

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕР-
СИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК: 616.36-002.951.21-06-07-089.87

На правах рукописи

АЗИЗЗОДА ЗУБАЙДУЛЛО АБДУЛЛО

**МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКС-
НОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание учёной степени
доктора медицинских наук

по специальности 14.01.17 – Хирургия

Душанбе - 2021

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Научный консультант:

Курбонов Каримхон Муродович – академик Академии медицинских наук МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор

Официальные оппоненты:

Кахаров Мубин Абдурауфович, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии отделения ГОУ “Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан” в г.Худжанд, Согдийской области

Амонов Шухрат Шодиевич, доктор медицинских наук, научный сотрудник Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН РТ

Рахматуллаев Рахимджон Рахматуллаевич, доктор медицинских наук, директор лечебно-диагностического центра «Вароруд», Республика Таджикистан

Оппонирующая организация: Самаркандский Государственный Медицинский Институт

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2021 г. в «_____» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-025 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139

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

Автореферат разослан «_____» _____ 2021 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук**

Юнусов И.А.

Введение

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации.

Одной из самых распространённых паразитарных инвазий печени, встречающейся в хирургической практике, является эхинококкоз. Заболеваемость эхинококкозом во многих эндемических регионах мира, в том числе в Средней Азии и Республике Таджикистан, остаётся довольно высокой и продолжает расти [Назаров Ш.К., 2005; Каримов Ш.И. и соавт., 2007; Курбонов К.М. и соавт., 2013; Амонов Ш.Ш., 2017].

Внедрение в хирургическую гепатологию современных диагностических технологий позволило существенным образом улучшить качество диагностики эхинококкоза печени и его осложнений. Однако многие вопросы механизмов развития рецидивов заболевания и осложнений окончательно не установлены [Даминова Н.М. и соавт., 2010; Гулахмадов А.Д., 2015; Шевченко Ю.Л. и соавт., 2016; Majbar A.M. et al, 2014], что требует их всестороннего изучения. До настоящего времени отсутствует единое мнение по проблеме этиологии рецидивирования заболевания (метастатическое, имплантационное, резидуальное, реинвазивное) [Кахаров М.А. и соавт., 2003; Девятов А.В. и соавт., 2005; Ахмедов И.Г. 2006].

Актуальность проблемы эхинококкоза печени (ЭП) обусловлена еще тем, что до сих пор нет единства во мнениях по такому важному вопросу, как выбор метода и объёма оперативного вмешательства, направленных на снижение частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов [Мухиддинов Н.Д., 2000; Вишневский В.А. и соавт., 2011; Ахмедов С.М., 2014; Гульмурадов Т.Г., 2015; Anand S. et al., 2012]. Использование минимально инвазивных методов лечения эхинококкоза печени в настоящее время является предметом широкого интереса у разных авторов, при этом некоторые до сих пор скептически относятся к подобным вмешательствам ввиду возможного обсеменения брюшной полости и развития рецидива заболевания, в связи с чем разработаны определенные показания и противопоказания к выполнению данных вмешательств [Гулов М.К. и соавт., 2016; Ефанов М.Г., 2013; Ветшев П.С. и соавт., 2015; Назаров Ш.К., 2016; Cirgian D. et al., 2016]. В последние годы в мировой литературе появились многочисленные работы, посвященные лечению ЭП с помощью миниинвазивных технологий: лапароскопическая эхинококкэктомия, лапароскопическая резекция печени, пункционное лечение под контролем УЗ, эхинококкэктомии из мини доступов, а также использование роботических технологий [Ахмедов Р.М. и соавт., 2010; Ефанов М.Г., 2013; Иванов С.А. и соавт., 2015; Рахматуллаев А.Р. и соавт., 2016; Амонов Ш.Ш., 2017; V. Ozgur et al, 2016].

Важной в хирургии ЭП является разработка современных методик снижения частоты послеоперационных осложнений (кровотечение, желчеистечение, гнойно-инфекционные осложнения) и рецидивов заболевания с применением интра- и послеоперационной видеолапароскопии остаточной полости, а также применение современных химиотерапевтических

препаратов [Мусаев А.И. и соавт., 2016; Солодова Ю.А. и соавт., 2019]. С целью антигельминтной терапии широко применяют альбендазол, однако ее использование не у всех пациентов одинаково эффективно, а причины этого недостаточно ясны. Также необходимо тщательное изучение такого важного вопроса, как дозировка, длительность и количество курсов химиотерапии [Харнас С.С. и соавт., 2006; Ахмедов И.Г. 2006; Аничкин В.В. и соавт., 2014; Vuitton D.A. et al., 2014].

Сложившаяся ситуация обуславливает необходимость разработки патогенетически обоснованных методов лечения ЭП и его осложнений с целью минимализации количества послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Степень изученности научной задачи

Внедрение в хирургическую гепатологию современных диагностических технологий позволило существенным образом улучшить качество диагностики эхинококкоза печени и его осложнений. Однако многие вопросы механизмов развития рецидивов заболевания и осложнения окончательно не установлены, [Даминова Н.М. и соавт., 2010; Гулахмадов А.Д., 2015; Шевченко Ю.Л. и соавт., 2016; Majbar A.M. et al, 2014].

До настоящего времени нет единства во мнениях относительно выбора метода и объёма оперативного вмешательства при ЭП и его осложнений [Мухиддинов Н.Д., 2000; Вишневский В.А. и соавт., 2011; Ахмедов С.М., 2014; Гульмурадов Т.Г., 2015; Anand S. et al., 2012].

Использование минимально инвазивных методов лечения эхинококкоза печени в настоящее время является предметом широкого интереса у разных авторов, при этом некоторые авторы до сих пор скептически относятся к подобным вмешательствам, ввиду возможного обсеменения брюшной полости и развития рецидива заболевания [Гулов М.К. и соавт., 2016; Ефанов М.Г., 2013; Ветшев П.С. и соавт., 2015; Назаров Ш.К., 2016; Cırgan D. et al., 2016]. Последние годы в мировой литературе появились многочисленные работы, посвященные лечению ЭП с помощью миниинвазивных технологии: лапароскопическая эхинококкэктомия, пункционное лечение под контролем УЗИ, эхинококкэктомии из мини доступов [Ахмедов Р.М. и соавт., 2010; Иванов С.А. и соавт., 2015; Рахматуллаев А.Р. и соавт., 2016; Амонов Ш.Ш., 2017; B. Ozgur et al, 2016].

Ведутся эффективные поиски относительно разработки современных методик по снижению частоты рецидивов заболевания с применением различных антипаразитарных растворов и химиотерапии [Мусаев А.И. и соавт., 2016; Солодова Ю.А. и соавт., 2019].

Теоретические и методологические основы исследования. Теоретическими и методологическими основами диссертационного исследования явились научные труды отечественных и зарубежных ученых, результаты больших клинических исследований, монографии. Основу методологических исследований составило клинико-катамнестическое исследование медицинской документации больных.

Общая характеристика работы

Цель исследования. Улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений за счет применения патогенетически обоснованных методов лечения с применением миниинвазивных технологий.

Объект исследования.

Объектом исследования являлись результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 340 пациентов с ЭП, поступивших в отделения хирургии ГУ “Городской центр скорой медицинской помощи” и “Комплекса здоровья Истиклол” г.Душанбе (2016-2019гг.), которые являются базами кафедры хирургических болезней №1 ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”.

По характеру и объему выполненных обследований и лечения всех больных с ЭП и его осложнениями разделили на 2 группы. В первую (основную) группу были включены 170 (50%) больных, которым выполнялись современные методы комплексной диагностики и лечения с применением миниинвазивных технологий. Во вторую (контрольную) группу вошли 170 (50%) пациентов, которые перенесли традиционные, общеизвестные методы диагностики и хирургического лечения. Контрольную группу составили больные с эхинококкозом печени, оперированные в период с 2008 по 2014 годы.

Предмет исследования. Предметом исследования являлось сравнительное изучение результатов применения миниинвазивных, в том числе чрескожных, лапароскопических, эндоскопических и традиционных открытых вмешательств у больных с эхинококкозом печени и его осложнениями.

Задачи исследования.

1. Изучить роль современных клиничко-лабораторных, лучевых и инструментальных методов исследования в диагностике эхинококкоза печени и его осложнений.

2. Изучить значение показателей эндотоксемии, процессов перикисного окисления липидов, характера кровообращения в печени и бактериальной транслокации в патогенезе осложнений ЭП.

3. Изучить морфологические и биохимические изменения в элементах эхинококковой кисты при эхинококкозе печени и его осложнениях.

4. Установить частоту и этиологию рецидивов заболевания (метастатические, имплантационные, резидуальные, реинвазивные и др.).

5. Разработать критерии показаний и противопоказаний к применению миниинвазивных технологий (лапароскопические, чрескожно-пункционные, эндоскопические вмешательства) при эхинококкозе печени и его осложнениях.

6. Изучить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений.

Методы исследования. Клинические и лабораторные, УЗ методы исследования органов брюшной полости, рентгенография органов брюш-

ной и грудной полостей, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, МРТ, КТ, морфологические методы исследования.

Область исследования. Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.17-Хирургия: подпункт 3.6. Лапароскопические и торакоскопические оперативные вмешательства; 3.7. Патология печени и желчевыводящих путей; 3.8. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода.

Основная информационная и исследовательская база. В работе была изучена информация (диссертации, защищенные в Республике Таджикистан, странах СНГ и дальнего зарубежья, научные статьи журналов, материалы конференций) по вопросам диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений. Исследования проводились на базе ГУ “Городской центр скорой медицинской помощи г.Душанбе” и ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”.

Достоверность результатов диссертации. Достоверность результатов, выводов и заключения обеспечивалась выбранным направлением исследования, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследования с помощью современных технологий. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных с эхинококкозом печени и его осложнениями с применением миниинвазивной технологии.

Научная новизна.

Доказано, что с увеличением площади поражения паренхимы печени паразитарным процессом наблюдается уменьшение массы функциональных гепатоцитов и фагоцитарных клеток с развитием гепатодепрессии и образованием высокотоксичных продуктов перекисного окисления липидов на фоне эндотоксемии.

Впервые установлено, что вследствие гепатодепрессии происходит снижение количества и качества желчи и развивается билиарная недостаточность, у больных с ЭП наблюдается бактериальная транслокация из просвета тонкой кишки в желчные протоки.

Установлено, что по мере увеличения площади поражения паренхимы печени эхинококкозом в ней развивается выраженное нарушение кровообращения с морфологическими изменениями.

Установлено, что высокоинформативным методом диагностики инфицирования и нагноения эхинококковых кист печени является повышение уровня прокальцитонина в сыворотке крови (**Патент РТ на изобретение №ТJ 1069**).

Доказана эффективность миниинвазивных двухэтапных методов лечения при нагноившихся эхинококковых кистах печени. Установлено, что при паразитарной механической желтухе эхоконтролируемые чрескожные вмешательства являются методом выбора для снижения частоты послеоперационной печеночной недостаточности (**рац.удост. №3669/R720 от 15.09.2019г, выдано ТГМУ им.Абуали ибни Сино**).

Разработан алгоритм диагностики и выбора метода миниинвазивного вмешательства при эхинококкозе печени и его осложнениях.

Определены индивидуальные особенности метаболизма альбендазола, выбор дозы и курсов проведения химиотерапии при эхинококкозе печени и его осложнениях. Впервые на основе интраоперационной эндовидеоскопии остаточной полости предложены новые варианты ликвидации цистобилиарных свищей (**Патент РФ на изобретение №ТЖ 981**).

Теоретическая значимость исследования. Теоретическая значимость исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских вузов и среди практикующих врачей.

Практическая значимость

Для клинической практики предложены новые концепции патогенеза развития осложнений эхинококкоза печени.

Разработаны и внедрены в клиническую практику объективные критерии выбора миниинвазивных вмешательств при эхинококкозе печени, а также методы диагностики и лечения нагноившегося эхинококкоза и механической паразитарной желтухи.

Предложены методики видеозендоскопического обследования остаточной полости печени, диагностика и лечение мелких цистобилиарных свищей.

Разработана дифференцированная хирургическая тактика применительно к каждому пациенту с ЭП в зависимости от локализации, размеров и периода жизнедеятельности паразита.

Предложены новые схемы химиотерапевтического лечения ЭП в предоперационном периоде, а также гепатопротекторной терапии, позволяющие снизить гепатотоксическое влияние альбендазола.

Положения, выносимые на защиту

1. Длительное и бессимптомное, а также атипичное течение эхинококкоза печени способствует поздней обращаемости пациентов за хирургической помощью.

2. Комплексное ультразвуковое исследование и компьютерная томография позволяют установить характер осложнений эхинококкоза, объем поражения паренхимы печени, а также отношение кисты к сосудисто-секреторным образованиям печени.

3. По мере прогрессирования эхинококкового поражения паренхимы печени происходят значительные нарушения кровообращения в печени с развитием морфологических изменений, характерных для реактивного гепатита.

4. Разработанные объективные критерии позволяют выбрать дифференцированную хирургическую тактику во время миниинвазивного лечения эхинококкоза печени.

5. Разработанные и усовершенствованные новые методы миниинвазивного лечения эхинококкоза печени и его осложнений, а также схема

химиотерапевтического лечения позволяют в значительной степени улучшить результаты лечения.

