроэнтрологии» МЗ и СЗН РТ

Ведущая организация: ФГБУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2024 года в «_____» часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Адрес: Республика Таджикистан. 734026, г.Душанбе, ул. Сино 29-31.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», и на официальном сайте www.tajmedun.tj

Автореферат разослан «_____» _____ 2024 года

**Учёный секретарь
диссертационного совета
к.м.н., доцент**

Али-Заде С.Г.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Эхинококкоз представляет собой серьезную проблему, связанную с экономикой и здравоохранением как в Таджикистане, так и в других странах Содружества Независимых Государств (СНГ) [Курбонов К.М. и соавт, 2015; Азиззода З.А и соавт,2019; Гулов М.К и соавт,2021]. Частота эхинококкоза органов брюшной полости колеблется от 5,9 до 30%. При этом диагностика и лечение представляет значительные трудности в связи с длительным и прогрессирующим течением заболевания. Несмотря на заметные успехи, связанные с внедрением неинвазивных инструментальных методов исследования в диагностике больных с эхинококкозом органов абдоминальной полости, считающийся наиболее доступным метод ультразвукового исследования нельзя считать в достаточной мере специфичным. Специалисты продолжают проявлять интерес к современным аспектам хирургического лечения эхинококкоза органов абдоминальной полости, учитывая его высокую актуальность. Особое внимание уделяется поражению печени, которое чаще, чем другие органы, поражается эхинококкозом [Ветшев П.С. и соавт,2015; Давлатов Дж. Ё. и соавт,2018; Азиззода З.А. и соавт, 2020]. Быстрое развитие малоинвазивных медицинских технологий, включая лапароскопическую хирургию, открывает новые перспективы в лечении кистозных образований абдоминальной полости. Недавние исследования в медицинской литературе акцентируют внимание на видеолапароскопической эхинококкэктомии. Видеоэндоскопическая хирургия в лечении эхинококкоза органов абдоминальной полости не всегда удовлетворяет требованиям антипаразитарного лечения, и ее результаты в ряде случаев вызывают недовольство как у хирургов, так и у пациентов, из-за высокой частоты осложнений и рецидивов. Однако, применение лапароскопической технологии в лечении паразитарных кист печени сталкивается с несколькими преградами, такими как ограниченные возможности применения, высокий риск распространения паразитарной инфекции в абдоминальной полости, отсутствие единого мнения относительно показаний и применяемых способов при выполнении видеолапароскопической эхинококкэктомии. К одним из противопоказаний использования лапароскопических вмешательств относятся большие размеры эхинококковой кисты (>10 см), а также их рецидивные и осложненные формы [Ахмедов С.М. и соавт, 2014; Мигзамов Ф.О. и соавт.2023]. В последние годы в литературе все чаще появляются данные об эффективном использовании видеолапароскопических технологий при хирургическом лечении пациентов с эхинококкозом печени и органов брюшной полости [Кахаров М.А. и

соавт., 2006; Стяжкина С.Н. и соавт., 2024]. Однако, согласно мнениям многих авторов, пункционные вмешательства под контролем УЗИ противопоказаны в случаях обнаружения кальцификации стенок кисты, наличия множественных дочерних кист, гибели паразита, а также при разрыве кисты в прилегающие желчные протоки или смежные полости [Чжао А.В. и соавт., 2016]. При выполнении эндовидеохирургических вмешательств используется пневмоперитонеум, который создается введением углекислого газа в брюшную полость. При этом данный газ всасывается тканями, не обладает аллергическими свойствами, не приводит к возгоранию во время проведения электрокоагуляции [Четвериков А.В. и соавт., 2014]. В то же время другие авторы, указывают при этом на выраженное снижение уровня кровотока (более 10 мм рт. ст.) в сосудах органов абдоминальной полости. В связи с этим, для предупреждения возникновения микрососудистых нарушений и снижения риска развития тканевого ацидоза авторы рекомендуют выполнять эндовидеохирургические операции при интраабдоминальном давлении ниже 10 мм рт. ст. При повышенном внутрикистозном давлении, а также в случае небольшой толщины стенок пузыря возрастает риск индуцированного разрыва эхинококкового образования вследствие создания, напряженного карбоксиперитонеума. По этой причине некоторые специалисты перед выполнением пункции кисты предлагают снизить интраабдоминальное давление до 5 мм рт. ст., что приводит к снижению давления внутри паразитарной кисты, тем самым, снижается риск подтекания кистозного содержимого [Махмадов Ф.И. и соавт. 2011].

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. В течение последних двадцати лет появились инновационные хирургические методы, такие как видеолапароскопия и пункционная техника, которые стали конкурировать с традиционными способами хирургического вмешательства при эхинококкозе печени [Азиззода З.А. и соавт 2021; Гулов М.К., и соавт. 2021]. Однако, при наличии больших эхинококковых кист печени (с диаметром более 10 см), а также при рецидивах и осложнениях эхинококковых кист (таких как нагноение, петрификация, прорыв в желчные протоки и брюшную полость), проведение лапароскопических вмешательств противопоказано [Махмадов Ф.И. и соавт. 2010; Даминова Н.М. и соавт. 2010; Джаборов А.И. и соавт. 2015]. При наличии кальциноза в стенах кисты, эхинококковых кист с множественными мелкими пузырьками, в случае гибели материнской кисты или в случае прорыва кисты в желчные протоки, а также в абдоминальную и плевральную полости, не рекомендуется выполнять пункционно-дренажные манипу-

ляции под ультразвуковым мониторингом [Назаров Ш.К. и соавт.2016; Амонов Ш.Ш. и соавт.2019; Гулов М.К. и соавт.2021]. Стоит отметить, что приводимые в литературе данные об отдаленных результатах лечения больных с эхинококкозом печени и органов абдоминальной полости после проведенной эндоскопической эхинококкэктомии, [Ysuf Y et all.2018], а также о частоте повторного развития заболевания являются весьма противоречивыми. Некоторые авторы указывают на единичные случаи развития рецидива эхинококкоза, что может быть обусловлено строгим отбором больных для проведения лапароскопической эхинококкэктомии. В результате изучения данных мировой литературы было установлено, что остается множество спорных и неразрешенных вопросов по поводу использования эндовидеохирургического вмешательства при удалении кисты из печени и органов абдоминальной полости. Решение данных проблем будет способствовать значительному улучшению результатов лечения пациентов с данной патологией. При консервативной терапии больных с эхинококковыми кистами используются такие противопаразитарные средства, как мебендазол (вермокс) и его аналоги, которые используются как в самостоятельном варианте, так и при комплексном лечении до и после выполнения хирургического вмешательства. Таким образом, улучшение методов диагностики и оперативного лечения эхинококкоза органов абдоминальной полости с применением мининвазивных технологий является актуальным и своевременным, что служит основанием для проведения данного исследования.

Связь исследования с программами, научной тематикой. Диссертационная работа выполнена в рамках выполнения совместной НИР кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Диагностика и хирургическое лечение осложненного эхинококкоза»ГР.№0116ТJ00592 2016-2021 г.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с эхинококкозом органов брюшной полости путем применения традиционных и мининвазивных технологий.

Задачи исследования:

1.Усовершенствовать методы эхинококкэктомии из органов брюшной полости и способов профилактики интраоперационной диссеминации зародышевых элементов паразитов при применении мининвазивных технологий.

2.Усовершенствовать методы химиотерапии эхинококкоза органов брюшной полости.

3. Разработать алгоритм диагностики и рациональной лечебной тактики путём применения современных технологий у больных с эхинококкозом органов брюшной полости

4. Дать клиническую оценку непосредственных результатов применения разработанных методов диагностики и лечения эхинококкоза органов брюшной полости с применением современных технологий.

Объект исследования: Клиническое исследование проводилось среди 282 больных с эхинококкозом органов брюшной полости, которые проходили лечение в период с 2005 по 2022 гг. в хирургических отделениях и отделении хирургии печени и поджелудочной железы Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе, являющейся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Все пациенты были распределены на две клинические группы: контрольную и основную.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение клинических признаков эхинококковой кисты при Уз-исследовании, Кт-исследовании для разработки показания для выбора методов оперативного лечения больных с эхинококкозом органов брюшной полости. При этом предмет исследования соответствует паспорту специальности 14.01.17-Хирургия.

Научная новизна

Изучена и усовершенствована семиотика компьютерной томографии и ультразвукового методов исследований эхинококкоза органов брюшной полости. Разработаны показания для применения лапароскопической эхинококкэктомии у больных с эхинококкозом органов брюшной полости. Разработаны показания для применения пункционных методов лечения у больных с эхинококкозом органов абдоминальной полости. С целью дезэпителизации стенок фиброзной капсулы и обезвреживания элементов эхинококковой кисты печени и органов брюшной полости применен 10% раствор Бетадин и озонированный 0,9% физиологический раствор (**рацпредложение №3676/R727 от 16.12. 2019 года выданный ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Способ дезэпителизации фиброзной капсулы эхинококкоза печени»**). Разработан алгоритм диагностики и методов хирургического лечения эхинококкоза органов абдоминальной полости. Усовершенствованы метод до и послеоперационной химиотерапии при эхинококкозе органов брюшной полости. Впервые для определения нарушения функции печени и других органов при эхинококкозе печени органов брюшной полости исследован показатель ферритин.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.

Разработанный алгоритм диагностики и методов хирургического лечения позволит выбрать оптимальный и индивидуальный метод хирургического лечения. Выявленная семиотика компьютерной томографии и ультразвуковых методов исследования позволяют в выборе методов консервативного и хирургических вмешательств с применением эндовидеохирургии. Лапароскопическая эхинококк-кэктомия позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре, уменьшает количество послеоперационных осложнений со стороны послеоперационной раны брюшной стенки. Пункционные методы лечения эхинококкоза органов брюшной полости позволяют минимизировать травматизацию и позволяют малые сроки излечения больных с эхинококкозом органов брюшной полости, при этом имеют ограниченные возможности и показания. Усовершенствование химиотерапии до и после вмешательств позволило избежать число напрасных повторных лапаротомий и число рецидивов.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Лапароскопическая эхинококкэктомия является высокоэффективным методом лечения в хирургии эхинококкоза органов брюшной полости при наличии отсутствия осложнений, связи с желчевыводящими протоками и соответствующей квалификации специалиста, и полноценной оснащённости.
2. Применение навигационных чрескожных пункционных вмешательств при эхинококкозе органов брюшной полости брюшной полости должно быть строго дифференцированным, и необходимо учесть параметры и характеристики кист.
3. До и послеоперационная комплексная химиотерапия должна применяться у всех пациентов с эхинококкозом органов брюшной полости независимо от характеристик кисты.

Степень достоверности результатов. Достоверность результатов исследования подтверждена применёнными современными, широко используемыми в практике клиническими и инструментальными методами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Поставленная цель и задачи исследования, использованные в ходе работы клиничко-инструментальные методы диагностики, способы и технологии оперативного вмешательства соответствует утверждённому паспорту Высшей аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.17-Хирургия. Раздел III, пункты: 1. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, оперативное лечение и профилактика врожденных и приобретенных заболеваний органов брюш-

ной полости (желудочно-кишечного тракта, печени и желчных путей, поджелудочной железы) и грудной клетки (легких, пищевода, плевры, средостения, диафрагмы).8. Предоперационная подготовка и введение послеоперационного периода.

Личный вклад автора в проведенное исследование. Весь материал, представленный в диссертации, получен и обработан лично автором. Автор принимал личное участие в диагностике и лечении профильных больных, самостоятельно выполнял хирургические вмешательства, участвовал в операциях в качестве ассистента. Автором разработан лечебно-диагностический алгоритм в лечении пациентов с эхинококкозом органов брюшной полости с учетом возможностей чрескожных пункционных вмешательств дополненных малоинвазивными рентгенконтрастными методами. Результаты исследования оформлены в виде статей.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на XI- Научно-практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им.Абуали ибни Сино с международным участием посвящённая 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан. «Медицинская наука: Достижения и перспективы». Сборник материалов конференции.29 апреля. -Душанбе. -2016, на XII-научно-практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвящённая «Году молодёжи»: «Роль молодёжи в развитии медицинской науки». Сборник материалов.28 апреля. -Душанбе. -2017, на совместном заседании экспертно-проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам при ТГМУ им. Абуали ибни Сино от 19.06.2024 г. Протокол заседания № 20.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 12 научных трудов, из них 4 в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК РФ и РТ. Получены 4 удостоверения на рационализаторское предложения.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 171 страницах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, включающего 146 русскоязычных и 72 англоязычных источников. Работа иллюстрирована 16 таблицами и 65 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Клиническое исследование проводилось среди 282 больных с эхинококкозом органов абдоминальной полости, которые проходили лечение в период с 2005 по 2022 гг. в хирургических отделениях ГУ «Городской медицинский центр скорой помощи» г. Душанбе, являющейся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 им.

академика Курбонова К.М. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». В ходе проведения исследования использовано классификация по О.Б. Милонову (1987 г.) и ВОЗ (2010 г.). Все пациенты были распределены на две клинические группы. Контрольную (ретроспективную) группу составили 139 больных с эхинококкозом органов брюшной полости. Основную (проспективную) исследуемую группу составили 143 пациента с эхинококкозом органов брюшной полости, которым проведены современные методы диагностики и оперативное лечение (табл.1,2). Чаще всего заболевание в основной группе больных наблюдалось среди лиц трудоспособного возраста (16-50 лет)–114(40,4%) пациентов, и старше 51–29 (10,3%) пациентов.

Группы пациентов были сопоставимыми между собой ($p>0,05$) по поло-возрастным характеристикам и по расположению эхинококковых кист. При этом у 49 (34,3%) больных основной группы эхинококкозом была поражена правая доля печени, а в 10 (7,0%) случаях эхинококковые кисты располагались в левой доле печени.

Таблица 1. – Распределение по полу, возрасту и по характеру поражения в основной группе больных (n=143)

Характер поражения	Пол		Возраст больных, лет					Всего	%
	м	ж	16-30	31-40	41-50	51-60	>60		
Эхинококкоз печени	13	46	6	20	17	9	7	59	41,3
Множественный эхинококкоз печени	5	9	2	5	3	3	1	14	9,8
Эхинококкоз селезенки	4	7	2	4	2	3	-	11	7,7
Эхинококкоз брыжейки тонкой и толстой кишок	3	6	1	4	2	2	-	9	6,3
Эхинококкоз яичников	-	21	4	7	10	-	-	21	14,7
Эхинококкоз большого сальника	4	10	3	5	3	2	1	14	9,8
Сочетанный эхинококкоз органов абдоминальной полости	4	11	3	7	4	-	1	15	10,5
Всего:	33	110	21	52	41	19	10	143	100,0

В контрольной группе больных эти показатели составили 51 (36,7%) и 16 (11,5%) случаев, соответственно. В ходе исследования у 23 (16,1%) пациентов основной группы отмечалось наличие сопутствующей патологии. У всех больных изучено время свёртывания крови, развёрнутый анализ биохимии крови, печеночные пробы. Исследование ферритина в венозной крови проведено иммунотурбидиметрией. Всем пациентам выполнялось УЗИ. Определялись максимальный и минимальный размеры остаточной полости в двух перпендикулярных направлениях.

