

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

УДК: 616.36-002.3-07-089

На правах рукописи

ФАРЗОНАИ ИБРОХИМ

**МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И
ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ**

АВТОРЕФЕРАТ

на соискание ученой степени
доктора философии PhD, по специальности

6Д110117 - Хирургия

Душанбе 2022

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Назаров Шохин Кувватович**, доктор медицинских наук, доцент, кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Сафарзода Абдулло Мумин**, доктор медицинских наук, заведующий отделением хирургии ГУ «Городской медицинский центр №1 им. К. Ахмедова» управления здравоохранения Хукумата г. Душанбе

Амонов Шухрат Шодиевич, доктор медицинских наук, научный сотрудник отделения эндоскопии ГУ «Республиканский научный сердечно-сосудистый центр» МЗ и СЗН РТ

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «___» «_____» 2022 г. в «___» часов на заседании диссертационного совета 6D. КОА-040 при ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Адрес: Республика Таджикистан, 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки 139.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» и по электронному адресу: www.tajmedun.tj

Автореферат разослан «___» «_____» 2022 года

**Учёный секретарь
диссертационного
совета
д.м.н.**

Шарипов А.М.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Абсцесс печен(АП) –весьма сложная и тяжелая патология, диагностика и лечение которой до настоящего времени вызывает проблему и некоторые трудности. На сегодняшний день непаразитарные абсцессы печени составляют весомую часть по частоте заболевания в России и в странах Средней Азии, которые наблюдаются у 0,02-2% среди госпитализированных пациентов в хирургических стационарах республики, а частота их имеет тенденцию к увеличению [Мошковский Г.Ю.,2010;EsseghaierS.2017].АП клинически характеризуется высоким риском развития тяжелых осложнений, со стороны органов брюшной полости, вызывая в некоторых случаях перитонит, сепсис, полиорганную недостаточность [AcharyaM.N., 2012;PanebiancoA.2015], при этом общая летальность составляет 10-15%. Однако, несмотря на имеющиеся современные высокоточные диагностические методы исследования, количество диагностических ошибок при АП остается довольно высоким, что ведет к возникновению нарушения этапов диагностики, а поздняя диагностика абсцесса печени порой сопровождается высокой послеоперационной смертностью, достигающей 15% [Вайнер Ю.С.,2010; Гулов М.К., 2016;RubensD.J.,2016].

Компьютерная томография (КТ) в диагностике абсцессов печени занимает особое место и является наиболее перспективным методом исследования для своевременного выявления очаговых поражений печени, что позволяет установить топичку патологического очага, оценить его структуру, провести денситометрический анализ [Гусев Л.Л.,2017;EltawansyS.A.,2016;WuT.C.2017].

Ультразвуковое исследование(УЗИ) на сегодняшний день широко используется в диагностике, оценке и выбора тактики лечения АП, однако, в виду отсутствия полноценной информации о клинике и данных инструментального исследования АП у различных этиологических подгрупп на разных её стадиях формирования, ранняя диагностика бывает весьма затруднительной. Большинство авторов придерживается мнения об ограниченном применении миниинвазивных вмешательств (МИВ) в лечении АП и не рекомендует их в лечении категорий АП, немало спорных моментов в разнообразии показаний к дренированию и применению новых технологических подходов в вопросах послеоперационных осложнений и неудач [AcharyaN.N.,2012;MalikA.A., 2015].Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности АП и диктует необходимость дальнейшего изучения вопросов диагностики и комплексного лечения АП.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Вопросы выбора оптимальной тактики лечения АП связаны с выбором рационального подхода в зависимости от причины заболевания, фазы развития, тяжести состояния пациента и информативности методов исследования. На данном этапе имеется возможность внедрения в клиническую практику миниинвазивных технологий при лечении АП, при этом основным направлением адекватного лечения АП является ранняя и топическая диагностика. Однако до настоящего времени нет единого мнения и тактики его лечения, несмотря на многочисленность публикаций, посвященных миниинвазивному лечению АП, остаются нерешенными вопросы показаний и противопоказаний, выбора способа лечения, обеспечения его эффективности и профилактики осложнений.

Связь работы с научными программами, темами. Диссертационная работа выполнено в рамках научно-исследовательской работы кафедры хирургических болезней №1 им. ак. Курбанова К.М. ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино «Неотложная хирургия брюшной полости», «Комплексная диагностика, профилактика и хирургическое лечение эхинококкоза печени». ГР №0116ТJ00592

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования. Оптимизация топической диагностики и дифференцированного подхода к миниинвазивным методам лечения больных с абсцессами печени.

Для реализации цели были поставлены следующие задачи.

Задачи исследования:

1. Изучить ультразвуковую, компьютерно-томографическую картину абсцессов печени и определить их клиническую значимость для выбора метода лечения.
2. Определить прогностическую значимость перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у больных с абсцессами печени до и после лечения.
3. Разработать диагностический и лечебный алгоритм при абсцессах печени с определением показаний и противопоказаний к миниинвазивным хирургическим вмешательствам.
4. Оценить ближайшие результаты комплексного лечения абсцессов печени.

Научная новизна

Разработаны ультразвуковая, компьютерно-томографическая клиническая семиотика абсцессов печени и их осложнений для постановки полноценного диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

Разработаны клинические сведения о локализации абсцессов печени по сегментам, выделены приоритеты сегментарного расположения и состояния окружающих сосудов.

Разработана клиническая картина 3-х мерного объемного изображения патологического объекта для постановки топической диагностики и выбора адекватного метода лечения.

Изучено клиническое значение перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у пациентов с абсцессами печени с целью полноценности эффективности лечения.

Изучена эффективность использования доплерографических режимов в улучшении и визуализации осложнений для проведения пункционного метода дренирования.

Доказана эффективность миниинвазивного пункционного метода лечения абсцессов печени.

Теоретическая и научно-практическая значимость работы заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе в медицинских Вузах.

Разработанные диагностические критерии абсцессов печени различной этиологии на разных стадиях формирования могут улучшить выбор методов диагностики и оптимальную лечебную тактику, и будут способствовать снижению числа открытых операций, послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Объект исследования: 159 пациентов с абсцессами печени (78-ретроспективная группа и 81 перспективная группа).

Предмет исследования: результаты ультразвуковых и компьютерно-томографических исследований, поступивших с абсцессами печени пациентов в зависимости от этиологии, осложнений на этапах формирования и в процессе миниинвазивного эхоконтролируемого и традиционных оперативных вмешательств.

Личный вклад соискателя ученой степени:

Диссертационная работа – самостоятельное научное исследование автора. Соискатель самостоятельно определил цель и задачи исследования, провел сбор, обобщение и анализ полученных результатов, выполнил полноценный патентный поиск и анализ имеющейся научной литературы по теме исследования. Провел ретроспективный анализ 73 историй болезней за период с 2000 до 2020гг., и тематический подбор больных в соответствии с задачами исследования. Автором проведена анализ ультразвукового метода исследования более 200 пациентов, поступивших с абсцессами печени, выполнены лечебные вмешательства более чем у 175 пациентов, в качестве ассистента – у 150 больных с тематическим планом исследования. Автором самостоятельно написаны все разделы диссертации, сформулированы ее основные положения и выводы, проведен статистический анализ полученных данных. В исследованиях, выполненных в соавторстве, реализованы научные идеи диссертанта.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (формуле и области исследования): Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 6D 110117 – Хирургия. 3.1. Этиология. Патогенез. Диагностика, лечение и профилактика врожденных заболеваний органов брюшной полости (желудочно-кишечного тракта, печени и желчных путей, поджелудочной железы) и грудной клетки (легких, пищевода, плевры, средостения, диафрагмы). 3.7. Патология печени и желчевыводящих путей. 3.8. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода.

Положения, выносимые на защиту:

1. Для полноценной и своевременной диагностики абсцессов печени и дифференцированного подхода к выбору методов миниинвазивных вмешательств необходимо провести УЗИ и КТ в сочетании.
2. Для уточнения уровня эндотоксемии и характера инфекционно-воспалительного процесса у больных с абсцессами печени параллельно с общепринятыми методами лабораторных исследований необходимо исследовать параметры ПОЛ и антиоксидантную защиту системы крови до, вовремя и после лечения.
3. Диагностика и лечение абсцессов печени должны быть комплексными, с включением современных лабораторных и инструментальных технологий, параметров ПОЛ и антиоксидантной системы крови.

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 материала подтвердила достоверность полученных результатов.

Апробация и реализация результатов диссертации (на каких конференция, совещаниях, семинарах докладывались основные положения диссертации, при чтении лекций в учебных заведениях). Основные результаты диссертационной работы были представлены и доложены на 66-й годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с международным участием «Роль и место инновационных технологий в современной медицине», 23 ноября 2018, Душанбе; XIII научно-практической конференции молодых ученых «Медицинская наука: новые возможности», 27 апреля 2018, Душанбе; XIV научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине», 19 апреля 2019, Душанбе; Международной научно-практической конференции, 67-й годичной, посвященной 80-летию ТГМУ им Абуали ибни Сино и «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» «Медицинская наука XXI века - взгляд в будущее», 29 ноября

2019, Душанбе; XV научно-практической конференции молодых ученых «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки», 24 апреля 2020, Душанбе; международной научно-практической конференции 68-й годичной, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования», 27 ноября 2020, Душанбе; на совместном заседании экспертно-проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» 2021 года, протокол заседания №11.

Публикации по теме диссертации: По материалам диссертации опубликовано 15 научных работ, в том числе 4- в журналах, рекомендованных ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа изложена на русском языке на 178 страницах печатного текста и состоит из введения, общей характеристики, обзора литературы, 3 разделов собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, рекомендации по практическому использованию литературы. Работа иллюстрирована 18 таблицами и 41 рисунками. Список использованной литературы содержит 186 научных публикаций: из их 90 русскоязычных и 96 англоязычных источников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общая характеристика клинического материала исследования

В исследование были включены 159 пациентов с абсцессами печени, проходившие стационарное лечение в хирургических отделениях ГУ «городской центр медицинской помощи» с 2000 по 2020 гг. Все пациенты разделены на две группы – основную и контрольную. В основную группу вошли 81(50,9%) больные, в лечении которых были использованы только мини инвазивные пункционные вмешательства под непосредственным ультразвуковым контролем, а контрольную составили 78(49,1%) пациентов которым были произведены традиционные и лапароскопические методы лечения. В ходе исследования у больных основной группы 81(50,9%) исследования использовалась усовершенствованная хирургическая лечебная тактика при пункции абсцессов печени, основанная на индивидуальных особенностях и характере течения абсцесса, а также своевременной и точной диагностике деструктивного процесса и его эволюции. Возраст исследованных больных с абсцессами печени в обеих исследуемых группах составили от 21 до 85 лет с превалированием категории лиц наиболее трудоспособного возраста - от 21 до 49 лет, которых было 124 (78,0%) человек. Пациенты старшей возрастной группы в обеих наблюдаемых группах составили 35 (22,0%) человек (Таблица 1).

Таблица 1. -Распределение больных по полу и возрасту пациентов с абсцессом печени

Возраст (лет)	1 (основная) группа (81)						2 (контрольная) группа (78)					
	мужчин		Женщин		всего		мужчин		женщин		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
21-29	7	8,6	13	16,0	20	24,7	8	10,3	12	15,4	20	25,6
30-39	9	11,1	17	21,0	26	32,1	7	9,0	17	21,8	24	30,8
40-49	7	8,6	12	14,8	19	23,4	6	7,7	9	11,5	15	19,2
50-59	3	3,7	8	9,9	11	13,6	4	5,1	7	9,0	11	14,1
60-69	1	1,2	3	3,7	4	4,9	2	2,6	6	7,7	8	10,3
70-79	-	-	1	1,2	1	1,2	-	-	-	-	-	-
> 80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Итого	27	33,3	54	66,7	81	100,0	27	34,6	51	65,4	78	100,0

Все поступившие пациенты были госпитализированы в хирургические отделения в экстренном порядке. В ходе исследования у большинства больных - 147 (92,5%) человек, по данным анамнеза было установлено наличие предрасполагающих факторов развития данной патологии. У остальных 12 (7,5%) пациентов определить этиологический фактор развития заболевания не удалось. Также было определено, что преобладающими причинами являлись холангиогенный абсцессы, которые диагностированы у 31 (38,3%) пациента из основной группы и у 29 (37,2%) пациентов из контрольной, амёбные абсцессы были выявлены у 15 (18,5%) больных основной группы и у 14 (17,9%) больных контрольной группы. У большей части пациентов отмечалось наличие соматических патологий, среди которых чаще всего наблюдались сердечно-сосудистые заболевания – у 14 (17,3%) пациентов основной группы и у 29 (37,2%) больных контрольной группы исследования. Различные формы гастрита были обнаружены у 27 (33,3%) больных основной группы и у 21 (26,9%) пациента контрольной группы, язвенная болезнь желудка – у 13 (16,0%) больных основной группы и у 11 (14,1%) контрольной, и желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, холангит – у 31 (38,3%) пациентов основной группы и у 29 (37,2%) контрольной. Сахарный диабет различного типа было диагностировано у 23 (28,4%) пациентов основной и у 25 (32,1%) контрольной групп.

Лабораторные методы исследования. Больным выполнялись общеклинические развернутые анализы крови и мочи; развернутые биохимические анализы крови с определением количества общего белка, уровня билирубина, печеночных проб, ферментов. У пациентов основной группы дополнительно выполнялись исследования интенсивности процессов ПОЛ. Исследование лейкоцитарного индекса интоксикации выполнялось по методу Я.Я. Кальф-Калифа (1941). Определение интенсивности ПОЛ по накоплению малонового диальдегида (МДА) проведено по методу Hanter и активность каталазы 40 больным в ЦИНИЛ при ТГМУ имени Абуали ибни Сино спектрофотометрическим методом и ИФА метод количественного определения общего 25-ОН Витамин D 40 больным в Медицинском центре «Диамед».

Микробиологические исследования. Исследование условно-патогенных бактерий выполнялось всем больным основной группы (n=81), традиционными методами (Bergy, 1994), и с помощью тест-системы API (BioMerieux, Франция). Чувствительность к противомикробным препаратам изучалась с использованием диско-диффузионного метода, проводимого на агаре Мюллера-Хинтона с помощью дискового набора с антибактериальными препаратами. Для проведения данного исследования использовались диски производства Bio-Rad™ и BD™ (США). Внутренний контроль осуществляли с использованием международных референс-штаммов *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Enterococcus faecalis* ATCC 29212, *Escherichia coli* ATCC 25922.

Инструментальные методы исследования. Ультразвуковое исследование выполнялось всем пациентам основной группы (n=81) и всем пациентам контрольной группы (n=78) с использованием эхотомографа HDI 5000 производства “Philips” и “Siemens” с конвексным датчиком 3,5-5,0 МГц, в КДО ГУ ГЦ СМП. УЗИ выполнялось пациентам на момент госпитализации, ещё в приемном отделении без предварительной подготовки. Для оптимизации визуализации границ использовали режим инициированного колорайзинга. С применением доплерографических методов оценивали васкуляризацию зоны локализации АП, и выбора безопасного акустического окна, навигации пункционного вмешательства и динамического контроля после пункции.

Компьютерная томография проводилась с помощью томографа Somatom Definition AS, Siemens Medical Solutions до и после болюсного контрастного усиления («Ультравист» 370 мг/йода на 100 мл со скоростью введения 3,0 мл/сек). РКТ-исследование было выполнено у 39 (48,1%) пациентов основной группы в медицинском центре Nurafzo. В 20% случаев пациентам с абсцессом печени РКТ выполнялось в динамике.

Методика диагностических и лечебных миниинвазивных вмешательств при абсцессах печени. Диагностические миниинвазивные вмешательства выполнены всем пациентам основной группы (81). Показанием к лечебному миниинвазивному вмешательству считали наличие сформированного абсцесса печени при объеме гнойной полости не менее 5,0 мл (диаметром ориентировочно более 3,0 см). С учетом локализации абсцесса печени и анатомических сосудистых структур печени было осуществлено поиск безопасного акустического окна (БАО). Для выбора безопасного акустического окна на первом этапе осуществляли стандартное сканирование печени в -режиме в положении больного лежа на левом боку, в VI-VIII межреберье по среднеключичной и подмышечной линиям, при необходимости – в положении больного лежа на спине по белой линии живота. ЦДК выполняли при поверхностном дыхании в режимах, соответствующих стандартам функционального исследования сосудов портальной системы и собственных вен печени: мощность излучения – 60 - 70%, диапазон скоростных характеристик 10 - 20 см/сек.

Для оценки эффективности был проведен сравнительный анализ УЗ изображений и доплерографических режимах по традиционной методике и с последующим применением собственных приемов. Производили полипозиционное сканирование в В – режиме.

Миниинвазивные вмешательства выполняли под местной анестезией в сочетании с атаралгией с использованием бензодиазепинов и наркотических анальгетиков без выключения сознания. Выполняли последовательно местную послойную туннельную анестезию кожи и подкожной клетчатки раствором Лидокаин 2%.

Для достижения полноценной визуализации инструмента его введение осуществляли в непосредственной близости от датчика со стороны его торца под углом около 45° таким образом, чтобы инструмент на всем протяжении находился в плоскости сканирования (рисунок.1).



Рисунок 1. - Взаиморасположение датчика и инструмента в момент выполнения миниинвазивного вмешательства у пациентов с абсцессом печени

Полость абсцесса после опорожнения санировали озонированным теплым 0,9% физиологическим раствором до очищения. Изучались динамические изменения клинико-лабораторных и инструментальных показателей, объем дренажного отделяемого, а также состав микрофлоры.

Методы статистической обработки результатов. Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10.0» (StatSoft Inc., USA). Для абсолютных величин вычисляли средние значения и ошибку среднего значения ($M \pm m$); для качественных показателей – относительную величину (р). Множественные сравнения показателей в зависимых группах проводились с помощью ANOVA Фридмана. Для определения различий между группами по качественным признакам использовался критерий χ^2 , включая поправку Йетса. Точный критерий

Фишера применялся в случаях, когда какое-либо значение признака встречалось менее 5 раз. Различия статистически считались значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

При изучении характера клинических проявлений абсцессов печени было установлено присутствие в них болевого синдрома, локальных и общих признаков. Из числа общих признаков выделены три фактора: увеличение температуры тела, увеличение уровня билирубина в крови и наличие болей. С учетом данных признаков были выделены несколько групп пациентов.

I группа – пациенты с наличием холангиогенного АП (n –31);

II группа – пациенты с наличием амёбного АП (n-15);

III группа – пациенты с нагноившейся эхинококковой кистой печени (n-10);

IV группа - с абсцессом остаточной полости (n-9);

V группа – с посттравматическим абсцессом (n-11);

VI группа – причина не установлена (n-5).

В I группе пациентов, у которых был диагностирован холангиогенный АП, наличие болей отмечалось в 27 (33,3%) случаях (табл.2). При этом у 19 (23,4%) из этих пациентов боли имели приступообразный характер. В 26 (32,0%) случаях у пациентов отмечалась желтуха, при этом у 1 пациента на фоне желтухи отмечался кожный зуд, и наблюдались следы расчесов.

Посттравматические АП у 11 (13,5) пациентов были обнаружены спустя 12-30 дней от момента получения травмы. Отмечалось увеличение температуры тела вплоть до гектических цифр с присоединением лихорадки, наличие слабости, исчезновение аппетита. На наличие болей в правой подреберной области жаловались 19 (52,8%) пациентов.