Личный вклад диссертанта

Автором самостоятельно выбрана тема работы, разработана программа и проведено планирование, осуществлена организация исследования по всем разделам диссертации. Изучена и предоставлена литература по теме диссертации и проанализировано большое количество наблюдений. Автор активно участвовал и самостоятельно выполнял оперативные вмешательства. Им проведена статистическая обработка клинического материала, написаны и опубликованы научные статьи в сборниках различных Республиканских и международных конференций. Результаты исследования представлялись в периодических научных журналах.

Апробация работы и информация о результатах их применения

Основные положения диссертации доложены на республиканских научно-практических конференциях «Медицина и здоровье» (Душанбе, 2015), «В здоровом теле – здоровый дух» (Душанбе, 2016), «Наука и молодежь» (Душанбе, 2017), «Роль современной технологии в медицине» (Душанбе, 2019), Национальном хирургическом конгрессе совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ (Москва, 2017), “Достижения медицинской отрасли Таджикистана за период независимости” (Душанбе, 2018), 66-ом Международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» (Душанбе, 2018), Конгрессе кардиологов и терапевтов стран Азии и Содружества Независимых Государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний» (Душанбе, 2019), Пленуме правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ (Ереван, 2019), VI съезде хирургов юга России с международным участием (Ростов-на-Дону, 2019), 67-ом Международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее» (Душанбе, 2019), втором Съезде врачей Республики Таджикистан «Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний» (Душанбе, 2019), Республиканской научно-практической конференции «Состояние и перспективы развития семейной медицины в Республике Таджикистан» (Душанбе, 2019), XIII-ом съезде хирургов России Москва, 2020), 12-ой годичной научно-практической конференции “Роль научно-исследовательских работ и применения современной технологии в повышении качества подготовки специалистов среднего медицинского звена”, (Душанбе, 2020), 68 - ой годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины» (Душанбе, 2020).

Публикация результатов диссертации.

Основные результаты исследования отражены в 43 научных трудах, из них 19 статей опубликованы в журналах, включенных в перечень рецензируемых изданий ВАК при Президенте РТ, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание

ученой степени доктора медицинских наук. В ходе исследования изданы 2 монографии, 5 методических разработок, получено 2 патента на изобретение РТ и 1 рационализаторское удостоверение.

Объём и структура диссертации.

Диссертация изложена на 228 странице и состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы и 6 глав собственных исследований, заключения и списка литературы. Работа иллюстрирована 53 таблицами и 56 рисунками. Библиографический указатель содержит 208 работы на русском языке и 92 работы на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материал и методы исследования

Всего анализу подвергнуты результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 340 пациентов с ЭП, поступивших в отделение хирургии ГУ “Городской центр скорой медицинской помощи” и “Комплекса здоровья Истиклол” г. Душанбе, которые являются базами кафедры хирургических болезней №1.

По характеру и объему выполненных методов обследований и хирургических вмешательств больные с ЭП и его осложнениями разделены на 2 группы. Первую (основную) группу составили 170 (50%) больных, которым проводились современные методы диагностики и хирургического лечения с применением миниинвазивных технологий. Вторую (контрольную) группу - 170 (50%) больных, которым выполнялись общепринятые методы диагностики и открытые хирургические вмешательства.

Среди больных жители сельской местности составили 228 (67,1%), жителей города было 112 (32,9%) человек. Род деятельности пациентов был разнообразным. Больные были распределены по полу и возрасту, согласно международной возрастной классификации.

Мужчин среди исследуемых больных было 161 (47,4%), из них в основной группе было 78 человек, в контрольной группе 83. Женщин среди исследуемых больных было 179 (52,6%), их них в основной группе было 92 пациентки, а в контрольной группе было 87 пациенток.

Наиболее часто эхинококкоз печени регистрировался у больных в возрастных категориях от 18 до 40 лет (46,1%) и от 40 до 65 лет (32,6%). Эхинококкоз печени среди пациентов старше 65 лет наблюдался в 21,1% случаев. Чаще всего эхинококкоз печени наблюдался в правой доле печени - 185 (54,4%) случаев. Кисты, локализованные в левой доле печени, встречались у 111 (32,7%) больных. Наличие эхинококковых кист в обеих долях встречалось у 44 (12,9%) больных. Пациенты были распределены по характеру осложнений (Таблица 1.).

Неосложненный эхинококкоз печени наблюдали в 116 (34,1%) случаях: у пациентов основной - 52 (30,5%), контрольной - 64 (37,6%) групп. Нагноение эхинококковых кист печени имело место в 97 (28,5%) случаях: у пациентов основной - 49 (28,8%) и 48 (28,2%) - контрольной групп. Тяжелым осложнением ЭП являлась механическая паразитарная желтуха, встречающаяся в 78 (22,9%) случаях: у 49 (28,8%) больных основной

группы и у 29 (17,1%) больных контрольной группы. Прорыв ЭП в брюшную и грудную полости отмечен у 7 (2,1%) больных: у 5 (2,9%) больных основной и у 2 (1,1%) контрольной группы. Рецидивный эхинококкоз наблюдали у 15 (8,8%) пациентов.

Таблица 1.- Распределение больных с ЭП по характеру осложнений (n =340)

Осложнения	Основная группа (n=170)		Контрольная группа (n=170)	
	Абс. кол-во	%	Абс. кол-во	%
Нет осложнений	52	30,5	64	37,6
Нагноение эхинококковой кисты	49	28,9	48	28,2
Механическая желтуха:	49	28,9	29	17,1*
Прорыв ЭК в желчные протоки	39	22,9	20	11,8*
Напряженные эхинококковые кисты	10	5,9	9	5,3
Прорыв ЭК в брюшную полость	3	1,8	1	0,6
Прорыв ЭК в грудную полость	2	1,2	1	0,6
Рецидивный эхинококкоз	15	8,8	27	15,9*
Всего	170	100,0	170	100,0

Примечание: * $p < 0,05$ при сравнении с таковыми показателями в основной группе

В зависимости от стадии эволюции эхинококковых кист, согласно ультразвуковой классификации ВОЗ (2003, 2010), больные были распределены на следующие группы (Таблица 2.).

Таблица 2. - Распределение больных с ЭП и его осложнениями согласно стадиям эволюции эхинококковых кист (ВОЗ, 2003)

Типы кистозных образований	Основная группа (n=170)	%	Контрольная группа (n=170)	%
CL	14	8,2	8	4,8
CE1	44	25,9	53	31,2
CE2	58	34,1	69	40,6
CE3	41	24,1	31	18,2
CE4	10	5,9	7	4,1
CE5	3	1,8	2	1,2
Всего	170	100,0	170	100,0

В 22 (6,5%) случаях, согласно классификации ВОЗ, отмечали кистозное образование различного размера округлой формы с отсутствием УЗ патогномичных признаков паразитарного поражения - CL. В 97 (28,5%) случаях на фоне живого паразита определяли четкие границы кисты различных размеров, в кистах в ряде случаев имелись дочерние кисты – CE1. В 127 (37,4%) имела место CE2 – четко визуализированные эхинококковые кисты, круглой и овальной формы различного размеров с наличием дочерних кист.

Эхинококковые кисты CE3 являются переходной стадией жизнедеятельности паразита, при которой отмечается нарушение целостности ки-

сты и отслойка хитиновой оболочки. Данная форма эхинококковой кисты имела место у 72 (21,2%) больных. В 22 (6,5%) случаях имели место кисты CE4 и CE5 типов при наличии мертвого паразита.

Необходимо подчеркнуть, что в некоторых случаях у пациентов с эхинококкозом печени при госпитализации была диагностирована сопутствующая патология, вследствие чего возникала необходимость коррекции нарушения функции с целью уменьшения риска развития осложнений во время и после хирургического вмешательства.

У 51 (15%) больного имели место различные формы ИБС, у 42 (12,4%) диагностирована гипертоническая болезнь, у 26 (7,6%) выявлено наличие сахарного диабета II типа, у 19 (5,6%) больных диагностирована ХОБЛ, у 15 (4,4%) - хронические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки и у 8 (2,4%) пациентов имелись послеоперационные вентральные грыжи.

Лучевые методы исследования

В настоящее время четко установлено, что лучевые методы являются основным методом диагностики ЭП и его осложнений.

Комплексное рентгенологическое исследование грудной и брюшной полостей было проведено больным в до – и послеоперационном периодах для диагностики сочетанного эхинококкоза печени и эхинококкоза легких, а также послеоперационных осложнений.

Высокоинформативным методом диагностики ЭП и его осложнений является УЗИ, которое при поступлении больных в стационар применили всем 340 пациентам. Комплексное УЗИ при ЭП и его осложнениях позволило определить размеры и расположение кист, толщину стенок, характер кистозного содержимого, изучить структуру печени, уровень эхогенности, анатомическое взаимоотношение кист с крупными внутривенными сосудами и протоками и выбрать оптимальный доступ и вид оперативного вмешательства.

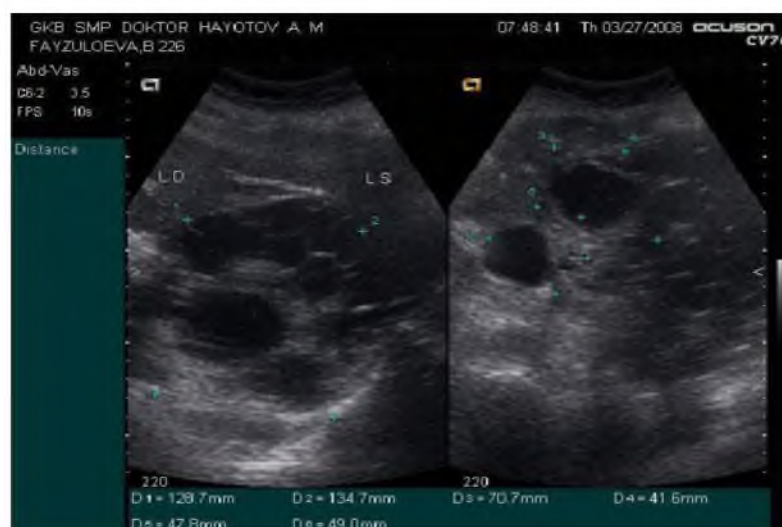


Рисунок 1. - Ультрасонограмма. Эхинококковая киста правой доли печени

Эхинококковая киста печени характеризуется наличием плотной и толстой стенки, определяющейся по всему ее периметру, отмечается двухконтрастность капсулы в связи с наличием фиброзной и хитиновой оболочек (Рисунок 1.).

Компьютерную томографию (КТ) для комплексной диагностики ЭП и его осложнений проводили 112 (32,9%) пациентам. Следует отметить, что КТ проводили с целью дифференциальной диагностики паразитарных кист с непаразитарными, опухолевыми поражениями печени, для определения первично-множественного поражения печени, а также с целью определения дальнейшей тактики ведения больного и выбора способа оперативного лечения. При КТ выявляли различные признаки ЭП и его осложнений (Рисунок 2.).



Рисунок 2. - КТ. Эхинококковая киста левой доли печени с картиной её гибели и соответствующими изменениями

При помощи КТ подтверждение ЭП и его осложнений получено у 111 (99,1%) из 112 пациентов.

В 72 (21,2%) случаях завершающим методом исследования у больных с эхинококкозом печени и его осложнениями являлась МРТ. Данный метод диагностики использовался с целью определения степени изменений в области патологического процесса и вовлеченности в патологический процесс крупных сосудов и желчных протоков. Большую роль МРТ играла в диагностике нагноившихся эхинококковых кист печени. Так, в 45 случаях различные гипоинтенсивности фиброзной и хитиновой оболочек эхинококковой кисты представлялись на снимках в виде двуслойного изображения, свидетельствующего о паразитарности диагностируемой кисты.

Комплексное и сочетанное применение УЗИ и КТ позволило подтвердить наличие ЭП и его осложнений во всех 112 (100%) случаях.

Особенности лабораторной и биохимической диагностики ЭП и его осложнений

Клинико-лабораторные исследования, проведенные у пациентов основной ($n = 170$) и контрольной ($n = 170$) групп, показали, что при детализации результатов внимание заслужило наличие эозинофилии, лейкоцитоза и ускорение СОЭ.

Лейкоцитоз отмечался у 97 (28,5%) больных с ЭП, осложненным НЭКП, прорывом эхинококковых кист в желчные пути ($n = 78$ (22,9%)), в грудную ($n = 3$ (0,9%)) и в брюшную полости ($n = 4$ (1,2%)). Эозинофилия наблюдалась у 125 (36,8%) пациентов, анемия - у 42 (12,4%) больных с осложненным эхинококкозом. Более высокое содержание билирубина наблюдалось у 97 (28,5%) пациентов с механической паразитарной желтухой ($174,3 \pm 45,2$ мкмоль/л), при этом прямая фракция билирубина составила $68,4 \pm 12,9$ мкмоль/л.

При осложненных формах ЭП отмечалось достоверное повышение уровней АсАТ и АлАТ в сыворотке крови. В зависимости от характера и тяжести осложнений отмечалось изменение спектра белков сыворотки крови. Диспротеинемия была статистически достоверной при НЭКП, наблюдалось снижение уровня альбумина и повышение сывороточного γ -глобулинов, при этом уровень общего белка не претерпевал существенных изменений.

Показатель ЛИИ в группе больных с нагноившейся эхинококковой кистой печени в среднем составил $4,3 \pm 0,06$ ед, отмечалось невыраженное увеличение показателей мочевины $12,5 \pm 0,05$ мкмоль/л, показатели АсАТ и АлАТ в среднем составили $48 \pm 0,06$ ед/л и $51 \pm 0,01$ ед/л соответственно, уровень креатинина в среднем составил $123,4 \pm 0,04$ мкмоль/л.