Таблица 2. – Распределение по полу, возрасту и по характеру поражения в контрольной группе больных (n=139)

Характер поражения	Пол		Возраст больных					Всего	%
	м	ж	16- 30	31- 40	41- 50	51- 60	>61		
Эхинококкоз печени	18	49	14	17	21	13	2	67	48,2
Множественный эхинококкоз печени	3	10	3	6	4	-	-	13	9,4
Эхинококкоз селезенки	4	6	3	4	3	-	-	10	7,2
Эхинококкоз брыжейки тонкой и толстой кишок	2	5	3	-	3	1	-	7	5,0
Эхинококкоз яичников	-	17	5	7	5	-	-	17	12,2
Эхинококкоз большого сальника	4	8	3	2	7	-	-	12	8,6
Сочетанный эхинококкоз органов abdominalной полости	5	8	4	5	3	-	1	13	9,4
Всего:	36	103	35	41	46	14	3	139	100,0

Для проведения диффдиагностики пациентам выполнялась КТ. Лапароскопия проводилась с помощью оборудования Karl Storz. Хирургические вмешательства у больных с эхинококковым поражением печени и органов abdominalной полости выполнялись из различных оперативных доступов в зависимости от расположения и общего числа эхинококковых кист. Морфологические исследования проводились в ЦНИЛ ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Проводили морфологическую исследования на различном увеличении срезов тканей фиброзной капсулы печени при экспозиции 15 мин (рис.1).

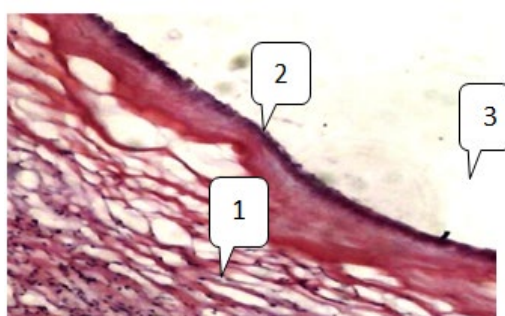


Рисунок 1. Морфологические изменения тканей фиброзной капсулы печени. Экспозиция 15 мин. Окраска гематоксилин – эозином. Ув. X180. 1- -утолщение эпителия; 2-очаговые хронические воспалительные инфильтраты; 3- меж волокнистая соединительная ткань;

Как видно из представленного микропрепарата, проведенная обработка 10% раствором Бетадин и в последующем санация озонированным 0,9% физиологическим раствором при длительной экспозиции не привели к деструктивным воспалительным изменениям тканей печени.

Статистическая обработка данных была выполнена на компьютере с применением программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Проверка нормальности распределения выборки осуществлялась при помощи критериев Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Для количественных показателей были рассчитаны среднее значение (M) и стандартная ошибка (m). Сравнение количественных показателей в парных группах производилось при помощи U-критерия Манна-Уитни (для независимых групп) и T-критерия Вилкоксона (для зависимых групп). При парных сравнениях между независимыми группами по качественным показателям применялся критерий χ^2 , включая поправку Йетса и точный критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p > 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения цели исследования и решения поставленных задач нами были проанализированы результаты клиничко-лабораторных исследований у пациентов с эхинококковыми поражениями печени и органов брюшной полости, разделённых на контрольную группу ($n=139$) и основную группу ($n=143$). Пациенты основной группы были дополнительно разделены на три подгруппы. Первая подгруппа включала 59 пациентов с одиночными эхинококковыми кистами печени, во вторую подгруппу вошли 14 пациентов с множественными эхинококковыми поражениями печени, а третья подгруппа состояла из 70 пациентов с поражениями органов абдоминальной полости.

При исследовании было выявлено, что в основной группе 59 пациентов (41,3%) имели одиночную эхинококковую кисту. Наибольшее число поражений правой доли печени наблюдалось у 49 пациентов (34,3%), в то время как поражение левой доли было зафиксировано у 10 пациентов (7,0%). Множественный эхинококкоз выявлялся у 14 пациентов (9,8%), а поражение других органов брюшной полости встречалось у 70 пациентов (49,0%). Таким образом, результаты исследования позволили уточнить распределение эхинококковых поражений у обследованных пациентов в зависимости от локализации и характера патологического процесса.

В 1 группе пациентов с одиночной эхинококковой кистой в печени ($n=59$) наличие болей отмечено в 47 (79,7%) случаев. У 39 (66,1%) пациентов характер болевого синдрома был приступообразным.

Желтушность кожи и склер наблюдалась у 2 (3,4%) пациентов. В 17 (28,8%) случаях пациенты указывали на наличие аллергических реакций, неоднократное увеличение температуры тела. Выпячивание в правом подреберье было отмечено в 15 (10,5%) случаях. У 13 (9,1%) больных было обнаружено увеличение нижнего края печени. У 9 (6,3%) пациентов наличие свободной жидкости в абдоминальной полости. Во время проведения хирургического вмешательства, однокамерные кисты в правой доле печени диагностировано в 26 (18,2%) случаях. Трещинообразование обнаружены в 7 (4,9%) случаях. Гнойные внутри кистозные осложнения были диагностированы у 9 (6,3%) больных, в 5 (3,5%) случаях с признаками кальциноза фиброзной капсулы. У 23 (16,1%) больных основной группы отмечалось наличие болевого синдрома разной интенсивности, наличие локальных болей в области эпигастрия у 31 (21,7%) больного. У 14 (9,8%) пациентов был выявлен множественный эхинококкоз. По локализации в 11 (7,7%) случаях у больных отмечался эхинококковое поражение селезенки, в 14 (9,8%) поражение большого сальника, в 21 (14,7%) паразита в яичниках, у 9 (6,3%) брыжейка тонкой и толстой кишки. В 4 (5,7%) нагноение эхинококковых кист селезенки. Уровень гемоглобина в среднем составил $112,3 \pm 3,7$ г% ($p > 0,05$), лейкоциты $9,0 \pm 2,1$ ($p > 0,05$), СОЭ в пределах $14,7 \pm 3,2$ мм/ч ($p > 0,05$), эозинофилия у 41 (58,6%) пациента.

При рентгенологическом исследовании высокое стояние купола диафрагмы было обнаружено в 27 (18,8%) случаях. Деформация диафрагмальных контуров наблюдалась в 6 (4,2%) случаях. С использованием УЗИ диагноз был подтверждён у 98,0% пациентов с эхинококковыми поражениями. При этом у 49 человек (34,3%) были выявлены изменения, связанные с внутрпеченочной локализацией паразита. Проведённый анализ показал, что среди 143 пациентов основной группы у 21 пациента (14,6%) эхинококковые кисты находились на I стадии развития, у 75 пациентов (52,4%) наблюдалась II стадия, а у 47 пациентов (32,8%) была выявлена III стадия развития. КТ-исследование проводилось 77 больным с эхинококкозом органов абдоминальной полости. При использовании КТ исследования эхинококковое поражение печени и органов абдоминальной полости было выявлено у 96,7% пациентов, а в 97% случаев установлено сегментарное расположение паразита.

При хирургическом лечении из числа известных оперативных доступов применялись: верхнесрединный доступ, доступы по Федорову, по Черни, торакофрениколапаротомный и по типу «Мерседес». Закрытая эхинококкэктомия в основной группе больных была произведена в 11 (7,7%) случаях. Одномоментное удаление эхинококковой

кисты с проведением капитонажа было произведено в 7 случаях, а в 2 случаях при комбинированном хирургическом вмешательстве. У 2 больных отмечалось нагноение эхинококковой кисты, в 2 случаях наблюдалось обызвествление фиброзной оболочки. У 1 больного была установлена механическая желтуха, острый холангит. Полузакрытой эхинококкэктомии были подвергнуты 7 пациентов. В 3 случаях были выполнены комбинированные хирургические вмешательства. Эхинококкэктомия и полное удаление фиброзной капсулы были произведены у 2 пациентов. Удаление эхинококковой кисты с расширенным субтотальным иссечением фиброзной капсулы лентами было произведено 5 пациентам. Резекционные методы хирургического вмешательства были произведены 13 пациентам с эхинококковым поражением печени, при этом в 3-х случаях эхинококкоз был осложненным. У 2 пациентов с эхинококковыми кистами больших размеров, расположенных во II и III сегментах, была выполнена резекция левой доли печени. Множественный эхинококкоз печени среди больных основной группы наблюдался в 14 (9,8%) случаях, при этом первичная форма отмечалась у 11 больных, а в 3 случаях с рецидивом заболевания. В 5 случаях у пациентов с кистами огромных размеров операция выполнялась по открытому типу. В 5 случаях у пациентов с множественным эхинококкозом выполнялась атипичная резекция. Среди исследуемых больных множественное и сочетанное эхинококковое поражение органов абдоминальной полости наблюдалось у 15 (10,5%) пациентов. Среди этой группы больных спленэктомия была произведена в 2 (13,3%) случаях, резекция яичников была выполнена в 3 (20,0%) случаях, в 3 (20,0%) случаях была произведена резекция брыжейки толстой кишки, в 7 (46,7%) резекция большого сальника.

Технические особенности лапароскопической эхинококкэктомии. Лапароскопические эхинококкэктомии у 60 (42%) больных проводились под общей анестезией. При пунктировании паразитарной кисты с помощью толстой иглы производили эвакуацию содержимого, а для предупреждения попадания проникаемой мимо пункционной иглы к месту пункции подвели второй отсос. Полость обрабатывали 0,9% озонированным раствором и обрабатывали 10% раствором Бетадин. В 10 случаях было выявлено наличие желчных свищей, которые в 6 случаях ушивали атравматическим материалом (рис.2,3), а в 4 случаях производилась диатермокоагуляция. После этого в область желчных сообщений наносилось по одной пластинке «Тахокомб» размером 2,5 x 3,0 см. Общее количество пластинок соответствовало количеству желчных путей.

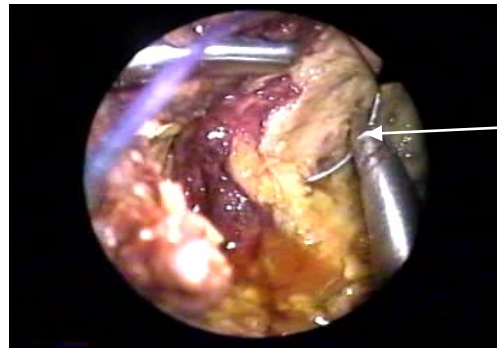
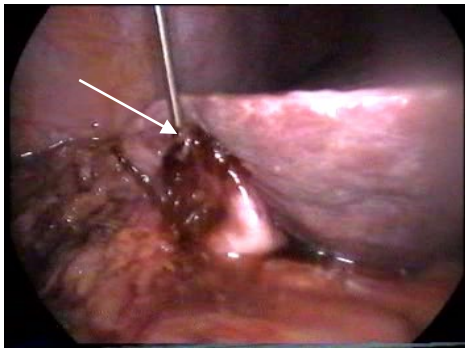


Рисунок 2,3. Пункцирование кисты VII сегмента через пластину Тахокомб и устранение желчного свища, образовавшегося в остаточной полости

У 5 (3,5%) больных с большими кистами при ликвидации остаточной полости производилась её тампонада с использованием пряди большого сальника (табл.3). Лапароскопическая резекция большого сальника выполнена у 14 (9,8%) больных, из брыжеек кишок - у 6 (4,2%), цистоварэктомия - у 16 (11,2%) пациентов.

Таблица 3. Видеолапароскопические методы эхинококкэктомии у пациентов основной группы

Метод операции	Число пациентов	%	осложнение
Видеолапароскопическая эхинококкэктомия + оментопластика остаточной полости	5	3,5	-
Видеолапароскопическая эхинококкэктомия печени и дренирование брюшной полости	4	2,8	-
Видеолапароскопическая эхинококкэктомия + ушивание желчного свища + наружное дренирование остаточной полости	3	2,1	-
Видеолапароскопическая эхинококкэктомия + диатермокоагуляция желчного свища + наружное дренирование остаточной полости	4	2,8	-
Видеолапароскопическая эхинококкэктомия + ушивание остаточной полости	8	5,6	-
Лапароскопическая резекция большого сальника	14	9,8	-
Лапароскопическая эхинококкэктомия из брыжеек кишок	6	4,2	-
Лапароскопическая цистоварэктомия	16	11,2	-
Всего	60	42,0	-

Эхоконтролируемое пункционное дренирование. Пункционному лечению подвергнуты 14 пациентов, с однокамерной эхинококковой кистой печени 6 пациентов, 3 пациента с эхинококкозом брыжейки кишок и 5 пациентам с эхинококковой кистой яичников.

Для четкой визуализации дренажа был разработан метод мануальной инициации его низкоамплитудных колебаний, которые визуализировались при использовании режима ЭДК (рис.5). В основной группе пункционно-дренирующие вмешательства применялись у 20 пациентов (14,0%). С учетом наиболее оптимальной траектории хода иглы трансабдоминальная пункция была проведена у 14 больных. Транспеченочное введение иглы применялось у 6 пациентов с эхинококкозом печени. В 7 случаях при плотной стенке эхинококковой кисты печени и других локализациях эхинококковых кист отмечено отсутствие спадания стенок кист что послужило каркасом и прибегнут к длительному дренированию (рис.4,5).

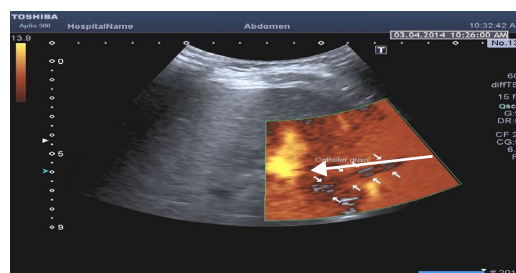


Рисунок 4,5. УЗ в режиме ЭДК из изображение дренажа, проводимого в полость кисты печени

У 5 пациентов из 14 не удалось увидеть дренаж в полости кисты, которые страдали от эхинококковых кист большого сальника и брыжейки толстой кишки. В 9 случаях удалось успешно визуализировать дренаж в продольном сечении при использовании режима. Особое место было уделено изучению ферритина в динамике у 39 пациентов (табл.4).

Таблица 4. – Динамика изучения показателя ферритина при различных локализациях эхинококкоза у пациентов основной группы (n-39)

Характер поражения	Дни исследования				
	До операции	6 сутки	12 сутки	При выписке	p
Эхинококкоз печени	470,3±7,1	459,1±3,7	437,3±2,1	401,7±1,4	>0,05
Множественный эхинококкоз печени	511,9±9,1	493,2±7,3	489,1±1,9	451,5±1,1	>0,05
Эхинококкоз селезенки	433,5±8,3	383,5±3,8	375,6±1,1	361,2±1,0	>0,05
Сочетанный эхинококкоз органов абдоминальной полости	423,3±14,5	407,3±6,3	393,1±0,9	389,5±0,7	>0,05

Примечание: p>0,5; p>0,05-статистическая значимость различия показателей по сравнению с контрольной группой (по U-критерию Манна-Уитни)

Такая динамика увеличения ферритина в исследуемой венозной крови свидетельствовал об хроническом процессе в тканях печени, в тканях селезенки который также связано с разрушением эритроцитов и низкими цифрами красной крови на фоне эхинококкоза печени.