Таблица 2. - Частота клинических проявлений у больных с абсцессом печени в исследуемых группах (основная группа)

Клинические признаки	I группа	II группа	III группа	IV группа	V группа	VI группа
Боли	27	9	7	3	8	4
Слабость, недомогание, снижение веса, потеря аппетита	30	13	5	7	6	5
Озноб, лихорадка	26	11	-	3	6	4
Аллергические высыпания, реакции	6	3	5	2	-	-
Желтушность кожи и склер	26	9	3	5	4	3
Гепатомегалия	19	6	4	2	2	1
Спленомегалия	2	-	1	-	-	-
Метеоризм	25	13	4	5	3	5
Жидкий стул	25	15	3	4	1	5
Постоянный дискомфорт	29	15	10	9	10	5

Патологическое выпячивание в правом подреберье было отмечено в 15 (18,5%) случаях. Увеличение границ печени и определение при пальпации опухолевидного образования наблюдалось у 13 (16,0%) пациентов, выпот в абдоминальной полости был обнаружен у 9 (11,1%) пациентов. Факт метеоризма, постоянного жидкого стула, дискомфорта был установлен у 25 (30,8%) пациентов с холангиогенным абсцессом печени и у 5 (6,1%) пациентов с неустановленным этиологическим фактором абсцесса печени (таблица 2). Далее при детальном исследовании выяснено, что у 25 (30,8%) первой группы исследования и у 5 (6,1%) пациентов VI группы имеется синдром избыточного бактериального роста, т.е. пациенты данных подгрупп исследования

страдают гипоацидным гастритом, установленным путём проведения эзофагогастродуоденоскопии (таблица 3).

Таблица 3. - Этиологические факторы развития абсцесса печени в исследуемых группах больных

Факторы абсцессов печени	Основная группа (n=81)		Контрольная группа (n=78)		p
	абс	%	абс	%	
Нарушение функции илеоцекального клапана	18	22,2	16	20,5	>0,05
Холецистэктомия	21	25,9	19	24,4	>0,05
Острый гипоацидный гастродуоденит	19	23,4	17	21,7	>0,05
Сахарный диабет	14	17,2	19	24,3	>0,05
Длительный прием антибиотиков	19	23,4	25	32,1	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2).

Выяснено, что нарушение илеоцекального клапана, баугинит имели место у 18 (22,2%) больных I группы исследования, установленный после ирригоскопии, также в этой группе в анамнезе проведение холецистэктомии у 16 (19,7%) пациентов, в ходе исследования все пациенты VI группы, 5 (6,1%), страдали острым гипоацидным гастритом, сахарным диабетом. В ходе исследования из показателей крови среднее содержание гемоглобина у пациентов в среднем составило 102 г.%. Во всех группах исследования выявлена картина анемии и количественное содержание эритроцитов было в остром периоде от $3,0 \pm 0,8$ до $3,6 \pm 0,1$, что касается уровня лейкоцитов, то от $16,1 \pm 1,6$ до $13,2 \pm 0,1$, и СОЭ от $32,1 \pm 6,0$ до $20,4 \pm 0,9$ мм/час, также заметны высокие цифры билирубина крови в исследуемых группах, от $36,4 \pm 4,2$ до $26,8 \pm 0,6$ по группам, немаловажную роль играло и содержание фибриногена, которое выражалось в высоких цифрах $-7,8 \pm 0,1$, а протромбиновый тест по КВИКУ $124,2 \pm 1,02$, свидетельствующие о нарушении печеночных клеток (таблица 4).

Таблица 4. – Некоторые показатели сыворотки крови у исследуемых групп больных с абсцессом печени до оперативного вмешательства ($M \pm m$)

Показатель	До пункции	3сутки	5 сутки	7 сутки	9сутки	При выписке
АлАТ	$0,72 \pm 0,03$	$0,78 \pm 0,01$	$0,74 \pm 0,2$	$0,72 \pm 0,1$	$0,70 \pm 0,09$	$0,70 \pm 0,08$
АсАТ	$0,91 \pm 0,13$	$0,82 \pm 0,12$	$0,74 \pm 0,1$	$0,74 \pm 0,09$	$0,72 \pm 0,08$	$0,72 \pm 0,09$
Фибриноген	$7,8 \pm 0,1$	$7,2 \pm 0,1$	$6,1 \pm 0,8$	$5,2 \pm 0,1$	$7,2 \pm 0,1$	$7,0 \pm 0,2$
Протромбиновый тест по КВИКУ	$124,2 \pm 1,02$	$124,8 \pm 1,08$	$128,1 \pm 0,1$	$126,2 \pm 0,1$	$126,01 \pm 0,2$	$124,1 \pm 1,03$
ЛИИ	$6,4 \pm 0,7$	$6,4 \pm 0,4$	$4,2 \pm 0,9$	$4,8 \pm 0,6$	$6,0 \pm 0,9$	$6,0 \pm 0,1$
Малоновый диальдегид	$16,58 \pm 0,47$	$15,41 \pm 0,28$	$14,21 \pm 0,16$	$12,02 \pm 0,9$	$12,9 \pm 0,017$	$14,1 \pm 0,09$
Каталаза	$80,4 \pm 0,5$	$98 \pm 0,4$	$107 \pm 0,7$	$140 \pm 0,5$	$153 \pm 0,5$	$160 \pm 0,2$
Витамн D	$42,8 \pm 2,0$	$40,1 \pm 0,9$	$46,8 \pm 0,1$	$52,0 \pm 0,1$	$50,6 \pm 0,1$	$48,0 \pm 0,2$

Исследование динамики лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) составили $3,4 \pm 0,7$ и у больных с холангиогенным абсцессом и амёбным абсцессом, постравматическим $6,0 \pm 0,9$, и без установленной причины $6,0 \pm 0,1$ значения практически не различались. Однако выяснилось, что у больных с хроническим гнойным очагом в печени значение этого показателя варьировало с $4,2 \pm 0,9$ до $4,8 \pm 0,6$. Показатель ПОЛ – малоновый диальдегид в исследуемых группах, пик был зафиксирован с холангиогенным абсцессом печени $16,58 \pm 0,47$ и самый низкий показатель у пациентов IV и V группы с хроническим процессом. При изучении уровня

витамина D в крови исследуемых пациентов основной группы выявлены очень низкие показатели, от $42,8 \pm 2,0$ до $48,0 \pm 0,2$, свидетельствующие дефиците витамина при данной патологии. У 79 пациентов из основной группы были проведены микробиологические исследования отделяемого из ран, а также содержимого патологического очага, добытого путем его пунктирования под УЗ-контролем, что позволило определиться с выбором антибиотиков. Наличие кишечной палочки в 59 (72,8%) случаях было обнаружено в моновиде и в 7 (8,6%) случаях в комбинации с другими микроорганизмами. Наличие фекального стрептококка в 18 (22,2%) случаях было обнаружено в моновиде и в 5 (6,1%) случаях в комбинации.

В ходе исследования холангиогенные АП наблюдали у 31 (38,2%) пациента. Отличительными особенностями холангиогенных АП были: четкий контур, отсутствие капсулы, отсутствие демаркации, в подавляющем большинстве случаев – анэхогенность содержимого, без включений. При ЭДК холангиогенные АП определялись как образования, в которых сосудистые локусы не визуализировались. В 7 (8,4%) из 31 случаев холангиогенные АП были множественными. Одиночные холангиогенные АП располагались интрапаренхиматозно и достигали размера до 10 см. У 6 (7,4%) пациентов с холангиогенными АП определялась связь с внутривенными протоками. Холангиогенные АП сопровождалась перихолангитической и перипортальной инфильтрацией в виде повышения эхогенности паренхимы вдоль желчных протоков. (рисунок 2).

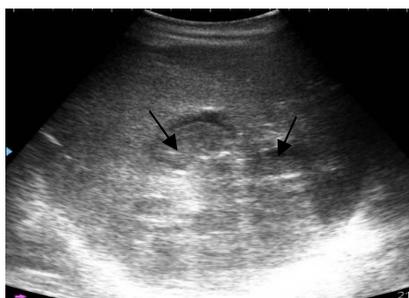


Рисунок 2. – УЗИ печени. Холангиогенный абсцесс печени

В 5 (6,1%) случаях наблюдали эхопризнаки газа в желчных протоках, что расценивали как признак связи холангиогенного АП с протоковой системой. Для пространственной оценки взаимоотношения множественных полостей АП и анатомических структур использовали режим панорамного сканирования. Посттравматический абсцесс печени диагностирован у 11 (13,5%) больных основной группы. На начальных стадиях формирования посттравматический АП определяли, как анэхогенную полость без признаков демаркации, в которой в последствие визуализировались флотирующие гипер- или изоэхогенными полиморфные включения, относящиеся к тканевому детриту, секвестрам печеночной ткани, фибриновым сгусткам (рисунок 3; 4).

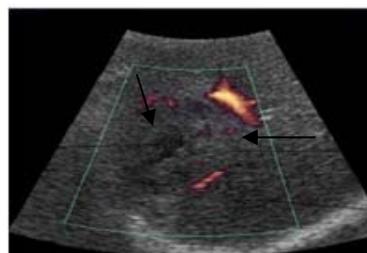


Рисунок.-3;4 - УЗ изображение холангиогенных АП в режиме панорамного сканирования

Наличие сформированного посттравматического АП на УЗИ определялось в виде ан- или гипоехогенной полости, имеющей неправильную форму, размытые контуры, которые повторяют линию разрыва (рисунок 5; 6).



Рисунки. 5; 6.- Сформированный посттравматический абсцесс печени.

Амёбные абсцессы печени диагностированы у 15 (18,5%) пациентов, в ходе исследования были выявлены следующие характерные признаки и особенности. Амёбные абсцессы печени чаще всего локализуются на периферии органа, при этом прилежат к капсуле печени, часто располагаясь под диафрагмой, для амёбного абсцесса характерна круглая или овальная форма, четко отграниченная, чем пиогенный абсцесс (рисунок.7).

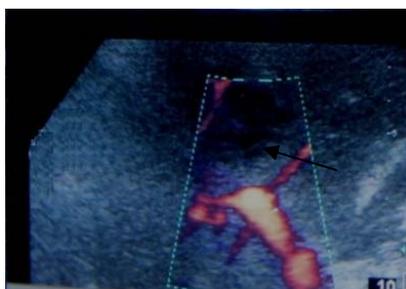


Рисунок 7. – Амёбный абсцесс печени. Полипозиционное сканирование.

Отмечалось наличие участка демаркации, который отличался от других видов АП своей меньшей выраженностью. В 6 (7,4%) наблюдениях отмечалось ухудшение визуализации области АП по причине возникновения в результате травмы или операции изменений – отечность, формирование п/о рубец. Нагноение эхинококковой кисты печени диагностировано у 10 (12,3%), абсцесс остаточной полости у 9 (11,1%) пациентов.

КТ-исследование у больных с абсцессом печени применялось в 47 случаях. Показаниями к применению КТ-исследования являлись: Сложности дифференциации на раннем этапе развития АП от других видов объёмных образований обнаружение множественных поражений печени.

Сонографическая визуализация при миниминвазивных вмешательствах у больных с абсцессом печени

Визуализация пункционной иглы не всегда бывает удовлетворительной, что препятствует достижению цели МИВ и способствует повышению риска травматизации анатомических и сосудистых структур и формирования осложнений. При этом установлено, что простым и надежным и доступным методом улучшения является визуализация в режиме ЭДК движения жидкости внутри полый иглы или дренажа, которое доплерографически отражается на экране в цветном режиме. В качестве движущейся жидкости может выступать озонированный тёплый физиологический раствор, в последующем позволяющий аспирировать содержимое АП. Для этой цели был усовершенствован прием улучшения визуализации дренажа путем мануальной инициации его низкоамплитудных колебаний, визуализируемых в режиме ЭДК (Рисунок 8; 9).



Рисунок 8. - Допплерографическая визуализация движения жидкости по дренажу, установленному в полости АП



Рисунок 9. - УЗ в режиме ЭДК-изображение дренажа, проводимого в полость посттравматического АП

Также был предложен способ улучшения визуализации инструментария, основанный на использовании нового параметра – возникновения при ЭДК **твинклинг-артефакта**, что указывало на наличие объекта большей, чем у окружающих тканей, плотности – пункционного инструмента. Расположение датчика было таковым, чтобы сканируемая зона захватывала участки планируемого введения инструментов. Так, дренаж в В-режиме определялся по типу двух линейных идущих параллельно друг другу гиперэхогенных структур, или же в виде полосы с низкой эхогенностью на фоне печеночной паренхимы, толщина которой соответствует диаметру дренажной трубки. При этом на участке разделения сред, имеющих разную плотность (инструмент и печеночная ткань) появлялся твинклинг-артефакт, который характеризовался при визуализации в режиме ЭДК появлением ярковыраженного цветового локуса, смещаемого во время изменения сканируемого угла по поверхности печеночной структуры, повышенной эхогенности. Во время визуализации дренажей в продольном сканировании наблюдали двойной твинклинг-артефакт от стенок дренажной трубки. В режиме ЭДК наряду с визуализацией твинклинг-артефакта также можно было в полном объеме контролировать движение и прохождение жидкости по дренажу. На приведенном УЗ снимке наличие двойного твинклинг-артефакта позволило дифференцировать дренаж в момент оттока содержимого от кровеносного сосуда с движущейся в его просвете кровью. Также для улучшения визуализации инструмента использовали способ инициации вибрации с использованием режима ЭДК (рисунок 10). Путем прижатия УЗ датчика к поверхности живота с инициированием поступательно-возвратных движений датчика вызывались вибрационные движения со стороны находящихся под ним тканей. Установлено, что в навигации чрескожных МИВ оптимальным и достоверным доплерографическим режимом является ЭДК.



Рисунок 10.- Визуализация дренажа в режиме ЭДК при искусственно иницированной вибрации

При сравнительном анализе режимов картирования определено, что при исследовании в режиме ЦДК общее качество УЗ изображений снижается за счет перераспределения объема постпроцессинговой обработки сигнала на цветное и серошкальное изображение, что затрудняет УЗ контроль во время проведения МИВ. При УЗИ данной зоны, но в режиме ЭДК изображение более четкое, кровеносные сосуды визуализируются в виде цветовой структуры, размеры и границы которой

близки реальным анатомическим, определяемым в В-режиме (рисунок 11). Следует отметить, что за пределами области ЭДК гиперэхогенные элементы, соответствующие дренажу, отчетливо не визуализируются и могут быть интерпретированы неоднозначно.



Рисунок 11. -УЗИ в режиме ЭДК: твинклинг-артефакт на конце пункционной иглы: комплексное применение способов улучшения визуализации инструмента при дренировании АП с использованием режима ЭДК.

Для оценки эффективности предложенных методов улучшения визуализации был проведен сравнительный анализ УЗ изображений в В-режиме и с последующим применением вышеописанных приемов у 5 пациентов. В 49 (60,4%) наблюдениях удалось выявить эхопризнаки дренажа в паренхиме печени, но не в полости АП. В 19 - локализацию дренажа в паренхиме печени при продольном сканировании возможно было определить по наличию линейной гипоэхогенной структуры (просвет дренажа), толщина которой соответствовала внутреннему диаметру дренажа. В 18 случаях манипуляций дренаж уверенно визуализировался в паренхиме печени в виде двух гиперэхогенных линейных структур, соответствующих его стенкам, однако не определялся в полости АП. В 61 (75,3%) процедуре в В-режиме удалось удовлетворительно визуализировать дренаж в продольном сечении. В 75,3% случаев при исследовании в В-режиме не удалось получить полноценных эхографических данных о локализации дистальной части дренажа в полости АП, что является статистически значимым ($p < 0,001$). У всех больных основной группы использовано внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) и местное лечение, и излучение полости абсцесса. В начале лечения у больных с абсцессами печени максимальный пульс варьировал от $98,2 \pm 4,6$ ударов в мин, который коррелировался с температурой тела, максимально достигавшей $37,3 \pm 0,2 \text{C}^0$, при этом такие показатели как ЛИИ, СРБ увеличивались в 6 раз, на фоне комплексного лечения с применением ВЛОК и местного облучения и санации полости абсцесса нормализация указанных показателей наступила на 5-7 сутки (таблица 5).

Таблица 5. – Динамика показателей интоксикации у больных основной группы с абсцессом печени на фоне ВЛОК и излучения полости высокоэнергетическим лазером (n-21) (M±m)

№	Показатель	Норма	Дни лечения				
			1	3	5	7	9
1	Пульс (уд.в мин.)	60-80	$98,2 \pm 4,6$	$84,0 \pm 3,2$	$80,4 \pm 2,2$	$76,8 \pm 1,4$	$70,0 \pm 1,0$
2	Температура тела (0С)	до 37	$37,3 \pm 0,2$	$37,2 \pm 0,1$	$37,0 \pm 0,2$	$36,4 \pm 0,1$	$36,2 \pm 0,1$
3	СОЭ (мм/ч)	2-15	$18,8 \pm 1,0$	$18,0 \pm 1,0$	$16,4 \pm 1,0$	$16,0 \pm 1,0$	$14,4 \pm 1,0$
4	ЛИИ	$1,00 \pm 0,2$	$3,4 \pm 0,01$	$3,4 \pm 0,01$	$3,0 \pm 0,01$	$2,4 \pm 0,02$	$2,0 \pm 0,01$
5	СРБ (мг/л)	до 3,0	$8,2 \pm 0,2$	$8,2 \pm 0,1$	$8,0 \pm 0,1$	$7,0 \pm 0,1$	$6,8 \pm 0,1$

В ходе изучения приведенных данных мы убедились, что нет способа определения точной точки доступа с учетом расположения патологического очага. Для

полноценной эвакуации содержимого полости абсцесса были разработаны и выбраны следующие точки доступа (таблица 6).

Таблица 6. –Разработанные точки доступа к полости абсцесса в зависимости от локализации у больных основной группы (n=81)

Локализация в сегментах печени	Количество пациентов	Точки доступа
VIII	29	7-е межреберье по средне-подмышечной линии, 8-емежреберье по задне-подмышечной линии, по средне-подмышечной линии
VII	21	10-е, 7-е межреберье по средне-подмышечной линии
VI	13	7-е межреберье по передне-подмышечной линии
V	9	На 2 см правее мечевидного отростка, 7-е межреберье по средне-подмышечной линии
III	4	На 2 см левее мечевидного отростка
II	5	На 2 см левее мечевидного отростка

Было установлено, что полость гнойного очага у пациентов с АП чаще всего находилась субкапсульно в правой доле печени в зонах VI, VII, VIII сегментов. Размеры гнойного очага варьировались от 16 до 500 см³ и выше. Причем у пациентов основной группы средний объем гнойного очага составил 166,34±54,28 см³.

Таблица 7. – Некоторые показатели сыворотки крови у исследуемых групп больных с абсцессами печени до и после оперативного вмешательства на фоне комплексного лечения (M±m) (n=31)

Показатель	До пункции	3сутки	5 сутки	7 сутки	9сутки	При выписке	P
Гемоглобин	88,6±4,8	94,1±0,3	102,08±0,1	102,2±0,8	104,2±0,9	104,4±0,1	<0,01
Эритроциты	3,0±0,6	3,2±0,1	3,6±0,2	3,4±0,5	3,6±0,2	3,7±0,1	<0,05
Лейкоциты	16,1±1,6	14,5±0,4	14,2±0,6	14,1±0,5	13,1±0,2	10,0±0,1	<0,05
Лимфоциты	48,1±6,1	42,1±0,8	40,1±0,9	36,1±0,8	36,0±0,3	26,1±1,8	<0,001
СОЭ	32,0±4,0	26,1±0,9	22,1±0,1	22,1±0,8	20,2±0,1	18,1±0,2	<0,001
Общий билирубин	36,0±2,2	26,3±0,6	24,1±0,2	26,0±0,6	24,1±0,4	20,8±0,5	<0,001
Общий белок	52,5±2,7	54,1±0,5	58,1±0,1	58,1±0,6	62,1±0,1	63,2±0,9	<0,01
Мочевина	14,6±1,2	14,2±0,9	14,0±0,6	14,1±0,3	13,6±0,6	13,9±0,1	>0,05
Креатинин	132,0±4,3	122,7±1,03	120,1±0,1	117,3±0,1	115,3±0,2	111,4±0,01	<0,001
Щелочная фосфатаза	323,3±10,9	317,1±2,2	307,2±0,5	302,2±0,3	301,2±0,2	292,4±0,1	<0,001
Амилаза	41,3±1,8	41,0±0,7	36,1±0,5	32,3±0,2	30,1±0,2	26,2±0,1	<0,001
АлАТ	0,71±0,02	0,78±0,02	0,73±0,1	0,71±0,1	0,70±0,01	0,68±0,08	<0,05

Продолжение таблицы 7.