Разработка способа ранней диагностики нагноения эхинококковых кист печени

В настоящее время для диагностики инфекционных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии дополнительно проводится исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) и прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови. Исследование показателей СРБ и ПКТ позволяет в ранние сроки диагностировать наличие НЭКП. С целью определения уровней СРБ и ПКТ в сыворотке крови у больных исследована венозная кровь. В норме у здоровых людей СРБ выявляется в меньшем количестве - в среднем 1 мг/л, а при остром воспалительном процессе его уровень может достичь высоких цифр. При воспалительных процессах и наличии инфекции уровень ПКТ повышается (норма 0 – 0,05 нг/мл), что направлено на нормализацию функции организма подобно синтезу «классических» белков острой фазы воспаления (Таблица 3).

Таблица 3. - Динамика показателей СРБ и ПКТ у больных с НЭКП (n=33)

Формы эхинококкоза	Уровень СРБ мг/л	Уровень ПКТ (нг/мл)
Норма	1,9±0,2	0,04±0,01
Неосложненные эхинококковые кисты печени (n=18)	6,2 ± 0,8***	0,7 ± 0,02***
Нагноившаяся эхинококковая киста печени (n=15)	192,7 ± 15,2***	3,5 ± 0,02***
p	<0,001	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами больных (по U-критерию Манна-Уитни); ***p<0,001 - статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в норме (по U-критерию Манна-Уитни)

Так, содержание СРБ в сыворотке крови у больных с НЭКП составило 192,7±15,2, а ПКТ 3,5±0,02 нг/мл, тогда как у пациентов с неосложненной формой ЭП они оказались ниже и составили 6,2±0,8 мг/л и 0,7±0,02 нг/мл соответственно. Интерпретация данных лабораторного исследования, УЗИ и интраоперационной находки была сопоставимой.

В диагностике и лечении нагноившихся эхинококковых кист печени, осложненных механической паразитарной желтухой (МПЖ), важное значение имеет исследование показателей эндогенной интоксикации (Таблица 4.).

Таблица 4. - Оценка тяжести МПЖ у больных ЭП (n = 58)

Показатель	Норма (n=25)	Степени тяжести желтухи		
		легкая степень (n=18)	средняя степень (n=20)	тяжелая степень (n=20)
Общий билирубин мкмоль/л	20,5±0,4	79,2±3,4***	152,1±12,6***	248,4±16,7***
ДК, отн. ед	0,87±0,04	1,42±0,052***	1,79±0,092***	1,86±0,074***
МДА, мкмоль/л	3,5±0,4	6,21±0,42***	7,23±0,39***	8,15±0,4***
МСМ, отн. ед	0,24±0,02	0,28±0,02	0,41±0,03***	0,51±0,03***
ПКТ, нг/мл	0,03±0,02	0,7±0,01***	3,5±0,02***	5,6±0,04***
СРБ, мг/л	0,3±0,03	7,1±0,14***	170,4±18,2***	225,3±9,8***

Примечание: ***p<0,001 - статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в норме (по U-критерию Манна-Уитни).

Показатели эндогенной интоксикации повышались в зависимости от тяжести заболевания. Так, при тяжелой степени желтухи показатели билирубина повышались до 200 мкмоль/л, ДК - до 1,86 ± 0,074, МДА - до 8,15 ± 0,4 мкмоль/л, МСМ - до 0,5 от ед, ПКТ - до 5,6 ± 0,04 нг/мл, а уровень СРБ составил 225,3 ± 9,8 мг/л. Полученные данные свидетельствуют о том, что в развитии МПЖ важное значение имеет инфицирование содержимого эхинококковых кист с деструкцией их стенки и образованием биллиарного свища.

На основании проведенных исследований в клинике разработан алгоритм диагностики ЭП и его осложнений, позволяющий улучшить диагностику заболевания.

Биохимические исследование биоптатов печени при эхинококкозе печени и его осложнений

С целью изучения роли депрессии гепатоцитов и билиарной недостаточности в патогенезе развития осложнений ЭП проведено исследование биоптатов из печени, взятых интраоперационно и путем пункционной биопсии. Результаты исследования показали повышение содержания продуктов ПОЛ в печеночной ткани (Таблица 5.).

Таблица 5. - Показатели уровня продуктов ПОЛ в ткани печени у больных с ЭП и его осложнений

Показатель	Неосложненный эхинококкоз (n=20)	Эхинококкоз одной доли печени (n=32)	Эхинококкоз обеих долей печени (n=14)	Осложнения ЭП (n=12)	Н-критерий Краскела-Уоллиса
ДК, от.ед	0,8±0,2	0,9±0,32 p ₁ >0,05	1,78±0,42 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05	1,9±0,34 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05 p ₃ >0,05	<0,05
МДА, мкмоль/л	2,1±0,1	2,2±0,2 p ₁ >0,05	3,3±0,3 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	3,6±0,5 p ₁ <0,01 p ₂ <0,01 p ₃ >0,05	<0,001

Примечание: p₁ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе доноров; p₂ – по сравнению с таковыми в группе больных с поражением одной доли печени; p₃ – по сравнению с таковыми в группе больных с поражением обеих долей печени (по U-критерию Манна-Уитни)

Так, содержание ДК составило 0,9±0,32 отн.ед, МДА – 2,2±0,2 мкмоль/л. Более выраженные биохимические нарушения в паренхиме печени были обнаружены у больных с эхинококкозом обеих долей печени и осложненным эхинококкозом. Так, показатели ДК у них составили 1,78±0,42 и 1,9±0,34 отн.ед, соответственно. Уровень МДА в печеночной ткани у пациентов с эхинококковым поражением обеих долей печени составил в среднем 3,3±0,3 мкмоль/л, а у больных с осложненным ЭП этот показатель равен 3,6±0,5 мкмоль/л.

С целью изучения роли процессов ПОЛ в патогенезе развития осложнений проведено исследование уровня продуктов ПОЛ и активности компонентов антиоксидантной защиты в периферической венозной крови (Таблица 6).

Средние значения концентрации ДК у больных с осложненным ЭП были значительно выше средних функциональных показателей, при этом у больных с неосложненным ЭП было выявлено 2,9 - кратное увеличение (p<0,001), при МПЖ - на 38,2% (p<0,001) а при НЭКП на 34,9% (p<0,001).

При неосложненном ЭП отмечалось снижение МДА на 58,1% ($p < 0,001$, относительно контроля), по мере увеличения тяжести осложнений наблюдалось увеличение показателя концентрации МДА: при МПЖ – на 23,9% ($p < 0,001$), при НЭКП – на 43,4% ($p < 0,001$).

Снижения уровня конечного продукта ПОЛ-МДА у больных с неосложненным ЭП свидетельствует о наличии механизмов компенсации, снижающих интенсивность реакций липопероксидации.

Таблица 6. - Показатели продуктов ПОЛ в сыворотке крови у пациентов с эхинококкозом печени и его осложнениями ($M \pm m$, Me(25-75%))

Показатель	Контроль (n=30)	Больные с ЭП и его осложнениями		
		Больные с неосложненным ЭП (n=20)	Больные с ЭП, ослож- нённым МПЖ (n=20)	Больные с НЭКП (n=20)
Гидроперикиси липидов (отн.ед)	5,21±0,18 5,19 (5,07- 5,33)	5,52±0,29 6,59 (5,38-5,75)	6,84±0,36*** 6,89 (6,57- 7,08)	7,36±0,39*** 7,41 (7,11- 7,62)
Диеновые конъюгаты (мкмоль/л)	1,81±0,07 1,85 (1,82- 1,86)	5,16±0,11*** 5,14 (5,09-5,21)	2,93±0,16*** 2,90 (2,81- 3,01)	2,78±0,14*** 2,73 (2,69- 2,85)
Малоновый диальдегид (мкмоль/л)	2,67±0,16 2,63 (2,56- 2,76)	1,12±0,10*** 1,11 (1,06-1,17)	3,51±0,25*** 3,50 (3,34- 3,63)	4,72±0,36*** 4,68 (4,45- 4,49)

Примечание: *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с группой контроля (по U-критерию Манна-Уитни)

Результаты исследования показали, что по мере развития осложнений и их тяжести у больных отмечается увеличение содержания продуктов ПОЛ в периферической венозной крови.

Результаты исследования показали, что наряду с повышением уровня продуктов ПОЛ отмечались изменения со стороны показателей АОЗ (Таблица 7).

У пациентов с неосложненным ЭП отмечалось статистически значимое, по сравнению с контрольной группой, повышение показателей каталазы на 14,9% ($p = 0,045$), увеличение показателей глутатионпероксидазы на 28,2% ($p = 0,033$). Кроме того, имелось снижение уровня глутатионредуктазы на 26,0% ($p = 0,035$), показателей глутатион-S-трансферазы на 56,0% ($p = 0,0074$). У пациентов с МПЖ, по сравнению с пациентами с неосложненной формой ЭП, наблюдалось уменьшение показателей каталазы на 4,2% ($p = 0,753$), уровень СОД был ниже на 13,5 ($p = 0,045$), а уровень глутатионредуктазы на 21,0% ($p = 0,039$), показатели глутатион-S-трансферазы были несколько выше – на 1,3% ($p = 0,927$).

При НЭКП наблюдалось уменьшение показателей каталазы относительно группы контроля на 11,6% ($p = 0,047$) и уровня СОД на 18,4% ($p = 0,039$). В свою очередь, показатели глутатион-редуктазы были повышенными на 20,8% ($p = 0,034$) относительно группы больных с неосложненным ЭП, уровень глутатион-S-трансферазы был выше на 29,4%

($p=0,026$), показатели восстановленного глутатиона – на 9,3% ($p=0,075$). Уровень глутатион-пероксидазы был увеличенным относительно группы контроля на 12,2% ($p=0,042$).

Таблица 7. - Показатели активности ферментов АОЗ у пациентов с эхинококкозом печени и его осложнений ($M \pm m$, Me(25-75%))

Показатель	Контроль (n=20)	Число больных с ЭП и его осложнениями		
		ЭП без осложнений (n=20)	ЭП, ослож- ненный МПЖ (n=20)	ЭП, ослож- ненной НЭКП (n=20)
Каталаза (мкмоль/мл)	42,15±2,68 41,86 (39,75- 44,17)	49,53±3,74 ^x 49,26 (47,63-52,85)	40,38±3,36 ^{xx} 40,86 (38,47-42,59)	37,24±1,85 ^{xxx} 37,89 (36,27-38,1)
Супероксид- дисмутаза (цел.ед)	57,25±3,41 62,51 (55,20- 68,39)	52,14±3,12 ^x 51,89 (50,88-53,97)	49,53±2,39 ^{xx} 50,18 (48,61-51,19)	46,72±1,85 ^{xxx} 46,22 (45,38-47,85)
Глутатион- пероксидаза (мкмоль/мл)	34,83±1,21 34,17 (33,9-35,56)	48,51±1,24 ^x 48,95 (48,13-49,38)	41,72±1,40 ^{xx} 41,85 (40,95-42,13)	39,63±1,48 ^{xxx} 39,51 (38,84-40,75)
Глутатион- редуктаза (мкмоль/мл)	4,12±0,23 4,12 (3,94-4,26)	3,05±0,08 ^x 3,04 (3,99-3,09)	3,49±0,15 ^{xx} 3,40 (3,89-3,56)	3,85±0,18 ^{xxx} 3,81 (3,77-3,90)
Глутатион-S- трансфераза (ммоль/г, Нб)	5,13±0,36 5,21 (4,97-5,38)	2,26±0,10 ^x 2,25 (2,20-2,31)	2,86±0,14 ^{xx} 2,85 (2,79-2,91)	3,18±0,16 ^{xxx} 3,16 (3,08-3,25)
Восстановлен- ный глутатион (ммоль/мл)	3,56±0,24 3,54 (3,35-4,72)	2,93±0,15 ^x 2,91 (2,84-3,06)	2,97±0,09 ^{xx} 2,98 (2,95-2,99)	3,23±0,21 ^{xxx} 3,24 (3,05-3,38)

Примечание: ^x – статистически значимые различия между показателями контрольной группы и пациентов с неосложненным ЭП; ^{xx} – статистически значимые различия между показателями контрольной группы и больных с МПЖ; ^{xxx} – статистически значимые различия между показателями контрольной группы и у больных с НЭКП (по U-критерию Манна-Уитни)

Таким образом, можно с уверенностью предположить, что снижение показателей АОЗ и повышение концентрации в крови продуктов ПОЛ свидетельствует о развитии осложнений при ЭП. Наблюдалось повышение показателей ДК в 2,9 раза в периферической крови, гидроперикисей липидов – на 5,4% и уменьшение показателя МДА на 58,1% при повышенном уровне каталазы на 14,9% и глутатионпероксидазы на 28,2%, по сравнению с группой контроля. Полученные результаты исследования свидетельствуют о наличии напряжения антиоксидантных систем при ЭП и его осложнениях и их участии в механизме развития патологического процесса. Результаты исследования доказывают, что для противоперекисной защиты на начальных стадиях заболевания большое значение имеет активность каталазы и глутатионпероксидазы.

Исследование позволило установить ряд характерных особенностей: на начальном этапе развития ЭП отмечается повышение показателей ДК в сыворотке крови, увеличение МДА, высокая ферментативная активность ГП, Кат и СОД в начале развития болезни, достоверное снижение активности этих же ферментов при МПЖ и НЭКП, по мере развития осложнений отмечалась обратная картина в показателях глутатион-редуктазы. Полученные данные могут свидетельствовать о вовлечении процессов ПОЛ-АОЗ в патогенез развития осложнений при ЭП.