Фармакологическая послеоперационная профилактика рецидива эхинококкоза печени и органов абдоминальной полости. Терапия включала прием билтрицида в дозе 600 мг/сутки один раз, секнидокс 1 г x 1раз, эссенциале в дозе 250 мг четыре раза в день, метилурацила в дозе 0,5 г четыре раза в день до 60 дней с перерывом между ними в 10 дней. У 73 пациентов, изучили отдаленные результаты лечения. Контрольные УЗ и рентгенологические исследования проводились нами в период от 6 месяцев до 4 лет. **Оценка непосредственных результатов оперативного лечения.** В рамках исследования были оценены результаты хирургического вмешательства у пациентов с эхинококкозом, при этом исследование охватило период от 6 до 36 месяцев (рисунок 6).



Рисунок 6. Результаты хирургических вмешательств

Результаты лапароскопической эхинококкэктомии оценивались у 11 пациентов, а также у 6 пациентов после проведения пункции кист. Хорошие результаты лечения были зафиксированы у 16 (11,1%) больных из основной группы. В контрольной группе, где проводились открытые операции, хорошие результаты были отмечены в 11 (7,9%) случаях. Также у 2 пациентов результаты

были оценены как удовлетворительные, а у одного — как неудовлетворительные из-за послеоперационного кровотечения из раны печени. В рамках той же главной группы 4 пациентам была выполнена закрытая эхинококкэктомия и 23 — лапароскопическая, что привело к хорошим отдалённым результатам. В контрольной группе из 14 обследованных, удовлетворительные исходы зафиксированы у двоих.

При перицистэктомии у 1 из 7 пациентов основной группы возникло послеоперационное кровотечение, потребовавшее релапаротомии, а в контрольной группе из 8 пациентов аналогичное осложнение было также отмечено в 1 случае. При проведении резекций печени из 13 пациентов основной группы у 1 пациента послеоперационное желчеистечение, летальный исход от печеночной недостаточности и из 12 контрольной группы у 3 послеоперационное желчеистечение, из них 1 ликвидировано консервативно, у 2-х повторное вмешательство. При множественном эхинококкозе печени послеоперационные осложнения в группе контрольной возникли у 3 закончившийся летальным исходом. В целом в основной группе хорошие результаты - у 124(86,7%), удовлетворительные - у 14 (9,7%), неудовлетворительные - у 5 (3,4%) больных. Летальность в основной исследуемой группы в послеоперационном периоде зафиксировано у 2 пациентов. В контрольной группе хорошие непосредственные результаты отмечены у 103(74,1%), удовлетворительные результаты у 24(17,1%) и неудовлетворительные результаты отмечены у 12 (8,6%) больных. Летальность в контрольной группе у 4 пациентов.

В результате анализа клинических данных был сформирован новый алгоритм для диагностики и определения методов хирургического вмешательства при эхинококкозе (рисунок 7).

Этот алгоритм предусматривает индивидуальный подход к каждому случаю, что значительно повышает эффективность выбора методов лечения и помогает уменьшить количество нецелесообразных лапаротомий.

При выборе подхода к хирургическому лечению эхинококкоза печени и внутрибрюшных органов необходимо учитывать ряд ключевых факторов.

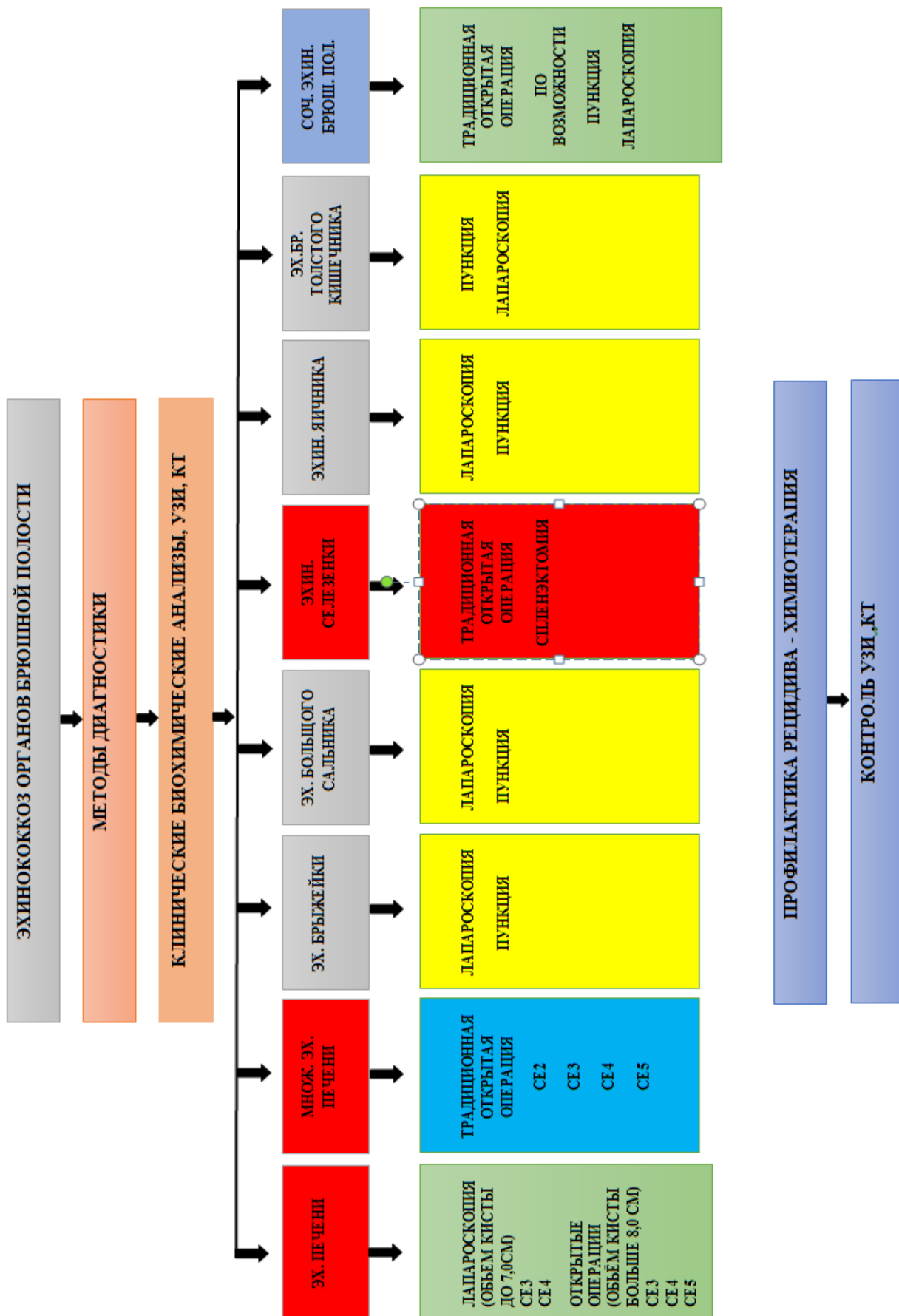


Рисунок 7. Алгоритм диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени и органов абдоминальной полости

Основными критериями являются: характеристики кисты, состояние её фиброзной капсулы, доступность медицинского оборудования, особенности конкретного хирургического случая, а также профессионализм и опыт хирурга. Эти аспекты совместно определяют стратегию оперативного вмешательства, обеспечивая оптимальные условия для успешного лечения и минимизацию рисков для пациента. Результаты хирургического лечения при эхинококкозе могут быть значительно улучшены при своевременной диагностике и использовании современных технологий, таких как миниинвазивные и лапароскопические методы.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее оптимальным и малотравматичным вариантом эхинококкэктомии является лапароскопическая эхинококкэктомия, она должна быть строго по показаниям и дифференцирована в зависимости от месторасположения и непосредственной характеристики кисты. Уз-пункционный метод лечения эхинококковой кисты должна проводиться под строгими показаниями и зависит от характеристики кисты, уровня технической оснащённости и категории специалиста [1-А, 3-А, 6-А, 9-А, 10-А, 12-А].
2. Химиотерапия эхинококкоза органов брюшной полости является основным компонентом противорецидивной терапии и показано при всех кистах, независимо от размеров, расположений, характеристик и должна проводиться до и после операции в комплексе с гепатопротекторами [1-А, 2-А, 3-А, 4-А, 11-А].
3. Разработанный алгоритм диагностики и методов хирургического лечения эхинококкоза печени и органов брюшной полости позволит индивидуализировать хирургическую тактику, снижению числа напрасных лапаротомий и активно применять современные технологии в лечении эхинококкоза [1-А, 4-А, 5-А].
4. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения эхинококкоза печени и органов брюшной полости зависит от характеристики кисты и правильного и дифференцированного выбора метода хирургического вмешательства, полноценной интраоперационной дезэпителизации стенок кисты усовершенствованными сколексоцидами контактного действия в целом [3-А, 5-А, 6-А, 7-А, 8-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Ультразвуковое исследование и компьютерная томография в силу эффективности, неинвазивности, информативности, скорости следует применять у всех пациентов с эхинококкозом органов брюшной полости для принятия решения тактики оперативного вмешательства и при этом строго должны учитываться параметры кисты.
2. Лапароскопическая эхинококкэктомия должна применяться у больных с одиночными неосложненными эхинококковыми кистами.
3. Уз-пункция эхинококковых кист органов брюшной полости должен быть строго дифференцирован, при этом необходимо строго учесть место анатомического расположения, непосредственных характеристик кист, владения техники со стороны специалиста и соответствующего оборудования.
4. Комплексная до и послеоперационная химиотерапия эхинококкоза органов брюшной полости должен применяться у всех пациентов не зависимо от характеристик кисты.
5. От интраоперационной антипаразитарной обработки полости эхинококковой кисты в дальнейшем зависит число рецидивов, основным условием является полноценная деэпителизация стенок фиброзной капсулы и озонированным 0,9% физиологическим раствором и 10% раствором Бетадин.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

Статьи в рецензируемых журналах:

[1-А]. Ризоев В.С. Роль современных технологий в диагностике и хирургическом лечении эхинококкоза печени/В.С. Ризоев, Ш.К. Назаров [Текст] //Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. -Душанбе. -2016.-№2.-С.3-9.

[2-А]. Ризоев В.С. Видеолапароскопическая технология в лечении эхинококкоза печени [Текст] / В.С. Ризоев, Ш.К. Назаров // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. -Душанбе. -2016. -№4.-С.138-144.

[3-А]. Ризоев В.С. Оптимизация хирургического лечения и профилактика послеоперационных осложнений при эхинококкозе печени

[Текст] / В.С. Ризоев, Дж. А. Абдуллоев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения Таджикистана. - Душанбе. -2017. -№2.-С.5-9.

[4-А]. Ризоев В.С. Малоинвазивные оперативные вмешательства при эхинококкозе печени [Текст] / В.С. Ризоев, З.А. Азиззода // Вестник Авиценны. -Душанбе.-2019.-Т.21.-№1.-С.116-120.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

[5-А]. Ризоев В.С. Ма оми технологияи муосир дар раванди ташхис ва табобати ғарройии эхинококкози ғигар [Матн] / В.С. Ризоев, Ш.К. Назаров // Авғи Зӯйал – 2015 - С.8-11.

[6-А]. Ризоев В.С. Роль современных технологий в диагностике и хирургическом лечении Эхинококкоза печени [Текст] / В.С. Ризоев, Ш.К. Назаров // Вклад медицинской науки в оздоровление семьи – Душанбе- 2015 - С.50-51.

[7-А]. Ризоев В.С. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени [Текст] /В.С. Ризоев, Ш.К. Назаров // Ҷарроҳӣҳои бетаъхир.-Душанбе.-2016.-№1.-С.92-97.

[8-А]. Ризоев В.С. Лапароскопическое лечение кист печени [Текст] / В.С. Ризоев, М. Хамрокулов / XI- Научно-практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им.Абуали ибни Сино с международным участием посвященная 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан. «Медицинская наука: Достижения и перспективы». Сборник материалов конференции.29 апреля. -Душанбе.-2016.-С.217-218.

[9-А]. Ризоев В.С. Пункционные способы лечения нагноившихся эхинококковых кист печени [Текст] / В.С.Ризоев, М. Хамрокулов / XI- Научно-практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвящённая 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан. «Медицинская наука: Достижения и перспективы». Сборник материалов конференции.29 апреля. -Душанбе. -2016.-С.218.

[10-А]. Ризоев В.С.Миниинвазивные вмешательства в лечении больных с эхинококкозом печени [Текст] / В.С. Ризоев, Х.Ш. Назаров / Проблемы инфекционной патологии. Материали международного симпозиума. 27 мая-Душанбе.-2022.-С.20-21.

[11-А]. Ризоев В.С. Потоморфологическая диагностика и профилактика интраоперационной диссеминации зародышевых элемен-

тов эхинококкоза [Текст] / В.С. Ризоев Х.Ю.Шарипов / Проблемы инфекционной патологии. Материали международного симпозиума. 27 мая-Душанбе.-2022.-С.35.

[12-А]. Ризоев В.С. Лапароскопия в лечении больных эхинококкозом печени [Текст] /В.С. Ризоев, Х.У.Шоймуродов / Проблемы инфекционной патологии. Материали международного симпозиума. 27 мая-Душанбе.-2022.-С.35-36.

Рационализаторские предложения

1.Рацпредложение №3466/R681 «Способ лабораторного мониторинга развития гнойно-септических послеоперационных осложнений после эхинококкэктомии». Выдан ТГМУ им. Абуали ибни Сино12.06.2015.

2.Рацпредложение №3465/R680 «Применение 10%-раствора Бетадин в обеззараживании полости эхинококковых кист печени». Выдан ТГМУ им. Абуали ибни Сино12.06.2015.

3.Рацпредложение №3464/R679 «Способ применение 10%-раствора Бетадин в обеззараживании полости эхинококковых кист печени». Выдан ТГМУ им. Абуали ибни Сино12.06.2015.

4.Рацпредложение №3676/R727 «Способ дезпителлизации фиброзной капсулы эхинококкоза печени». Выдан ТГМУ им. Абуали ибни Сино 16.12 2019.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АлАТ	Аланинаминотрансфераза
АсАТ	Аспартатаминотрансфераза
ГЦСМП	городской центр скорой медицинской помощи
КТ	компьютерная томография
МРТ	магнитно-резонансная томография
МРХПРГ	магнитно-резонансная холангиопанкреатография
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
СРБ	С-реактивный белок
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЭКП	эхинококковая киста печени
ЭП	Эхинококкоз печени
ФГБУ ВО	Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН
БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

ВДБ: 616.381-089-07

Ба ҳуқуқи дастнавис

**РИЗОЕВ
ВАТАНШО САЙФОВИЧ**

**ОПТИМИЗАТСИЯИ УСУЛҶОИ ТАШҲИС ВА МУОЛИҶАИ
ЭХИНОКОККОЗИ УЗВҶОИ КОВОКИИ ШИКАМ**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссетатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмӣи тиббҷ
аз рӯйи ихтисоси 14.01.17 – Ҷарроҳӣ

Душанбе 2024

Диссертатсия дар кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М., МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» анҷом дода шудааст

Роҳбари илмӣ: Назаров Шохин Қувватович - д.и.т., профессор, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М., МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муқарризони расмӣ: Муҳиддин Нуриддин Давлаталӣ - д.и.т., профессор, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳӣ ва эндоҷарроҳии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустӣ»-и Ҷумҳурии Тоҷикистон

одиров Фарӣод Давронғонович - д.и.т., корманди калони илмии МД «Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерология»-и ВТ ва ҶИА ҒТ

Муассисаи пешбар: МФДБТТО «Академияи давлатии тиббии Ижевск» Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

Ҳимояи рисола рӯзи «_____» _____ соли 2024 соати «_____» дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.КOA-040 дар назди МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” баргузор мегардад. Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш.Душанбе, к. Сино 29-31.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” ва дар сомонаи расмии www.tajmedun.tj шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ соли 2024 ирсол шуд

Котиби илмии шурои диссертатсионӣ
н.и.т., дотсент

Али-Заде С.Г.