АсАТ	0,91±0,11	0,81±0,11	0,73±0,1	0,71±0,09	0,70±0,01	0,68±0,07	<0,001
Фибриноген	7,5±0,1	7,1±0,1	6,7±0,8	5,4±0,1	5,2±0,1	5,0±0,1	<0,01
Протромбиновый тест по КВИКУ	123,2±1,01	123,5±1,02	120,1±0,1	118,2±0,1	115,01±0,2	115,1±1,01	<0,05
ЛИИ	6,4±0,6	6,3±0,4	6,2±0,1	4,8±0,1	4,0±0,9	4,0±0,1	<0,01
Малоновый диальдегид	16,58±0,47	15,41±0,28	14,21±0,16	12,02±0,9	12,9±0,017	14,1±0,09	<0,05
Каталаза	74.2±0,30	80.4±0.41	88,8±0,12	96.2±0,21	111±0,23	122,1±0,13	<0,001
Витамин D	41,8±2,0	43,1±0,9	46,8±0,1	52,0±0,1	50,6±0,1	58,0±0,2	<0,01

Примечание: *p* – статистическая значимость различия показателей в динамике (ANOVA Фридмана).

Было установлено, что большую часть составили больные с размерами АП от 1,6 до 10,0 см (47 (58,02%) наблюдений) и от 11,1 до 20,0 см (34 (41,9%) наблюдений), полученная разница между группами по данному показателю была статистически незначимой ($p=0,629418$). Общая продолжительность дренирования полости составляла от 14 до 18 суток. Всем пациентам основной группы в послеоперационном периоде был назначен препарат Ремаксол. Первично всем пациентам с холангиогенным абсцессом была произведена пункция абсцесса, в 4 (4,9%) случаях пункция гнойного очага выполнялась под УЗ-навигацией во время проведения лапароскопической холецистэктомии. Причинами развития абсцесса печени в 8 случаях являлись деструктивные формы холецистита, из них в 2 случаях абсцесс печени возник спустя 16 и 24 дня после выполнения холецистэктомии с повреждением холедоха, при этом в одном случае патологический очаг располагался в зоне 6–7 сегментов, а во втором случае в районе 7 сегмента. У 3 пациентов не удалось удалить кровяные сгустки путем промывания полости абсцесса. В 3 наблюдениях отмечалось наличие сопутствующей патологии в печени: в 1 случае был диагностирован токсический гепатит хронического течения, а в остальных двух случаях был диагностирован хронический вирусный гепатит. В 26 (32,0%) случаях, учитывая гипертензию и наличие конкрементов в желчевыводящих протоках, была произведена эндоскопическая папилосфинктеротомия, что позволило добиться хороших результатов. Для объективизации и эффективности качества лечения у всех пациентов основной группы были изучены некоторые параметры показателей крови в динамике после эвакуации содержимого полости абсцесса и на фоне проводимой комплексной терапии (таблица 7). Показатели гемоглобина до пункции составили $88,6\pm 4,8$ и после проводимой терапии $104,4\pm 0,1$ гр., эритроциты $3,0\pm 0,6$ восстановлены до $3,7\pm 0,1$., ЛИИ с $6,4\pm 0,6$ снижены до $4,0\pm 0,1$., Показатели малонового диальдегида с $16,58\pm 0,47$ до $14,1\pm 0,09$ и Витамин Д с $41,8\pm 2,0$ до $58,0\pm 0,2$. Пункционному вмешательству подвергнуты 15 (18,5%) пациентов с амёбным абсцессом печени. Исследование динамики гемоглобина до пункции составило $88,1\pm 4,0$ и после проводимой терапии $107,4\pm 0,2$ гр., эритроциты $3,1\pm 0,5$ восстановлены до $3,8\pm 0,1$., ЛИИ с $6,3\pm 0,5$ снижены до $4,9\pm 0,1$. Показатели малонового диальдегида с $16,38\pm 0,41$ до $11,1\pm 0,05$ и витамин Д с $41,3\pm 1,5$ до $58,1\pm 0,5$. Сравнивая показатели выявлено, что при холангиогенном абсцессе печени уровень эндотоксемии выше, чем у пациентов с амёбным абсцессом. Исследование в динамике как гемоглобин, эритроциты крови, лейкоциты, мочевины, щелочная фосфатаза,

малоновый диальдегид, витамин Д, показатели лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), показали, что в ходе лечения у больных, несмотря на имеющийся хронический процесс в печени отмечено снижение показателей на фоне проводимой терапии, было отмечено, что показатели гемоглобина до пункции составило $94,1 \pm 2,0$ и после проводимой терапии, $108,4 \pm 0,1$ гр., эритроциты с $3,4 \pm 0,2$ восстановлены до $3,7 \pm 0,1$, ЛИИ с $6,2 \pm 0,4$ снижены до $4,8 \pm 0,1$. Показатели малонового диальдегида с $16,35 \pm 0,41$ до $11,0 \pm 0,05$ и витамин Д с $41,1 \pm 1,3$ до $61,1 \pm 0,5$.

Также была исследована группа пациентов с постравматическим абсцессом печени и неустановленной причиной абсцесса печени. При пункционных вмешательствах у 11 (13,5%) с постравматическим абсцессом и у 5 (6,1%) пациентов с неустановленной причиной возникновения установка дренажа не вызвала проблемы. Содержимое кист было дренировано адекватно, лишь у 4 (4,9%) пациентов с постравматическим абсцессом возникла необходимость повторного пунктирования из-за достаточно большой плотности гнойного выпота, до 5 ед. В дальнейшем в ходе изучения динамики некоторых показателей крови показатели гемоглобина до пункции составили $88,1 \pm 1,0$ и после проводимой терапии $98,4 \pm 0,1$ гр., эритроциты с $2,9 \pm 0,2$ восстановлены до $3,7 \pm 0,1$, ЛИИ с $6,1 \pm 0,4$ снижены до $5,4 \pm 0,1$. Показатели малонового диальдегида с $16,31 \pm 0,29$ до $10,0 \pm 0,05$ и витамин Д с $43,1 \pm 1,3$ до $63,1 \pm 0,5$. В ходе проведенного исследования в подгруппе пациентов с холангиогенным абсцессом печени в послеоперационном периоде у 3 (3,7%) пациентов возникли осложнения, у 2 пациентов на 2-3 сутки отмечено желчеистечение в количестве до 400-500 мл. в сутки, пациенты получали консервативную терапию, было решено подвергнуть их эндоскопической папиллосфинктеротомии, постепенно отмечено уменьшение потери желчи. У 8 (9,8%) больных при контрольном УЗИ осмотре в период 1-2 часа после установки дренажа наблюдали эхографические признаки свободной жидкости (крови), что подвергнуты лапароскопии. В одном случае на 2 сутки после пункции абсцесса на фоне высоких цифр билирубина у пациента возникло холемическое кровотечение, присоединилась печеночная энцефалопатия и кома, на 4 сутки летальный исход. У 2 (2,4%) пациентов с абсцедированием эхинококковой кисты печени на 2-3 сутки после пункции возник желчный свищ, у 1 пациента из них печеночная недостаточность, что закончилась летальным исходом. У 1 (2,2%) пациента с постравматическим абсцессом печени после пункции отмечено кровотечение из места прокола, ликвидировано, произведена лечебная лапароскопия. В целом послеоперационные осложнения после миниинвазивных пункционных вмешательств у пациентов основной группы были у 8 (9,8%) пациентов, из них летальность у 2 (2,4%) пациентов. (диаграмма 1).

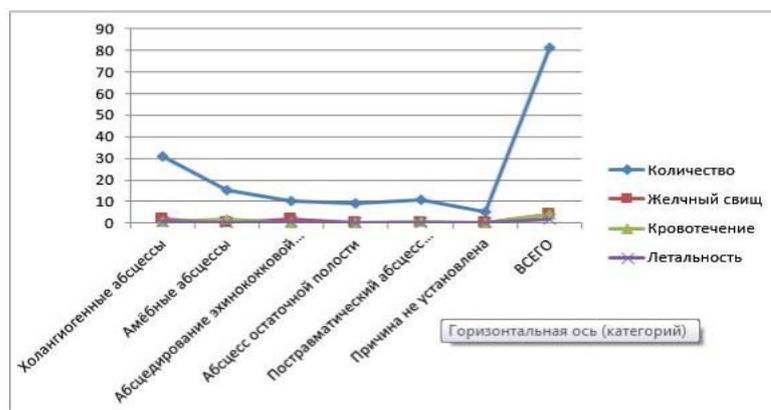


Диаграмма 1. - Результаты пункционных методов лечения абсцессов печени у пациентов основной группы (n=81)

Сравнивая группы исследования, у пациентов контрольной группы, которым ранее были проведены традиционные, лапароскопические методы лечения, осложнения были следующего характера (диаграмма 2).

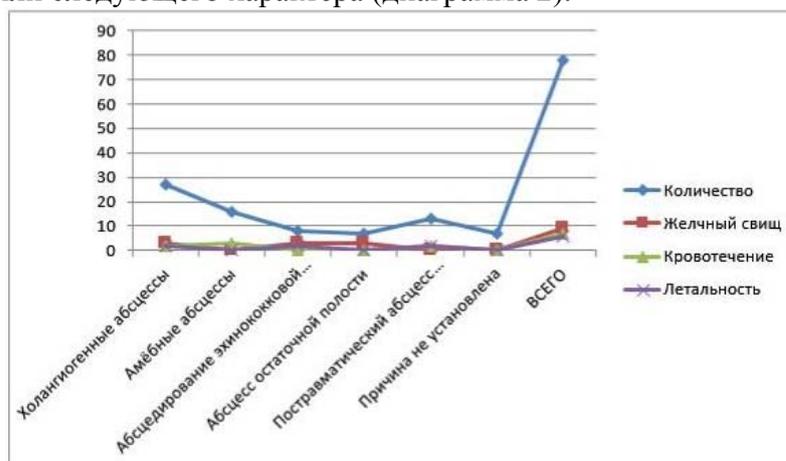


Диаграмма 2. - Результаты традиционных методов лечения абсцессов печени у пациентов контрольной группы (n=78)

В целом послеоперационные осложнения после проведенных традиционных оперативных вмешательств и применения эндовидеохирургических вмешательств у пациентов контрольной группы было у 16 (20,5%) пациентов, из них летальность у 6 (7,6%) пациентов. После проведенных исследований разработан алгоритм диагностики и лечения абсцессов печени который способствует индивидуализировать тактику диагностики и лечения абсцессов печени (Рисунок 12).

Таким образом, проведенное лечение, включающее консервативную терапию, проведенные лечебные миниинвазивные вмешательства у пациентов основной группы в 1-3 этапа, позволило достигнуть выздоровления у 73 (90,1%) больных с АП, в 8 (9,8%) случаях лечебный эффект достигнут путем оперативного лечения после 2-3 безуспешных миниинвазивных вмешательств. Хорошие результаты лечения и отсутствие осложнений при проведении транскутанного дренирования под контролем УЗИ позволяют рекомендовать данный способ в качестве выбора при терапии больных с АП. При контрольном визите к врачу в отдаленном после хирургического лечения периоде у больных отсутствовали жалобы. Комплексное УЗИ после проведения пункционных процедур выполнялось у 24 больных из основной группы в период от полугода до 2-х лет. Спустя 6-месяцев после проведения пункционных вмешательств на УЗИ у 29,6% больных в печеночной паренхиме определялись гиперэхогенные участки, что свидетельствовало о наличии рубцовых изменений в зоне остаточной полости патологического очага.

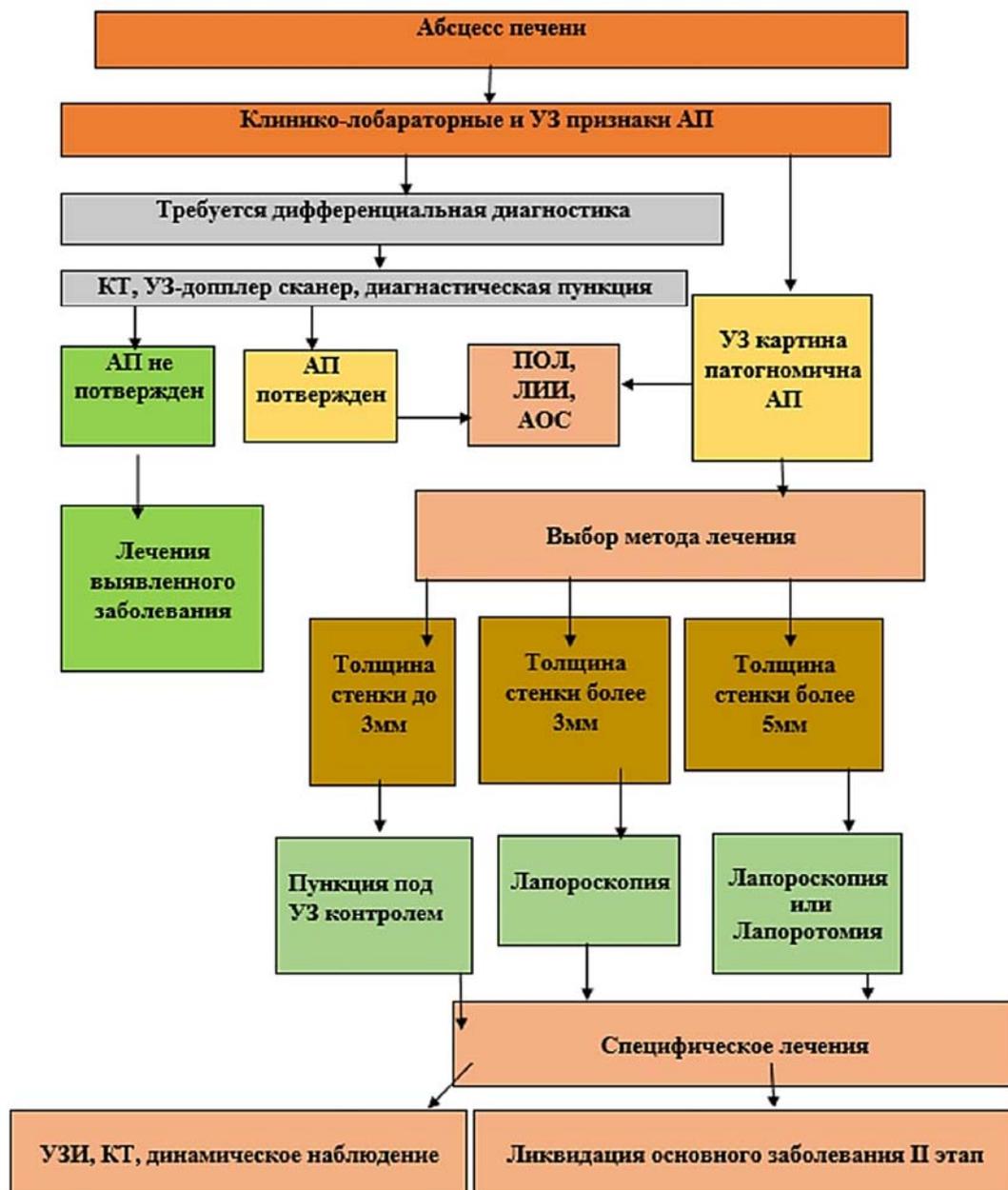


Рисунок 12. - Алгоритм диагностики и лечения абсцесса печени.

ВЫВОДЫ

- 1.Значимость и эффективность сочетанного применения УЗИ и КТ в диагностике топического расположения, источника формирования абсцессов печени, чувствительность которых составляет от 93 до 100%, соответственно позволяют целенаправленно выбрать метод лечения [1–А, 2 – А, 3 – А, 4 – А, 5 – А, 6 – А, 7 – А, 8 – А, 9 – А, 10 – А, 11 – А, 12 – А, 13 – А. 14 – А].
- 2.Применение показателей ПОЛ, антиоксидантной системы и ЛИИ у больных с абсцессами печени являются основными маркерами эффективности лечения и контролирующим звеном за течением воспалительного процесса [1–А, 2 – А, 3 – А, 4 – А].
- 3.Миниинвазивные вмешательства под УЗ-контролем являются основным способом лечения абсцессов печени, весьма эффективны и показаны при отсутствии секвестров в

полости, плотности гноя до 5 ед., отсутствия плотных включений, размеров полости до 120 мм. Противопоказанием для проведения мининвазивных вмешательств при абсцессах печени является расположение в области ворот печени, наличие высокой плотности гноя выше 5 ед., плотных включений [1–А, 2 – А, 3 – А, 4 – А, 5 – А, 6 – А, 8 – А, 10 – А, 11 – А, 12 – А, 13 – А, 15-А].

4. Мининвазивные вмешательства под УЗ-навигацией у больных с абсцессом печени позволили в 69-98 % случаев достигнуть хороших результатов, они должны использоваться только в специализированных центрах при условии соответствующей техники и обученного персонала [2 – А, 3 – А, 4 – А, 6 – А, 10 – А, 11 – А, 12 – А, 13 – А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. Для уточнения этиологии и эффективности топической диагностики и последующего выбора метода лечения абсцессов печени необходимо в комплексе применять Узи и КТ.

2. Для полноценной объективизации за течением процесса до и в послеоперационной периоде показатели ПОЛ, антиоксидантная система и ЛИИ у больных с абсцессами печени дополняют общепринятые методы исследования и должны применяться во всех случаях в качестве основного звена для контроля за динамикой и качества лечения.

3. Мининвазивные вмешательства под УЗ-контролем у больных с абсцессами печени показаны при отсутствии секвестров в полости, плотности гноя до 5 ед., отсутствия плотных включений, размеров полости до 120 мм. Противопоказанием для проведения мининвазивных вмешательств при абсцессах печени является расположение в области ворот печени, наличие высокой плотности гноя выше 5 ед., плотных включений и должны быть строго индивидуальным.

4. Результативность мининвазивных вмешательств под УЗ-контролем у больных с абсцессами печени и качество лечения зависит от технической оснащённости, от уровня подготовки специалиста, владеющего методом и индивидуального подхода.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ СТАТЕЙ СОИСКАТЕЛЯ

Статьи в рецензируемых журналах

[1–А] Фарзонаи И. Методы лечения абсцессов печени/ Фарзонаи И., Назаров Ш.К., Ализаде С.Г., Шамсуллозода Ш.Н.// Авчи Зухал. -№4. -2019. -С. 82-87.

[2–А] Фарзонаи И. Эффективность современной технологии в лечении послеоперационных осложнений при эхинококкэктомии из печени/ Фарзонаи И., Назаров Х.Ш., Гуломов М.Ш., Восиев А.С., Ибодов Дж. Б.// Авчи Зухал. -№3. -2019. -С. 21-27.

[3–А] Фарзонаи И. Ультразвуковое и компьютерное томографическое исследование в диагностике абсцессов печени и проведение мининвазивных лечебных вмешательств / Фарзонаи И., Абдуллоев Ф.М., Назаров Ш.К., Рахимова С.У., Давлатов Х.Х., Саидов С// Вестник института последипломной подготовки медицинских кадров Республики Таджикистан. -№1. -2020. -С.19-23.

[4 –А] Фарзонаи И. Комплексное лечение абсцессов печени/ Фарзонаи И.//Симург. -2022. -№13(1). -С. 44-51.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

[5-А] Фарзонаи И. Диагностика и тактика хирургического лечения пациентов с бактериальными абсцессами печени / Фарзонаи И., Назаров Ш.К., Холматов П.К., Сайдалиев Ш.Ш., // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» 23 ноября. Душанбе. -2018. - С. 179-180.