Возникающая эндогенная интоксикация при ЭП и его осложнениях была более выражена у пациентов с НЭКП и МПЖ. Так, количество гидрофильных продуктов эндотоксикоза в указанных группах было выше, по сравнению с пациентами с неосложненным ЭП. В то же время количество МСМ у больных с неосложненным ЭП и с осложненными формами было значительно выше, на 13,05-20,64% ($p < 0,01$) (Таблица 8).

Таблица 8. - Некоторые показатели эндогенной интоксикации у больных с ЭП и его осложнений ($M \pm m$)

Показатель	Норма (n=20)	ЭП и его осложнения		
		Неослож- ненный ЭП (n=20)	ЭП, слож- ненный МПЖ (n=20)	ЭП, осложне- нный нагное- нием кист (n=20)
МСМ ($\lambda=280$ нм) цел.ед	0,343 \pm 0,013	0,468 \pm 0,029 **	0,631 \pm 0,088**	0,709 \pm 0,018***
МСМ ($\lambda=284$ нм) цел.ед	0,024 \pm 0,002	0,016 \pm 0,002 **	0,494 \pm 0,019** *	0,586 \pm 0,023***
Общая concentra- ция альбумина (ОКА), г/л	53,88 \pm 0,82	48,11 \pm 1,19**	45,76 \pm 1,02***	45,78 \pm 0,94***
Эффективная кон- центрация альбу- мина (ЭКА), г/л	46,32 \pm 0,43	37,63 \pm 0,63** *	29,71 \pm 1,01***	26,22 \pm 0,62***
Резерв связывания альбумина, цел.ед	0,860 \pm 0,017	0,782 \pm 0,018 **	0,649 \pm 0,022** *	0,573 \pm 0,018***
Индекс токсично- сти цел.ед.	0,163 \pm 0,006	0,279 \pm 0,014 ***	0,540 \pm 0,015** *	0,746 \pm 0,015***

Примечание: ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в норме (по U-критерию Манна-Уитни).

При сравнительном анализе содержания ОКА между пациентами с неосложненной формой ЭП и осложненными не наблюдалось существенных отличий. В то же время, эффективная концентрация альбумина (ЭКА) у пациентов с МПЖ и НЭКП была ниже – на 21,92% и 30,39%. Более значительную степень проявления эндогенной интоксикации у больных с ЭП и его осложнениями подтверждал индекс токсичности. При этом индекс токсичности у больных с НЭКП был выше на 18,40% ($p < 0,05$), чем при МПЖ.

Исследование показателей уровня СРБ и ПКТ сыворотки крови у больных с осложненными формами ЭП показало существенное их повышение. Так, уровень ПКТ при МПЖ составил $3,5 \pm 0,02$ нг/л, СРБ - $180,7 \pm 18,3$ мг/мл, тогда как при НЭКП эти показатели составили $5,6 \pm 0,04$ нг/мл и $210,6 \pm 9,8$ мг/мл соответственно.

Необходимо отметить, что в печени происходит инактивация попадающих в организм токсинов. В связи с этим при ЭП и его осложнениях, как показывают наши данные, происходит кумуляция токсичных веществ, которые способствуют возникновению симптомокомплекса гепатодепрессии, при котором наблюдаются функциональные изменения со стороны печени и жизненно важных органов.

Состояние кровообращения в печени и желчевыделения у больных с эхинококкозом печени и его осложнениях

Комплексное проведенное исследование показало, что с увеличением площади поражения паренхимы эхинококковым процессом в значительной степени нарушаются процессы желчевыделения и кровообращения в печени.

С целью исследования кровотока в крупных сосудах области ворот печени больным проводилось доплеровское исследование количественных показателей кровотока.

При изучении показателей артериального кровообращения по печеночной артерии было установлено, что с увеличением диаметра эхинококковых кист и площади поражения печеночной паренхимы отмечается увеличение диаметра артериальных сосудов, повышение линейной и объемной скоростей кровотока, что говорит о наличии портально-артериальной инверсии. Также были выявлены статистически значимые различия в диаметре сосудов между больными с эхинококковой кистой диаметром до 10 см и пациентами с паразитарной кистой размерами свыше 15 см в диаметре ($p=0,01$).

Уровень объемного кровотока по печеночной артерии у больных с паразитарными кистами диаметром до 10 см составлял 248 мл/мин, у больных с кистой размерами 10 - 15 см этот показатель был равен 286 мл/мин, а при эхинококковых кистах диаметром больше 15 см уровень объемного кровотока составил 410 мл/мин ($p < 0,05$). Показатели объемного кровотока по основным сосудам портальной системы позволяют оценить риск развития органной недостаточности после проведения хирургического лечения. Так, низкие показатели кровотока по портальной вене – 480 мл/мин, определяемые в раннем послеоперационном периоде, указывают на повышенный риск развития органной недостаточности. Благоприятными в плане прогнозирования являются показатели со средними (700-1120 мл/мин) и высокими (свыше 1120 мл/мин) величинами кровотока по портальной вене.

Для более достоверного изучения характера кровообращения печени при ЭП в 35 наблюдениях выполняли интраоперационное дуплексное сканирование сосудов печени

При интраоперационном исследовании выявлено, что наряду с нарушением артериального кровотока отмечалось и нарушение показателей портального кровообращения.

Таким образом, на основании изменения характера артериального и портального кровообращения печени при ЭП были выявлены следующие особенности:

- при увеличении размеров паразитарной кисты свыше 10 см отмечаются патологические изменения в интрапеченочной и воротной гемодинамике;
- отмечается наличие прямой корреляционной связи между интенсивностью патологических изменений, интрапеченочной и воротной гемодинамикой с размерами эхинококковой кисты и дефектами печеночной паренхимы.

Состояние секреции желчи и её значение в развитии инфицирования и нагноения эхинококковых кист печени

Нами изучен характер секреции желчи при ЭП, а также микробиологические характеристики при НЭКП в зависимости от характера эхинококковых кист, их размеров и количества. Для этой цели перед хирургическим вмешательством у 29 пациентов с эхинококкозом печени при проведении ФГДС катетеризировали большой дуоденальный сосочек, после чего проксимальный конец зонда выводился наружу. Измеряли объем выделяемой желчи за сутки с исследованием её биохимического и микробиологического состава (Таблица 9).

Таблица 9. - Показатели объема желчи и ее компонентов у больных с эхинококкозом печени (M±m)

Количество и компоненты желчи	Эхинококковые поражения печени От 10см до 15см (n = 14)		Эхинококковые поражения печени более 15,0 см (n = 15)	
	Печеночная желчь	Пузырная желчь	Печеночная желчь	Пузырная желчь
Количество желчи за сутки, в мл	680±18,3		425±12,3 ^{xxx}	
Вода, мл	97,2±1,2	82,1±1,0	96,2±0,7 ^x	80,6±1,2
Соли желчных кислот, %	0,78±0,08	9,8±1,2	0,52±1,4 ^x	7,6±1,2
Холестерин, %	0,07±0,2	0,2±0,8	0,06±0,04 ^{xx}	0,2±0,3
Фосфолипиды, %	0,20±0,05	0,25±0,05	0,18±0,07	0,20±0,06
Билирубин, %	118,2±12,4	417,4±21,3	112,8±10,8	360±22,4

Примечание: ^xp<0,05; ^{xx}p<0,01; ^{xxx}p<0,001 – статистически значимые различия между группами пациентов с эхинококкозом печени от 10 см до 15 см и более (по U-критерию Манна-Уитни)

Результаты бактериального исследования, проведенного у больных с эхинококковым поражением обеих долей печени, показали, что концентрация стрептококковых микроорганизмов в желудке составляла 10^2 КОЕ/г, тогда как в тонком кишечнике этот показатель составил 10^2 - 10^4 КОЕ/г. При этом среднее число стафилококковых бактерий в просвете желудка составило 10^2 - 10^4 КОЕ/г, а в просвете тонкого кишечника их концентрация составила 10^2 - 10^4 КОЕ/г.

Кроме того, были отмечены выраженные изменения в соотношениях анаэробных бактерий. Так, у больных с эхинококковым поражением одной доли печени и наличием печеночной недостаточности I степени количество анаэробных бактерий в желудке и тонком кишечнике варьировало в пределах 10 - 10^2 КОЕ/г и 10^2 - 10^4 КОЕ/г, а у больных с эхинококковым поражением обеих долей эти показатели составили 10^3 - 10^4 КОЕ/г и 10^6 - 10^7 КОЕ/г соответственно.

Результаты исследования показывают, что у больных с эхинококковым поражением обеих долей печени при поражении свыше 15 см её паренхимы, наблюдается развитие печеночной недостаточности I-II степени, а также уменьшение числа функционирующих гепатоцитов, наблюдается контаминация бактерий в проксимальных отделах желудочно-кишечного тракта, включая желчные протоки. Увеличение концентрации микроорганизмов и их эндотоксинов на фоне патологических изменений со стороны слизистой кишечника и увеличения её проницаемости способствует их транслокации вне кишечника.

Исследование состояния кишечной микрофлоры у 30 пациентов с НЭКП показало, появление патологических микроорганизмов в желчных протоках и печеночной паренхиме, а также значительное повышение концентрации бактерий в кишечнике и желчных протоках, что, в свою очередь, способствовало развитию гнойно-септических осложнений после проведенного хирургического вмешательства.

По результатам исследования разработана патогенетическая схема развития гнойно-септических осложнений, связанных с билиарной недостаточностью, транслокаций патогенных микроорганизмов из просвета желудочно-кишечного тракта в желчные ходы при эхинококкозе печени (Рисунок 3).

Согласно разработанной схеме патогенеза, по мере увеличения эхинококковой кисты происходит нарушение кровообращения в печени, что запускает механизм патогенеза развития осложнений, в том числе уменьшение поступления желчи в двенадцатиперстную кишку способствует развитию патогенных микроорганизмов в ней и дальнейшей их транслокации в желчные протоки. При наличии деструкции стенки кисты происходит её инфицирование и нагноение. Последнее может привести к разрушению стенки кисты и прорыву её содержимого в желчные ходы с развитием механической паразитарной желтухи. Развитие нагноения эхинококковой кисты, механической паразитарной желтухи и холангита приводит к явлениям эндогенной интоксикации и печеночной недостаточности, что отрицательно влияет на результаты хирургического лечения.



Рисунок 3. - Патогенез развития осложнений ЭП

Оперативному лечению были подвергнуты все 340 больных основной (n=170) и контрольной (170) групп. Для достижения эффективности хирургического лечения больных с ЭП и его осложнениями важное значение придавали комплексной патогенетически обоснованной предоперационной подготовке.

Для проведения антигипоксической и антиоксидантной терапии в предоперационном периоде 64 (37,6%) больным основной группы с ЭП и его осложнениями проводили терапию ремаксолом. Контрольную группу составили 45 пациентов, в предоперационной подготовке которых препарат ремаксол не использовался. Показаниями к применению ремаксола также являлись повышение уровней АлАТ и АсАТ крови в 1,5 раза и более от нормальных значений и продуктов ПОЛ (ДК, МДА), а также снижения АОЗ у больных с осложненным ЭП. Терапию ремаксолом проводили в течение 4-6 дней.

Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений

Результаты предоперационного лечения больных с ЭП и его осложнениями ремаксолом показали, что у пациентов основной группы уровень АлАТ ($0,78 \pm 0,10$ ед/л) остается выше физиологической нормы, однако был достоверно ниже уровня группы сравнения. Аналогичная тенденция сохранялась и для показателей АсАТ ($0,65 \pm 0,09$ ед/л). Ремаксол в значи-

тельной степени способствовал снижению показателей уровня продуктов ПОЛ. Так, содержание ДК после лечения составило $1,92 \pm 0,08$ мкмоль/л, МДА – $2,82 \pm 1,63$ мкмоль/л, при улучшении показателей АОЗ - каталазы – $47,32 \pm 3,72$ мкмоль/мл, и СОД – $50,2 \pm 3,10$ усл.ед.

Комплексная консервативная терапия позволила в значительной степени снизить токсическое повреждение печени, что создавало благоприятные условия для выполнения основного этапа операции.

Традиционные открытые методы хирургического лечения были выполнены всем пациентам контрольной группы (Таблица 10).

В 123 (72,4%) наблюдениях выполняли традиционные органосохраняющие эхинококкэктомии, при этом в 37 случаях - закрытую, а в 86 - открытую эхинококкэктомию. Во время хирургического вмешательства старались строго соблюдать принципы апаразитарности и антипаразитарности. При выделении паразитарной кисты вокруг неё обкладывали марлевые тампоны с целью предупреждения излития паразитарной жидкости в брюшную полость. В качестве противопаразитарных средств применяли 30% раствор поваренной соли с экспозицией до 10-12 минут, 5% спиртовой раствор йода с экспозицией до 8-10 минут и 80% водный раствор глицерина с экспозицией до 8-10 минут.

Таблица 10. - Характер традиционных хирургических вмешательств при ЭП и его осложнениях у больных контрольной группы (n=170)

Характер оперативных вмешательств	Количество	%
Традиционная органосохраняющая эхинококкэктомия:	123	72,4
закрытая эхинококкэктомия	37	21,8
открытая эхинококкэктомия	86	50,6
Радикальные и условно-радикальные оперативные вмешательства:	47	27,6
тотальная перицистэктомия	17	10
субтотальная перицистэктомия	20	11,8
резекция печени	10	5,8
Всего	170	100,0

Обработка и закрытие остаточной полости кисты после выполнения эхинококкэктомии выполнялись различными способами. Инвагинация свободных краев фиброзной капсулы в просвет полости была выполнена в 41 случае. Капитонаж остаточной полости по методике Дельбе выполнен у 15 больных.