МУҚАДДИМА

Мубрамияти мавзӯи таҳқиқот. Эхинококкоз мушкilotи ҷиддиест, ки бо иқтисодиёт ва тандурустӣ ҳам дар Тоҷикистон ва ҳам дар кишварҳои Иттиҳоди Давлатҳои Мустақил (ИДМ) алоқамандӣ дорад [Қурбонов К.М. ва ҳаммуал., 2015; Азиззода З.А. ва ҳаммуал., 2019; Гулов М.Қ. ва ҳаммуал., 2021]. Басомади эхинококкози узвҳои ковокии шикам дар ҳудуди аз 5,9 то 30% тағйир меёбад. Зимнан, ташҳису муолиҷа дар робита бо ҷараёни дуру дароз ва авҷгирандаи беморӣ аз мураккабиҳо иборат мебошад. Ба дастовардҳои назарраси бо татбиқи усулҳои ғайриолоишии абзории таҳқиқ дар ташҳиси беморони гирифта ба эхинококкози узвҳои ковокии шикам нигоҳ накарда, усули таҳқиқи ултрасадо, ки нисбатан дастрас махсуб меёбад, онро ба ҳадди кофӣ махсус ҳисобидан мумкин нест.

Мутахассисон мубрамияти муҳимми ҷанбаи муосири муолиҷаи ҷарроҳии эхинококкози узвҳои ковокии шикамро ба назар гирифта, нисбат ба он рағбат зоҳир намуданро идома медиҳанд. Ба иллатнокшавии ҷигар, ки эхинококкоз онро дар қиёс ба узвҳои дигар бештар иллатнок мекунад, тавачҷуҳи махсус дода мешавад [Ветшев П.С. ва ҳаммуал., 2015; Давлатов Ҷ. Ё. ва ҳаммуал., 2018; Азиззода З.А. ва ҳаммуал., 2020]. Зуд инкишоф ёфтани технологияи тиббӣ, бар шумули ҷарроҳии лапараскопӣ дар муолиҷаи номияҳои киставии ковокии абдоминалӣ дурнамои навро боз мекунад. Зимни таҳқиқоти ба наздикӣ анҷомёфта дар адабиёти тиббӣ ба эхинококкэктомияи видеолапароскопӣ тавачҷуҳ зоҳир мегардад. Ҷарроҳии видеоэндоскопӣ дар муолиҷаи эхинококкозии узвҳои ковокии шикам ҳамеша талаботи муолиҷаи зиддипаразитарию қонсӯ намесозад ва натиҷаҳои он дар як қатор ҳолатҳо бо сабаби басомади баланди ориза ва такрорёбиҳо боиси норозигии ҳам ҷарроҳон ва ҳам беморон мегардад. Аммо истифодаи технологияи лапароскопӣ дар муолиҷаи кистаҳои паразитарӣ бо якҷанд монеае аз қабилӣ маҳдудияти имконияти истифода, хатари баланди паҳншавии сирояти паразитарӣ ба ковокии абдоминалӣ, мавҷуд набудани ақидаи ягона нисбат ба нишондод ва усулҳои истифода ҳангоми иҷрои эхинококкэктомияи видеолапароскопӣ рӯ ба рӯ мешавад. Андозаи калони кистаҳои эхинококкӣ (>10 см), инчунин шаклҳои такроршаванда ва оризаёфтаи онҳо ба яке аз зиддинишондодҳои истифодаи амалиёти лапараскопӣ тааллуқ доранд [Ахмедов С.М. ва ҳаммуал. 2014; Мигзамов Ф.О. ва ҳаммуал. 2023]. Амалинамоии амалиётҳои пунксионӣ, ки таҳти назорати ТУС иҷро мешаванд, тибқи маълумоти аксари муаллифон дар ҳолатҳои ошкор гардидани калсинози девораҳои киста, ҳангоми мавҷудияти кистаҳои бешумори фаръӣ, ҳангоми ғавти эхинококк ва дар ҳолати раҳна шудани киста дар маҷрои талҳои ҳамшафат ҷойгиршуда, инчунин дар ковокиҳои

ҳамшафат зиддинишондод маҳсуб меёбад [Чжао А.В. ва ҳаммуал. 2016]. Алҳол дар адабиёт дар бораи истифодаи технологияи лапараскопӣ ҳангоми муолиҷаи ҷарроҳии беморони гирифтӣ ба эхинококози чигар ва узвҳои ковокии абдоминалӣ ҳар чӣ бештар маълумот оварда мешавад [Кахаров М.А. ва ҳаммуал.2006;Стяжкина С.Н. ва ҳаммуал. 2024]. Ҳангоми амалиномаи амалиёти эндовидеочарроҳӣ пневмоперитонеум ба қор бурда мешавад, ки бо ворид кардани гази ангидриди карбон ба ковокии шикам сохта мешавад. Зимнан бофтаҳои газро мечаббанд, он хосияти аллергӣ надорад ва ҳангоми электрокоагулятсия сабаби оташ гирифтӣ намешавад [Четвериков А.В. ва ҳаммуал,2014]. Ҳамзамон муаллифони дигар дар ин маврид ба таври ошқоро қоиш ёфтани сатҳи маҷрои хун (ба зиёда аз 10 мм сут. сим)-ро дар рағҳои узвҳои ковокии абдоминалӣ ишорат мекунанд. Дар иртибот ба нуқтаи мазкур муаллифон барои пешгирии ба амал омадани ихтилолотӣ микрорағӣ ва қоиш ёфтани ҳатари инкишофи ацидозӣ бофтаҳои ҳангоми фишори дохилиабдоминалӣ камтар аз 10 мм сут. сим. Будан, иҷрои амалиёти эндовидеочарроҳиро тавсия медиҳанд. Дар ҳолати фишори баланди дохиликиставӣ, инчунин ҳангоми гафсии начандон зиёдаи девораи киста, дар натиҷаи сохтани карбоксиперитонеуми шиддатнок ҳатари тарқиши индуташишудаи ҳосилаи эхинококкӣ меафзояд. Бо сабаби мазкур баъзе мутахассисон пеш аз амалиномаи пунксияи киста то 5 мм сут. сим. паст кардани фишори дохилиабдоминалиро пешниҳод менамоянд, ки боиси қоиш ёфтани фишор дар дохили кистаи паразитарӣ мегардад ва ба ҳамин восита ҳатари шоридани муҳтавои киста низ қоиш меёбад [Махмадов Ф.И. ва ҳаммуал.2011].

Дарачаи қорқарди илмӣ проблемаҳои омӯхташаванда. Тӯли бист соли охир усулҳои ҷарроҳии инноватсионӣ ба монанди видеолапараскопия ва техникаи пунксионӣ пайдо шудаанд, ки бо усулҳои анъанавӣ амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми эхинококкози чигар рақобатпазиранд [Азиззода З.А. ва ҳаммуал. 2021; Гулов М.Қ., ва ҳаммуал. 2021]. Аммо дар ҳолати мавҷудияти кистаҳои қалони эхинококкӣ чигар (бо қутри зиёда аз 10 см), инчунин ҳангоми такроршавӣ ва оризаҳои кистаҳои эхинококкӣ (ба монанди римқунӣ, петрификатсия, рахнашавӣ маҷрои талха ва ковокии шикам) амалиномаи амалиёти лапараскопӣ зиддинишондод аст [Махмадов Ф.И. ва ҳаммуал. 2010; Даминова Н.М. ва ҳаммуал. 2010; Ҷабборов А.И. ва ҳаммуал. 2015]. Ҳангоми мавҷудияти қалсиноз дар девораҳои киста, кистаҳои эхинококкӣ бо ҳубобчаҳои хурди бешумор, дар ҳолати фаъли кистаи асосӣ ё дар ҳолати рахна шудани киста ба маҷрои талха, инчунин ба ковокии шикам ва шикампарда, таҳти мониторинги ултрасадо амалиномаи дастамали пунксионӣ-дренажӣ тавсия намешавад [Назаров Ш.К. ва ҳаммуал.

2016; Амонов Ш.Ш. ва ҳаммуал. 2019; Гулов М.Қ. ва ҳаммуал. 2021]. Қайд кардан зарур аст, ки маълумотҳо дар бораи натиҷаҳои дури беморони гирифтор ба эхинококкози чигар ва узвҳои ковокии абдоминалӣ пас аз эхинококкэктомияи эндоскопии иҷрошуда [Yusuf Y et al. 2018], инчунин оид ба басомади инкишофи такрорӣ беморӣ ба ҳамдигар зиданд. Як зумра муаллифон аз ҳодисаҳои алоҳидаи инкишоф ёфтани такрорёбии эхинококкоз дарак медиҳанд, ки эҳтимол бо сабаби интиҳоби қатъии беморон барои амалиномаи эхинококкэктомияи лапароскопӣ асоснок шудааст. Дар натиҷаи омӯзиши маълумотҳои адабиёти ҷаҳонӣ муайян гардид, ки ҳангоми буридани киста аз чигар ва узвҳои ковокии абдоминалӣ аз хусуси истифодаи амалиёти эндовидеочарроҳӣ бисёре аз масоили баҳсталаб ва ҳалли худро наёфта боқӣ мондааст. Ҳалли мушкилоти мазкур барои ниҳоят беҳтар шудани натиҷаҳои муолиҷаи беморони мубтало ба патологияи мазкур мусоидат мекунад. Ҳангоми муолиҷаи ғайричарроҳии беморони мубтало ба кистаҳои эхинококкӣ чунин воситаҳои зиддипаразитарие ба монанди мебендазол ва ҳаммонандҳои он, ки ҳам дар варианти мустақилона ва ҳам ҳангоми муолиҷаи маҷмӯӣ то ва пас аз иҷрои амалёти чарроҳӣ ба кор бурда мешавад.

Ҳамин тавр, бо истифода аз технологияи камлоиш рӯ ба беҳбудӣ овардани усулҳои ташҳис ва муолиҷаи чарроҳии эхинококкози узвҳои ковокии шикам мубрам ва саривақтӣ ба ҳисоб рафта, барои татбиқи ин пажӯҳиш асос ба шумор меравад.

Алоқамандии таҳқиқот бо барномаҳои (лоиҳаҳои), мавзӯҳои илмӣ.

Кори диссертатсионӣ дар доираи амалиномаи якҷояи КИТ-и кафедраи бемориҳои чарроҳии рақами 1 ба номи академик Қурбонов К.М. МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” таҳти номи “Ташҳис ва муолиҷаи чарроҳии оризаҳои эхинококкоз” ҚД:№0116ТJ00592 солҳои 2016-2021 ба амал оварда шуд.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: беҳбудии натиҷаҳои муолиҷаи беморони мубтало ба эхинококкози узвҳои ковокии шикам бо роҳи истифодаи усулҳои анъанавӣ ва технологияи миниолоишӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Мукамал намудани усулҳои эхинококкэктомия аз узвҳои ковокии шикам ва усулҳои пешгирии пошхӯрии дохиличарроҳии унсурҳои чанинии паразитҳо ҳангоми истифодаи технологияи миниолоишӣ.

2. Мукамал кардани усулҳои кимиёдармонии эхинококкози узвҳои ковокии шикам.

3. Таҳияи алгоритми ташҳис ва шеваи муолиҷаи оқилонаи беморони гирифтор ба эхинококкози узвҳои ковокии шикам бо роҳи истифодаи технологияи муосир.

4. Ба натиҷаҳои ғайримустақими истифодаи усулҳои таҳияшудаи ташҳис ва муолиҷаи эхинококкози узвҳои ковокии шикам бо истифода аз технологияи муосир баҳои клиникӣ додан.

Объекти таҳқиқот: Таҳқиқоти клиникӣ дар байни 282 бемори мубтало ба эхинококкози узвҳои ковокии шикам ба амал оварда шуд, ки тайи солҳои 2005-2022 дар шӯъбаҳои ҷарроҳии ҷигар ва ғадуди зерӣ меъдаи Беморхонаи клиникӣ шаҳрии ёрии тиббии таъҷилӣ дар ш. Душанбе муолиҷа гирифтаанд, ки пойгоҳи клиникӣ кафедраи бемории ҷарроҳии рақами 1-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” ба ҳисоб мераванд. Тамоми беморон ба ду гурӯҳи клиникӣ ҷудо карда шуданд: санҷишӣ ва асосӣ.

Мавзуи таҳқиқот. Омӯзиши нишонаҳои клиникӣ кистаҳои эхинококкӣ ҳангоми таҳқиқи УС, таҳқиқи ТК барои таҳияи нишондод ва интиҳоби усулҳои муолиҷаи ҷарроҳии беморони гирифтӣ ба эхинококкози узвҳои ковокии шикам предмети таҳқиқ ба шумор мерафт. Зимнан предмети таҳқиқ ба шиносномаи ихтисоси 14.01.17-Ҷарроҳӣ мувофиқат менамояд.

Навгонии илмӣ Семиотикаи томографияи компютерӣ ва усулҳои ултрасадоии эхинококкози узвҳои ковокии шикам омӯхта ва тақдир дода шуд. Нишондодҳо барои истифодаи эхинококкэктомияи лапараскопӣ дар мавриди беморони мубтало ба эхинококкози узвҳои ковокии шикам таҳия карда шуданд. Нишондодҳо барои истифодаи усулҳои пунксионӣ муолиҷа зимни бемороне таҳия карда шуданд, ки аз эхинококкози узвҳои ковокии абдоминалӣ ранҷ мекашиданд. Ба мақсади деэпителлизатсияи девораи ғилофаки фиброзӣ ва бесироятгардонии унсурҳои кистаҳои эхинококкӣ ҷигар ва узвҳои ковокии шикам маҳлули 10 %-и Бетадин ва маҳлули 0,9 %-и физиологияи озонишуда ба кор бурда шуданд (**тақлифоти ратсионалии №3676/R727 аз 16.12 соли 2019, ки ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино барои “Усулҳои деэпителлизатсияи ғилофаки фибрози эхинококкози ҷигар” додааст**). Алгоритми ташҳис ва усулҳои муолиҷаи ҷарроҳии эхинококкози узвҳои ковокии абдоминалӣ таҳия карда шуд. Усулҳои кимиёдармонӣ то ва пасазҷарроҳӣ ҳангоми эхинококкози узвҳои ковокии шикам мукамал карда шуданд. Бори аввал барои муайян кардани ихтилолоти функцияи ҷигар ва узвҳои дигар ҳангоми эхинококкози ҷигар, узвҳои ковокии шикам нишондиҳандаи ферритин таҳқиқ карда шуд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот. Алгоритми таҳияшудаи ташҳис ва усулҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ интиҳоби мувофиқ ва инфиродии усулҳои муолиҷаи ҷарроҳиро имконпазир мегардонад. Семиотикаи ошкорнамудаи томографияи компютерӣ ва усулҳои ултрасадоии таҳқиқот дар интиҳоби усулҳои ғайриҷарроҳӣ ва амалиёти ҷарроҳӣ бо истифода аз эндовидеочарроҳӣ шароит муҳаё месозад.