[6 –А] Фарзонаи И. Диагностика и тактика хирургического лечения пациентов с бактериальными абсцессами печени / Фарзонаи И., Назаров Ш.К., Холматов П.К., Сайдалиев Ш.Ш., // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ

имени Абуали ибни Сино с международным участием «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» 23 ноября. Душанбе. -2018.-С. 179-180.

[7 –А] Фарзонаи И. Информативность современных методов исследования в диагностике и лечении абсцессов печени /Фарзонаи И., Додихудоев Р.А// Материалы XIII-научно-практической конференции молодых ученых «Медицинская наука: новые возможности» 27 апреля. Душанбе. 2018. С. 279-280.

[8–А] Фарзонаи И.Современные технологии в диагностике и хирургическом лечении абсцессов печени /Фарзонаи И., Амиров Дж., Назаров Т. // Материалы XIVнаучно-практической конференции молодых ученых студентов «Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине» 19 апреля. Душанбе. - 2019. -С. 260-261.

[9–А] Фарзонаи И. Пункционно - аспирационные санации в лечении абсцессов печени / Фарзонаи И., Амиров Дж., Назаров Т. // Материалы XIVнаучно- практической конференции молодых ученых студентов «Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине». 19 апреля. Душанбе. -2019. -С. 261 -262.

[10–А] Фарзонаи И. Принципы диагностики и оперативных вмешательств при эхинококкозе печени/ Фарзонаи И., Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Чонов Б.Н. // Материалы международной научно- практической конференции 67-ой годичной посвященной 80- лею ТГМУ им Абуали ибни Сино и «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» «Медицинская наука XXI века - взгляд в будущее» 27 ноября. Душанбе. -2019.- С. 322-323.

[11–А] Фарзонаи И. Диагностика абсцессов печени / Фарзонаи И., Назаров Ш.К., Али-заде С., Назаров Т.Ш.// Материалы международной научно- практической конференции 68-й годичной посвящённой «Годам развития село, туризма и народных ремёсл (2019-2021)» «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования» 27 ноября. Душанбе. -2020. -С. 224-226.

[12–А] Фарзонаи И., Чрескожные миниинвазивные вмешательства в лечении абсцессов печени / Фарзонаи И., Ш.К. Назаров., Али-заде С., Назаров Т.Ш // Материалы международной научно- практической конференции 68-ой годичной посвященной «Годам развития село, туризма и народных ремёсл (2019-2021)» «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования» 27 ноября. Душанбе. - 2020. - С. 324-325.

[13–А] Фарзонаи И., Анализ непосредственных результатов лечения абсцессов печени / Фарзонаи И., Назаров Ш.К., Али-заде С. Г., Назаров Т.Ш.// Материалы международной научно- практической конференции 68-ой годичной посвященной «Годам развития село, туризма и народных ремёсл (2019-2021)» «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования» 27 ноября. Душанбе. -2020. -С. 325-327.

[14–А] Фарзонаи И, Современные методы в диагностики и лечения абсцессов печени. / Фарзонаи И., Додихудоев Р.А., Эрачи Ч.// Материалы XV научно-практической конференции молодых ученых «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» 24 апреля. Душанбе. -2020. -С. 233-234.

[15–А] Фарзонаи И. Оптимизация диагностики и лечения абсцессов печени / Фарзонаи Иброхим// Материалы XVII научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные вопросы современных научных исследований» 29 апреля. Душанбе. -2022. -С. 347-348.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

[16–А] Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Фарзонаи И. «Способ контроля эффективности и качества пункции абсцессов печени».

Рац.удост. №3678/R729 выданное ТГМУ от 05.05.2019 г.

[17–А] Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Фарзонаи И. «Способ пункции абсцессов печени». Рац.удост. №3677/R728 выданное ТГМУ от 18.09.2019г.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АОС-антиоксидантная система
АП- абсцесс печени
БАО- безопасное акустическое окно
КТ-компьютерная томография
ЛИИ-лейкоцитарный индекс интоксикации
МДА-малоновый диальдегид
МИВ-минимально инвазивные вмешательства
ПОЛ- перекисное окисление липидов
РКТ-рентгеновская компьютерная томография
СИБР-синдром избыточного бактериального роста
ТБК-тиобарбитуровая кислота
ТХУ-трихлоруксусная кислота
УЗИ-ультразвуковое исследование
ЦДК- цветное доплеровское картирование
ЭДК- энергетическое доплеровское картирование

**МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБӮАЛӢ
ИБНИ СИНО»**

УДК: 616.36-002.3-07-089

Бо ҳуқуқи дастнавис

ФАРЗОНАИ ИБРОХИМ

**ТЕХНОЛОГИЯҲОИ МИНИИНВАЗИВӢ ДАР ТАШХИС ВА МУОЛИҶАИ
АБСЕССҲОИ ЧИГАР**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
докторифалсафаи PhD аз рӯйи ихтисоси

6Д110117 - Ҷарроҳӣ

Душанбе 2022

Таҳқиқот дар кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М.-иМДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ:

Назаров Шохин Қувватович, - доктори илмҳои тиб, профессор, мудир кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М.-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқарризи расмӣ:

Сафарзода Абдулло Мумин– доктори илмҳои тиб, мудир шуъбаи ҷарроҳии МД “Маркази тиббии шаҳрии №2 ба номи К.Аҳмедов”-и Раёсати тандурустии шаҳри Душанбе

Амонов Шухрат Шодиевич–

доктори илмҳои тиб, корманди илмии МД “Маркази ҷумҳуриявии ҷарроҳии дилу рағҳо”-и ВТ ва ҲИА ҚТ

Муассисаи тақриздиханда: Муассисаи федералии давлатии бучавии таълимии маълумоти олии “Академияи давлатии тибби Ижевск”-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия

Ҳимояи диссертатсия «___» _____соли 2022 соати ___ дар ҷаласаи Шӯроидиссертатсионии 6D. КОА-040МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” баргузор мегардад.

Суроға: 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, www.tajmedun.tj.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____соли 2022 ирсол гардид.

Котиби илмӣ
шӯрои диссертатсионӣ,
доктори илмҳои тиб

Шарипов А.М.

МУҚАДДИМА

Мубрамияти мавзӯи таҳқиқот. Абсесси чигар (АЧ) патологияи хеле мураккаб ва душворбуда, ташхис ва муолиҷаи он то ҳол комилан омӯхта нашудааст.. То имрӯз дар Россия ва кишварҳои Осиёи Марказӣ абсцессҳои ғайрипаразитии чигар қисмати назарраси паҳншавии бемориро ташкил медиҳанд, ки дар 0,02-2% беморони дар беморхонаҳои ҷарроҳии ҷумҳурӣ бистаришуда мушоҳида карда мешаванд ва басомади онҳо тамоюл ба зиёд шудан дорад [Мошковский Г.Ю.,2010;EsseghaierS.2017]. АЧ аз лиҳози клиникӣ дорои хавфи баланди инкишофи аворизи вазнин дар узвҳои шикам буда, дар баъзе мавридҳо перитонит, сепсис, нокомии бисёр узвҳо ба вучуд меорад [AcharyaM.N., 2012;PanebiancoA.2015], дар ин ҳолатҳо басомади ғавти умумӣ то 10-15% мебошад. Аммо, сарфи назар аз усулҳои муосири ташхиси дақиқ, шумораи ҳатогихҳои ташхисӣ дар АЧ хеле зиёд боқӣ мемонад, ки ин боиси вайрон шудани марҳилаҳои ташхис мегардад ва сари вақт ташхис накардани абсесси чигар баъзан боиси ғавти баланди пас аз ҷарроҳӣ то 15% мегардад [Вайнер Ю.С.,2010; Гулов М.К., 2016;RubensD.J.,2016].

Томографияи компютерӣ (КТ) дар ташхиси абсцессҳои чигар ҷои махсусро ишғол намуда, усули умедбахши таҳқиқот барои саривақт ошкор кардани осебҳои чигар мебошад ва имкон медиҳад мавзӯи патологӣ муайян гардида, сохтори он баҳо дода шавад ва ҳангоми зарурат ташхиси денситометрӣ гузаронида шавад [Гусев Л.Л.,2017;EltawansyS.A.,2016;WuT.C.2017].

Ташхиси ултрасадо (ТУС) дар айни замон дар ташхис, арзёбӣ ва интиҳоби тактикаи муолиҷаи АЧ васеъ истифода мешавад, аммо аз сабаби набудани маълумоти мукамал дар бораи ташхис ва таҳқиқоти инструменталии АЧ дар зергурӯҳҳои гуногуни этиологӣ дар марҳилаҳои гуногуни ташаккули он ташхиси бармаҳал душвор мебошад. Аксарияти муаллифон тарафдори маҳдуд будани истифодаи амалиётҳои миниинвазивӣ (АМ) дар муолиҷаи АЧ буда, истифодаи ин амалиётҳо дар муолиҷаи АЧ тавсия намедиҳанд. Ҷамчунин нуктаҳои баҳсбарангез дар гуногунии нишондодҳо барои обияткашкунӣ ва истифодаи равишҳои нави технологӣ дар масъалаҳои аворизи пас аз амалиёти ҷарроҳӣ боқӣ мемонад [AcharyaN.N.,2012;MalikA.A., 2015]. Ҳамаи ин нуктаҳои муҳимияти АЧ ва зарурати омӯзиши минбаъдаи масъалаҳои ташхис ва муолиҷаи мукамали онро талаб мекунанд.

Дараҷаи коркарди илмӣ проблемаҳои омӯхташаванда. Масъалаҳои интиҳоби тактикаи дурусти муолиҷаи АЧ аз интиҳоби усули оқилона, сабаби беморӣ, марҳилаи инкишоф, вазнинии ҳолати бемор ва маълумотнокии усулҳои таҳқиқот вобаста мебошанд. Дар ин марҳила имкон дорад, ки технологияҳои миниинвазивӣ дар муолиҷаи АЧ дар амалияи клиникӣ ҷорӣ карда шаванд. Дар ин раванд самти асосии муолиҷаи мукамали АЧ ташхиси саривақтӣ ва аниқ мебошад.

Бо вучуди ин, сарфи назар аз мавҷудияти нашрияҳои сершумор дар муолиҷаи миниинвазивии АЧ, масъалаҳои нишондод ва ғайринишондод, интиҳоби усули табобат, таъмини самаранокии он ва пешгирии авориз то ҳанӯз ҳалли худро наёфтаанд.

Алоқамандии таҳқиқот бо барномаҳои (лоихаҳои) илмӣ, мавзӯҳо. Таҳқиқоти мазкур дар доираи кори тадқиқотии кафедраи беморҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М.-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино “Ҷарроҳӣҳои ғаврии ковокии шикам”, “Ташхиси мукамал, пешгири ва табобати ҷарроҳии эхинакоккози чигар” гузаронида шудааст. РБ №0116ТJ00592

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Оптимизатсияи ташхиси топикӣ ва муносибати дифференциалӣ ба усулҳои минималии инвазивии муолиҷаи беморони абсесси чигар. Барои ноил шудан ба мақсад вазифаҳои зерин гузошта шуданд.

Вазифаҳои таҳқиқот.

1. Омӯзиши аломатҳои ТУС, томографияи компютери абсесси чигар ва муайян кардани аҳамияти клиникӣ онҳо барои интиҳоби усули табобат.
2. Муайян кардани аҳамияти пешгӯии пероксидшавии липидҳо ва системаи антиоксидант дар беморони абсесси чигар дар марҳалаҳои пеш ва баъд аз муолиҷа.
3. Таҳияи алгоритми ташхисӣ ва муолиҷаи абсесси чигар бо муайян кардани нишондодҳо ва ғайринишондод ҳангоми амалиётҳои ҷарроҳии минивазивӣ.
4. Баҳодиҳии натиҷаҳои фаврии муолиҷаи комплекси абсесси чигар.

Навоари илмӣ

Омӯзиши аломатҳои ТУС, томографияи компютерӣ ва клиникӣ абсесси чигар бо муайян намудани аҳамияти онҳо барои ташхиси муқоисавӣ.

Маълумоти клиникӣ оид ба ҷойгиршавии абсесси чигар аз рӯи сегментҳо пешниҳод гардида, бо назардошти ҷойгиршавии сегментарӣ ва ҳолати рағҳои хунгузари атрофи он омӯхта шудаанд.

Аломатҳои клиникӣ сетазираи ҳаҷмии патологӣ барои гузоштани ташхис ва интиҳоби усули дуруст пешниҳод гардидаанд.

Самаранокии истифодаи речаҳои доплерӣ дар мукамалкунӣ ва баҳодиҳии авориз ҳангоми гузаронидани усули пунксионии обияткашкунӣ омӯхта шудааст.

Самаранокии усули минивазии пунксионӣ дар муолиҷаи абсесси чигар исбот карда шудааст.

Аҳамияти назариявӣ ва амалии таҳқиқот дар он аст, ки муқаррароти назариявӣ, методӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия овардашуда метавонанд дар раванди таълим дар муассисаҳои тиббӣ истифода шаванд. Меъёрҳои таҳияшудаи ташхиси абсесси чигари этиологияҳои гуногун дар марҳилаҳои гуногуни ташаккул метавонанд интиҳоби усулҳои ташхис ва тактикаи оптималии табобатро тақвият дода, ба коҳиш додани шумораи ҷарроҳӣҳои кушод, авориз ва фавти пас аз амалиёти ҷарроҳӣ мусоидат кунанд.

Объекти таҳқиқот: 159 нафар беморони мубталои абсесси чигар (78 гурӯҳи ретроспективӣ ва 81 гурӯҳи проспективӣ).

Мавзӯи таҳқиқот. Натиҷаҳои таҳқиқоти ултрасадо ва томографияи компютери беморони гирифтори абсесси чигар, вобаста ба этиология, авориз дар марҳилаҳои ташаккул ва дар раванди ҷарроҳии минивазивӣ бо назорати ТУС ва амалиётҳои ҷарроҳии маъмулӣ.

Саҳми шахсии диссертант. Кори диссертатсионӣ таҳқиқоти мустақили илмӣ муаллиф мебошад. Унвонҷӯ мақсад ва вазифаҳои таҳқиқотро мустақилона муайян намуда, натиҷаҳои ҷамъоварӣ, ҷамъбаст ва таҳлил намуда, ҷустуҷӯи пурраи патентӣ ва таҳлили адабиёти илмӣ мавҷударо оид ба мавзӯи таҳқиқот анҷом дод. Аз тарафи унвонҷӯ таҳлили ретроспективии 73 таърихи беморӣ дар давраи солҳои 2000 то 2020 ва интиҳоби мавзӯии беморон мувофиқи мақсадҳои таҳқиқот гузаронида шудааст. Муаллиф усули ТУС-и зиёда аз 200 нафар беморони гирифтори абсесси чигарро таҳлил намуда, дар амалиёти ҷарроҳии зиёда аз 175 нафар бемор, ба сифати ассистент иштирок намудааст ва дар 150 нафар бемор бо нақшаи мавзӯии омӯзишӣ таҳқиқот гузаронидааст. Муаллиф мустақилона тамоми ҷаҳлатҳои рисолаҳои навишта, муқаррарот ва ҳулосаҳои асосии онро тартиб дода, таҳлили омории маълумотҳои бадастомадаро анҷом додааст. Дар таҳқиқотҳои илмӣ дар ҳаммуаллифӣ гузаронидашуда андешаҳои муаллиф мавриди истифода қарор гирифтаанд.

Мувофиқаи диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ (ба формула ва соҳаи таҳқиқот). Рисола ба Шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз

рӯйи ихтисоси 6D 110117 – Чарроҳӣ мувофиқ аст. 3.1. Этнология. Патогенез. Ташхис, табобат ва пешгирии бемориҳои ирсии узвҳои ковокии шикам (узвҳои ҳозима, чигар ва роҳҳои талхагузар, ғадуди зери меъда) ва қафаси сина (шушҳо, сурхрӯда, плевра, миёнрав, дитафрагма). 3.7. Патологияи чигар ва роҳҳои талхагузар. 3.8. Омодагии пеш аз чарроҳӣ ва идоракунии давраи пас аз чарроҳӣ.

Муқаррароти асосии ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Барои ташхиси пурра ва саривақтии абсесҳои чигар ва ташхиси барои интиҳоби усулҳои миниинвазивӣ гузаронидани ТУС ва КТ дар ҳамчоягӣ мувофиқи мақсад мебошад.

2. Барои аниқ кардани сатҳи эндотоксемия ва хусусияти чараёни сирояти ва илтиҳобӣ дар беморони абсесси чигар дар баробари усулҳои маъмули ташхиси лабораторӣ таҳқиқи параметрҳои пероксидшавии липидҳо ва ҳифзи антиоксидантии системаи хун дар марҳалаҳои то муолиҷа, ҳангоми муолиҷа ва пас аз он зарур аст.

3. Ташхис ва муолиҷаи абсесҳои чигар бояд ҳамачониба бо фарогирии технологияҳои муосири лабораторӣ ва инструменталӣ, параметрҳои пероксидшавии липидҳо ва системаи антиоксидантии хун бошад.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқотро усулҳои муосири клиникӣ ва инструменталӣ, ки дар амалия васеъ истифода мешаванд, тасдиқ карданд. Ҳама натиҷаҳо ва хулосаҳо ба принципҳои тибби далелҳо асос ёфтаанд. Коркарди статистикӣ материал эътимоднокии натиҷаҳоро тасдиқ намуд.

Таъйид ва татбиқи натиҷаҳои диссертатсия (дар қадом конференция, машварат, семинарҳо муқаррароти асосии рисола, ҳангоми хониши лексияҳо дар муассисаҳои таҳсилотӣ гузориш дода шудаанд). Натиҷаҳои асосии кори рисола дар конференсияи илмию амалии 66-уми ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки байналмилалӣ «Нақш ва ҷойгоҳи технологияҳои инноватсионӣ дар тибби муосир», 23 ноябри соли 2018, ш. Душанбе; Конференсияи XIII-умини илмию амалии олимони ҷавон «Илмҳои тиб: имкониятҳои нав», 27 апрели 2018, ш. Душанбе; Конференсияи XIV илмию амалии олимони ва донишҷӯёни ҷавон «Баҳси илмӣ: масъалаҳои мубрами рӯз, дастовардҳо ва навоариҳо дар тиб», 19 апрели 2019, ш. Душанбе; Конференсияи байналмилалии илмӣ-амалии 67-умин бахшида ба 80-солагии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва «Солҳои рушди деҳот, сайёҳӣ ва хунарҳои мардумӣ (2019-2021)» «Илми тибби асри XXI нигоҳе ба оянда», 29 ноябри соли 2019, Душанбе; Конференсияи XV-умини илмию амалии олимони ҷавон "Мушкилоти муосир ва самтҳои ояндаи рушди инноватсионии илм", 24 апрели 2020, ш. Душанбе; Конференсияи байналмилалии илмию амалии 68-умин бахшида ба «Солҳои рушди деҳот, сайёҳӣ ва хунарҳои мардумӣ (2019-2021)» «Асосҳои рушди инноватсионии илм ва маориф», 27 ноябри соли 2020, ш. Душанбе; дар ҷаласаи якҷояи комиссияи экспертӣ-проблемавӣ оид ба фанҳои чарроҳӣ дар Муассисаи давлатии таълимии “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” соли 2021, протоколи ҷаласаи No11 пешниҳод гардидаанд.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Аз рӯйи маводи диссертатсия 15 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 4 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудаанд.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Кори рисола дар ҳаҷми 178 саҳифаи ҷопӣ ба забони русӣ пешниҳод шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, 4 бахш аз таҳқиқоти шахсӣ, таҳлил ва ҷамъбасти натиҷаҳои таҳқиқот, хулосаҳо ва рӯйхати адабиёт иборат аст. Рисола бо 18 ҷадвал ва 40 расм тасвир шудааст. Рӯйхати адабиёти истифодашуда 186 мақолаи илмиро дар бар мегирад: 90-тои онҳо ба забони русӣ ва 96-тоаш ба забони англисӣ мебошанд.