На долю радикальных и условно-радикальных оперативных вмешательств при ЭП и его осложнениях пришлось 47 (27,6%) случаев. При этом тотальная (n=17) и субтотальная перицистэктомия была выполнена 37 (21,7%) больным. В 10 (5,8%) случаях производили резекцию печени. Анатомическая резекция в объеме правосторонней гемигепатэктомии выполнена в 2 случаях.

Послеоперационные осложнения у пациентов контрольной группы приведены в таблице 11.

Таблица 11. - Характер послеоперационных осложнений у больных контрольной группы с ЭП и его осложнений

Характер осложнений	Количество	%	Способы лечения
Послеоперационное желчеистечение из остаточной полости кисты	14	8,2	Консервативная терапия = 8 Релапаротомия = 6
Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения	10	5,9	Консервативное = 6 Релапаротомия = 4
Нагноение послеоперационной раны Нагноение остаточной полости	31 12	18,2 7,1	Консервативное = 21 Дренирование = 10 Консервативное лечение = 7 Дополнительное дренирование = 5
Эксудативный плеврит	21	12,3	Пункция плевральной полости = 16 Консервативное лечение = 5
Всего	88	51,8	

Различные по характеру и тяжести послеоперационные осложнения у пациентов контрольной группы были отмечены в 88 (51,8%) наблюдениях. Наиболее часто у больных контрольной группы отмечались осложнения гнойно-воспалительного характера, наблюдавшиеся у 43 (25,2%) пациентов.

Послеоперационное желчеистечение было отмечено в 14 (8,2%) наблюдениях. Согласно классификации ISGLS [273], желчеистечение класса А, т.е. не требующее дополнительного вмешательства, наблюдали у 4 (2,3%) больных, осложнения класса В, требующие дополнительного вмешательства, в том числе инвазивного или наружного дренирования более 10 дней, отмечали у 2 (1,2%) и осложнения класса С, требующие проведения релапаротомии, отмечали у 6 (3,5%) больных.

Послеоперационное внутрибрюшное кровотечение возникло у 10 (5,8%) пациентов. Согласно классификации послеоперационных кровотечений ISGLS [266], кровотечение класса А, т.е. требующее переливание до 2 единиц эритроцитной массы, имелось у 6 (3,5%), кровотечение класса С, требующее выполнение релапаротомии, у 4 (2,3%) больных.

Различной степени выраженности послеоперационный реактивный плеврит, развившийся на 4-5 сутки послеоперационного периода, был отмечен у 21 (12,3%) пациента. В 16 случаях выполнена пункция плевральной полости, в 5 проведено консервативное лечение.

Таким образом, у пациентов контрольной группы, которым придерживались традиционной общепринятой хирургической тактики, различные по характеру и тяжести осложнения отмечались в 88 (51,8%) случаях с 4 (2,3%) летальными исходами.

Миниинвазивные методы хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений

На основании проведенных методов исследований, в клинике были разработаны объективные критерии показаний к выбору наиболее патогенетически обоснованного миниинвазивного метода хирургического лечения ЭП и его осложнений.

Разработанные объективные критерии позволили в каждом конкретном случае выбрать дифференцированную хирургическую тактику, основанную на выборе патогенетически обоснованной методики миниинвазивного лечения ЭП и его осложнений (Таблица 12).

Таблица 12. - Характер миниинвазивных вмешательств у пациентов основной группы при ЭП и его осложнениях (n = 170)

Характер миниинвазивных вмешательств	Количество	%
Открытая эхинококкэктомия из мини доступа	37	21,8
Чрескожно-чреспеченочные пункционно-дренирующие вмешательства + ЛЭЭ	15	8,8
Чрескожно-чреспеченочные пункционно-дренирующие вмешательства + открытая эхинококкэктомия	7	4,1
Чрескожно-чреспеченочные пункционно-дренирующие вмешательства	11	6,4
Лапароскопическая эхинококкэктомия	28	16,4
Лапароскопическая идеальная эхинококкэктомия	18	10,5
Лапароскопическая тотальная перицистэктомия	18	10,5
Лапароскопическая субтотальная перицистэктомия	21	12,3
ЭПСТ. Транспапиллярное эндоскопическое удаление элементов эхинококковых кист с НБД + традиционная открытая эхинококкэктомия	7	4,1
Видеолапароскопическая холедохотомия с удалением эхинококковых элементов, дренирование холедоха+традиционная открытая эхинококкэктомия	3	1,7
Традиционная открытая эхинококкэктомия+видеоэндоскопия остаточной полости	5	2,9
Всего	170	100

Как видно из представленной таблицы, в 37 (21,8%) наблюдениях выполнялась открытая эхинококкэктомия из различных минидоступов, в 22 (12,9%) случаях произвели на первом этапе чрескожно – чреспеченочные вмешательства с санацией и обработкой полости кисты сколецидными препаратами, дренированием остаточной полости и выполнением на втором этапе лапароскопической эхинококкэктомии (n=15) или традиционной эхинококкэктомии (n=7).

Одноэтапные чрескожно-чреспеченочные пункционно-дренирующие вмешательства выполнены у 11 (6,4%) больных. Лапароскопическую эхинококкэктомию производили в 28 (16,4%) случаях. В 18 (10,5%) случаях осуществлена лапароскопическая идеальная эхинококкэктомия и в 39 (23%) - лапароскопическая тотальная и субтотальная перицистэктомия. В

9 (5,2%) наблюдениях при МПЖ на первом этапе производили эндоскопические транспапиллярные вмешательства (n=7) или видеолапароскопическую холедохотомию с удалением элементов эхинококковой кисты из просвета общего желчного протока (n=3), на втором этапе традиционную открытую эхинококкэктомия. Традиционная открытая эхинококкэктомия с последующей видеоэндоскопией остаточной полости произведена 5 (2,9%). При этом выявленные цистобилиарные свищи коагулировались. Лапароскопическая открытая эхинококкэктомия выполнена 28, тотальная и субтотальная перицистэктомия - 39 и лапароскопическая идеальная эхинококкэктомия - 18 пациентам. (Рисунок 4).



Рисунок 4. - ЛЭЭ. Цистостомия

Лапароскопическая идеальная эхинококкэктомия при ЭП и его осложнениях выполнена 18 (10,5%) больным.

Комбинированные эндоскопические, чрескожные и лапаротомные вмешательства при эхинококкозе печени и его осложнений выполнены 48 пациентам.

При ЭП, осложненным острой паразитарной желтухой и холангитом, у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями в 7 наблюдениях после проведения ЭРПХГ выполнили ЭПСТ с удалением фрагментов эхинококковой кисты (Рисунок 5. а, б).

После этого производили санацию желчных протоков сколецидным препаратом и транспапиллярно дренировали общий желчный проток и остаточную полость. Проксимальную часть полихлорвинилового зонда вывели через двенадцатиперстную кишку, желудок и пищевод наружу, т.е. выполняли назобилиарное дренирование. В послеоперационном периоде пациентам, перенесшим ЭПСТ с НБД, назначали средства для лечения панкреатита, а через установленный НБД осуществляли промывание растворами антисептиков, антибиотиками в течение 8-9 дней. После купирования МПЖ и паразитарного холангита, достижения нормальных показателей уровней билирубина и печеночных ферментов традиционные оперативные вмешательства выполнялись в плановом порядке.

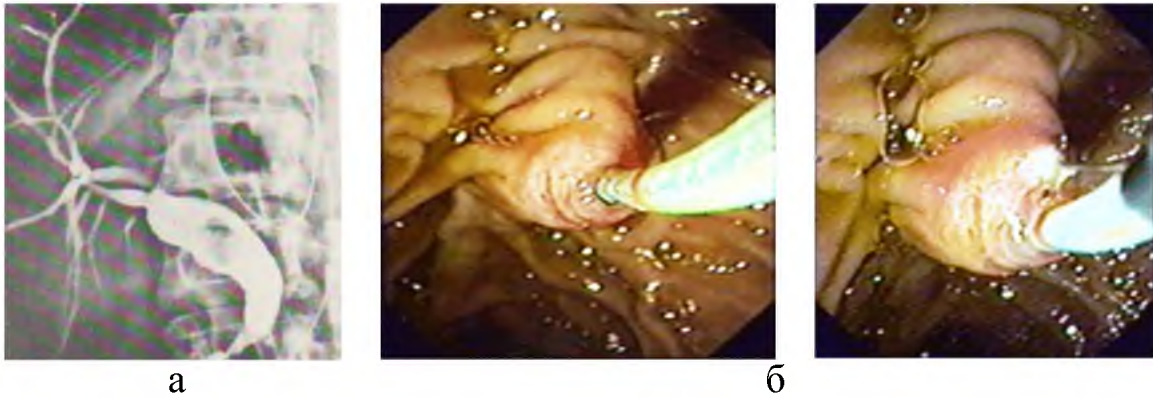


Рисунок 5. А.- ЭРХПГ. В просвете расширенного гепатикохоледоха округлое образование. Б. Эндофото. ЭПСТ с удалением элементов эхинококковой кисты

В клинике разработана методика миниинвазивного лечения МПЖ осложненной печеночной недостаточностью и холангитом, обусловленных первичным поражением или сдавлением гепатикохоледоха эхинококком (рац.удост. №3669/R720 от 15.09.2019 г, выдано ТГМУ им. Абуали ибни Сино). По разработанной методике больным выполняется ЧЧХС с дренированием расширенных внутрипеченочных желчных протоков (Рисунок 6.).



Рисунок 6. - Чрескожная чреспеченочная холангиостомия при механической паразитарной желтухе.

После нормализации гипербилирубинемии и функциональных показателей печеночных проб в плановом порядке выполняли оперативные вмешательства.

На высоте МПЖ, печеночной недостаточности и паразитарного холангита выполнение традиционных оперативных вмешательств весьма рискованно и, как правило, сопровождается высокой послеоперационной летальностью. В клинике разработана методика комбинированного миниинвазивного лечения эхинококковых кист, осложненных нагноением, прорывом в желчные пути с развитием МПЖ и паразитарного холангита (рационализаторское предложение №3669/R720, от 15.09.2019г.).

По разработанной методике предварительно выполняли УЗИ для определения уровня паразитарной обструкции желчных протоков, первичной локализации источника (кисты) в печени, его размеров. Оценивали толщину фиброзной капсулы, степень её обызвествления. Выбор комбинированного чрескожного чреспеченочного дренирования эхинококковых кист (ЧЧДЭК) осуществляли на основании следующих критерий:

- доминирование эндогенной интоксикации и гипербилирубинемии с явлением печеночной недостаточности;
- уровень обструкции желчных протоков (внутрипеченочные, проксимальные, дистальные);
- размеров и локализации эхинококковых кист печени;
- выраженности признаков билиарной гипертензии (расширение внутрипеченочных желчных протоков);
- общего состояния пациентов согласно классификации ASA 3, 4 ст.

Учитывая все эти особенности, на первом этапе выполняли ЧЧДЭК для снижения непрерывного выброса содержимого кисты в магистральные желчные протоки и прогрессирования МПЖ. На втором этапе выполняли ЭПСТ.

При наличии гипербилирубинемии выше 100 ммоль/л, печеночной недостаточности, холангита, а также дистального блока желчного протока первоначально выполняли эндоскопические транспапиллярные вмешательства (Рисунок 7).



Рисунок 7. - УЗИ. Чрескожно-чреспеченочное дренирование эхинококковой кисты (ЧЧДЭК)

ЧЧДЭК производили двухэтапным или одноэтапным методами. Процедуру начинали с помощью тонкоигольной пункции, иглой Chiba калибра 20-22 G или путем пункции в кисту устанавливали катетер с накопником «pig tail» (Huisman, Putopix, DLAW) или катетер «Argule» калибра от 6 до 9 Fr. Далее производили эвакуацию содержимого кисты. Полученную жидкость направляли на бактериологическое исследование. В дальнейшем осуществляли антипаразитарную обработку остаточной полости 80% глицерином с помощью установленного катетера. С целью

контроля остаточной полости или выявления желчных свищей проводили УЗИ и видеолапароскопию остаточной полости.

В 3 наблюдениях при МПЖ, осложненной паразитарным холангитом, у пациентов группы риска по ASA P3-P4 на первом этапе произведена видеолапароскопическая холедохотомия с удалением элементов эхинококковой кисты, санацией полости кисты и общего желчного протока сколецидным раствором.

Чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства при эхинококкозе печени и его осложнениях

Чрескожно-чреспеченочные пункционно-дренирующие вмешательства были выполнены 33 (19,4%) больным основной группы. При этом в 12 (41,3%) наблюдениях имел место НЭКП.

Чрескожное пунктирование нагноившейся эхинококковой кисты печени проводилось одно- и двухэтапными способами. При обеих методиках первоначально производилась пункция с помощью иглы Chiba диаметром 20-22 Сг, или же непосредственно в кисту пункционно сразу вводился катетер с кончиком «pigtail» (Huisman, «Putorix», DLAW) либо прямой катетер «Argyle» диаметром 6-9 Сг, что зависело от диаметра паразитарного образования и хода предполагаемого пункционного канала. Последующим этапом являлось удаление содержимого кисты с помощью вакуум-отсоса, что способствовало быстрому спадению стенок кистозного образования (Рисунок 8).