Эхинококкэктомияи лапароскопӣ кӯтоҳ намудани муҳлати будубошӣ беморро дар статсионар, теъдоди оризаҳоро баъди ҷарроҳӣ аз ҷониби ҷарроҳати пасазҷарроҳии девораи шикам имконпазир менамояд. Усулҳои пунксионӣ (обияткашӣ)-и муолиҷаи эхинококкози узвҳои ковокии шикам барои ба ҳадди минимум расонидани осебгирӣ шароит фароҳам сохта, дар муҳлати кам муолиҷа намудани беморони гирифтор ба эхинококкози узвҳои ковокии шикамро имконпазир менамояд, зимнан имконот ва нишондодҳои маҳдуд дорад. Такмил додани кимиёдармонии то ва пасазҷарроҳӣ канора мондан аз адади лапаратомияҳои беҳуда ва теъдоди оризаҳоро имконпазир гардонид.

Нуқтаҳои асосие, ки барои ҳимоя пешниҳод шудааст:

1. Эхинококкэктомияи лапароскопӣ ҳангоми ҷарроҳии эхинококкози узвҳои ковокии шикам дар ҳолати мавҷуд будан ё набудани ориза, дар алоқамандӣ бо маҷрои талхагузар ва таснифоти дахлдори мутахассис, таҷҳизоти мукаммал усули муолиҷаи самаранокиаш баланд ба шумор меравад.

2. Истифодаи амалиёти пунксионӣ тавассути пӯстии навигатсионӣ ҳангоми эхинококкози узвҳои ковокии шикам бояд қатъиян тафриқашуда ва ҳатман қиматҳову тавсифи киста ба назар гирифта шавад.

3. Кимиёдармонии комплекси то ва пасазҷарроҳӣ новобаста ба хусусиятҳои киста бояд дар мавриди тамоми беморони мубтало ба эхинококкози узвҳои ковокии шикам ба қор бурда шавад.

Дарачаи саҳеҳияти натиҷаҳо. Саҳеҳияти натиҷаҳои таҳқиқро усулҳои клиникӣ ва абзорӣ муосир тасдиқ менамояд, ки дар амалия ба таври васеъ истифода мешавад. Тамоми натиҷаҳои ҳосилшуда ва ҳулосаҳо ба асоси принципҳои тиббӣ исботшуда тасдиқи ҳудро ёфтаанд. Бозбинии омӯрӣ саҳеҳияти натиҷаҳои ҳосилшударо тасдиқ менамоянд.

Мувофиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Мақсад ва вазифаи гузошташудаи таҳқиқот, дар рафти қорҳо истифодаи усулҳои клиникӣ-абзорӣ ташхис, усулҳо ва технологияи амалиёти ҷарроҳӣ ба шиносномаи тасдиқшуда аз ҷониби Комиссияи олии атестатсионӣ дар назди Президенти Ҷумҳури Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.17-Ҷарроҳӣ мувофиқат мекунад. Боби III, банди 1: этиология, патогенез, клиника, ташхис, табобати ғарроӣ, пешгирии беморӣҳои модарзодии узвҳои ковокии шикам (роӣҳои меъдаю рӯда, ғигар ва роӣҳои талхагузар, адуди зери меъда) ва афаси сина (шуш, сурхруда, плевра, миёндевор, диафрагма). 8. Тайёрии пеш аз ғарроӣ ва пешбурди давраи баъди ғарроӣ.

Саҳми хусусии муаллиф дар амалиномаи таҳқиқ. Тамоми маводе, ки дар диссертатсия оварда шудааст, шахсан аз ҷониби муаллиф ҳосил ва қорқард шудааст. Муаллиф шахсан дар ташхис ва муолиҷаи

беморони соҳавӣ иштирок карда, мустақилона амалиёти ҷаррохию иҷро намуда, дар ҷарроҳӣ ба сифати ассистент иштирок намудааст. Аз ҷониби муаллиф алгоритми муолиҷавӣ-ташҳисии беморони мубтало ба эхинококкози узвҳои ковокии шикам бо дарназардошти имкониятҳои амалиёти пунксионии тавассути пӯстӣ, ки бо усулҳои камлоиши рентгенконтрастӣ пурра шудааст, таҳия гардидааст. Натиҷаҳои таҳқиқот дар шакли мақолаҳо навишта шудаанд.

Муҳокимаи пешакӣ ва ахборот аз хусуси истифодаи натиҷаҳои он. Матобии асосии диссертатсия дар Конференсияҳои XI илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, ки ба 25-солагии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон бахшида шудааст, «Илми тиб: Дастовардҳо ва дурнамо». Маҷмуи маводҳои конференсия, 29 апрел. -Душанбе. -2016, дар Конференсияи XII илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, ки ба «Соли ҷавонон»: «Нақши ҷавонон дар рушди илми тиб» бахшида шудааст. Маҷмуи маводҳо, 28 апрел. -Душанбе. -2017, дар ҷаласаи якҷояи комиссияи экспертӣ-проблемавӣ оид ба фанҳои ҷарроҳии назди МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” аз 19.06 соли 2024, суратҷаласаи № 20 пешниҳод ва муҳокима шудааст.

Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Аз рӯи маводҳои рисола 12 асари ҷопӣ, аз ҷумла 4 мақола дар маҷаллаҳои тавассути КОА-и ФР ва ҶТ нақду баррасӣ мегарданд, рӯи ҷопро дидаанд. Ҷор шаҳодатнома аз тақлифоти ратсионализаторӣ ба даст омадааст.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 171 саҳифаи матни компютерӣ навишта шуда, аз муқаддима, 5 боб, хулоса, тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиёте иборат мебошад, ки 146 сарчашма бо забони русӣ ва 72 манбаъ бо забони англисиро дар бар мегирад. Рисола бо 16 ҷадвал ва 65 расм ороиш дода шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Таҳқиқоти клиникӣ дар байни 282 бемори гирифта ба эхинококкози узвҳои ковокии абдоминалӣ ба амал оварда шуд, ки дар давраи аз солҳои 2005 то 2022 дар шӯбаи ҷарроҳии МД “Маркази тиббии шахрии ёрии таъҷилӣ”-и ш. Душанбе муолиҷа гирифтаанд. Маркази мазкур пойгоҳи клиникии кафедраи бемориҳои ҷарроҳии рақами 1 ба номи академик Қурбонов К.М.-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” ба ҳисоб меравад. Дар рафти амалиномаи таҳқиқ таснифот тибқи О.Б. Милонов (с.1987) ва ТУТ (с.2010) ба кор бурда шуд. Тамоми беморон ба ду гурӯҳи клиникӣ – санҷишӣ ва асосӣ ҷудо карда шуданд. Гурӯҳи асосӣ (ретроспективӣ) аз 139 бемори мубтало ба эхинококкози узвҳои ковокии шикам иборат буд. Гурӯҳи асосӣ

(проспективӣ)-и таҳқиқро 143 беморе ташкил меод, ки аз эхинококкози узвҳои ковокии шикам ранҷи кашада, дар мавриди онҳо усулҳои муосири таҳҳис ва муолиҷаи ҷарроҳӣ (ҷадвали 1,2) татбиқ шудааст. Беморӣ бештар зимни гурӯҳи асосӣ дар байни ашҳоси синни қобили меҳнат (16-50-сола) ҳангоми 114 (40,4%) бемор ва маризони синнашон қалонтар 51-сола бошад, дар мавриди 29 (10,3%) нафар мушоҳида мегардид.

Ҷадвали 1. – Тақсимот аз рӯи ҷинс, син ва мувофиқи хусусияти иллат дар гурӯҳи беморони асосӣ (n=143)

Хусусияти иллат	Ҷинс		Синни бемор, сол					Ҷамагӣ	%
	м	з	16-30	31-40	41-50	51-60	>60		
Эхинококкози ҷигар	13	46	6	20	17	9	7	59	41,3
Эхинококкози бешумори ҷигар	5	9	2	5	3	3	1	14	9,8
Эхинококкози сипурз	4	7	2	4	2	3	-	11	7,7
Эхинококкози мосариқаи рӯдаи борик ва ғафс	3	6	1	4	2	2	-	9	6,3
Эхинококкози тухмдон	-	21	4	7	10	-	-	21	14,7
Эхинококкози ҷарби қалон	4	10	3	5	3	2	1	14	9,8
Эхинококкози якҷояшудаи узвҳои ковокии абдоминалӣ	4	11	3	7	4	-	1	15	10,5
Ҷамагӣ:	33	110	21	52	41	19	10	143	100,0

Ҷадвали 2. – Тақсимот аз рӯи ҷинс, син ва мувофиқи хусусияти иллат дар гурӯҳи беморони санҷишӣ (n=139)

Хусусияти иллат	Ҷинс		Синни бемор					Ҷамагӣ	%
	м	з	16-30	31-40	41-50	51-60	>61		
Эхинококкози ҷигар	18	49	14	17	21	13	2	67	48,2
Эхинококкози бешумори ҷигар	3	10	3	6	4	-	-	13	9,4
Эхинококкози сипурз	4	6	3	4	3	-	-	10	7,2
Эхинококкози мосариқаи рӯдаи борик ва ғафс	2	5	3	-	3	1	-	7	5,0
Эхинококкози тухмдон	-	17	5	7	5	-	-	17	12,2
Эхинококкози ҷарби қалон	4	8	3	2	7	-	-	12	8,6
Эхинококкози якҷояшудаи узвҳои ковокии абдоминалӣ	5	8	4	5	3	-	1	13	9,4
Ҷамагӣ:	36	103	35	41	46	14	3	139	100,0

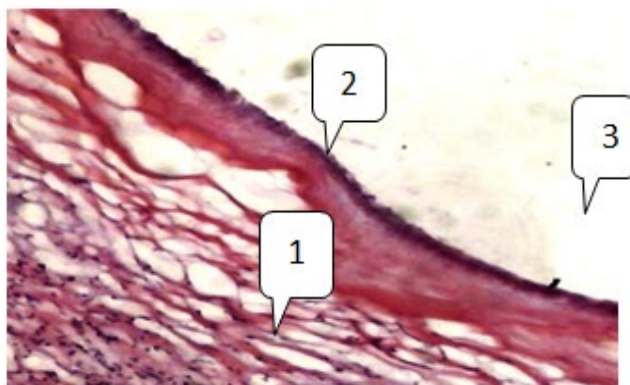
Гурӯҳи беморон байни ҳам аз рӯйи хусусиятҳои чинс-сол ва ҷойгиршавии кистаҳои эхинококкӣ муқоисашаванда мебошанд ($p > 0,05$). Кистаҳо бештар дар ҷигар – 129 (45,7%) ҳодиса ҷойгир шудаанд. Зимнан эхинококкоз ҳиссаи рости ҷигари 49 (34,3%) беморро аз гурӯҳи асосӣ иллатнок намуда, дар мавриди 10 (7,0%) ҳодиса бошад, кистаи эхинококкозӣ дар ҳиссаи чапи ҷигар ҷойгир шудааст.

Нишондиҳандаҳои мазкур дар гурӯҳи санҷиши беморон мутаносибан 51 (36,7%) ва 16 (11,5%) ҳодисаро ташкил медед. Дар рафти таҳқиқ зимни 23 (16,1%) бемор аз гурӯҳи асосӣ мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳ ба қайд гирифта шуд.

Нишонаҳои барои ин беморӣ хос, дар шакли ларза, ҳарорати баланд, пайдо шудани зардӣ, аксуламали аллергӣ дар мавриди беморони мубтало ба шакли оризадори беморӣ мушоҳида гардид.

Ҳангоми беморон замони лахтабандии хун, таҳлили мукаммали биохимиявии хун ва намунаи ҷигар мавриди омӯзиш қарор гирифт. Таҳқиқи ферритин дар хуни варидӣ тавассути иммунотурбидиметрия ба амал оварда шуд. Дар мавриди тамоми беморон ТУТ татбиқ гардид. Андозаи максималӣ ва минималии ковокии боқимонда дар ду самти перпендикулярӣ муайян карда шуд. Барои амалиномаи ташҳиси тафриқавӣ зимни беморон ТК анҷом дода шуд. Лапароскопия ба воситаи дастгоҳи Karl Storz иҷро гардид. Амалиёти ҷаррохӣ дар мавриди бемороне, ки аз иллати эхинококии ҷигар ва узвҳои ковокии абдоминалӣ ранҷ мекашиданд, вобаста ба ҷойгиршавӣ ва теъдоди умумии кистаҳои эхинококкӣ аз дастрасии гуногун ба амал оварда шуд.

Таҳқиқи морфологӣ дар ЛМИТ МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” ба амал оварда шуд. Таҳқиқи морфологӣ дар бофтаҳои буридашудаи калониашон гуногуни ғилофаки фиброзӣ ҳангоми экспозитсияи 15 дақиқа (расми 1) ба амал оварда шуд.



Расми 1.-Тағйироти морфологии бофтаҳо дар ғилофаки фибрози ҷигар. Экспозитсия 15 дақиқа. Рангкунӣ бо гематоксилин – эозин. Калонкардашуда X180. 1- - эпителияи ғафшуда; 2- инфилятҳои манбаии илтиҳоби музмин; 3- бофтаи пайваस्तкунандаи байнинаҳӣ;

Тавре аз микропрепарати овардашуда намоён аст, коркарди он бо маҳлули 10 %-и Бетадин ва баъдан поксозӣ тавассути маҳлули 0,9 %-и физиологии озонишуда ҳангоми экспозитсияи дуру дароз қитъаҳои филофаки фиброзии чигар сабаби тағйироти деструктивии илтиҳоби бофтаҳои чигар нагардидааст.