МАТЕРИАЛҲО ВА УСУЛҲОИ ТАҲҚИКОТ

Хусусиятҳои умумии маводи клиникӣ диссертатсия

Ба таҳқиқот 159 нафар беморони гирифтори абсесси чигар, ки аз соли 2000-ум то соли 2020-ум дар шӯъбаҳои чарроҳии Муассисаи давлатии «Маркази шахрии ёрии таъҷилӣ тиббӣ» бистарӣ гардидаанд, фаро гирифта шудаанд. Ҳама беморон ба ду гурӯҳ - асосӣ ва

назоратӣ тақсим карда шуданд. Ба гурӯҳи асосӣ 81 (50,9%) нафар беморон шомил буданд, ки дар муолиҷаи онҳо танҳо пунксияи миниинвазивӣ тахти назорати мустақими ултрасадо истифода мешуд ва гурӯҳи назоратӣ аз 78 (49,1%) нафар беморон, ки усулҳои анъанавӣ ва лапароскопии табобатро аз сар гузаронидаанд, иборат буд. Дар рафти таҳқиқот дар 81 (50,9%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ тактикаи муолиҷаи чарроҳии мукамал барои пунксияи абссесси чигар вобаста аз хусусиятҳои инфиродӣ ва ҷараёни абссесс, инчунин ташхиси саривақтӣ ва дурусти раванди деструктивӣ ва эволютсияи он мавриди истифода қарор гирифтаанд. Синну соли беморони мубталои абссесси чигар дар ҳар ду гурӯҳи таҳқиқшуда аз 21 то 85-соларо бо бартарияти категорияи ашхоси қобили меҳнати аз 21 то 49 сола 124 (78,0%) нафарро ташкил дод. Дар ҳарду гурӯҳи таҳқиқшуда беморони синну соли калонсол 35 (22,0%) нафарро ташкил доданд (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. -тақсимои беморон бо абссесси чигар аз рӯйи синну ва синну сол

Синну сол (сол)	Гуруҳи (асосӣ) 1 (81)						Гуруҳи (назоратӣ) 2 (78)					
	Мардҳо		Занҳо		Ҳамагӣ		Мардҳо		Занҳо		Ҳамагӣ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
21-29	7	8,6	13	16,0	20	24,7	8	10,3	12	15,4	20	25,6
30-39	9	11,1	17	21,0	26	32,1	7	9,0	17	21,8	24	30,8
40-49	7	8,6	12	14,8	19	23,4	6	7,7	9	11,5	15	19,2
50-59	3	3,7	8	9,9	11	13,6	4	5,1	7	9,0	11	14,1
60-69	1	1,2	3	3,7	4	4,9	2	2,6	6	7,7	8	10,3
70-79	-	-	1	1,2	1	1,2	-	-	-	-	-	-
> 80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дар маҷмуъ	27	33,3	54	66,7	81	100,0	27	34,6	51	65,4	78	100,0

Ҳамаи беморони қабулшуда дар шӯъбаи чарроҳӣ ба таври таъҷилӣ бистарӣ шуданд. Дар рафти таҳқиқот дар аксари беморон - 147 (92,5%) нафар, аз рӯи анамнез, мавҷудияти омилҳои бавҷудоваранда барои рушди ин беморӣ муайян карда шудааст. Дар 12 (7,5%) нафар беморони боқимонда муайян кардани омилҳои этиологии инкишофи беморӣ имкон надошт. Муайян карда шуд, ки омилҳои асосии абссессҳои холангиогенӣ буда, он дар 31 (38,3%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 29 (37,2%) нафар беморони гурӯҳи назоратӣ ташхис карда шудаанд. Ҳамчунин, дар 15 (18,5%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 14 (17,9%) нафар беморони гурӯҳи назоратӣ абссессҳои амебавӣ ошкор карда шудаанд.

Дар қисми зиёди беморон мавҷудияти патологияҳои соматикӣ қайд карда шуд, ки дар байни онҳо бемориҳои дилу раг бештар мушоҳида гардидаанд, ки ин нишондоддар 14 (17,3%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва 29 (37,2%) нафар беморони гурӯҳи назоратӣ таҳқиқот ба қайд гирифта шудааст. Шаклҳои гуногуни гастрит дар 27 (33,3%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 21 (26,9%) нафар беморони гурӯҳи назоратӣ, захми меъда дар 13 (16,0%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 11 (14,1%) нафар беморони гурӯҳи назоратӣ ва холелитиаз, холедохолитиаз, холангит дар 31 (38,3%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 29 (37,2%) нафар беморони гурӯҳи назоратӣ ба мушоҳида мерасид. Дар 23 (28,4%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 25 (32,1%) нафар беморони гурӯҳи назоратӣ навъҳои гуногуни диабети қанд муайян карда шудааст.

Усулҳои таҳқиқоти озмоишӣ.

Беморон аз ташхиси умумиклиникии мукаммали хун ва пешоб гузаштанд, аз ҷумла санҷишҳои муфассали биохимиявии хун бо муайян кардани миқдори умумии сафеда, миқдори билирубин, санҷишҳои кори чигар, ферментҳои гузаронида шудааст. Дар беморони гурӯҳи асосӣ ба таври иловагӣ омӯзиши шиддатнокии равандҳои пероксидшавии липидҳои гузаронида шудааст. Омӯзиши индекси захролудшавии лейкоцитҳо бо усули Я.Я. Калф-Калифа (1941) гузаронида шудааст. Муайян кардани

шиддатнокии пероксидшавии липидҳо бо роҳи ҷамъшавии малондиалдегид (МДА) аз рӯи усули Нантерва фаъолнокии каталаза дар 40 бемор дар ОМИТ-и МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бо усули спектрофотометрӣ ва усули ИФА барои муайян кардани миқдори умумии 25-ОН витамини D дар 40 нафар бемор дар Маркази тиббии "Diamed" гузаронида шудааст.

Таҳқиқоти микробиологӣ. Омӯзиши бактерияҳои шартан патогенӣ дар ҳамаи беморони гурӯҳи асосӣ (n-81), бо истифода аз усулҳои анъанавӣ (Берги, 1994) ва истифода аз системаи тести API (BioMerieux, Фаронса) гузаронида шудааст. Ҳассосияти зиддимикробӣ бо истифода аз усули диско-диффузионӣ дар кишти Мюллер-Хинтон бо истифода аз диски дорои доруҳои зиддибактериявӣ гузаронида, омӯхта шудааст. Барои ин таҳқиқот дискҳои истеҳсолкардаи Bio-Rad™ ва BD™ (ИМА) истифода шуданд. Назорати дохилӣ бо истифода аз штаммҳои байналмилалӣ референсии *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Enterococcus faecalis* ATCC 29212, *Escherichia coli* 252 гузаронида шуд.

Усулҳои таҳқиқоти инструменталӣ Муоинаи ултрасадо барои ҳамаи беморони гурӯҳи асосӣ (n-81) ва ҳамаи беморони гурӯҳи назоратӣ (n-78) бо истифода аз эхотомографи HDI 5000, истеҳсоли Philips ва Siemens бо санҷандаҳои конвексии 3,5-5,0 МГц, GU GC SMP ҳангоми бистариш дар шӯбаи қабул бе омодагии махсус гузаронида шудааст. Барои муайянкунии аниқи сарҳадҳо речаи калорайзинги инитсионӣ истифода шудааст. Бо истифода аз усулҳои доплер васкуляризацияи минтақаи ҷойгиршавии АҚ, инчунин интихоби тирезаи бехатари акустикӣ, навигатсияи амалиёти пунксионӣ ва назорати динамикӣ пас аз пунксия арзёбӣ карда шудааст.

Томографияи компютерӣ бо истифода аз томографи Somatom Definition AS, Siemens Medical Solutions пеш аз тазриқиболусииконтраст (Ултравист 370 мг/йод ба 100 мл бо суръати тазриқи 3,0 мл/сония) гузаронида шуд. Дар Маркази тиббии «Нурафзо» ба 39 (48,1%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ТРК гузаронида шудааст. Ҳамчунин, дар 20% ҳолатҳо дар беморони абсесси ҷигар ТРК дар динамика гузаронида шудааст.

Усулҳои ташхисӣ ва муолиҷавӣ ҳангоми абсессҳои ҷигар. Амалиётҳои ташхисии миниинвазивӣ дар ҳамаи беморони гурӯҳи асосӣ (81 нафар) гузаронида шудааст. Нишондод барои гузаронидани амалиёти миниинвазивӣ мавҷудияти абсесси ташаккулёфтаи ҷигар бо ҳаҷми фасодии на камтар аз 5,0 мл (диаметри тақрибан зиёда аз 3,0 см) буд. Бо дарназардошти ҷойгиршавии абсесси ҷигар ва сохторҳои анатомии рағҳои ҷигар, ҷустуҷӯи равшанӣ акустикӣ бехатар (РАБ) гузаронида шудааст. Барои интихоби РАБ дар марҳилаи аввал сканери стандартии ҷигар дар –речабо бемори дар паҳлӯи чап хобида, дар байнкабурғавии VI-VIII бо хатти байникулфакӣ ва зерикашӣ ва дар ҳолати зарурӣ дар ҳолати ба пушт хобонидани бемор бо хати сафеди шикам гузаронида мешавад. Контрасткунӣ рангаи доплерӣ (КРД) дар речаҳои мувофиқи стандартҳои омӯзиши функционалии рағҳои системаи порталӣ ва рағҳои худи ҷигар гузаронида шудааст: тавоноии афканишот - 60 - 70%, диапазони хусусиятҳои суръатӣ 10 - 20 см/сония.

Барои баҳодихии самаранокӣ таҳлили мукоисавии тасвирҳои ултрасадо ва речаҳои доплер бо усули анъанавӣ ва бо истифодаи минбаъдаи усулҳои фардӣ гузаронида шудааст. Сканеркунӣ полипозиссионӣ бошад, дар речаи В гузаронида шудааст.

Амалиётҳои миниинвазивӣ таҳти беҳисгардонии мавзей дар ҳамҷоягии атаралгезия бо истифода аз бензодиазепинҳо ва аналгетикҳои наркотикӣ бидуни беҳушкунӣ анҷом дода шуданд. Беҳисгардонии мавзеи қабат ба қабати туннелии пӯст ва бофтаи зерӣ пӯст бо маҳлули 2%-и лидокаин пай дар пай гузаронида шудааст.

Барои комилан дидани асбоб ҷойгиркунии он дар наздикии бевоситаи санҷанда аз паҳлӯи охири он дар кунҷи тақрибан 45 ° тавре гузаронида шуд, ки асбоб дар ҳамвории сканер қарор дошта бошад (расми 1).



Расми 1. - Мавқеи мутақобилаи сенсор ва асбоб дар вақти анҷом додани даҳолати каминвазивӣ дар беморони абсесси чигар.

Пас аз ҳолӣ кардани ковокии абсесс бо маҳлули физиологии 0,9%-итоза карда шуд. Дар ин раванд тайироти динамикии параметрҳои клиникӣ, лабораторӣ ва инструменталӣ, ҳаҷми тарашшуҳи обияткаш ва таркиби микрофлора омӯхта шудааст.

Усулҳои коркарди оморӣ натиҷаҳо. Маълумоти оморӣ бо истифода аз баътаи барномаи амалии Statistica 10.0 (StatSoft Inc., ИМА) коркард карда шудааст. Барои арзишҳои мутлақ, арзишҳои миёна ва ҳатогии миёна ($M \pm m$) барои нишондиҳандаҳои сифатӣ - арзиши нисбӣ (p) ҳисоб карда шуданд. Муқоисаи ҷандкаратаи нишондиҳандаҳо дар гурӯҳҳо бо истифода аз ANOVA Фридман гузаронида шудааст. Барои муайян кардани фарқияти байни гурӯҳҳо аз r -и хусусиятҳои сифатӣ санҷиши χ^2 , аз ҷумла ислоҳи Йейтс истифода шудааст. Санҷиши дақиқи Фишер дар ҳолатҳои истифода мешуд, ки ягон арзиши аломат камтар аз 5 маротиба рух дода бошад. Тафовутҳо дар $p < 0.05$ аз ҷиҳати омор муҳим ҳисобида шуданд.

НАТИҶАИ ТАҲҚИҚОТ

Ҳангоми омӯзиши хусусияти зуҳуроти клиникӣ абсессҳои чигар, мавҷудияти алоими дард, аломатҳои мавзей ва умумӣ дар онҳо муқаррар карда шуданд. Дар байни аломатҳои маъмул се омил муайян карда шудаанд: баланд шудани ҳарорати бадан, баланд шудани сатҳи билирубин дар хун ва мавҷудияти дард. Бо назардошти ин, нишонаҳо яқинан гурӯҳи беморон муайян карда шуданд.

Гурӯҳи I - беморони гирифтори АҚ-и холангиогенӣ ($n = 31$);

Гурӯҳи II - беморони гирифтори АҚ-и амебавӣ ($n = 15$);

Гурӯҳи III - беморони гирифтори кистаи эхинококкии чигар ($n = 10$);

Гурӯҳи IV - бо абсесси ковокии боқимонда ($n = 9$);

Гурӯҳи V - бо абсесси пас аз осеб ($n = 11$);

Гурӯҳи VI - сабабаш муайян карда нашудааст ($n = 5$).

Дар беморони гурӯҳи I, ки таъхиси АҚ холангиогенӣ гузошта шуда буд, дар 27 (33,3%) ҳолат мавҷудияти дард мушоҳида шуд (ҷадвали 2).

Дар баробари ин, 19 (23,4%) нафар аз ин беморон дарди хуруҷкунанда доштанд. Дар 26 (32,0%) маврид беморон зардпарвин буданд, аз онҳо дар 1 бемор дар заминаи зардпарвин хориш ба қайд гирифта, осори харошидан мушоҳида шудааст. Абсессҳои чигари пас аз осебӣ дар 11 (13,5%) беморон пас аз 12-30 рӯз пас аз осебгирий муайян карда шудааст. Баландшавии ҳарорати бадан то рақамҳои гектикӣ бо иловаи табларза, сустии бадан, камшавии иштиҳо ба назар мерасид. 19 (52,8%) нафар беморон аз дарди зерқабурғаи рост шикоят доштанд. Дар 15 (18,5%) ҳолат барҷастагии патологӣ дар зерқабурғаи рост ба қайд гирифта шудааст.

Чадвали 2. Басомади зухуроти клиникӣ дар беморони абсесси чигар дар гурӯҳҳои таҳқиқотӣ

Аломатҳои клиникӣ	Гурӯҳи I	Гурӯҳи I	Гурӯҳи III	Гурӯҳи I	Гурӯҳи V	Гурӯҳи VI
		I		V	V	VI
Дард	27	9	7	3	8	4
Сустӣ, беҳолӣ, камгавии вазн, гум шудани иштиҳо	30	13	5	7	6	5
Хунукхӯрӣ, табларза	26	11	-	3	6	4
Аломатҳои аксуламалии пӯст, аксуламал	6	3	5	2	-	-
Зардшавии пӯст ва сафедии чашм	26	9	3	5	4	3
Гепатомегалия	19	6	4	2	2	1
Спленомегалия	2	-	1	-	-	-
Метеоризм	25	13	4	5	3	5
Дарунравӣ	25	15	3	4	1	5
Дискомфорти доимӣ	29	15	10	9	10	5

Ҳангоми палпатсия дар 13 (16,0%) нафар беморон калоншавии сарҳадҳои чигар муайян карда шудааст. Дар 9 (11,1%) нафар беморон моеъ дар ковокии шикам ба қайд гирифта шудааст. Дар 25 (30,8%) нафар беморони абсесси холангиогении чигар ва дар 5 (6,1%) нафар беморони дорои абсесси чигар этиология номаълум ҷой доштани метеоризм, дарунравӣ, нороҳатӣ муайян карда шудааст. Омӯзиши мукаммали минбаъда нишон дод, ки 25 (30,8%) нафар бемор аз гурӯҳи якуми таҳқиқот ва 5 (6,1%) нафар беморони гурӯҳи VI гирифтори синдроми афзоиши аз ҳад зиёди бактерияҳо буданд, яъне беморони ин зергурӯҳҳои таҳқиқот мубталои гастрити гипоасидӣ буданд, ки он тавассути эзофагогастроуденоскопия муайян карда шудааст. (чадвали 3).

Чадвали 3 – Омилҳои этиологии рушди абсесси чигар дар гурӯҳҳои таҳқиқшудаи беморон

Омилҳои абсесси чигар	Гурӯҳи асосӣ (n=81)		Гурӯҳи назоратӣ (n=78)		p
	абс	%	абс	%	
Вайроншавии вазифаи дарғоти илеосекалӣ	18	22,2	16	20,5	>0,05
Холесистэктомия	21	25,9	19	24,4	>0,05
Гастроуденити шадиди гипоасидӣ	19	23,4	17	21,7	>0,05
Диабети қанд	14	17,2	19	24,3	>0,05
Истифодаи дурударози антибиотикҳо	19	23,4	25	32,1	>0,05

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри χ^2). Муайян карда шудааст, ки вайроншавии дарғотҳои илеосекалӣ, баугинит дар 18 (22,2%) нафар беморони гурӯҳи I-итаҳқиқот ҳангоми ирригоскопия муқаррар шудааст, инчунин дар ин гурӯҳ дар анамнез холесистэктомия дар 16 (19,7%) нафар ба қайд гирифта шудааст. Ҳамаи беморони гурӯҳи VI, 5 (6,1%) нафар гирифтори гастрити шадиди гипоасидӣ ва диабети қанд буданд. Дар рафти таҳлили нишондиҳандаҳои хун муайян гардид, ки миқдори миёнаи гемоглобин дар беморон ба ҳисоби миёна 102г.% буд.

Дар ҳамаи гурӯҳҳои таҳқиқотӣ аломатҳои камхунӣ ошкор карда шуда, таркиби миқдории эритроцитҳо дар давраи шадид аз $3,0 \pm 0,8$ то $3,6 \pm 0,1$, нишондоди лейкоцитҳо бошад, аз $16,1 \pm 1,6$ то $13,2 \pm 0,1$ ва СТЭаз $32,1 \pm 6,0$ то $20,4 \pm 0,9$ мм/соат буд. Ҳамчунин, нишондоди баланди билирубини хун дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда низ аз $36,4 \pm 4,2$ то $26,8 \pm 0,6$ ба назар мерасад. Дар ин таҳқиқот нақши муҳимро таркиби фибриноген мебозад, ки он бо рақамҳои баланд - $7,8 \pm 0,1$ ифода ёфтааст. Санҷиши тести протромбин мувофиқи КВИК $124,2 \pm 1,02$ буда, аломати вайроншавии хучайраҳои чигар мебошад (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. - Баъзе нишондиҳандаҳои зардоби хун дар гурӯҳҳои таҳқиқшудаи беморони абсесси чигар пеш аз амалиёти ҷарроҳӣ ($M \pm m$)

Нишондиҳанда	То пунксия	Шабона рӯзи 3-юм	Шабона рӯзи 5-юм	Шабона рӯзи 7-юм	Шабона рӯзи 3-юм	Ҳангоми ҷавобшавӣ
АлАТ	$0,72 \pm 0,03$	$0,78 \pm 0,01$	$0,74 \pm 0,2$	$0,72 \pm 0,1$	$0,70 \pm 0,09$	$0,70 \pm 0,08$
АсАТ	$0,91 \pm 0,13$	$0,82 \pm 0,12$	$0,74 \pm 0,1$	$0,74 \pm 0,09$	$0,72 \pm 0,08$	$0,72 \pm 0,09$
Фибриноген	$7,8 \pm 0,1$	$7,2 \pm 0,1$	$6,1 \pm 0,8$	$5,2 \pm 0,1$	$7,2 \pm 0,1$	$7,0 \pm 0,2$
Протромбиновый тест по КВИКУ	$124,2 \pm 1,02$	$124,8 \pm 1,08$	$128,1 \pm 0,1$	$126,2 \pm 0,1$	$126,01 \pm 0,2$	$124,1 \pm 1,03$
ЛИИ	$6,4 \pm 0,7$	$6,4 \pm 0,4$	$4,2 \pm 0,9$	$4,8 \pm 0,6$	$6,0 \pm 0,9$	$6,0 \pm 0,1$
Малоновый диальдегид	$16,58 \pm 0,47$	$15,41 \pm 0,28$	$14,21 \pm 0,16$	$12,02 \pm 0,9$	$12,9 \pm 0,017$	$14,1 \pm 0,09$
Каталаза	$80,4 \pm 0,5$	$98 \pm 0,4$	$107 \pm 0,7$	$140 \pm 0,5$	$153 \pm 0,5$	$160 \pm 0,2$
Витамин D	$42,8 \pm 2,0$	$40,1 \pm 0,9$	$46,8 \pm 0,1$	$52,0 \pm 0,1$	$50,6 \pm 0,1$	$48,0 \pm 0,2$

Омӯзиши динамикаи индекси захролудшавии лейкоцитҳо (ИЗЛ) $3,4 \pm 0,7$ дар беморони абсесси холангиогенӣ ва абсесси амебӣ, пас аз осеб $6,0 \pm 0,9$ ва бидуни сабабҳои муқарраршуда $6,0 \pm 0,1$ буда, нишондиҳандаҳо амалан яхела буданд, аммо дар беморони музмини абсесси фасодии чигар арзиши ин нишондод аз $4,2 \pm 0,9$ то $4,8 \pm 0,6$ фарқ мекунад. Нишондиҳандаи баландтарини пероксидшавии липидҳои диальдегиди малонӣ дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда дар абсесси холангиогенӣ чигар $16,58 \pm 0,47$ ва нишондиҳандаи пасттарин дар беморони гурӯҳҳои IV ва V бо раванди музмин ба қайд гирифта шудааст. Ҳангоми омӯзиши сатҳи витамини D дар хуни беморони таҳқиқшудаи гурӯҳи асосӣ анишондиҳандаи хеле паст, аз $42,8 \pm 2,0$ то $48,0 \pm 0,2$ муайян карда шудаанд, ки аз норасоии витамини D ҳангоми ин беморӣ шаҳодат медиҳад.