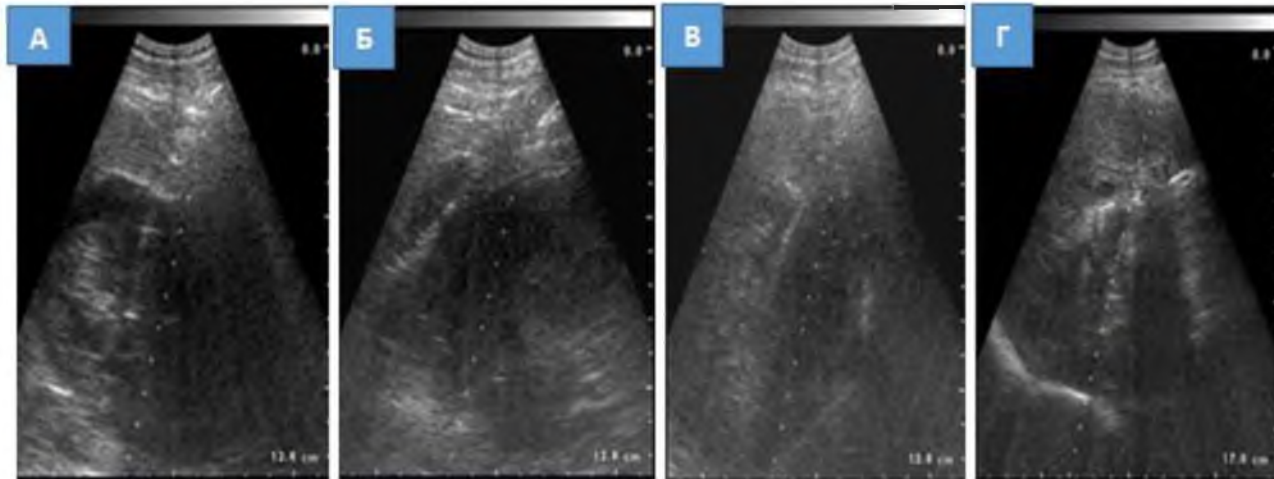


Рисунок 8. - PAIR. Этапы дренирования НЭКП под УЗИ-контролем: А – проведение дренажной трубки; Б – дренажная трубка в полости НЭКП; В – уменьшение размеров НЭКП в процессе аспирации; Г – щелевидная полость кисты после аспирации

Наружная часть установленного катетера подшивалась к коже и помещалась в герметичный пластиковый контейнер, обеспечивая таким образом пассивный отток для кистозного содержимого (Рисунок 9.).



Рисунок 9. - Дренаж в полости НЭКП

На заключительном этапе проводили противосколексную обработку остаточной полости путем введения в неё 80% глицерина. С целью анализа полной эвакуации всех частей паразита и определения возможного наличия желчных фистул проводились ультразвуковое и видеоскопическое исследования остаточной полости. Был изучен микробный состав полученной жидкости.

По результатам исследования микробного состава во всех 12 случаев был выявлен рост бактериальной флоры. При этом стоит отметить, что в 8 (66,7%) случаях были выявлены грамотрицательные микроорганизмы, в 4 (33,3%) случаях - грамположительные. После определения состава микроорганизмов проводилось исследование чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам

В результате проведенного исследования гнойного содержимого ЭК на чувствительность к антибиотикам была выявлена высокая чувствительность грамотрицательной и грамположительной флоры к цефтриаксону, цiproфлоксацину и цефтриаболу.

Применение чрескожной пункции, выполняемой под УЗ-контролем, позволило у 11 больных полностью излечить болезнь, а у 22 в последующем после улучшения общего состояния произвести радикальные операции.

Послеоперационные осложнения наблюдались в 4 случаях с 1 летальным исходом. Причиной летального исхода являлось наличие сопутствующего заболевания - ИБС и связанного с ним развития острого инфаркта миокарда у больного. Второй этап операции больным с ЭП и его осложнениями после эхоконтролируемых пункционно-дренирующих вмешательств выполняли в сроки 15-20 дней после первой операции - у 22 больных. В 6 наблюдениях на втором этапе больным выполняли открытую эхинококкэктомию, а в 16 (48,4%) случаях радикальные и условно-радикальные оперативные вмешательства, которые сопровождалась в 6

случаях осложнениями, не потребовавших повторных оперативных вмешательств. Летальных исходов не отмечали.

Анализируя причины послеоперационных осложнений у больных основной и контрольной групп, мы пришли к выводу, что ведущими факторами развития осложнений после хирургических вмешательств являлись следующие:

- большой объем оперативного вмешательства;
- некачественная обработка остаточной полости антипаразитарными растворами;
- неудовлетворительное дренирование остаточной полости;
- неустраненные желчные ходы в остаточной полости;

Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений

Одним из основных показателей, влияющих на исходы оперативных вмешательств, являлся объем кровопотери во время операции. Результаты сравнения объема интраоперационной кровопотери показали, что оперативные вмешательства с применением миниинвазивной технологии позволили уменьшить объем интраоперационной кровопотери до 50% (Таблица 13).

Таблица 13. - Сравнительные показатели объема интраоперационной кровопотери у больных основной и контрольной групп

Контрольная группа	Объем кровопотери, мл	Основная группа	Объем кровопотери, мл	p
Тотальная перицистэктомия	550,6±65,1	Лапароскопическая тотальная перицистэктомия	260,8±23,6	<0,001
Субтотальная перицистэктомия	510,4±35,2	Лапароскопическая субтотальная перицистэктомия	210,6±19,1	<0,001
Резекция печени	650±85,6	Лапароскопическая идеальная эхинококкэктомия	210,4±35,7	<0,001

В послеоперационном периоде отмечали различные по характеру и тяжести послеоперационные осложнения, которые в ряде случаев требовали повторного вмешательства для их коррекции (Таблица 14).

Таблица 14. - Непосредственные результаты хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений у больных контрольной и основной групп

Характер осложнений	Осложнения после традиционных открытых вмешательств (n=170)			Осложнения после миниинвазивных вмешательств (n=170)		
	число осложнений абс (%)	проведенное лечение	летальный исход	число осложнений абс (%)	проведенное лечение	летальный исход
Желчеистечение из остаточной полости кисты	14 (8,2%)	Консервативное лечение - 10 Релапаротомия – 4	-	8 (4,7%) p>0,05	Консервативное лечение - 7 ЭПСТ - 1	-
Нагноение послеоперационной раны	31 (18,2)	Местное консервативное лечение - 21 Редренирование – 10	-	5 (2,9%) p<0,001	Местное консервативное лечение - 5	-
Нагноение остаточной полости	12 (7,1%)	Консервативное лечение - 7 Редренирование – 5 (2)	2 (1,2%)	2 (1,2%) p<0,01	Консервативное лечение - 2	-
Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения	10 (5,9%)	Консервативное лечение - 6 Релапаротомия – 4 (2)	2 (1,2%)	2 (1,2%) p<0,05	Консервативное лечение - 2	-
Эксудативный плеврит	21 (12,3%)	Пункция плевральной полости – 16 Консервативное лечение - 5	-	11 (6,4%) p<0,05	Пункция плевральной полости - 5 Консервативное лечение - 6	1 (0,6%)
Жидкостное скопление в зоне операции	-	-	-	2 (1,2%)	Пункция под УЗ-контролем - 2	-
Всего	88 (51,8%)	-	4 (2,3%)	30 (17,6%) p>0,05	-	1 (0,6%) p>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе больных (по точному критерию Фишера)

Как видно из представленной таблицы, после выполнения традиционных оперативных вмешательств у больных контрольной группы (n = 170) послеоперационные осложнения различного генеза были отмечены у 88 (51,8%) из них. При этом для коррекции возникших осложнений в 8 (4,7%) случаях потребовалась релапаротомия. Летальный исход был отмечен у 4 (2,3%) больных, причинами явились: послеоперационный перитонит с полиорганной недостаточностью (n=2) и острая печеночно-почечная недостаточность (n=2).

У пациентов основной группы послеоперационные осложнения были отмечены в 30 (17,6%) случаях. Повторных оперативных вмешательств для коррекции развившихся осложнений не потребовалось. В 1 (0,6%) случае отмечали летальный исход, причиной которого явился острый инфаркт миокарда. Сравнительная оценка послеоперационных осложнений у больных основной и контрольной групп согласно классификации Clavien-Dindo приведена в таблице 15.

Таблица 15. - Сравнительная оценка послеоперационных осложнений у больных основной и контрольной групп согласно классификации Clavien-Dindo

Класс	Основная группа (n=170)		Контрольная группа (n=170)		p
	абс	%	абс	%	
I	22	12,9	26	15,3	>0,05
II	-	-	36	21,2	
IIIA	7	4,1	14	8,2	>0,05*
IIIB	-	-	8	4,7	
IVA	1	0,6	-	-	
IVB	-	-	4	2,4	
V	1	0,6	4	2,4	>0,05**
Всего	30	17,6	88	51,8	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *с поправкой Йетса, **по точному критерию Фишера)

Таким образом, применение миниинвазивных технологий при хирургическом лечении ЭП и его осложнений позволило снизить процент послеоперационных осложнений и летальности. Отдалённые результаты также зависели от выбора объёма оперативного вмешательства.

Химиотерапия эхинококкоза печени

В своих исследованиях пациентам контрольной группы (n=82) был назначен альбендазол. Противорецидивная терапии альбендазолом больным контрольной группы проведено только после операции, в течение 1 месяца. Пациенты основной группы (n=120) получали терапию альбендазолом перед выполнением планового оперативного вмешательства в течение 2-4 недель и после операции в течение двух месяцев.

Альбендазол назначали по следующей схеме: при массе тела пациента > 60 кг суточная доза препарата составляла 800 мг. по 400 мг 2 раза в день; пациентам с массой < 60 кг препарат назначали из расчета 15 мг/кг массы тела 2 раза в день.

С целью предупреждения развития побочных эффектов после применения альбендазола пациентам основной группы в дооперационном периоде для профилактики добавляли гептрал и реамберин по 400мг в/в в течение 10 дней. Подобная схема была применена у 96 (56,4%) больных с ЭП и его осложнениями. Включение этих препаратов в общую схему химиотерапии ЭП позволило снизить частоту диспепсических симптомов, желтушности кожных покровов, а также уровня трансаминаз в крови. Применение химиотерапии с гепатопротективной поддержкой достоверно улучшило качество проводимой консервативной терапии и профилактики ЭП.

Отдаленные результаты хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений

Изучение отдаленных результатов лечения является важным в хирургии эхинококкоза печени. Основным критерием его эффективности служит частота возникновения рецидивов заболевания. Отдаленные результаты лечения были изучены у 215 больных основной (n=110) и контрольной (n=105) групп в сроки от 1 года до 5 лет. Рецидивы эхинококкоза печени были диагностированы у 38 (11,1%) больных, в том числе 12 (10,9%) основной и 26 (24,8%) контрольной группы (Таблица 16).

Таблица 16. - Частота рецидивов эхинококкоза печени у больных основной и контрольной групп (n=215)

Характер перенесенных оперативных вмешательств	Количество рецидивов	%
Миниинвазивные вмешательства (n=110)	12	10,9
Традиционные открытые лапаротомные вмешательства (n=105)	26	24,8
p	<0,01	
Всего (n=215)	38	17,7

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

В сроки до 3 лет после эхинококкэктомии было выявлено 7 больных основной группы и 17 – контрольной группы с РЭП. Мы считаем, что ранние рецидивы эхинококкоза печени имеют резидуальное происхождение, а поздние являются имплантационными, метастатическими и реинвазивными.

Анализ наблюдения 38 пациентов с рецидивным эхинококкозом печени показал, что поздние рецидивы после операции диагностированы у 5 больных основной и 9 больных контрольной группы.

Среди исследуемых больных с РЭП в 8 (21%) наблюдениях были лица, которым не проведена химиотерапия альбендазолом в послеопера-

ционном периоде в связи с развитием побочных явлений, что, очевидно, и являлось основной причиной развития рецидивов болезни. У 14 (36,8%) пациентов с РЭП наблюдались солитарные кисты печени, у 16 (42,1%) - множественные кисты печени и у 8 (21,1%) - сочетанный эхинококкоз печени и легких.

Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза имело свои особенности, связанное со спаечным процессом в зоне предыдущего вмешательства. Однако спаечный процесс в зоне локализации кисты не мешал выполнению безопасной чрескожной пункции эхинококковой кисты.

Характер оперативных вмешательств, выполненных у больных с рецидивным эхинококкозом печени приведено в таблице 17.

Как показано в таблице, в 40,9% случаях применены чрескожно-пункционные вмешательства, а в остальных 59,1% случаях - радикальные и условно-радикальные. В послеоперационном периоде больным назначена противорецидивная терапия альбендазолом по стандартной схеме.

Таблица 17. - Характер оперативных вмешательств при РЭП (n=22)

Характер операции	Количество	%
Чрескожно-чреспеченочная пункция	9	40,9
Тотальная и субтотальная перицистэктомия	6	27,3
Резекция печени	4	18,1
Лапароскопическая эхинококкэктомия	3	13,7
Всего	22	100,0

Послеоперационные осложнения наблюдались у 4 больных в виде нагноения послеоперационной раны (n = 3) и остаточной полости (n = 1). Во всех случаях консервативные методы с применением антибиотиков были эффективными. Лишь в одном случае потребовались редренирование и санация остаточной полости под контролем УЗИ. Летальных исходов не отмечали.