Бозбиниҳои омории маълумотҳо дар компютер бо истифода аз барномаи Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США) иҷро шуд. Санчиши муътадилнокии тақсимои интиҳоб ба воситаи меъёрҳои Шапиро-Уилка ва Колмогоров-Смирнов ба амал оварда шуд. Барои нишондиҳандаҳои миқдорӣ қимати миёна (M) ва саҳви стандартӣ (m) ҳисоб карда шуданд. Нишондиҳандаҳои миқдорӣ дар шакли қиматҳои мутлақе оварда шудааст, ки бо фоиз ифода ёфтааст. Муқоиса кардани нишондиҳандаҳои миқдорӣ дар гурӯҳҳои чуфт тавассути U-меъёри Манна-Уитни (барои гурӯҳҳои мустақим) ва T-меъёри Вилкоксон (барои гурӯҳҳои вобаста) амалӣ карда шуд. Ҳангоми муқоисаҳои чуфт байни гурӯҳҳои ғайримустақим оид ба нишондиҳандаҳои сифатӣ χ^2 , бар шумули ислоҳи Йетса ва меъёри аниқи Фишер ба кор бурда шуд. Фарқият бо қимати аз ҷиҳати омори муҳим ҳангоми $p > 0,05$ будан ҳисоб карда шуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲКИҚ

Мувофиқи ҳадафи гузошташуда ва ҳалли вазифаҳо аз ҷониби мо натиҷаҳои таҳқиқоти клиникӣ-лаборатории бемороне таҳти омӯзиш қарор дода шуд, ки аз иллати эхинококкии чигар ва узвҳои ковокии абдоминалӣ дар гурӯҳҳои санчишӣ ($n=139$) ва асосӣ ($n=143$) ранҷ мекашиданд. Беморони гурӯҳи асосӣ ба се гурӯҳи иловагӣ тақсим карда шуданд:

Ба гурӯҳи I 59 бемори мубтало ба эхинококкози чигар шомил карда шуд; Ба гурӯҳи II 14 беморе шомил буд, ки кистаҳои бешумори эхинококкӣ чигари онҳоро иллатнок карда буд; Гурӯҳи III аз 70 беморе иборат буд, ки ба иллати эхинококкии узвҳои ковокии абдоминалӣ мубтало буданд. Дар чараёни таҳқиқ муқаррар карда шуд, ки зимни гурӯҳи беморони асосӣ дар мавриди 59 (41,3%) ҳодиса мавҷудияти кистаи алоҳидаи эхинококкӣ мушоҳида мешавад. Зимнан иллатнокшавии ҳиссаи рости чигар дар 49 (34,3%) бемор ва ҳиссаи чап бошад, ҳангоми 10 (7,0%) мариз ба қайд гирифта шуд. Зимни 14 (9,8%) ҳодиса дар беморон эхинококкози бешумор ва ҳангоми 70 (49,0%) ҳодиса иллати эхинококкии узвҳои ковокии абдоминалӣ ба назар мерасид.

Дар гурӯҳи I беморони мубтало ба кистаҳои алоҳидаи эхинококкии чигар ($n=59$) мавҷудияти дард зимни 47 (79,7%) ҳодиса ба қайд гирифта шуд. Зимни 39 (66,1%) бемор хусусияти синдроми дард дар шакли хуруҷкунанда буд. Зардии пӯст ва сафедии чашм дар 2 (3,4%)

мариз мушоҳида гардид. Ҳангоми 17 (28,8%) ҳодиса беморон ба мавҷудияти аксуламали аллергӣ, борҳо баланд шудани ҳарорат ишора намуданд. Барҷастагӣ дар зери қабурғаи рост дар мавриди 15 (10,5%) бемор ба қайд гирифта шуд. Дар 13 (9,1%) ҳодиса калон шудани канори поёнии чигар ба назар мерасид. Дар мавриди 9 (6,3%) бемор мавҷудияти моеи озод дар ковокии абдоминалӣ ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми амалиномаи амалиёти ҷарроҳӣ кистаҳои яккамерагӣ дар ҳиссаи рости чигар дар мавриди 26 (18,2%) ҳодиса ташхис карда шуд. Тарқишҳосилшавӣ дар 7 (4,9%) ҳодиса ошкор гардид. Оризаи римнок дар дохили киста ҳангоми 9 (6,3%) бемор ва дар 5 (3,5%) ҳодиса ориза бо нишонаҳои калсинози ғилофаки фиброзӣ ташхис карда шуд. Дар 23 (16,1%) бемор аз гурӯҳи асосӣ мавҷудияти синдроми дард бо шиддатнокии гуногун, мавҷудияти дардҳои ҷузъӣ дар мавзеи эпигастрия бошад, дар 31 (21,7%) бемор мушоҳида гардид. Зимни 14 (9,8%) мариз эхинококкози бешумор ошкор карда шуд. Таҳлили лабораторӣ сатҳи гемоглобини хунро дар байни беморони ин гурӯҳ ба ҳисоби миёна $124,0 \pm 4,0$ ($p > 0,05$) г%, адади лейкоцитҳоро $7,0 \pm 1,3$ ($p > 0,05$), нишондиҳандаи СТЭ-ро бошад, $18,1 \pm 8,4$ ($p > 0,05$) мм/с муайян намуд. Мувофиқи ҷойгиршавӣ дар 11 (7,7%) ҳодиса зимни беморон иллати эхинококкии сипурз, зимни 14 (9,8%) мариз иллати ҷарби калон, ҳангоми 21 (14,7%) ҳодиса паразит дар тухмдонҳо ва дар мавриди 9 (6,3%) нафар бошад, мосариқайи рӯдаи борик ва ғафс ба қайд гирифта шуд. Сатҳи гемоглобин ба ҳисоби миёна $112,3 \pm 3,7$ г% ($p > 0,05$), лейкоцитҳо $9,0 \pm 2,1$ ($p > 0,05$), СТЭ дар ҳудуди $14,7 \pm 3,2$ мм/с ($p > 0,05$)-ро ташкил дода, эозинофилия дар 41 (58,6%) бемор ба назар мерасид. Ҳангоми таҳқиқи рентгенологӣ боло истодани гунбази диафрагма дар 27 (18,8%) ҳодиса зоҳир шуд. Деформатсияи тарҳи диафрагма зимни 6 (4,2%) ҳодиса ба мушоҳида мерасид.

Ташхис ба воситаи ТУС дар мавриди 98,0% беморони мубтало ба эхинококкоз тасдиқ карда шуд. Дигаргуниҳо зимни 49 (34,3%) беморони гирифтӣ ба ҷойгиршавии дохиличигарии паразит ошкор гардид. Ба асоси пажӯҳишҳои амалишуда аз 143 бемори гурӯҳи асосӣ дар мавриди 21 (14,6%) мариз кистаи эхинококкӣ дар марҳалаи I инкишоф, зимни 75 (52,4%) бемор марҳалаи II инкишоф ва ҳангоми 47 (32,8%) нафар бошад, марҳалаи III инкишоф ба қайд гирифта шуд.

Таҳқиқи КТ дар 77 беморе татбиқ шуд, ки аз эхинококкози узвҳои ковокии абдоминалӣ ранҷ мебуданд. Ҳангоми истифодаи таҳқиқи КТ иллати эхинококкии чигар ва узвҳои ковокии абдоминалӣ дар мавриди 96,7% бемор ошкор ва ҳангоми 97% ҳодиса ҷойгиршавии сегментарии паразит муайян карда шуд.

Ҳангоми муолиҷаи ҷарроҳӣ аз теъдоди дастрасҳои маълуми ҷарроҳӣ дастрасии миёнаи болоӣ, дастрасӣ тибқи Федоров, тибқи Черни,

торакофрениколапаротомӣ ва мувофиқи навъи «Мерседес» ба кор бурда шуданд. Эхинококкэктомияи пӯшида дар мавриди беморони гурӯҳи асосӣ ҳангоми 11 (7,7%) ҳодиса ба амал оварда шуд. Ҳамзамон буридани киста бо амалиномаи капитонаж дар 7 ҳодиса ва дар 2 ҳодиса ҳангоми амалиёти омехтаи ҷарроҳӣ татбиқ карда шуд. Зимни 2 бемор римкунии кистаи эхинококкӣ, дар 2 ҳолат оҳаксории пардаи фиброзӣ ба назар мерасид. Дар 1 бемор зардпарвини механикӣ ва холангити шадид муайян карда шуд.

Эхинококкэктомияи нимабоз дар мавриди 7 бемор татбиқ шуд. Дар 3 ҳодиса амалиёти омехтаи ҷарроҳӣ иҷро гардид.

Эхинококкэктомия ва пурра буридани филофаки фиброзӣ дар мавриди 2 бемор ба амал оварда шуд.

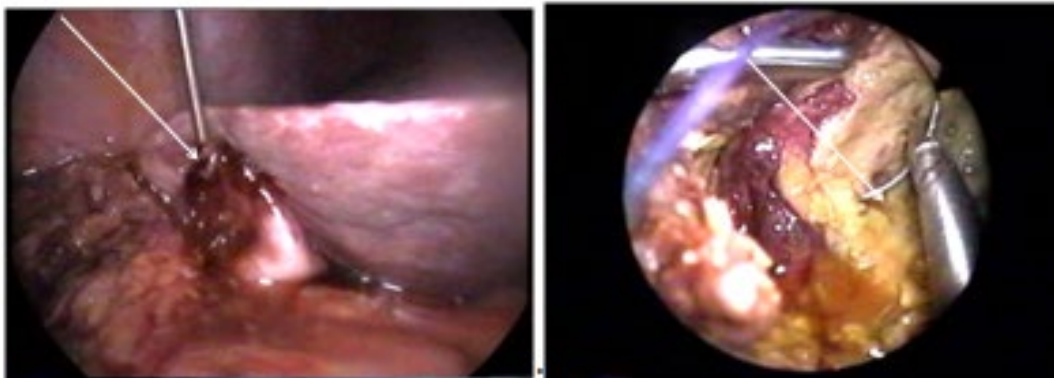
Буридани кистаи эхинококкӣ бо калонтар ба таври зерфарогир чок кардани филофаки фиброзӣ дар шакли тасмачаҳо дар 5 бемор иҷро гардид.

Усулҳои буриши амалиёти ҷарроҳӣ дар 13 бемори гирифтор ба иллати эхинококкии ҷигар амалӣ шуд, дар ин маврид зимни 3 ҳодиса эхинококкоз оризаёфта ба қайд гирифта шуд. Дар 2 бемори мубтало ба кистаҳои эхинококкии андозаашон калоне, ки дар сегментҳои II ва III ҷойгир шудаанд, буриши ҳиссаи чапи ҷигар ба амал оварда шуд.

Эхинококкози бешумори ҷигар дар байни беморони гурӯҳи асосӣ зимни 14 (9,8%) ҳодиса мушоҳида гардид, зимнан шакли ибтидоӣ дар 11 бемор ва дар 3 ҳодиса такрорёбии беморӣ ба қайд гирифта шуд. Дар мавриди 5 бемори мубтало ба кистаҳои андозаашон калон ҷарроҳӣ дар шакли боз иҷро гардид. Зимни 5 ҳодиса дар беморони гирифтор ба эхинококкози бешумор буриши ғайримуқаррарӣ ба амал оварда шуд. Дар байни беморони таҳти таҳқиқ зимни 15 (10,5%) мариз иллати эхинококки бешумор ва якҷояшудаи узвҳои ковокии абдоминалӣ мушоҳида шуд. Дар байни ин гурӯҳи беморон спленэктомия зимни 2 (13,3%) ҳодиса, буриши тухмдон дар 3 (20,0%) мариз, буриши мосарикаи рӯдаи ғафс ҳангоми 3 (20,0%) ҳодиса ва буридани ҷарби калон дар мавриди 7 (46,7%) бемор ба амал оварда шуд.

Хусусиятҳои техникий эхинококкэктомияи лапароскопӣ. Эхинококкэктомияи лапароскопӣ зимни 60 (42%) бемор таҳти анестезияи умумӣ ба амал оварда шуд. Ҳангоми пунксияи кистаи паразитарӣ ба воситаи сӯзани ғафс муҳтаво берун кашида шуд, мо ба мақсади он ки ба ҳадаф нарасидани сӯзани халандаю обияткашро пешгирӣ карда бошем, дар ҷойи берун овардани обият хубкашии дубораро ба роҳ мемонем. Ковокӣ бо маҳлули 0,9%-и озонишуда ва баъдан бо маҳлули 10 %-и Бетадин пок карда шуд. Дар 10 ҳодиса мавҷудияти носури талха зоҳир шуд, ки ҳангоми 6 ҳодиса бо маводи зиддиосебрасон дӯхта шуд (расми 2,3), дар 4 ҳодисаи дигар диатермокоагулятсия ба амал

оварда шуд. Баъд аз ин дар мавзеи якҷояшавии талха як лавҳагии «Тахокомб» ба андозаи 2,5 x 3,0 см гузошта шуд. Теъдоди умумии лавҳаҳо ба адади талхароҳа мувофиқат менамуд.



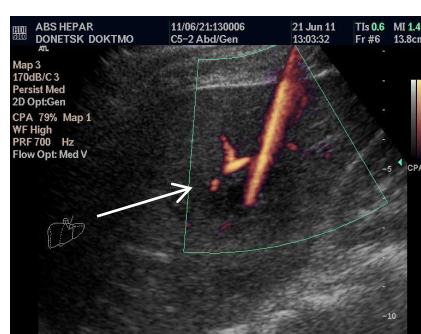
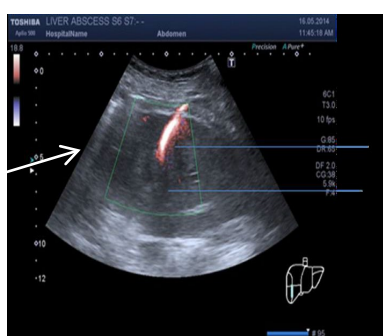
Расми 2,3. Пунксиякунонии сегменти VII киста ба воситаи лавҳаи Тахокомб ва бартараф кардани носури талха, ки дар ковокии боқимонда ҳосил шудааст

Дар мавриди 5 (3,5%) бемори мубтало ба кистаҳои калон ҳангоми бартараф кардани ковокии боқимонда бо истифодаи қабзаи чарби калон он фатилагузорӣ карда шуд (ҷадвали 3). Буриши лапароскопии чарби калон дар 14 (9,8%) бемор, аз мосариқа рӯда зимни 6 (4,2%) нафар ва систоварэктомия бошад, дар мавриди 16 (11,2%) мариз татбиқ гардид.

Ҷадвали 3.-Усулҳои видеолапароскопии эхинококкэктомия дар беморони гурӯҳи асосӣ

Усулҳои ҷарроҳӣ	Теъдоди беморон	%	Ориза
Эхинококкэктомияи видеолапароскопӣ + оментопластикаи ковокии боқимонда	5	3,5	-
Эхинококкэктомияи видеолапароскопии чигар ва дренаж кардани ковокии шикам	4	2,8	-
Эхинококкэктомияи видеолапароскопӣ + дӯхтани носури талха + дренажкунии берунии ковокии боқимонда	3	2,1	-
Эхинококкэктомияи видеолапароскопӣ + диатермокоагулятсияи носури талха + дренажкунии берунии ковокии боқимонда	4	2,8	-
Эхинококкэктомияи видеолапароскопӣ + дӯхтани ковокии боқимонда	8	5,6	-
Буриши лапароскопии чарби калон	14	9,8	-
Эхинококкэктомияи лапароскопӣ аз мосариқаи рӯда	6	4,2	-
Систоварэктомияи лапароскопӣ	16	11,2	-
Ҷамағӣ	60	42,0	-

Дренажкунии эхоназоратшавандаи пунксионӣ. 14 бемор муолиҷаи пунксионӣ гирифтанд, аз ҷумла 6 мариз бо кистаи эхинококии яккамерагӣ, 3 бемор бо эхинококкози мосариқаи рӯдаҳо ва 5 беморе, ки ба кистаи эхинококии тухмдон гирифтор буданд. Барои визуализатсияи дақиқи дренаж усули инитсиатсияи мануалии лапшиши пастамплитудаи он таҳия карда шуд, ки ҳангоми истифодаи речаи КДЭ визуализатсия мешуд (расми 4,5). Амалиёти пунксионӣ-дренажкунанда зимни гурӯҳи асосӣ дар мавриди 20 бемор (14,0%) ба қор бурда шуд. Бо дарназардошти траекторияи нисбатан оптималии ҳаракати сӯзан пунксияи трансабдоминалӣ зимни 14 бемор татбиқ гардид. Воридкунии тарнсцигарии сӯзан дар 6 бемори гирифтор ба эхинококкози чигар истифода шуд.