Таҳқиқоти микробиологӣ дар 79 нафар бемор аз тарашшуҳи захм, ки ҳангоми пунксия дар зерин назорати ТУС гирифта шудааст, барои муайян кардани интиҳоби антибиотикҳо имконият фароҳам овард. Мавҷудияти *Escherichia coli* дар 59 (72,8%) бемор дар шакли моно ва дар 7 (8,6%) дар якҷоягӣ бо дигар микроорганизмҳо мушоҳида шудааст. Мавҷудияти стрептококкҳои наҷосатӣ дар 18 (22,2%) ҳолат дар шакли моно ва дар 5 (6,1%) ҳолат дар якҷоягӣ ошкор шудааст.

Дар рафти таҳқиқот дар 31 (38,2%) нафар беморон АҚ-и холангиогенӣ мушоҳида шуд. Хусусиятҳои фарқкунандаи АҚ-и холангиогенӣ инҳо буданд: контури равшан, набудани капсула, набудани демаркатсия ва дар аксари ҳолатҳо - моеи анехогенӣ бе изофаҳо.

Ҳангоми картиронидани куввагии доплерӣ (КҚД) АҚ бо ташкилаҳо муайян карда шуданд, ки дар онҳо ҷойгиршавии рағҳо ба назар намерасанд. Дар 7 (8,4%) аз 31 ҳолат АҚ-и холангиогенӣ исершумор буданд. АҚ-и холангиогенӣ ягона ҷойгиршавии интрапапаренхиматӣ ва андозаи то 10 см доштанд (расми 2). Дар 6 (7,4%) нафар

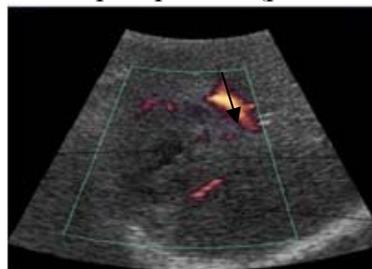
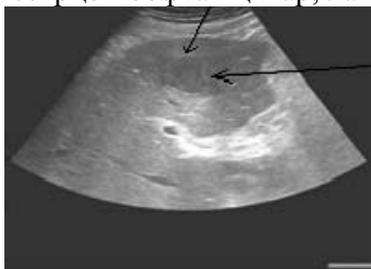
беморони гирифтори АҚ-и холангиогенӣ робита бо мачроҳои дохиличигарӣ муайян карда шуд. Ҳангоми АҚ-и холангиогенӣ инфилтратсияи перихолангитӣ ва перипорталӣ дар шакли баланд шудани эхогении паренхима дар рафти роҳҳои сафро ба мушоҳида мерасид.



Расми 2. – ТУС-и чигар. Абсцесси холангиогенӣ чигар

Дар 5 (6,1%) ҳолат дар роҳҳои сафро эхоаломатҳои ҳавомушоҳида карда шуданд, ки ин аломати робитаи байни АҚ-и холангиогенӣ ва мачроҳҳои сафрогузар мебошад. Барои арзёбии фазои робитаи байни ковоқиҳои сершумори АҚ ва сохторҳои анатомӣ, речаи сканеркунии панорамӣ истифода шудааст. Дар 11 (13,5%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ абсцесси пас аз осебии чигар таъхис карда шудааст.

Дар марҳилаҳои ибтидоии ташаккули АҚ-и пас аз осебӣ ҳамчун ковоқиҳои анехогенӣ бидуни аломатҳои демаркатсия муайян карда мешавад, ки дар он изофаҳои полиморфии гипер- ё изоэхогении шинокунандаи марбут ба детритҳои бофтаҳо, секвестрҳои бофтаи чигар, лахтаҳои фибрин ба назар мерасанд (расми 3; 4).



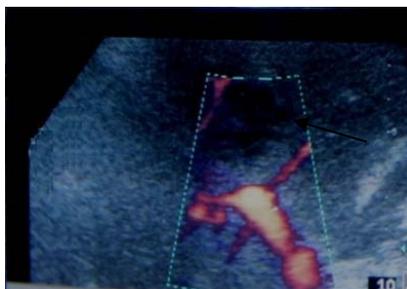
Расми.-3;4 - Тасвири ултрасадои АҚ холангиогенӣ дар речаи сканеркунии панорамӣ

Мавҷудияти АҚ-и пас аз осебташаккулёфта дар ТУС ҳамчун холигии ан- ё гипоехоикӣ муайян карда шудааст, ки дорои шакли номунтазам, контурҳои норавшан буда, хатти фосиларо такрор мекунанд (расми 5; 6).



Расмҳо. 5; 6.- Абсцесси пас аз осеби чигар ташаккул ёфтааст.

Дар 15 (18,5%) нафар бемор абсцессҳои амебавии чигар таъхис карда шуд, ки дар рафти таҳқиқот аломатҳо ва хусусиятҳои зерини ба он хос муайян карда шуданд. Абсцессҳои амебии чигар аксар вақт дар канори узв дар паҳлӯи капсулаи чигар ва аксар вақт дар зери диафрагма ҷойгир мешаванд, Барои абсцесси амебавӣ шакли мудаввар ё байзавӣ хос буда, дар таносуби абсцесси пиогенӣ равшан ҷудо карда шудаанд (расми 7).



Расми 7. – Абсесси амебавии чигар. Сканкунии полипозитсионӣ.

Ҳамчунин дар ин беморон мавҷудияти китъаи демаркатсия қайд карда шуд, ки аз дигар намудҳои АҚ бо шиддати камтари худ фарқ мекард. Дар 6 (7,4%) ҳолат номуайянии минтақаи АҚ аз сабаби ба амал омадани тағирот дар натиҷаи осеб ё ҷарроҳӣ - варам, ташаккули хатчаи пас аз амалиёти ҷарроҳӣ ба қайд гирифта шудааст. Дар 10 (12,3%) нафар бемор фасодгирии кистаи эхинококкии чигар, ва дар 9 (11,1%) нафар абсесси ковокии боқимонда ташхис шудааст.

Дар беморони абсесси чигар ташхиси ТК дар 47 маврид истифода шудааст. Нишондодҳо барои истифодаи сканҳои таҳқиқоти ТК инҳо буданд: душворӣ дар фарқ кардани АҚ аз дигар ташкилаҳои ҳаҷмӣ ва ошкор кардани осебҳои сершумори чигар.

Муайянкунии сонографӣ ҳангоми амалиётҳои миниинвазивӣ дар беморони абсесси чигар

Муайянкунӣ пунксионӣ тавассути сӯзан на ҳамеша усули интиҳобӣ буда, метавонад монеаи ба даст овардани ҳадафи асосӣ ва омили баланд шудани хавфи осебҳои сохторҳои анатомӣ ва рағҳои хунгузар гардад. Ҳамзамон маълум шуд, ки усули содда, боэътимод ва дастрас барои такмилдиҳӣ ин муайянкунӣ ҳаракати моеъ дар дохили сӯзани холӣ ё найчаи обияткаш дар речаи КБД мебошад, ки дар экран бо доплерографияи ранга инъикос меёбад. Ба сифати маҳлули ҳаракаткунанда маҳули озонкардашудаи физиологӣ истифода бурда мешавад, ки он ҳамчунин имкон медиҳад, ки муҳтавои АҚ кашида гирифта шавад. Бо ин мақсад, усули такмил додани муайянкунии дренаж тавассути интиҳобии мануалии ларзишҳои амплитудаи ками он, ки дар речаи КБД такмил дода шудааст (расми 8; 9).



Расми 8. – Муайянкунии ҳаракати доплерии маҳлул дар дренажи дар ковокии АҚ гузошташуда



Расми 9. – ТУС дар речаи КБД, тасвири дренажи ба ковокии АҚ-и пас аз осебӣ гузошташуда

Инчунин, усули такмил додани муайянкунии асбобҳо дар асоси истифодабарии параметри нав - дар вақти КБД пайдо шудани артефакти твинклинг, ки мавҷуд будани объекти нисбат ба бофтаҳои атроф зичиаш зиёдтар - асбоби пунксиякуниро нишон медиҳад, пешниҳод карда шудааст. Ҷойгиршавии санҷанда чунин буд, ки майдони сканершаванда минтақаҳои ба нақша гирифташудаи ворид кардани асбобҳоро фаро мегирад. Ҳамин тариқ, найчаи обияткаш дар речаи В аз рӯи намуди ду сохтори хаттии гиперехогеникӣ ба ҳам параллел ҷойгиршуда ё ҳамчун раҳи эхогеникӣ паст дар заминаи паренхимаи чигар, ки ғафсии онҳо ба диаметри найчаи обияткаш мувофиқат мекунад, муайян карда мешавад.

Ҳамзамон, дар минтақаи ҷудошавии ду ҷазои дорои зичии гуногун (асбоб ва бофтаи ҷигар) як твинклинг-артефакт пайдо шуд, ки дар речаи КБД пайдоиши локуси рангини баръалоро муайян мекунад, ки дар давоми тағир додани кунҷи сканершаванда сатҳи сохтори ҷигар эхогенаш нисбатан баланд мебошад.

Ҳангоми муоинаи найчаи обияткаш дар сканери арзӣ аз деворҳои он твинклинг-артефакт ба мушоҳида мерасад. Дар речаи КБД дар баробари визуализатсияи твинклинг-артефакт инчунин ҳаракат ва гузариши моеъ тавассути найчаи обияткаш пурра назорат карда мешавад. Дар тасвири ултрасадоии дар боло овардашуда мавҷудияти твинклинг-артефакт имкон дод, ки найчаи обияткашдар лаҳзаҳои ихроҷи муҳтаво аз рағҳои хунгузар фарқ карда шавад. Инчунин, барои беҳтар намудани назорат усули оғози ларзиш бо истифода аз режими КБД истифода шуд (расми 10).

Ҳангоми паҳш кардани санҷандаи ултрасадо ба сатҳи шикам ва оғози ҳаракатҳои равандаву баргардандаларзиши бофтаҳои дар зери он ҷойгиршуда ба вучуд омадаанд. Муқаррар карда шудааст, ки навигатсияи МИВ-ҳои тавассути пӯстӣ речаи оптималӣ ва боэътимоди КБД ба шумор меравад.



Расми 10.- Муайянкунии найчаи обияткаш дар речаи КБД-и бо ларзиши сунъӣ оғозшуда

Таҳлили муқоисавии усулҳои картиронидан нишон медиҳад, ки ҳангоми гузаронидани таҳқиқот дар речаи КДР сифати умумии тасвирҳои ТУС аз ҳисоби дубора тақсимкардани ҳаҷми коркарди сигналҳои ба тасвирҳои ранга ва хокистарӣ паст мешавад, ки ин муоинаи ТУС-ро ҳангоми гузаронидани МИВ душвор мегардонад. Ҳангоми ТУС-и ин минтақа дар речаи КБД гузаронида мешавад, тасвир равшантар буда, рағҳои хунгузар дар шакли сохтори ранга буда, андозаҳо ва сарҳадҳои онҳо ба анатомияи воқеӣ наздиканд. (расми 11). Бояд қайд кард, ки берун аз минтақаи КБД унсурҳои гиперэхогенӣ, ки ба найчаи обияткаш мувофиқанд, ба таври возеҳ тасвир карда намешаванд ва онҳоро гуногун шарҳ додан мумкин аст.



Расми 11. ТУС дар речаи КБД: твинклинг-артефакт дар охири сӯзани пунксионӣ: истифодаи муқаммалӣ усулҳо барои беҳтар кардани муоинаи асбоб ҳангоми гузоштани найчаи обияткаш ба АҶ бо истифода аз режими КБД.

Барои арзёбии самаранокии усулҳои пешниҳодшуда чихати беҳтар кардани муоина таҳлили муқоисавии тасвирҳои ултрасадо дар речаи В ва бо истифодаи минбаъдаи усулҳои дар боло зикршуда дар 5 бемор гузаронида шуд. Дар 49 (60,4%) ҳолат муайян намудани эхоаломатҳои найчаи обияткаш на дар ковокии АҶ, балки танҳо дар паренхимаи ҷигар имконпазир буд. Дар 19 ҳолат ҷойгиршавии найчаи обияткаш дар паренхимаи ҷигар ҳангоми сканкунии тӯлонӣ бо мавҷудияти сохтори хаттии

гипозкоикӣ (ковои найчаи обияткаш), ки ғафсии он ба диаметри дарунии найчаи обияткашмувофик аст, муайян карда шудааст. Дар 18 ҳолат найчаи обияткаш баръало дар паренхимаи чигар дар шакли ду сохтори хаттии гиперэхоикии ба девораш мувофик ба назар мерасид, аммо он дар холигоҳи АҚмуайян карда нашудааст. Дар 61 (75,3%) ҳолат дар речаи В, найчаи обияткаш дар буриши тулӣ ба таври қаноатбахш муоина карда шудааст. Дар 75,3% ҳолати таҳқиқот дар речаи В маълумоти мукаммали эхографиро оид ба ҷойгиршавии қисми дисталии найчаи обияткаш дар ковокии АҚ ғайриимкон буд, ки аз ҷиҳати омӯри аҳамияти калон дорад ($p < 0,001$).

Дар ҳамаи беморони гурӯҳи асосӣ нури лазерии дохиливаридии хун (НЛДХ) бо муолиҷаи мавзей ва радиатсияи холигии абсесс истифода бурда шудааст. Дар оғози табобат дар беморони абсесси чигар, набзи максималӣ аз $98,2 \pm 4,6$ зарба дар як дақиқа буд, ки бо ҳарорати бадан мутаносиб буда, то ба $37,3 \pm 0,2$ С⁰ мерасид ва дар ин ҳолат нишондиҳандаҳои ИЗЛ, СРБ 6 маротиба зиёд шуданд. Дар заминаи муолиҷаи мукамал бо истифодабарии НЛДХ, радиатсияи мавзей ва тозакунии ковокии абсесс ба эътидол омадани ин нишондодҳо дар рӯзҳои 5-7 ба қайд гирифта шудааст (ҷадвали 5).

Ҷадвали 5. – Динамикаи нишондиҳандаи захролудшавии беморони гурӯҳи асосӣ бо АҚ дар заминаи НЛДХ ва нури ковокӣ бо лазерии баландафканишот (n=21) (M±m)

№	Нишондиҳанда	Меъёр	Рӯзҳои муолиҷа				
			1	3	5	7	9
1	Набз (зарба дар 1 дақ.)	60-80	98,2±4,6	84,0±3,2	80,4±2,2	76,8±1,4	70,0±1,0
2	Ҳарорати бадан (0С)	до 37	37,3±0,2	37,2±0,1	37,0±0,2	36,4±0,1	36,2±0,1
3	СТЭ (мм/ч)	2-15	18,8±1,0	18,0±1,0	16,4±1,0	16,0±1,0	14,4±1,0
4	ИЗЛ	1,00±0,2	3,4±0,01	3,4±0,01	3,0±0,01	2,4±0,02	2,0±0,01
5	СРБ (мг/л)	до 3,0	8,2± 0,2	8,2± 0,1	8,0±0,1	7,0±0,1	6,8±0,1

Дар рафти омӯзиши маълумотҳои овардашуда мо боварӣ ҳосил кардем, ки ҳеҷ гуна роҳи муайян кардани нуқтаи дастрасии дақиқ бо назардошти ҷойгиршавии мавзеи патологӣ вучуд надорад. Барои эвакуатсияи пурраи мӯҳтавои ковокии абсесс нуқтаҳои зерини дастрасӣ таҳия ва интиҳоб карда шуданд (ҷадвали 6).

Ҷадвали 6. Нуқтаҳои дастрасӣ ба ковокии абсесс вобаста ба ҷойгиршавӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ (n=81)

Ҷойгиршавӣ дар сегментҳои чигар	Миқдори беморон	Нуқтаҳои дастрасӣ
VIII	29	Байнқабурғаи 7-ум бо хатти миёнаи зерикашӣ, байнқабурғаи 8-ум бо затти паси зерикашӣ, бо хати миёнаи зерикашӣ
VII	21	Байнқабурғаи 10-ум ва 7-ум бо хатти миёнаи зерикашӣ
VI	13	Байнқабурғаи 7-ум бо хатти пеши зерикашӣ
V	9	2 см росттар аз изофаи шамшершакл, Байнқабурғаи 7-ум бо хатти миёнаи зерикашӣ,
III	4	2 см росттар аз изофаи шамшершакл
II	5	2 см росттар аз изофаи шамшершакл

Муайян карда шуд, ки ковокии фасоднок дар беморони гирифтори АҚ аксар вақт дар қисми рости чигар дар сегментҳои VI, VII, VIII ба таври зеркапсулярӣ чойгир шудааст. Андозаи фасод аз 16 то 500 см³ ва бештар аз он ба қайд гирифта шудааст. Гузашта аз ин, дар беморони гурӯҳи асосӣ ҳаҷми миёнаи фасод 166,34±54,28 см³-ро ташкил дод.