На основании проведенных исследований разработан алгоритм хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений (Рисунок 10.).

Рисунок 10. - Алгоритм хирургического лечения ЭП и его осложнений



Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. Комплексные методы лучевой диагностики – УЗИ, КТ и МРТ, видеоэндоскопические методы, а также ИФА позволяют эффективно диагностировать эхинококкоз печени [26-А, 28-А, 35-А, 38-А, 39-А, 47-А].

2. Осложнения эхинококковых кист печени механической паразитарной и нагноением сопровождаются активацией процессов перекисного окисления липидов, что проявляется увеличением в периферической крови содержания продуктов липопероксидации. Прогрессирование паразитарного процесса и развитие осложнений связаны с усилением процессов эндотоксемии, липопероксидации на фоне снижения активности антиоксидантной защиты [3-А, 9-А, 13-А, 15-А, 34-А, 40-А, 44-А].

3. Главной причиной развития осложнений эхинококкоза печени является обширное поражение паренхимы печени паразитарным процессом, сопровождающим нарушением кровообращения в печени, билиарной недостаточностью, а также оксидантной токсемией и проксимальной транслокацией бактерий [4-А, 6-А, 17-А, 23-А, 27-А, 41-А, 46-А].

4. Разработанные алгоритмы диагностики и лечения позволяют выбрать дифференцированную хирургическую тактику, основанную на изучении локализации и размеров эхинококковых кист, их отношения к сосудистым и секреторным структурам печени, фазы жизнедеятельности паразита, а также характера развившегося осложнения и общего состояния пациентов [8-А, 11-А, 25-А, 29-А, 31-А, 32-А, 42-А].

5. Рецидивы эхинококкоза печени были диагностированы у 38 больных, в том числе у 12 (10,9%) основной и у 26 (24,8%) контрольной группы. Ранние рецидивы отмечены у 63,1% больных, поздние - у 36,9%. Причинами развития рецидивов болезни являлись: множественность поражения, гибель паразита с деструкцией его стенок, отказ пациента от проведения противорецидивной терапии, а также выполнение паллиативных операций с нарушением принципов апаразитарности и антипаразитарности [1-А, 16-А, 20-А, 37-А, 43-А, 47-А].

6. Миниинвазивные методы лечения эхинококкоза печени и его осложнений, а также разработанные и усовершенствованные новые схемы химиотерапевтического лечения позволили снизить частоту послеоперационных осложнений с 51,8% до 17,6%, послеоперационную летальность - с 2,3% до 0,5%, рецидивов заболевания - с 24,8% до 10,9% [5-А, 14-А, 18-А, 22-А, 24-А, 30-А, 33-А, 48-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Для диагностики эхинококкоза печени и его осложнений рекомендуется использование разработанных и усовершенствованных алгоритмов.

2. С целью предоперационной подготовки больных с эхинококкозом печени и его осложнениями целесообразно проведение комплексной консервативной антиоксидантной, антигипоксической терапии ремаксолом.

3. Миниинвазивные методы лечения эхинококкоза печени и его осложнений рекомендуется выполнять в специализированных гепатологических центрах, оснащенных специальным оборудованием и высококвалифицированными специалистами.

4. При тяжелом состоянии больных и осложненных формах эхинококкоза печени – нагноение эхинококковых кист и механическая паразитарная желтуха - целесообразно операции выполнять в два этапа, с применением на первом этапе эхоконтролируемых пункционно-дренирующих и эндовидеохирургических вмешательств с последующим выполнением радикальных операций.

5. Для снижения частоты рецидивов заболевания после миниинвазивных вмешательств необходимы проведение интраоперационного ультразвукового исследования, ликвидация цистобилиарных свищей и остаточных полостей, апаразитарных и антипаразитарных мероприятий, а также радикальных оперативных вмешательств с последующей химиотерапией.

6. При проведении химиотерапии по разработанной схеме в до- и послеоперационном периодах для снижения токсического влияния альбендазола на печень к лечению рекомендуется добавлять гептрал или реамберин.

7. Для облитерации цистобилиарных свищей после миниинвазивных методик эхинококкэктомии целесообразно применение жидкого и пастообразного коллагена через установленный дренаж эндоскопическим методом.

8. Диспансеризация больных после перенесенных операций по месту жительства в учреждениях ПМСП позволяет диагностировать рецидивы эхинококкоза в ранние сроки.

Список публикаций соискателя ученой степени

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А] Азиззода З.А. Диагностика и тактика хирургического лечения рецидивного эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, Д.Ё. Давлатов, Ф.И. Махмадов // Здоровоохранение Таджикистана. – 2014.- №2. – С. 36-43.

[2-А] Мирзоев Д.С. Функциональное состояние печени у детей с эхинококкозом поддиафрагмальной локализации / Д.С. Мирзоев, Р.Р. Рофиев, Т.Ш. Икромов, К.З. Саломов, З.А. Азиззода // Здоровоохранение Таджикистана.- 2014.- № 4. – С.39-44.

[3-А] Азиззода З.А. Распространённость и состояние медицинской помощи больным с эхинококковой болезни в Республике Таджикистан /З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Здоровоохранение Таджикистана.- 2017.- №1. - С.67-71.

[4-А] Азиззода З.А. Скрытая печёночная недостаточность при объёмных образованиях печени / З.А. Азиззода, Н.М. Даминова, К.М. Курбонов // Здоровоохранение Таджикистана.- 2018.- №1.- С.67-71.

- [5-А] Азиззода З.А. Хирургическое лечение осложнённых заболеваний печени / З.А. Азиззода, Н.М. Даминова, К.М. Курбонов // «Здравоохранение Таджикистана». – 2018.- №1.- С. 67-71.
- [6-А] Азиззода З.А. Вопросы профилактики, диагностики и лечения эхинококкоза в Таджикистане / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Здравоохранение Таджикистана.- 2018.- №3. - С.68-72.
- [7-А] Азиззода З.А. Острый паразитарный гнойный холангит у больных эхинококкозом печени / З.А. Азиззода // Здравоохранение Таджикистана.- 2019.- №1.- С.5-12.
- [8-А] Азиззода З.А. Эхинококкоз печени, осложненный механической паразитарной желтухой / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова.- 2019.- Т. 14, №1.- С. 30-35.
- [9-А] Азиззода З.А. Малоинвазивные оперативные вмешательства при эхинококкозе печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, В.С. Ризоев // Вестник Авиценны.- 2019.- Том 21, №1.- С. 116-120.
- [10-А] Азиззода З.А. Значение лабораторных показателей в диагностике осложнённого эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода, Н.А. Расулов, С.Г. Али-Заде // Вестник Авиценны.- 2019.- №4.- С. 655-660.
- [11-А] Азиззода З.А. Современные вопросы диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений (обзор литературы) / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Здравоохранение Таджикистана.- 2019.- №4.- С. 69-77.
- [12-А] Азиззода З.А. Отдаленные результаты хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев // Известия Академии наук Республики Таджикистан.- 2019. - №2.- С.101-107.
- [13-А] Азиззода З.А. Неотложная хирургия эхинококкоза печени / З.А. азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода // Проблемы гастроэнтерологии.- 2019.- №3.- С.24-30.
- [14-А] Азиззода З.А. Хирургическое лечение осложненных эхинококковых кист печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода // Авчи зухал.- 2019.- №4.- С.20-27.
- [15-А] Азиззода З.А. Применение высокой технологии в лечении эхинококкоза печени / К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода // Авчи зухал. - 2019.- №4.- С.27-32.
- [16-А] Азиззода З.А. Хирургическое лечение осложненных форм эхинококкоза печени с учетом показателей эндогенной интоксикации / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, М.Г. Ефанов, К.Р. Рузбойзода // Здравоохранение Таджикистана.- 2020.- №2.- С. 43-49.
- [17-А] Азиззода З.А. Результаты применения миниинвазивных технологий в хирургическом лечении эхинококкоза печени и его осложнений / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, М.Г. Ефанов, К.Р. Рузбойзода // Вестник Авиценны.- 2020.- №3.- С. 448 – 454.

[18-А] Азиззода З.А. Инфузионная терапия доброкачественной механической желтухи / З.А. Азиззода, К.Р. Рузибойзода, И.К. Курбонов // Здоровоохранение Таджикистана.- 2020.- №4.- С. 5-10.

[19-А] Азиззода З.А. Эффективность минимально инвазивных операций при эхинококкозе печени и его осложнениях / К.М. Курбонов, К.Р. Рузибойзода, С.Г. Али-Заде / Анналы хирургической гепатологии.- 2021.- Т. 26, №1.- С.84-91

Статьи и тезисы в сборниках конференции

[20-А] Азиззода З.А. Состояния оказания медицинской помощи больным с эхинококковой болезнью в Республике Таджикистан / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Материалы республиканской научно-практической конференции «Медицина и здоровье».- Душанбе, 2015.- С. 69-71.

[21-А] Азиззода З.А. Эпидемиология и состояние оказания медицинской помощи больным с эхинококковой болезнью в Республике Таджикистан / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Материалы республиканской научно-практической конференции на тему «В здоровом теле – здоровый дух».- Душанбе, 2016.- С. 28-31.

[22-А] Азиззода З.А. Проблемы профилактики, диагностики и лечения эхинококкоза в Таджикистане / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Материалы IX Республиканской научно-практической конференции «Наука и молодежь».- Душанбе, 2017.- С. 133-136.

[23-А] Азиззода З.А. Лечение эхинококковых абсцессов печени чрескожным пункционно-дренирующими вмешательствами под УЗ-контролем / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов К.М., А.Д. Гулахмадов // Журнал Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2017 - №1. – С.450-451. - Приложение: Мат-лы Национального Хирургического Конгресса совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ.

[24-А] Азиззода З.А. К вопросу профилактики, диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Вестник медицинского комплекса «Истиклол».- 2018.- №2.- С. 18-21.

[25-А] Азиззода З.А. Поражение желчных путей при эхинококкозе печени / З.А. Азиззода // Материалы 10-ой годичной республиканской научно-практической конференции на тему “Достижения медицинской отрасли Таджикистана за период независимости”.- Душанбе, 2018.- С. 186-188.

[26-А] Азиззода З.А. Особенности хирургического лечения рецидивного эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, Д.Ё. Давлатов // Материалы 10-ой годичной республиканской научно-практической конференции на тему “Достижения медицинской отрасли Таджикистана за период независимости”.- Душанбе, 2018.- С. 188-191.

[27-А] Азиззода З.А. Применение высокой технологии при хирургическом лечении эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Материалы 10-ой годичной республиканской научно-практической конференции на тему “Достижения медицинской отрасли Таджикистана за период независимости”.- Душанбе, 2018.- С. 191-193.

- [28-А] Азиззода З.А. Диагностика и лечение наружных свищей желчных протоков после эхинококкэктомии из печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, Д.Ё. Давлатов // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Роль и место инновационных технологий в современной медицине».- Душанбе, 2018.- С. 33-35.
- [29-А] Азиззода З.А. Вопросы диспансерного наблюдения больных после эхинококкэктомии из печени / З.А. Азиззода, М. Джумаев, Н.Н. Азизова, М.Г. Хамроева // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и Содружества Независимых Государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний».- Душанбе, 2019.- С. 81-82.
- [30-А] Азиззода З.А. Механическая паразитарная желтуха при эхинококкозе печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев // Материалы пленума правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ.- Ереван, 2019.- С. 76-78.
- [31-А] Азиззода З.А. Применение малоинвазивных технологии в лечении эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Материалы XI годичной республиканской научно-практической конференции на тему «Роль современной технологии в медицине».- Душанбе, 2019.- С. 28-32.
- [32-А] Азиззода З.А. Тактика лечения эхинококкоза печени, осложненного острым паразитарным гнойным холангитом /З.А. Азиззода // Материалы XI годичной республиканской научно-практической конференции «Роль современной технологии в медицине».- Душанбе.- 2019.- С. 190-194.
- [33-А] Азиззода З.А. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Материалы XI годичной республиканской научно-практической конференции на тему «Роль современной технологии в медицине».- Душанбе, 2019.- С.- 194-196.
- [34-А] Азиззода З.А. Хирургическое лечение эхинококкоза печени, осложненного механической паразитарной желтухой / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов К.М., К.Р. Назирбоев // Материалы XI годичной республиканской научно-практической конференции «Роль современной технологии в медицине».- Душанбе, 2019.- С. 196-200.
- [35-А] Азиззода З.А. Высокие технологии у коморбидных больных с заболеваниями печени и желчных путей / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, Дж. А. Абдуллоев // Сборник материалов второго Съезда врачей Республики Таджикистан.- Душанбе, 2019.- С. 92-93.
- [36-А] Азиззода З.А. Острый гнойный паразитарный холангит / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода, Н.М. Даминова // VI съезд хирургов юга России с международным участием, посвященной 100-летию со дня рождения член-корр. РАМН, профессора П.П. Коваленко.- Ростов-на-Дону, 2019.- С.35-36.
- [37-А] Азиззода З.А. Миниинвазивные методы в лечении механической желтухи / З.А. Азиззода, К.Р. Рузбойзода, К.М. Курбонов, Н.М. Даминова // VI съезд хирургов юга России с международным участием, посвя-

щенной 100-летию со дня рождения член-корр. РАМН, профессора П.П. Коваленко.- Ростов-на-Дону, 2019.- С. 247-248.