Расми 4,5. - Визуализатсияи доплерографии лапшиши моеъ дар дренаже, ки ба ковокии кистаи чигар насб шудааст ва дар речаи КДЭ тасвири дренаже, ки дар ковокии кистаи чигар амалӣ шудааст

Дар 7 ҳолат ҳангоми девораи саҳти кистаи эхинококӣ ва дигар мавзёгириҳои кистаи эхинококӣ мавҷуд набудани фурӯравии девораи киста мушоҳида гардид, ки ҳамчун қафаса хизмат намуда, сабаби дренажкунии дуру дароз гардид. Дар мавриди 5 бемор аз 14 нафаре, ки аз кистаи эхинококии чарби калон ва мосариқаи рӯдаи ғафс ранҷ мекашиданд, дренажро дар ковокии киста дидан имконпазир нагардид. Зимни 9 ҳодиса ҳангоми истифодаи реча визуализатсияи дренаж дар буриши арзӣ бомуваффақият анҷом ёфт.

Ба омӯзиши ферритин дар динамика ҳангоми 39 бемор таваҷҷуҳи хоса дода шуд (ҷадвали 4). Чунин динамикаи афзудани ферритин дар хуни варидии таҳти таҳқиқ аз музмин будани раванд дар бофтаҳои чигар, бофтаҳои сипурз дарак медиҳад, ки бо ихтилоли эритроцитҳо ва паст будани адади хуни сурх дар заминаи эхинококкози чигар алоқамандӣ дорад.

Пешгирии пасазчарроҳии фармакологии такрорёбии эхинококкози чигар ва узвҳои ковокии абдоминалӣ. Муолиҷа қабули билтритсидро ба вояи 600 мг/шабонарӯз як маротиба, ва секнидокс 1 г х 1 маротиба, эссенсиал ба вояи 250 мг рӯзе чор маротиба ва рӯзе чор маротиба ба

вояи 0,5 г метилуратсил дар бар мегирифт. Муолича аз ду даври 30 рӯзӣ бо танаффуси 10 рӯза байни онҳо иборат аст.

Чадвали 4. – Динамикаи омӯзиши нишондиҳандаҳои ферритин ҳангоми мавзёгириҳои гуногуни эхинококкоз дар беморони гурӯҳи асосӣ (n-39)

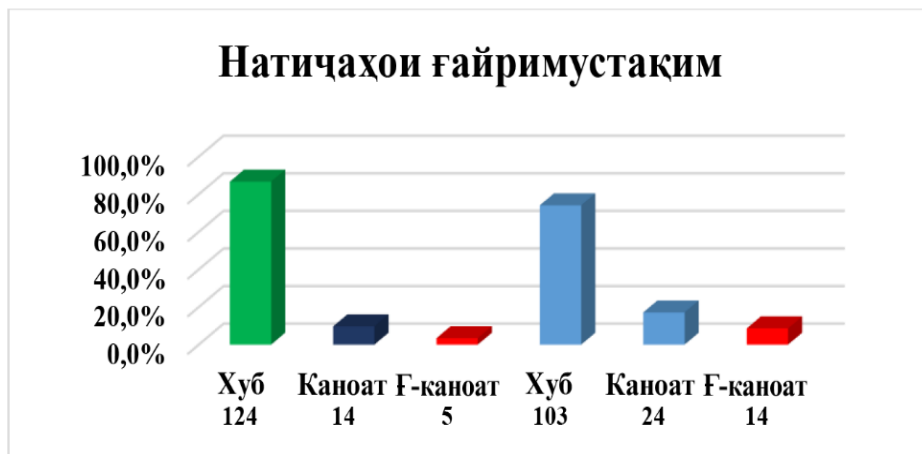
Хусусияти иллат	Рӯзҳои таҳқиқ				
	То чарроҳӣ	6 шабонарӯз	12 шабонарӯз	Ҳангоми ҷавобшавӣ	p
Эхинококкози чигар	470,3±7,1	459,1±3,7	437,3±2,1	401,7±1,4	>0,05
Эхинококкози бешумори чигар	511,9±9,1	493,2±7,3	489,1±1,9	451,5±1,1	>0,05
Эхинококкози сипурз	433,5±8,3	383,5±3,8	375,6±1,1	361,2±1,0	>0,05
Эхинококкози якҷояшудаи узвҳои ковокии абдоминалӣ	423,3±14,5	407,3±6,3	393,1±0,9	389,5±0,7	>0,05

Эзоҳ: p>0,5; p>0,05- мавқеи статистикӣ ва нишондоди таъғирот дар муқоиса бо гуруҳи назоратӣ (бо U-критерияи Манна-Уитни)

Дар мавриди 73 бемор натиҷаҳои муолича омӯхта шуданд. Аз ҷониби мо ТУС-и санҷишӣ ва таҳқиқи рентгенологӣ дар давраи аз 6 моҳ то 4 сол ба амал оварда шуд.

Арзёбии мустақими натиҷаҳои муолиҷаи чарроҳӣ. Таҳқиқи натиҷаҳои мустақими муолиҷаи чарроҳӣ дар давраи аз 6 то 36 моҳ ба амал оварда шуд. Инчунин ба таври ретроспективӣ натиҷаҳои муолиҷаи чарроҳӣ дар мавриди беморони гурӯҳи санҷишӣ омӯхта шуд. Натиҷаҳои мустақими эхинококкэктомияи лапароскопӣ дар мавриди 11 ва 6 нафар бемор баъди сӯзанҳалони (пунксия)-и киста омӯхта шуд. Дар мавриди 16 (11,1%) бемор аз гурӯҳи мазкур натиҷаи хуб мушоҳида гардид. Натиҷаи хуб дар гурӯҳи санҷишӣ зимни 11 (7,9%) нафар баъди эхинококкэктомияи боз ва натиҷаи қаноатбахш дар 2 нафар ва ғайриқаноатбахш бошад, зимни 1 бемор ба қайд гирифта шуд. Хунравии пасазчарроҳӣ аз ҷароҳати чигар сабаби натиҷаи ғайриқаноатбахш ба ҳисоб меравад. Дар гурӯҳи асосии беморон эхинококкэктомияи пӯшида дар мавриди 4 бемор ва лапароскопӣ зимни 23 мариз татбиқ шуда буд, ки натиҷаи дур хуб буд (расми 6).

Дар гурӯҳи санҷишӣ аз 14 бемор натиҷаи қаноатбахш зимни 2 пациент ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми перитсизэктомия дар 1 бемор аз 7 бемори гурӯҳи асосӣ хунравии баъдичарроҳӣ ба амал омад, ки зарурати релапаротомияро ба миён овард, дар гурӯҳи санҷишӣ бошад, аз 8 бемор дар мавриди 1 нафар чунин ҳолат мушоҳида гардид.



(хуб, қаноатбахш, ғайриқаноатбахш)

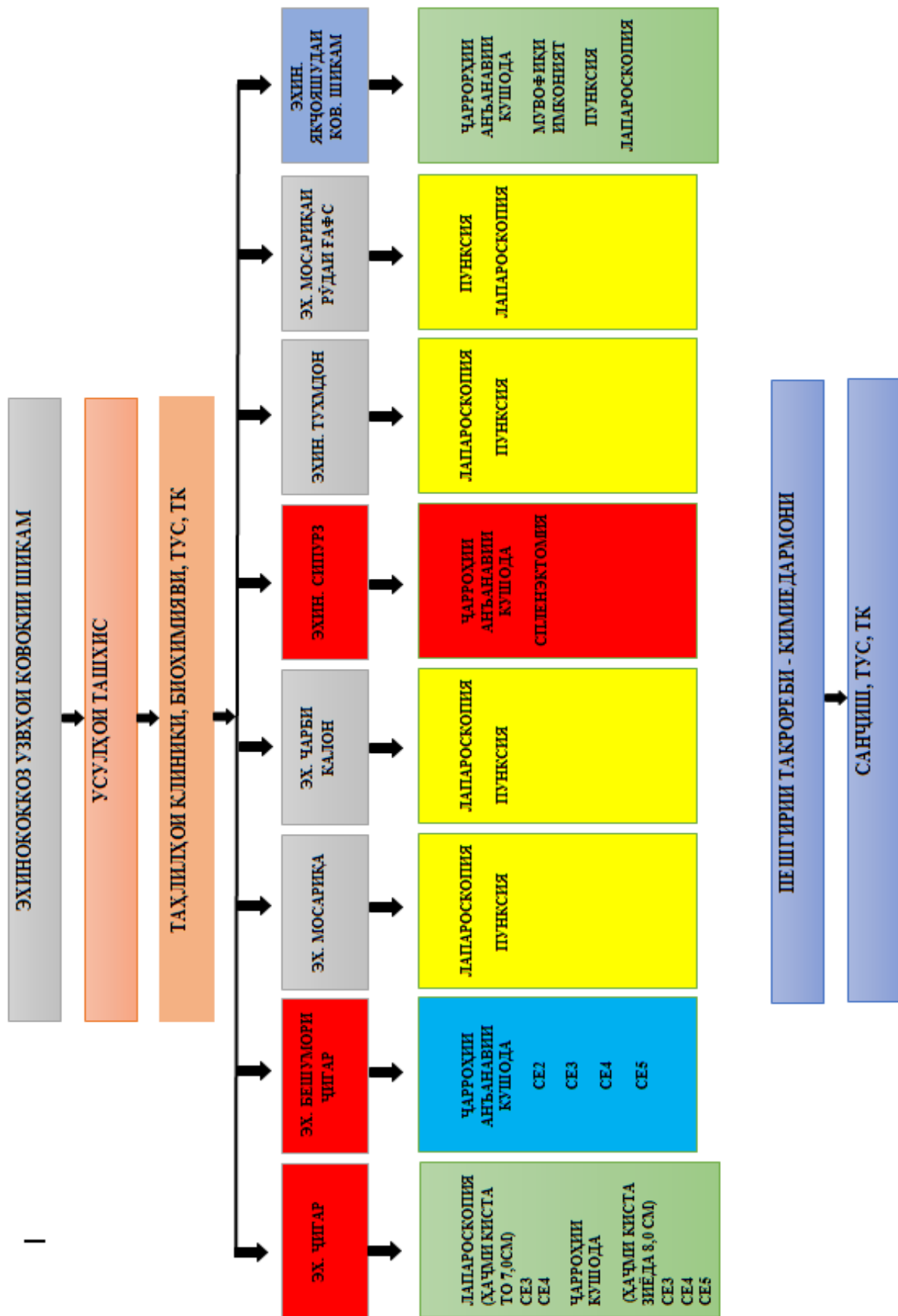
Гурӯҳи асосӣ

Гурӯҳи санҷишӣ

Расми 6. Натиҷаҳои амалиёти ҷарроҳӣ

Ҳангоми амалиномаи буриши ҷигар аз 13 бемори гурӯҳи асосӣ дар мавриди 1 мариз талхарезии пасазҷарроҳӣ, марганҷомӣ аз нокифоягии ҷигар ва аз 12 нафари гурӯҳи асосӣ зимни 3 мариз талхарезии пасазҷарроҳӣ ба қайд гирифта шуд, ки ориза дар мавриди 1 нафар дар шакли ғайриҷарроҳӣ ва ҳангоми 2 нафар бошад, бо амалиёти такрорӣ бартараф карда шуд. Ҳангоми эхинококкози бешумори ҷигар оризаҳои пасазҷарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ ҳангоми 3 нафар ба амал омад, ки бо марг анҷом пазируфт. Дар маҷмуъ дар гурӯҳи асосӣ натиҷаи хуб зимни 124(86,7%), қаноатбахш ҳангоми 14 (9,7%) ва ғайриқаноатбахш дар мавриди 5 (3,4%) бемор ҳосил гардид. Фавтнокӣ дар гурӯҳи асосии тахти таҳқиқ дар давраи пасазҷарроҳӣ дар мавриди ду бемор ба қайд гирифта шуд. Дар гурӯҳи санҷишӣ натиҷаҳои хуби мустақим дар мавриди 103(74,1%) мариз, натиҷаҳои қаноатбахш ҳангоми 24(17,1%) нафар ва ғайриқаноатбахш бошад, зимни 12 (8,6%) бемор ба мушоҳида расид. Фавтнокии гурӯҳи санҷишӣ ҳангоми 4 ҳодиса ба қайд гирифта шуд.

Ба асоси пажуҳишҳои амалишуда алгоритми ташҳис ва шеваи муолиҷаи ҷарроҳии эхинококкози ҷигар ва узвҳои ковокии абдоминалӣ таҳия карда шуд (расми 7.). Алгоритми таҳияшудаи ташҳису муолиҷаи ҷарроҳии эхинококкози ҷигар ва узвҳои ковокии абдоминалӣ барои ба таври оптималӣ дар шакли инфиродӣ интихоб кардани шеваи муолиҷа мушаххасан вобаста ба ҳодисаи клиникӣ шароит муҳаё намуда, ба ҳамин восита пешгирӣ намудани теъдоди лапаротомияҳои беҳударо имконпазир мегардонад.



Расми 7. Алгоритми ташхис ва муолиҷаи чарроҳии эхинококкози чигар ва узвҳои ковокии абдоминалӣ

Ҳамин тавр, ҳар кадом аз усулҳои амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми эхинококкози ҷигар ва узвҳои ковокии абдоминалӣ бояд вобаста ба хусусияти киста, ҳолати ғилофаки фиброзӣ, таҷҳизоти техникӣ, вазъи мушаххаси ҷарроҳӣ ва қобилияту маҳорати ҷарроҳ ба кор бурда шавад.

Натиҷаҳои амалиёти ҷарроҳӣ бошад, ҳангоми эхинококкози ҷигар ва узвҳои ковокии абдоминалӣ бо истифода аз технологияи муосир ҳангоми ташҳиси барвақтӣ ва амалинамоии амалиёти ҷарроҳӣ бо истифода аз технологияи миниолоишӣ ва лапараскопӣ мувофиқ қунонда мешавад.