Ҷадвали 7. - Баъзе нишондиҳандаҳои зардоби хун дар гурӯҳҳои таҳқиқшудаи беморони абсесси чигар дар марҳадаи пеш ва пас аз амалиёти чарроҳӣ дар заминаи муолиҷаи муқаммал (M±m) (n=31)

Нишондиҳанда	То пунксия	Шабонарӯзи 3-юм	Шабонарӯзи 5-юм	Шабонарӯзи 7-юм	Шабонарӯзи 3-юм	Ҳангоми ҷавобшавӣ	P
Гемоглобин	88,6±4,8	94,1±0,3	102,08±0,1	102,2±0,8	104,2±0,9	104,4±0,1	<0,01
Эритроцитҳо	3,0±0,6	3,2±0,1	3,6±0,2	3,4±0,5	3,6±0,2	3,7±0,1	<0,05
Лейкоситҳо	16,1±1,6	14,5±0,4	14,2±0,6	14,1±0,5	13,1±0,2	10,0±0,1	<0,05
Лимфоситҳо	48,1±6,1	42,1±0,8	40,1±0,9	36,1±0,8	36,0±0,3	26,1±1,8	<0,001
СТЭ	32,0±4,0	26,1±0,9	22,1±0,1	22,1±0,8	20,2±0,1	18,1±0,2	<0,001
Билирубини умумӣ	36,0±2,2	26,3±0,6	24,1±0,2	26,0±0,6	24,1±0,4	20,8±0,5	<0,001
Сафедаи умумӣ	52,5±2,7	54,1±0,5	58,1±0,1	58,1±0,6	62,1±0,1	63,2±0,9	<0,01
Мочевина	14,6±1,2	14,2±0,9	14,0±0,6	14,1±0,3	13,6±0,6	13,9±0,1	>0,05
Креатинин	132,0±4,3	122,7±1,03	120,1±0,1	117,3±0,1	115,3±0,2	111,4±0,01	<0,001
Фосфатазаи ишқорӣ	323,3±10,9	317,1±2,2	307,2±0,5	302,2±0,3	301,2±0,2	292,4±0,1	<0,001
Амилаза	41,3±1,8	41,0±0,7	36,1±0,5	32,3±0,2	30,1±0,2	26,2±0,1	<0,001
АлАТ	0,71±0,02	0,78±0,02	0,73±0,1	0,71±0,1	0,70±0,01	0,68±0,08	<0,05
АсАТ	0,91±0,11	0,81±0,11	0,73±0,1	0,71±0,09	0,70±0,01	0,68±0,07	<0,001
Фибриноген	7,5±0,1	7,1±0,1	6,7±0,8	5,4±0,1	5,2±0,1	5,0±0,1	<0,01
Тести протромбинӣ бо усули КВИК	123,2±1,01	123,5±1,02	120,1±0,1	118,2±0,1	115,01±0,2	115,1±1,01	<0,05
ИИЛ	6,4±0,6	6,3±0,4	6,2±0,1	4,8±0,1	4,0±0,9	4,0±0,1	<0,01
Диалдегиди малонӣ	16,58±0,47	15,41±0,28	14,21±0,16	12,02±0,9	12,9±0,017	14,1±0,09	<0,05
Каталаза	74,2±0,30	80,4±0,41	88,8±0,12	96,2±0,21	111±0,23	122,1±0,13	<0,001
Витамини D	41,8±2,0	43,1±0,9	46,8±0,1	52,0±0,1	50,6±0,1	58,0±0,2	<0,01

Эзоҳ: p – нишондиҳандаи фарқияти оморӣ дар динамика (ANOVA Фридман).

Муайян карда шуд, ки дар аксарияти беморон андозаи АЧ аз 1,6 то 10,0 см (47 ё 58,02% мушоҳида) ва аз 11,1 то 20,0 см (34 ё 41,9% мушоҳида) буда, фарқияти байни гурӯҳҳо аз рӯи ин нишондод оморӣ ночиз ($p=0,629418$) буд. Давомнокии умумии обияткашӣ аз 14 то 18 рӯзро ташкил дод. Ба ҳама беморони гурӯҳи асосӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ доруи Ремаксол таъин карда шудааст. Нахуст ба ҳамаи беморони абсесси холангиогенӣ пунксияи абсцесс гузаронида шуд, дар 4 (4,9%) ҳолат пунксияи ковокии фасодӣ дар зерӣ назорати ултрасадо ҳангоми гузаронидани амалиёти ҷарроҳии холесистэктомияи лапароскопӣ анҷом дода шуд. Сабабҳои пайдоиши абсесси чигар дар 8 ҳолат шаклҳои деструктивии холесистит буданд ва дар 2 ҳолат абсесси чигар дар шабонарӯзи 16-ум ва 24-ум рӯз пас аз холесистэктомия бо осебҳои холедох ба вучуд омадааст. Аз он дар як ҳолат ковокии фасоднок дар минтақаи сегментҳои 6-7 ва дар ҳолати дуюм дар минтақаи сегменти 7 ҷойгир шудааст. Дар 3 нафар беморон баргараф кардани лахтаҳои хун бо шустани ковокии абсцесс имкон надошт. Дар 3 ҳолат мавҷудияти бемории ҳамрадиф дар чигар қайд карда шуд: дар 1 ҳолат гепатити музмини токсикӣ ва дар ду ҳолати боқимонда гепатити музмини вирусӣ ба қайд гирифта шудааст.

Дар 26 (32,0%) ҳолат бо назардошти гипертония ва мавҷудияти сангҳо дар роҳҳои сафро папилосфинктеротомияи эндоскопӣ гузаронида шуд, ки аз он натиҷаи назаррас ба мушоҳида мерасид. Барои мукамалкунӣ ва самаранокии сифати табобат дар ҳамаи беморони гурӯҳи асосӣ дар динамикабаъзе параметрҳои хун пас аз эвакуатсияи муҳтавои ковокии абсцесс ва дар заминаи муолиҷаи комплексии давомдор омӯхта шуданд (ҷадвали 7).

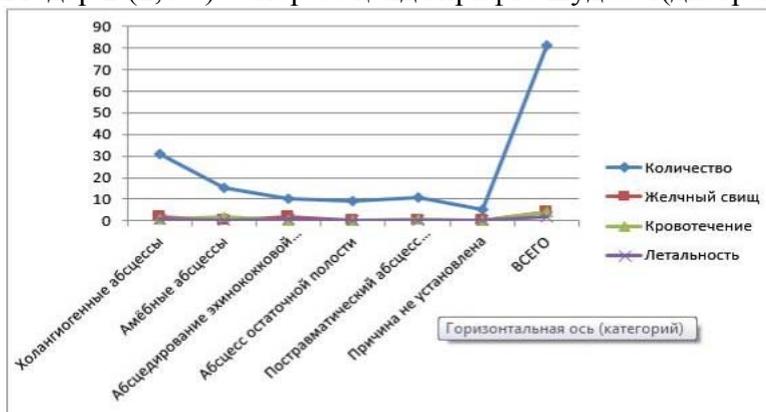
Нишондиҳандаи гемоглобини хун дар давраи пеш аз пунксия $88,6 \pm 4,8$ ва пас аз муолиҷа $104,4 \pm 0,1$ гр., эритроцитҳо аз $3,0 \pm 0,6$ то $3,7 \pm 0,1$ барқарор шуданд, ИЗЛ аз $6,4 \pm 0,6$ то $4,0 \pm 0,1$ кам шуда, нишондиҳандаҳои диалдегиди малонӣ аз $16,58 \pm 0,47$ то $14,1 \pm 0,09$ ва витамини D аз $41,8 \pm 2,0$ то $58,0 \pm 0,2$ баланд шуд.

Ба 15 (18,5%) нафар беморони гирифтори абсцесси амёбагии чигар ба интервенсияи пунксия гузаронида шуд. Омӯзиши динамикаи гемоглобин пеш аз пунксия $88,1 \pm 4,0$ ва пас аз муолиҷа $107,4 \pm 0,2$ гр., эритроцитҳо аз $3,1 \pm 0,5$ то $3,8 \pm 0,1, 3 \pm 0,5$ то $4,9 \pm 0,1$ коҳиш ёфт. $11,1 \pm 0,05$ ва нишондиҳандаи витамини D аз $41,3 \pm 1,5$ то $58,1 \pm 0,5$ баланд гардид. Ҳангоми муқоисаи нишондодҳо маълум гардид, ки ҳангоми абсесси холангиогенӣ чигар сатҳи эндотоксемия нисбат ба беморони абсесси амёбавӣ баландтар аст. Таҳқиқи динамикаи гемоглобин, эритроцитҳои хун, лейкоцитҳо, мочевина, фосфатазаи ишқорӣ, малон диалдегид, витамини D, нишондиҳандаҳои индекси захролудшавии лейкоцитҳо (ИЗЛ) нишон доданд, ки дар ҷараёни муолиҷа дар беморон, сарфи назар аз раванди иллати музмини чигар, коҳиши нишондиҳандаҳо дар заминаи муолиҷа ба мушоҳида мерасад ва нишондоди гемоглобин пеш аз пунксия $94,1 \pm 2,0$ ва баъд аз муолиҷа ба $108,4 \pm 0,1$ гр., эритроцитҳо аз $3,4 \pm 0,2$ ба $3,7 \pm 0,1$ баланд гардида, ИЗЛ аз $6,2 \pm 0,4$ то $4,8 \pm 0,1$ коҳиш ёфт. Нишондиҳандаҳои малон диалдегид аз $16,35 \pm 0,41$ то $11,0 \pm 0,05$ паст гардида, витамини D аз $41,1 \pm 1,3$ то $61,1 \pm 0,5$ баланд гардидааст.

Як гурӯҳи беморони абсесси пас аз осебӣ ва абсесси сабабаш номаълуми чигар низ таҳқиқ карда шудаанд. Ҳангоми пунксия дар 11 (13,5%) нафар беморони абсесси пас аз осебӣ ва дар 5 (6,1%) нафар беморони абсесси сабабаш номаълум найчаи обияткаш бе душворӣ гузошта шуд. Муҳтавои кистаҳо ба таври кофӣ обияткаш карда шуданд, танҳо дар 4 (4,9%) нафар беморони абсесси пас аз осебии чигар аз сабаби зичии баланди фасод то 5 воҳид зарурати пунксияи такрорӣ ба амал омад. Омӯзиши динамикаӣ нишон дод, ки параметрҳои хун беҳтар гардиданд, аз ҷумла гемоглобин пеш аз пунксия $88,1 \pm 1,0$ ва пас аз муолиҷа $98,4 \pm 0,1$ гр., эритроцитҳо аз $2,9 \pm 0,2$ то $3,7 \pm 0,1$ барқарор шуданд, ИЗЛ аз $6,1 \pm 0,4$ то $5,4 \pm 0,1$ кам шуд. Нишондиҳандаҳои малон диалдегид аз $16,31 \pm 0,29$ то $10,0 \pm 0,05$ паст гардида, витамини D аз $43,1 \pm 1,3$ то $63,1 \pm 0,5$ баланд гардид.

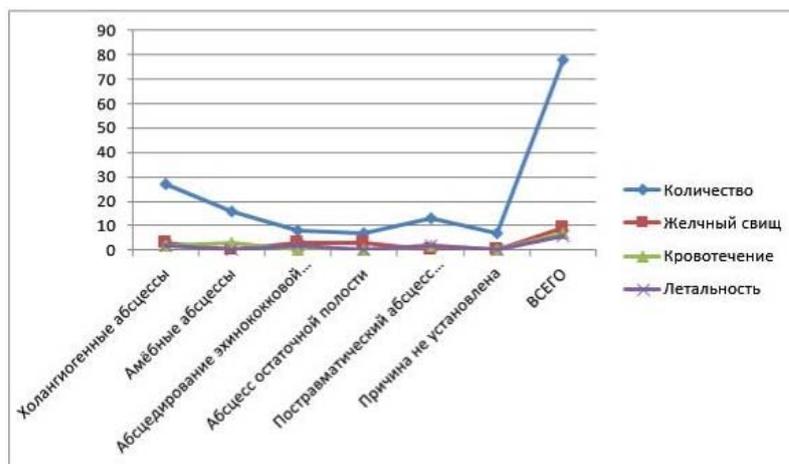
Дар ҷараёни таҳқиқот, дар як зергурӯҳи беморони мубталои абсесси холангиогении чигар дар давраи пас аз ҷарроҳӣ дар 3 (3,7%) ҳолатавориз ба қайл гирифта шудааст, дар 2 нафар бемор дар рӯзҳои 2-3 ба миқдори то 400-500 мл дар шабонарӯз ихроҷи сафро мушоҳида карда шуд. Ба беморон муолиҷаи консервативӣ таъин карда шуда, қарор дода шуд, ки ба онҳо папилосфинктеротомияи эндоскопӣ гузаронида шавад, ки дар натиҷа, тадриҷан коҳиши талафоти сафро қайд карда шуд. Дар 8 (9,8%) нафар беморон ҳангоми муоинаи ултрасадои назоратӣ дар давоми 1-2 соат пас аз гузоштани найчаи обияткаш аломатҳои эхографияи моеи озод (хун) мушоҳида карда шуд, ки ба онҳо амалиёти лапароскопия гузаронида шуд.

Дар як ҳолат, дар рӯзи 2-юми пас аз пунксияи абсесс дар заминаи нишондоди зиёди билирубин хунравии ҳолимикаӣ, энцефалопатияи чигар ва кома ҳамроҳ шуда, беморон дар рӯзи 4-ум фавтид. Дар 2 (2,4%) нафар беморон бо кистаҳои ихроҷшуда эхинококкозии чигар дар шабонарӯзи 2-3 пас аз пунксия носури сафрой ва дар 1 нафар бемор норасоии кори чигар ба қайд гирифта шудааст, ки дар ин ҳолат низ фавти бемор ба қайд гирифта шудааст. Дар 1 нафар (2,2%) бемор бо абсесси пас аз осебии чигар хунравӣ аз ҷойи пунксия ба қайд гирифта шудааст, ки он баргараф карда шуда, ба бемор лапароскопияи муолиҷавӣ гузаронида шуд. Дар маҷмӯъ, аворизҳои пас аз ҷарроҳӣ пас аз амалиётҳои миниинвазивии пунксионӣ дар 8 (9,8%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва фавт дар 2 (2,4%) бемор ба қайд гирифта шудааст (диаграммаи 1).



Диаграммаи 1. - Натиҷаҳои усулҳои пунксионии муолиҷаи абсессҳои чигар дар беморони гурӯҳи асосӣ (n=81)

Ҳангоми муқоисаи аворизигурӯҳҳои таҳқиқотӣ, дар беморони гурӯҳи назоратӣ, ки қаблан усулҳои анъанавии лапароскопии табобатро аз сар гузаронидаанд, хусусияти зерин ба қайд гирифта шудаанд (диаграммаи 2).

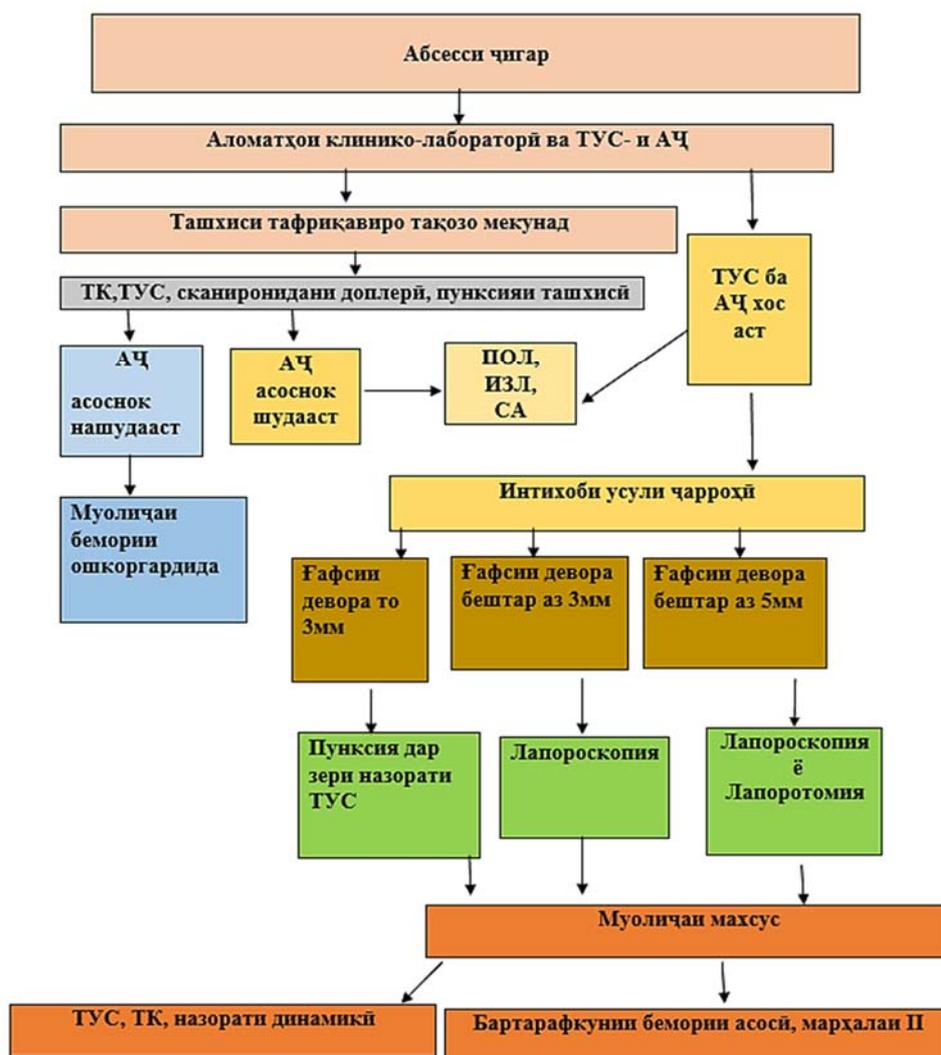


Диаграммаи 2. - Натиҷаҳои усулҳои анъанавии муолиҷаи абсессҳои чигар дар беморони гурӯҳи назоратӣ (n=78)

Дар маҷмуъ, аворизи пас аз амалиёти ҷарроҳӣ пас аз амалиётҳои ҷарроҳии анъанавӣ ва эндоҷарроҳӣ дар беморони гурӯҳи назоратӣ дар 16 (20,5%) нафар беморон ва фавт дар 6 (7,6%) нафар беморон ба қайд гирифта шудааст. Пас аз таҳқиқотҳои гузаронидашуда алгоритми таҳхис ва муолиҷаи абсесҳои ҷигар пешниҳод гардид, ки ба фардиқунонии тактикаи таҳхис ва муолиҷаи абсесҳои ҷигар мусоидат менамояд. (расми 12).

Ҳамин тариқ, муолиҷаи мукамал, аз ҷумла муолиҷаи консервативӣ, амалҳои ҷарроҳии миниинвазивӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 1-3 марҳила имкон дод, ки аз 73 (90,1%) нафар беморони гирифтори АҶ дар 8 (9,8%) ҳолат натиҷаи назаррас пас аз 2-3 амалиёти миниинвазивии бенатиҷа ба даст оварда шавад. Натиҷаҳои хуби таъобат ва мавҷуд набудани авориз ҳангоми гузаронидани обияткашкунӣ транскутанӣ таҳти назорати ултрасадо имкон медиҳанд, ки ин усулро ҳамчун усули интихобӣ дар муолиҷаи беморони беморони АҶ тавсия диҳем.

Ҳангоми муоинаи назоратӣ дар давраи фосилавии пас аз амалиёти ҷарроҳӣ беморон шикоят надовшанд. ТУС-и комплексӣ пас аз амалиёти ҷарроҳии пунксионӣ дар 24 нафар беморони гурӯҳи асосӣ дар давраи аз шаш моҳ то 2 сол гузаронида шудааст. Пас аз 6 моҳ пас аз пунксия ҳангоми ТУС дар 29,6%-и беморон дар паренхимаи ҷигар, минтақаҳои гиперэхоӣ муайян карда шуданд, ки аз мавҷудияти тағироти скарӣ дар минтақаи холигоҳи боқимондаи фокуси патологӣ шаҳодат медиҳанд.



Расми 12. – Алгоритми таҳхис ва муолиҷаи абсесси ҷигар

ХУЛОСА

1. Аҳамият ва самаранокии истифодаи якҷояи ТУС ва ТК дар ташхис, муайянкунии ҷойгиршавӣ, манбаи пайдоиши абсесси чигар, ки маълумотнокии он аз 93 то 100% аст, мувофиқан имкон медиҳад, ки усули муолиҷамақсаднок интиҳоб карда шавад [3-М,4-М,5-М,6-М,7-М,8-М,11-М,14-М, 15-М].
2. Истифодаи нишондиҳандаҳои пероксидшавии липидҳо, системаи антиоксидантӣ ва ИЗЛ дар беморони абсесси чигар нишондиҳандаҳои асосии самаранокии муолиҷа ва пайванди назораткунандаи ҷараёни илтиҳобӣ мебошанд [1-М,4-М,7-М,11-М].
3. Амалиётҳои мининвазивӣ таҳти назорати ултрасадо усули асосии муассирмуолиҷаи абсесҳои чигар дар сурати мавҷуд набудани секвестри ковокӣ зичии фасод то 5 воҳид, мавҷуд набудани изофаҳои зич, андозаи ковокӣ то 120 мм ба шумор мераванд. Ғайринишондод барои гузаронидани амалиётҳои мининвазивӣ ҳангоми абсесҳои чигари дар минтақаи дарвозаи чигарҷойгиршуда мавҷудияти зичии зиёди фасод 5 воҳид ва изофаҳои зич мебошад [1-М,2-М,4-М,9-М,10-М,12-М].
4. Амалиётҳои мининвазивӣ таҳти навигатсияи ТУС дар беморони абсесси чигар имкон доданд, ки дар 69 то 98%-и ҳолатҳо натиҷаҳои хуб ба даст оварда шаванд, онҳо бояд танҳо дар марказҳои махсусгардонидашуда бо таҷҳизоти мувофиқ ва мутахассисони соҳибтаҷрибаамалӣ гарданд [3-М,4-М,13-М,14-М ,15-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Барои муайянкунии сабаб ва самаранокии ташхиси аниқ ва интиҳоби минбаъдаи усули муолиҷаи абсесҳои чигар ТУС ва ТК бояд дар ҳамҷоягӣ истифода шаванд.
2. Барои назорати мукамал дар давраи пеш ва пас аз амалиёти ҷарроҳӣ нишондиҳандаҳои пероксидшавии липидҳо, системаи антиоксидант ва ИЗЛ дар беморони абсесси чигар усулҳои маъмули таҳқиқоти ро пурра мекунанд ва бояд дар ҳама ҳолатҳо ҳамчун усули асосӣ барои назорати раванд ва сифати муолиҷа истифода шаванд.
3. Амалиётҳои мининвазивӣ таҳти назорати ултрасадо дар беморони абсесси чигар ҳангоми мавҷуд набудани секвестрҳо дар ковокӣ, зичии фасод то 5 воҳид, мавҷуд набудани изофаҳои зич ва андозаи ковокӣ то 120 мм гузаронида мешаванд. Ғайринишондод барои гузаронидани амалиётҳои мининвазивӣ ҳангоми абсесҳои чигар ҷойгиршавии он дар минтақаи дарвозаи чигар, мавҷудияти зичии зиёди фасод 5 воҳид ва изофаҳои зич буда, бояд қатъиян индивидуалӣ бошад.
4. Самаранокии амалиётҳои мининвазивӣ таҳти назорати ултрасадо дар беморони абсесси чигар ва сифати муолиҷа аз таҷҳизоти техникӣ, сатҳи омодагии мутахассис ва муносибати инфиродӣ вобаста аст.

Феҳристи интишороти докталаби дарёфти дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

- [1–М] Фарзонаи И. Методы лечения абсцессов печени/ Фарзонаи И., Назаров Ш.К., Ализаде С.Г., Шамсуллозода Ш.Н.// Авчи Зухал. -№4. -2019. -С. 82-87.
- [2–М] Фарзонаи И. Эффективность современной технологии в лечении послеоперационных осложнений при эхинококкэктомии из печени/ Фарзонаи И., Назаров Х.Ш., Гуломов М.Ш., Восиев А.С., Ибодов Дж. Б.// Авчи Зухал. -№3. -2019. -С. 21-27.
- [3–М] Фарзонаи И. Ультразвуковое и компьютерное томографическое исследование в диагностике абсцессов печени и проведение мининвазивных лечебных вмешательств / Фарзонаи И., Абдуллоев Ф.М., Назаров Ш.К., Рахимова С.У., Давлатов Х.Х., Саидов С// Вестник института последипломной подготовки медицинских кадров Республики Таджикистан. -№1. -2020. -С.19-23.
- [4 –М] Фарзонаи И. Комплексное лечение абсцессов печени/ Фарзонаи И.//Симург. -2022. -№13(1). -С. 44-51.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда:

[5-М] Фарзонаи И. Диагностика и тактика хирургического лечения пациентов с бактериальными абсцессами печени / Фарзонаи И., Назаров Ш.К., Холматов П.К., Сайдалиев Ш.Ш., // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» 23 ноября. Душанбе. -2018.- С. 179-180.

[6 –М] Фарзонаи И. Интервенционная сонография и миниинвазивные вмешательства в диагностике и лечении холангиогенных абсцессов печени/ // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» 23 ноября. Душанбе 2018г. С. 180-181

[7 –М] Фарзонаи И. Информативность современных методов исследования в диагностике и лечении абсцессов печени /Фарзонаи И., Додихудоев Р.А// Материалы XIII-научно-практической конференции молодых ученых «Медицинская наука: новые возможности» 27 апреля. Душанбе. 2018. С. 279-280.

[8–М]Фарзонаи И. Современные технологии в диагностике и хирургическом лечении абсцессов печени /Фарзонаи И., Амиров Дж., Назаров Т. // Материалы XIVнаучно-практической конференции молодых ученых студентов «Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине» 19 апреля. Душанбе. - 2019. -С. 260-261.

[9–М] Фарзонаи И. Пункционно - аспирационные санации в лечении абсцессов печени / Фарзонаи И., Амиров Дж., Назаров Т. // Материалы XIVнаучно- практической конференции молодых ученых студентов «Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине». 19 апреля. Душанбе. -2019. -С. 261 -262.

[10–М] Фарзонаи И. Принципы диагностики и оперативных вмешательств при эхинококкозе печени/ Фарзонаи И., Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Чонов Б.Н. // Материалы международной научно- практической конференции 67-ой годичной посвященной 80- лею ТГМУ им Абуали ибни Сино и «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» «Медицинская наука XXI века - взгляд в будущее» 27 ноября. Душанбе. -2019.- С. 322-323.

[11–М] Фарзонаи И. Диагностика абсцессов печени / Фарзонаи И., Назаров Ш.К., Али-заде С., Назаров Т.Ш.// Материалы международной научно- практической конференции 68-й годичной посвященной «Годам развития село, туризма и народных ремёсл (2019-2021)» «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования» 27 ноября. Душанбе. -2020. -С. 224-226.

[12–М] Фарзонаи И., Чрескожные миниинвазивные вмешательства в лечении абсцессов печени / Фарзонаи И., Ш.К. Назаров., Али-заде С., Назаров Т.Ш // Материалы международной научно- практической конференции 68-ой годичной посвященной «Годам развития село, туризма и народных ремёсл (2019-2021)» «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования» 27 ноября. Душанбе. - 2020. - С. 324-325.

[13–М] Фарзонаи И., Анализ непосредственных результатов лечения абсцессов печени / Фарзонаи И., Назаров Ш.К., Али-заде С. Г., Назаров Т.Ш.// Материалы международной научно- практической конференции 68-ой годичной посвященной «Годам развития село, туризма и народных ремёсл (2019-2021)» «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования» 27 ноября. Душанбе. -2020. -С. 325-327.

[14–М] Фарзонаи И, Современные методы в диагностики и лечения абсцессов печени. / Фарзонаи И., Додихудоев Р.А., Эрачи Ч.// Материалы XV научно-практической конференции молодых ученых «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» 24 апреля. Душанбе. -2020. -С. 233-234.

[15–М] Фарзонаи И. Оптимизация диагностики и лечения абсцессов печени / Фарзонаи Иброхим// Материалы XVII научно-практической конференции молодых ученых и

студентов «Актуальные вопросы современных научных исследований» 29 апреля. Душанбе. -2022. -С. 347-34.

Пешниҳоди ратсионализаторӣ

[16-М] Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Фарзонаи И. «Способ контроля эффективности и качества пункции абсцессов печени».

Рац.удост. №3678/R729 выданное ТГМУ от 05.05.2019 г.

[17-М] Назаров Ш.К., Али-заде С.Г., Фарзонаи И. «Способ пункции абсцессов печени». Рац.удост. №3677/R728 выданное ТГМУ от 18.09.2019г.

Фехристи ихтисораҳо

АЗТБ- алоими зиёдшавии ташаккули бакткрियाҳо

АИМ—амалиёти минималии инвазивӣ

АЧ- абсесси чигар

ДМ-диалдегиди малонӣ

ИЗЛ- индекси захролудшавии лейкоцитҳо

КБД- картиронидани барқии доплерӣ

КРД- картиронидани рангаи доплерӣ

КСХС-кислотаи сеҳлорсиркой

КТБ-кислотати барбитури

ПОЛ- пероксидшавии липидҳо

РБА-равлани беҳавфи акустикӣ

СА- системаи антиоксидантӣ

ТК- томографияи компютерӣ

ТКР- томографияи компютери рентгенӣ

ТУС- таҳқиқоти ултрасадоӣ

АННОТАЦИЯ
ФАРЗОНАИ ИБРОХИМ
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Ключевые слова: миниинвазивные технологии, ультразвуковое исследование, абсцессы печени, пункция, санация полости абсцесса, твинклинг-фактор, компьютерная томография, доплерография.

Цель исследования. Оптимизация топической диагностики и дифференцированного подхода к миниинвазивным методам лечения больных с абсцессами печени.

Методы исследования. Больным выполнялись общеклинические развернутые анализы крови и мочи; развернутые биохимические анализы крови с определением количества общего белка, уровня билирубина, печеночных проб, ферментов. У пациентов основной группы дополнительно выполнялись исследования интенсивности процессов ПОЛ. Исследование лейкоцитарного индекса интоксикации выполнялось по методу Я.Я. Кальф-Калифа и определение интенсивности ПОЛ по накоплению малонового диальдегида, Витамин Ультразвуковое исследование выполнялось всем пациентам основной группы и пациентам контрольной группы с использованием эхотомографа HDI 5000 производства “Philips” и “Siemens” с конвексным датчиком 3,5-5,0 МГц. УЗИ выполнялось пациентам на момент госпитализации, ещё в приемном отделении без предварительной подготовки. Для оптимизации визуализации границ использовали режим иницированного колорайзинга. С применением доплерографических методов оценивали васкуляризацию зоны локализации АП, и выбора безопасного акустического окна, навигации пункционного вмешательства и динамического контроля после пункции. Для оценки эффективности был проведен сравнительный анализ УЗ изображений и доплерографических режимах по традиционной методике и с последующим применением собственных приемов. Производили полипозиционное сканирование в В – режиме. Компьютерная томография проводилась с помощью томографа Somatom Definition AS, Siemens Medical Solutions до и после болюсного контрастного усиления.

Полученные результаты и их новизна. Разработаны ультразвуковая, компьютерно-томографическая клиническая семиотика абсцессов печени и их осложнений для постановки полноценного диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Разработаны клинические сведения о локализации абсцессов печени по сегментам, выделены приоритеты сегментарного расположения и состояния окружающих сосудов. Разработана клиническая картина 3-х мерного объёмного изображения патологического объекта для постановки топической диагностики и выбора адекватного метода лечения. Изучено клиническое значение перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у пациентов с абсцессами печени с целью полноценности эффективности лечения. Изучена эффективность использования доплерографических режимов в улучшении и визуализации осложнений для проведения пункционного метода дренирования. Доказана эффективность миниинвазивного пункционного метода лечения абсцессов печени.

Рекомендации по их использованию. Для полноценной объективизации за течением процесса до и в послеоперационной периоде показатели ПОЛ, антиоксидантная система и ЛИИ у больных с абсцессами печени дополняют общепринятые методы исследования и должны применяться во всех случаях в качестве основного звена для контроля за динамикой и качества лечения. Миниинвазивные вмешательства под Уз-контролем у больных с абсцессами печени показаны при отсутствии секвестров в полости, плотности гноя до 5 ед., отсутствия плотных включений, размеров полости до 120 мм.

Область применения. Неотложная абдоминальная хирургия

ХУЛОСА

ФАРЗОНАИ ИБРОХИМ ТЕХНОЛОГИЯҲОИ МИНИИНВАЗИВӢ ДАР ТАШХИС ВА МУОЛИҶАИ АБСЕССҲОИ ЧИГАР

Вожаҳои калидӣ: технологияи миниинвазивӣ, тадқиқоти ултрасадоӣ, абсесси чигар, пунксия, тозакунии ковокии абсесс, факторитвинклинг, томографияи компютерӣ.

Мақсади таҳқиқот. Оптимизатсияи ташхиси топикӣ ва муносибати дифференсиалӣ ба усулҳои минималии инвазивии муолиҷаи беморони абсесси чигар.

Усулҳои таҳқиқот: Беморон аз ташхиси умумиклиникии мукаммали хун ва пешоб гузаштанд, аз ҷумла санчишҳои муфассали биохимиявии хун бо муайян кардани миқдори умумии сафеда, миқдори билирубин, санчишҳои кори чигар, ферментҳои гузаронида шудааст. Дар беморони гурӯҳи асосӣ ба таври иловагӣ омӯзиши шиддатнокии равандҳои пероксидшавии липидҳо гузаронида шудааст. Омӯзиши индекси захролудшавии лейкоцитҳо бо усули Я.Я. Калф-Калифа(1941) гузаронида шудааст. Муайян кардани шиддатнокии пероксидшавии липидҳо бо роҳи ҷамъшавии малондиалдегид (МДА), Витамини D. Тадқиқоти ултрасадоӣ ба ҳама беморони гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи назоратӣ бо истифодаи эхтомографи HDI 5000 истеҳсоли "Philips" ва "Siemens" бо датчики ковоксионии 3,5-5,0 МГц гузаронида шуд. Ҷаҳлинокии каталаза дар 40 бемор дар ОМИТ-и МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" бо усули спектрофотометрӣ ва усули ИФА барои муайян кардани миқдори умумии 25-ОН витамини D дар 40 нафар бемор дар Маркази тиббии "Diamed" гузаронида шудааст. Муоинаи ултрасадо барои ҳамаи беморони гурӯҳи асосӣ (n-81) ва ҳамаи беморони гурӯҳи назоратӣ (n-78) бо истифода аз эхтомографи HDI 5000, истеҳсоли Philips ва Siemens бо санҷандаҳои конвексии 3,5-5,0 МГц, GU GC SMP ҳангоми бистариш дар шӯбаи қабул бе омодагии махсус гузаронида шудааст. Барои муайянкунии аниқӣ сарҳадҳои речаи калорайзинги интисиронӣ истифода шудааст. Бо истифода аз усулҳои доплер васкуляризиатсияи минтақаи ҷойгиршавии АҚ, инчунин интиҳоби тирезаи бехатари акустикӣ, навигатсияи амалиёти пунксионӣ ва назорати динамикӣ пас аз пунксия арзёбӣ карда шудааст. Барои баҳодиҳии самаранокӣ таҳлили муқоисавии аксҳои ултрасадоӣ ва режимҳои доплери бо усули анъанавӣ бо истифодаи минбаъдаи усулҳои худ гузаронида шудааст. Сканери полипозитсионӣ дар режими В гузаронида шудааст. Томографияи компютерӣ бо истифода аз томографи Somatom Definition AS, Siemens Medical Solutions пеш ва баъд аз тазрики болюсииконтрас гузаронида шудааст.

Натиҷаҳои ба дастоварда ва навгониҳои илмӣ. Омӯзиши аломатҳои ТУС, томографияи компютерӣ ва клиникии абсессҳои чигар бо муайян намудани аҳамияти онҳо барои ташхиси муқоисавӣ. Маълумоти клиникӣ оид ба ҷойгиршавии абсессҳои чигар аз рӯи сегментҳои пешниҳод гардида, бо назардошти ҷойгиршавии сегментарӣ ва ҳолати рағҳои хунгузари атрофи он омӯхта шудаанд. Аломатҳои клиникии сетавираи ҳаҷмии патологӣ барои гузоштани ташхис ва интиҳоби усули дуруст пешниҳод гардидаанд. Самаранокии истифодаи речаҳои доплерӣ дар мукамалкунӣ ва баҳодиҳии авориз ҳангоми гузаронидани усули пунксионии обияткашкунӣ омӯхта шудааст. Самаранокии усули миниинвазии пунксионӣ дар муолиҷаи абсессҳои чигар исбот карда шудааст.

Тавсияҳои барои истифодабарӣ. Барои назорати мукамал дар давраи пеш ва пас аз амалиёти ҷарроҳӣ нишондиҳандаҳои пероксидшавии липидҳо, системаи антиоксидант ва ИЗЛ дар беморони абсесси чигар усулҳои маъмули таҳқиқотиро пурра мекунанд ва бояд дар ҳама ҳолатҳо ҳамчун усули асосӣ барои назорати раванд ва сифати муолиҷа истифода шаванд. Амалиётҳои миниинвазивӣ таҳти назорати ултрасадо дар беморони абсесси чигар ҳангоми мавҷуд набудани секвестрҳо дар ковокӣ, зичии фасод то 5 воҳид, мавҷуд набудани изофаҳои зич ва андозаи ковокӣ то 120 мм гузаронида мешаванд.

Соҳаи истифодабарӣ. Ҷарроҳии фаврии обдоминалӣ.

ANNOTATION
FARZONAI IBROHIM
MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE DIAGNOSTICS AND
TREATMENT OF LIVER ABSCESSSES

Key words: minimally invasive technologies, ultrasound, liver abscesses, puncture, sanitation of the abscess cavity, twinkling factor, computed tomography, dopplerography.

Purpose of the study. Optimization of topical diagnostics and a differentiated approach to minimally invasive methods of treating patients with liver abscesses.

Research methods. Patients underwent general clinical detailed blood and urine tests; detailed biochemical blood tests with determination of the amount of total protein, bilirubin level, liver tests, enzymes. In patients of the main group, studies of the intensity of LPO processes were additionally performed. The study of the leukocyte index of intoxication was carried out according to the method of Ya.Ya. Kalf-Kalif and determination of the intensity of lipid peroxidation by the accumulation of malondialdehyde, Vitamin D. Ultrasound examination was performed for all patients of the main group and patients of the control group using an HDI 5000 echo tomograph manufactured by Philips and Siemens with a 3.5-5.0 MHz convex probe. Ultrasound was performed on patients at the time of hospitalization, even in the emergency department without prior preparation. To optimize the visualization of the borders, the initiated colorizing mode was used. With the use of Doppler methods, the vascularization of the AP localization zone was evaluated, as well as the choice of a safe acoustic window, navigation of the puncture intervention and dynamic control after the puncture. To evaluate the effectiveness, a comparative analysis of ultrasound images and Doppler modes was carried out according to the traditional method and with the subsequent use of our own methods. A polypositional scan was performed in B-mode. Computed tomography was performed using a Somatom Definition AS scanner, Siemens Medical Solutions before and after bolus contrast enhancement.

The results obtained and their novelty. Ultrasound, computed tomography clinical semiotics of liver abscesses and their complications have been developed for making a full diagnosis and differential diagnosis. Clinical information about the localization of liver abscesses by segments has been developed, the priorities of the segmental location and the state of the surrounding vessels have been identified. A clinical picture of a 3D volumetric image of a pathological object has been developed for setting up a topical diagnosis and choosing an adequate method of treatment. The clinical significance of lipid peroxidation and the antioxidant system in patients with liver abscesses was studied in order to fully evaluate the effectiveness of treatment. The effectiveness of the use of Doppler modes in improving and visualizing complications for the puncture drainage method was studied. The effectiveness of a minimally invasive puncture method for the treatment of liver abscesses has been proven.

Recommendations for their use. For complete objectification over the course of the process before and in the postoperative period, the indicators of lipid peroxidation, the antioxidant system and LII in patients with liver abscesses complement the generally accepted research methods and should be used in all cases as the main link for monitoring the dynamics and quality of treatment. Minimally invasive interventions under ultrasound control in patients with liver abscesses are indicated in the absence of sequesters in the cavity, the density of pus is up to 5 units, the absence of dense inclusions, and the size of the cavity is up to 120 mm.

Application area. Emergency abdominal surgery.