ХУЛОСАҲО

1. Эхинококкэктомияи лапараскопӣ варианти нисбатан мувофиқ ва камосеби эхинококкэктомия ба шумор меравад. Он бояд қатъиян мувофиқи нишондодҳо буда, вобаста ба ҷойгиршавӣ ва хусусияти ғайримустақими киста тафриқа шавад. Усули УС-пункционии муолиҷаи кистаи эхинококк бояд қатъиян таҳти нишондодҳо вобаста ба хусусияти киста, сатҳи таҷҳизоти техникӣ ва категорияи мутахассис ба амал оварда шавад [1-М, 3-М, 6-М, 9-М, 10-М, 12-М]
2. Кимийодармонии эхинококкози узвҳои ковокии шикам ҷузъи асосии муолиҷаи зиддитакрорёбӣ ба ҳисоб рафта, он новобаста ба андоза, ҷойгиршавӣ ва хусусият ҳангоми тамоми кистаҳо нишондод маҳсуб меёбад ва бояд тоҷарроҳӣ ва пас аз он дар маҷмуи муолиҷа бо гепатопротекторҳо ба амал оварда шавад [1-М, 2-М, 3-М, 4-М, 11-М].
3. Алгоритми таҳияшудаи ташҳис ва усулҳои муолиҷаи ҷарроҳии эхинококкози ҷигар ва узвҳои ковокии шикам барои инфиродикунонии шеваи ҷарроҳӣ, коҳиш додани теъдоди лапаратомияҳои беҳуда ва ба таври фаъолона ба кор бурдани технологияи муосир дар муолиҷаи эхинококкоз шароит фароҳам меорад [1-М, 4-М, 5-М].
4. Беҳбудии мустақими натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии эхинококкози ҷигар ва узвҳои ковокии шикам дар маҷмуъ ба хусусияти киста ва интиҳоби дурусту тафриқашудаи усули амалиёти ҷарроҳӣ, диэпителизатсияи мукаммали дохилиҷарроҳии дево-

раҳои киста тавассути сколексотсидҳои такмилёфтаи дар шакли расанда таъсирросон вобастагӣ дорад [3-М,5-М,6-М,7-М,8-М].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

1. Таҳқиқи ултрасадоӣ ва томографияи компютериеро ба тақозои самаранокӣ, ғайриолоишӣ, маълумотдиҳӣ, суръати иҷро барои қабул кардани қарор оид ба шеваи амалиёти ҷарроҳӣ дар тамоми беморони мубтало ба эхинококкози узвҳои ковокии шикам истифода бурдан зарур аст ва зимнан бояд қиматҳои киста қатъиян ба назар гирифта шавад.
2. Эхинококкэктомияи лапароскопӣ бояд дар мавриди беморони гирифтор ба кистаи алоҳидаи эхинококии оризанаёфта ба кор бурда шавад.
3. УС-пунксия кистаи эхинококии узвҳои ковокии шикам бояд қатъиян тафриқа карда шавад, зимнан ҷойгиршавии макони анатомӣ, хусусияти мустақими киста, маҳорати истифодаи техника аз ҷониби мутахассис ва дастгоҳҳои дахлдор қатъиян ба назар гирифта шавад.
4. Кимийодармонии маҷмуии то ва пасазҷарроҳии эхинококкози узвҳои ковокии шикам новобаста ба хусусиятҳои киста бояд дар мавриди тамоми беморон ба кор бурда шавад.
5. Аз бесироятгардонии зиддипаразитарии дохилиҷарроҳии ковокии кистаҳои эхинококкӣ оянда теъдоди такрорёбиҳо вобастагӣ дорад, ки он аз диэпителизатсияи мукаммали девораҳои филофаки фиброзӣ ва поксозӣ тавассути маҳлули 0,9 %-и физиологии озонишуда ва маҳлули 10 %-и Бетадин иборат буда, шартӣ асосӣ ба ҳисоб меравад.

ИНТИШОРОТИ АЗ РУҲИ МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1-А]. Ризоев В.С. Роль современных технологий в диагностике и хирургическом лечении эхинококкоза печени/В.С. Ризоев, Ш.К. Назаров [Текст] //Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. -Душанбе. -2016.-№2.-С.3-9.

[2-А]. Ризоев В.С. Видеолапароскопическая технология в лечении

эхинококкоза печени [Текст] / В.С. Ризоев, Ш.К. Назаров // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. -Душанбе. -2016. -№4.-С.138-144.

[3-А]. Ризоев В.С. Оптимизация хирургического лечения и профилактика послеоперационных осложнений при эхинококкозе печени [Текст] / В.С. Ризоев, Дж. А. Абдуллоев // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения Таджикистана. - Душанбе. -2017. -№2.-С.5-9.

[4-А]. Ризоев В.С. Малоинвазивные оперативные вмешательства при эхинококкозе печени [Текст] / В.С. Ризоев, З.А. Азиззода // Вестник Авиценны. -Душанбе.-2019.-Т.21.-№1.-С.116-120.

Мақола ва фишурдаҳо дар мачмуаҳои конференсияҳо нашршуда

[5-М]. Ризоев В.С. Ма оми технологияи муосир дар раванди ташхис ва табобати ғарройии эхинококкози ғигар [Матн] / В.С. Ризоев, Ш.К. Назаров // Авғи Зуйал – 2015 - С.8-11.

[6-М]. Ризоев В.С. Роль современных технологий в диагностике и хирургическом лечении Эхинококкоза печени [Текст] / В.С. Ризоев, Ш.К. Назаров // Вклад медицинской науки в оздоровление семьи – Душанбе- 2015 - С.50-51.

[7-М]. Ризоев В.С. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени [Текст] / В.С. Ризоев, Ш.К. Назаров // Чарроҳҳои бетаъхир.-Душанбе.-2016.-№1.-С.92-97.

[8-М]. Ризоев В.С. Лапароскопическое лечение кист печени [Текст] / В.С. Ризоев, М. Хамрокулов / XI- Научно-практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им.Абуали ибни Сино с международным участием посвященная 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан. «Медицинская наука: Достижения и перспективы». Сборник материалов конференции.29 апреля. -Душанбе.-2016.-С.217-218.

[9-М]. Ризоев В.С. Пункционные способы лечения нагноившихся эхинококковых кист печени [Текст] / В.С.Ризоев, М. Хамрокулов / XI- Научно-практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвящённая 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан. «Медицинская наука: Достижения и перспективы». Сборник материалов конференции.29 апреля. -Душанбе. -2016.-С.218.

[10-М]. Ризоев В.С. Миниинвазивные вмешательства в лечении больных с эхинококкозом печени [Текст] / В.С. Ризоев, Х.Ш. Назаров / Проблемы инфекционной патологии. Материали международного симпозиума. 27 мая-Душанбе.-2022.-С.20-21.

[11-М]. Ризоев В.С. Потоморфологическая диагностика и профилактика интраоперационной диссеминации зародышевых элементов эхинококкоза [Текст] / В.С. Ризоев Х.Ю. Шарипов / Проблемы инфекционной патологии. Материали международного симпозиума. 27 мая-Душанбе.-2022.-С.35.

[12-М]. Ризоев В.С. Лапароскопия в лечении больных эхинококкозом печени [Текст] / В.С. Ризоев, Х.У. Шоймуродов / Проблемы инфекционной патологии. Материали международного симпозиума. 27 мая-Душанбе.-2022.-С.35-36.

Таклифоти ратсионализаторӣ

1. Таклифоти ратсионализатории №3466/R681 «Усулҳои мониторинги лаборатории инкишофи оризаҳои римдору септикии пасазчарроҳӣ баъд аз эхинококкэктомия». ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино 12.06 с.2015 додааст.

2. Таклифоти ратсионализатории №3465/R680 «Истифодаи маҳлули 10%-и Бетадин дар бесироятгардонии ковокии кистаи эхинококии чигар». ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино 12.06 с.2015 додааст.

3. Таклифоти ратсионализатории №3464/R679 «Усулҳои истифодаи маҳлули 10%-и Бетадин дар бесироятгардонии ковокии кистаи эхинококии чигар». ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино 12.06 с.2015 додааст.

4. Таклифоти ратсионализатории №3676/R727 «Усулҳои деэпителлизатсияи ғилофаки фиброзии эхинококкози чигар». ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино 16.12 с.2019 додааст.

ФЕЙРИСТИ ИХТИСОРАЙОИ АЛОМАТӢОИ ШАРТӢ

АЛАТ	Аланинаминотрансфераз
АсАТ	Аспартатаминотрансфераз
МШӢТТ	Маркази шаҳрии ӓрии таъҷилии тиббӓ
ТК	томографияи компютерӓ
ТМР	томографияи магнитӓ-резонансӓ
ХПРГМР	холангиопанкреатографияи магнитӓ-резонансӓ
СТӢ	суръати таҳшиншавии эритроцитҳо
СРС	сафедаи реактиви С
ТУС	таҳқиқи ултрасадоӓ
КӢӢ	кистай эхинококии чигар
ӢӢ	эхинококкози чигар
МФ ДБТТО	Муассисаи федералии давлатии бучавии таҳсилоти тиббии олӢ

АННОТАЦИЯ

РИЗОЕВ ВАТАНШО САЙФОВИЧ

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ключевые слова: эхинококкоз, диагностика, хирургическое лечение, лапароскопическая эхинококкэктомия, пункция, химиотерапия.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с эхинококкозом органов брюшной полости путем применения традиционных и миниинвазивных технологий

Материал и методы исследования и использованная аппаратура. Исследование ферритина, УЗИ с помощью оборудования «TOSHIBA». КТ-исследование с помощью аппарата «Somatom – SP» Siemens. Лапароскопические вмешательства с помощью оборудования «VEB MLW Mediciniche» Karl Storz, статистическая обработка.

Полученные результаты и их новизна. Разработан алгоритм диагностики и методов хирургического лечения эхинококкоза органов абдоминальной полости. Разработаны показания для применения лапароскопической эхинококкэктомии у больных с эхинококкозом органов брюшной полости. Разработаны показания для применения пункционных методов лечения у больных с эхинококкозом органов абдоминальной полости. Усовершенствован метод до и послеоперационной химиотерапии. Для определения нарушения функции печени и других органов при эхинококкозе печени органов брюшной полости исследован показатель ферритин.

Рекомендации по использованию. Лапароскопическая эхинококкэктомия должна применяться у больных с одиночными неосложненными эхинококковыми кистами. Уз-пункция эхинококковых кист органов брюшной полости должен быть строго дифференцирован. Комплексная до и послеоперационная химиотерапия эхинококкоза органов брюшной полости должен применяться у всех пациентов не зависимо от характеристик кисты. Всем пациентам с эхинококкозом печени должны проводить полноценную дезэпителизацию стенок фиброзной капсулы и озонированным 0,9% физиологическим раствором и 10% раствором Бетадин.

Область применения: Хирургия

АННОТАТСИЯ
РИЗОЕВ ВАТАНШО САЙФОВИЧ
ОПТИМИЗАТСИЯИ УСУЛҲОИ ТАШХИС ВА МУОЛИЧАИ
ЭХИНОКОККОЗИ УЗВҲОИ КОВОКИИ ШИКАМ

Калимаҳои калидӣ: эхинококкоз, ташхис, муоличаи чарроҳӣ, эхинококкэктомияи лапароскопӣ, пунксия, кимиёдармонӣ.

Мақсади таҳқиқот: Беҳбуди натиҷаҳои муоличаи беморони гирифтор ба эхинококкози узвҳои ковокии шикам бо роҳи истифодаи технологияи анъанавӣ ва камолоиш

Мавод ва усулҳои таҳқиқот, истифодаи дастгоҳҳо. Таҳқиқи ферритин, ТУС ба воситаи дастгоҳи «TOSHIBA». Таҳқиқи ТК ба воситаи дастгоҳи «Somatom – SP» Siemens. Амалиёти лапароскопӣ тавассути дастгоҳи «VEB MLW Mediciniche» Karl Storz, бозбинии оморӣ.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нағзҳои онҳо. Алгоритми ташхис ва усулҳои муоличаи чарроҳии эхинококкози узвҳои ковокии абдоминалӣ таҳия гардид. Нишондодҳо барои истифодаи эхинококкэктомияи лапароскопӣ дар мавриди беморони мубтало ба эхинококкози узвҳои ковокии шикам таҳия шуд. Нишондодҳо барои истифодаи усулҳои пунксионӣ (сӯзанхалонӣ) дар беморони гирифтор ба эхинококкози узвҳои ковокии абдоминалӣ таҳия карда шуд. Усулҳои кимиёдармони то ва пасазчарроҳӣ такмил дода шуд. Барои муайян кардани ҳалалёбии функсияи чигар ва узвҳои дигар ҳангми эхинококкози чигар ва узвҳои ковокии шикам нишондиҳандаи ферритин таҳқиқ карда шуд.

Тавсияҳо оид ба истифода. Эхинококкэктомияи лапароскопӣ бояд дар мавриди беморони гирифтор ба кистаҳои алоҳидаи эхинококии оризанаёфта татбиқ шавад. УС-пунксияи кистаҳои эхинококии узвҳои ковокии шикам бояд қатъиян тафриқа карда шаванд. Кимиёдармони маҷмуии то ва пасазчарроҳии эхинококкози узвҳои ковокии шикам бояд новобаста ба хусусиятҳои киста нисбат ба тамоми беморон ба қор бурда шавад. Дар мавриди тамоми беморони мубтало ба эхинококкози чигар бояд дезпителізатсияи пурраи девораи филофаки фиброзӣ ва бесироятгардонӣ тавассути маҳлули 0,9 %-и физиологии озонишуда ва маҳлули 10 %-и Бетадин ба амал оварда шавад.

Соҳаи истифода: Чарроҳӣ

ANNOTATION
RIZOEV VATANSHO SAIFOVICH
OPTIMIZATION OF METHODS OF DIAGNOSTICS AND SURGI-
CAL TREATMENT OF ECHINOCOCCOSIS OF ABDOMINAL OR-
GANS

Key words: echinococcosis, diagnosis, surgical treatment, laparoscopic echinococcectomy, puncture, chemotherapy.

Purpose of the study: Improving the results of treatment of patients with echinococcosis of the abdominal organs through the use of traditional and minimally invasive technologies.

Material and research methods and equipment used. Ferritin study, ultrasound using TOSHIBA equipment. CT examination using the Siemens Somatom-SP device. Laparoscopic interventions using equipment “VEB MLW Mediciniche” Karl Storz, statistical processing.

The results obtained and their novelty. An algorithm for the diagnosis and methods of surgical treatment of echinococcosis of the abdominal organs has been developed. Indications for the use of laparoscopic echinococcectomy in patients with echinococcosis of the abdominal organs have been developed. Indications for the use of puncture methods of treatment in patients with echinococcosis of the abdominal organs have been developed. The method of pre- and postoperative chemotherapy has been improved. To determine the dysfunction of the liver and other organs in echinococcosis of the liver of the abdominal organs, the ferritin indicator was studied.

Recommendations for use. Laparoscopic echinococcectomy should be used in patients with single uncomplicated hydatid cysts. Ultrasound puncture of echinococcal cysts of the abdominal organs should be strictly differentiated. Comprehensive pre- and postoperative chemotherapy for echinococcosis of the abdominal organs should be used in all patients, regardless of the characteristics of the cyst. All patients with liver echinococcosis should undergo complete de-epithelialization of the walls of the fibrous capsule with ozonated 0.9% saline and 10% Betadine solution.

Application area: Surgery

**ҒДММ “Сармад-Компания”
ш. Душанбе, кӯчаи Лойутч, 6 гузаргои 1**

Ба ҷопаш 23.07. 2024 имзо шуд. Андоза 60x84¹/₁₆.
3 ғузби ҷопч. Теъдод 100 нусха