[38-А] Азиззода З.А. Диспансеризация больных после эхинококкэктомии из печени / З.А. Азиззода, М. Джумаев, Н.Н. Азизова, М.Г. Хамроева // Республиканская научно-практическая конференция «Состояние и перспективы развития семейной медицины в Республике Таджикистан».- Душанбе, 2019.- С.31-34.

[39-А] Азиззода З.А. Высокие технологии в диагностике и лечении эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, Дж.О. Пулотов // Материалы международной научно-практической конференции (67-годовой) ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее».- Душанбе, 2019.- С. 143-145

[40-А] Азиззода З.А. Вопросы диагностики и хирургического лечения рецидивных форм эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Материалы международной научно-практической конференции (67-годовой) ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее».- Душанбе, 2019.- С. 145-146.

[41-А] Азиззода З.А. Применение миниинвазивной технологии в хирургическом лечении эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. Тезисы XIII-го Съезда хирургов.- 2020.- №1.- С. 421-422.

[42-А] Азиззода З.А. Миниинвазивные операции при лечении эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.Р. Рузбойзода, И.К. Курбонов // Материалы 12-ой годичной научно-практической конференции “Роль научно-исследовательских работ и применения современной технологии в повышении качества подготовки специалистов среднего медицинского звена”.- Душанбе, 2020.- С.123-126.

[43-А] Азиззода З.А. Миниинвазивная технология в хирургическом лечении эхинококкоза печени и его осложнений / З.А. Азиззода, П.К. Холматов, И.К. Курбонов, С.Г. Али-Заде // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годичная) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины».- Душанбе, 2020.- С. 48-49.

Изобретения

[44-А] Способ ликвидации цистобилиарных свищей /Патент №ТJ 981. от 11.03.2019г./ З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев

[45-А] Способ ранней диагностики нагноения эхинококковых кист печени / Патент на изобретение №ТJ 1069. Государственное патентное ведомство. От 03.01.2020г./ З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода

Рационализаторские предложения

[46-А] Азиззода З.А. Способ эхоконтролируемого пункционно – дренирующего вмешательства при эхинококкозе печени и его осложнениях. Курбонов К.М., Рузбойзода К.Р. Удостоверение на рационализаторское

предложение №3669/R720, выданное ТГМУ им. Абуали ибни Сино от 15.09.2019г.

Монографии

[47-А] Курбонов К.М. Эхинококковый абсцесс печени / К.М. Курбонов, А.Д. Гулахмадов, Д. Гулахмадов, З.А. Азиззода.- Душанбе, 2018.- 130с.

[48-А] Курбонов К.М. Рецидивный эхинококкоз печени / К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов, Д.Ё. Давлатов, А.Д. Гулахмадов, З.А. Азиззода.- Душанбе, 2018.- 95с.

Учебно – методические разработки

[49-А] Курбонов К.М. Паразитарный холангит. Утверждено научно методическим советом Научно-медицинского комплекса «Истиклол» от 05.08.2019г., Протокол №6. Соавт. Азиззода З.А., Абдуллоев Дж.А., Даминава Н.М.19с.

[50-А] Курбонов К.М. Множественный эхинококкоз печени. Утверждено научно методическим советом Научно-медицинского комплекса «Истиклол» от 05.08.2019г., Протокол №6. Соавт. Азиззода З.А., Абдуллоев Дж.А., Даминава Н.М.15с.

[51-А] Курбонов К.М. Паразитарная желтуха. Утверждено научно методическим советом Научно-медицинского комплекса «Истиклол» от 05.08.2019г., Протокол №6. Соавт. Азиззода З.А., Абдуллоев Дж.А., Даминава Н.М. 23с.

[52-А] Курбонов К.М. Диагностика и хирургическое лечение больших и гигантских эхинококковых кист печени. Утверждено научно методическим советом Научно-медицинского комплекса «Истиклол» от 05.08.2019г., Протокол №6. Соавт. Азиззода З.А., Абдуллоев Дж.А., Даминава Н.М.19с.

[53-А] Курбонов К.М. Неотложная хирургия эхинококкоза печени. Утверждено научно методическим советом Научно-медицинского комплекса «Истиклол» от 05.08.2019г., Протокол №6. Соавт. Азиззода З.А., Абдуллоев Дж.А., Даминава Н.М.19с.

Перечень сокращений и (или) условных обозначений

АОЗ	антиоксидантная защита
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ГПЛ	гидроперокси липидов
ГПО	Глутатионпероксидаза
ДК	диеновые конъюгаты
КК	купферовские клетки
КОЕ	колониеобразующая единица
ЛРП	лапароскопическая резекция печени
ЛЭЭ	лапароскопическая эхинококкэктомия
МДА	малоновый диальдегид
МПЖ	механическая паразитарная желтуха
МСМ	молекулы средней массы
НБД	назобилиарное дренирование
НК	недостаточность кровообращения
НЭКП	нагноившаяся эхинококковая киста печени
ПКТ	Прокальцитонин
ПОЛ	перекисное окисление липидов
ПЭП	первичный эхинококкоз печени
РЭП	рецидивный эхинококкоз печени
РЭС	ретикулоэндотелиальная система
СОД	Супероксиддисмутаза
СРБ	С-реактивный белок
ХБП	хроническая болезнь почек
ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь легких
ЧЧДЭК	чрескожное чреспеченочное дренирование эхинококковых кист
ЭП	эхинококкоз печени
ЭПСТ	эндоскопическая папиллосфинктеротомия
ЭРХПГ	эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
PAIR	Punction-Aspiration-Injection-Reaspiration - чрескожный метод пункционного лечения
GSH	глутатион восстановленный
GST	глутатион-S-трансфераза

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ “ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ
ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБӮАЛИЙ ИБНИ СИНО”**

УДК: 616.36-002.951.21-06-07-089.87

Бо ҳуқуқи дастнавис

АЗИЗЗОДА ЗУБАЙДУЛЛО АБДУЛЛО

**ТЕХНОЛОГИЯҲОИ МИНИИНВАЗИВӢ ДАР ТАШҲИСИ
КОМПЛЕКСӢ ВА МУОЛИҶАИ ҚАРРОҲИИ
ЭХИНОКОККОЗИ ҚИГАР ВА АВРИЗИ ОН**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
доктори илмҳои тиб

аз рӯи ихтисоси 14.01.17 – Қарроҳия

Душанбе - 2021

Таҳқикот дар заминаи кафедраи беморихои ҷарроҳии №1 МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино”-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро шудааст

Мушовири илмӣ:

Қурбонов Каримхон Муродович - академики Академияи илмҳои тиббии ВТ ва ҶИА ҚТ, д.и.т., профессор

Муқарризони расмӣ:

Каҳоров Мубин Абдурауфович, доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи шӯбаи МДТ “Донишкадаи тақмили ихтисоси баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Тоҷикистон” дар шаҳри Хучанди вилояти Суғд

Амонов Шухрат Шодиевич, доктори илмҳои тиб, корманди илмии Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳои хунгарди ВТ ва ҶИА ҚТ

Раҳматуллоев Раҳимҷон Раҳматуллоевич, доктори илмҳои тиб, директори маркази ташхисию табобатии «Вароруд», Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муассисаи тақриздиханда:

Донишкадаи давлатии тиббии Самарқанд

Ҳимояи диссертатсия «_____» _____ соли 2021 соати _____ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.КOA-025 назди МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” баргузор мегардад. Суроға: 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” (734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139) ва сомонаи расмии www.tajmedun.tj шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ соли 2021 ирсол шудааст.

Котиби илмии Шӯрои диссертатсионӣ, доктори илмҳои тиб

Юнусов И.А.

Муқаддима

Мубрамай ва зарурати баргузори таҳқиқот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия.

Яке аз инвазияҳои туфайлигии (паразитии) аз ҳама маъмули ҷигар, ки дар амалияи ҷарроҳӣ во меҳӯрад, эхинококкоз мебошад. Беморияти эхинококкоз дар бештари минтақаҳои эндемикии ҷаҳон, аз он ҷумла дар Осиёи Марказӣ ва Ҷумҳурии Тоҷикистон хеле баланд боқӣ мемонад ва афзоиш ёфтани он идома дорад. [Назаров Ш.К. 2005; Каримов Ш.И. ва ҳаммуаллифон, 2007; Курбонов К.М. ва ҳаммуаллифон, 2013; Амонов Ш.Ш., 2017].

Дар ҳепатологияи ҷарроҳӣ ҷорӣ намудани технологияҳои муосири ташхисӣ имкон дод, ки сифати ташхиси эхинококкози ҷигар ва аворизи он ба таври қатъӣ беҳтар гардад. Аммо бисёр масъалаҳои механизмҳои инкишофёбии такрорёбиҳои беморӣ ва аворизи он то ба охир муқаррар карда нашудаанд, ки омӯзиши ҳамаҷонибаро тақозо менамояд [Даминова Н.М. ва ҳаммуаллифон, 2010; Гулаҳмадов А.Д., 2015; Шевченко Ю.Л. ва ҳаммуаллифон, 2016; Majbar A.M. et al, 2014].

То замони ҳозира ақидаи ягона оид ба муаммои этиологияи такрорёбиҳои беморӣ- нақилатӣ (интиқоли, метастазӣ), имплантатсионӣ (кӯчатӣ, пайвандӣ), резидуалӣ (бақиявӣ), реинвазивӣ (олудашавии такрорӣ аз туфайлӣ) мавҷуд намебошад [Каҳҳоров М.А. ва ҳаммуаллифон, 2003; Девятков А.В. ва ҳаммуаллифон, 2005; Аҳмедов И.Г. 2006; Маҳмадов Ф.И., 2010; Қурбонов К.М. ва ҳаммуаллифон, 2018].

Муҳимияти муаммои эхинококкози ҷигар (ЭҶ) боз бо он вобаста мебошад, ки то ҳол ягонагӣ дар ақидаву мулоҳизаҳо аз рӯйи чунин масъала, ки ба интиҳоб ва ҳаҷми мудохилаҳои ҷарроҳӣ даҳлатдоранд, ки ба коҳишдиҳии касрати аворизи баъдиҷарроҳӣ ва оқибатҳои марговар раван карда шудаанд, вучуд надорад [Муҳиддинов Н.Д., 2000; Вишневский В.А. ва ҳаммуаллифон, 2011; Аҳмедов С.М., 2014; Гулмуродов Т.Г., 2015; Anand S. et al 2012]. Истифодабарии услубҳои миниинвазивии муолиҷаи эхинококкози ҷигар дар замони ҳозира мавзӯи рағбати васеъ мебошад, ки дар ин маврид муаллифон норасоии ин мудохилаҳоро, аз боиси имконпазирии пошхӯрӣ ба ковокии шикам ва инкишофёбии такрорёбии бемориро қайд менамоянд, дар робита бо ин нишондодҳо ва зиднишондодҳои муайян нисбати иҷрои мудохилаҳои мазкур кор карда баромада шудаанд [Гулов М.К. ва ҳаммуаллифон, 2016; Ефанов М.Г., 2013; Ветшев П.С. ва ҳаммуаллифон, 2015; Назаров Ш.К., 2016; Ciprian D. et al, 2016].

Дар солҳои охир дар адабиёти ҷаҳонӣ таҳқиқотҳои сершумор, ки ба муолиҷаи ЭҶ тавассути технологияҳои баланд бахшида шудаанд, пайдо шудаанд, аз он ҷумла: эхинококкэктомияи лапароскопӣ, резексияи лапароскопии ҷигар, муолиҷаи пунксионӣ зери назорати таҳқиқоти фавқуссадой, эхинококкэктомия аз минидастраскуниҳо, ҳамчунин истифодабарии технологияҳои роботӣ [Аҳмедов Р.М. ва ҳаммуаллифон, 2010; Иванов С.А. ва ҳаммуаллифон, 2015; Раҳматуллаев А.Р. ва ҳаммуаллифон, 2016; Амонов Ш.Ш., 2017; В. Ozgur et al, 2016].

Дар ҷарроҳияи ЭҶ коркардабароии услубҳои муосири коҳишдиҳии касрати аворизи баъдичарроҳӣ (хунравӣ, талхашорӣ, аворизи фасодӣ-сироятӣ) ва такрорёбиҳои беморӣ тавассути истифодабарии эндовидеолапароскопия ва видеолапороскопияи баъдичарроҳии ковокии бақиявӣ ва таъйин намудани доругиҳои муосири химиотерапевтӣ муҳим мебошад [Мусаев А.И. ва ҳаммуаллифон, 2016; Солодова Ю.А. ва ҳаммуаллифон, 2019]. Бо мақсади муолиҷаи зиддикичҷагӣ албендазол ба таври васеъ истифода бурда мешавад, аммо истифодабарии он на дар ҳамаи беморон якхела самараноканд ва сабабҳои ин ба таври кофӣ аниқу дақиқ нестанд. Ҳамчунин омӯзиши ҷиддии ҷунин масъалаи муҳим, ба монанди воянокӣ, давомнокӣ ва миқдори курсҳои химиотерапия зарур мебошад, ки бештар барои муносибати пурмазмуни баъзе ҷарроҳон нисбати истифодабарии албендазол мусоидат менамояд [Харнас С.С. ва ҳаммуаллифон, 2006; Ахмедов И.Г. 2006; Аничкин В.В. ва ҳаммуаллифон, 2014; Vuitton D.A. et al., 2014].

Вазъияти баамаломата боиси зарурати коркардабароии услубҳои муолиҷаи аз ҷиҳати патогенетикӣ асосноккардашудаи ЭҶ ва аворизи он, бо истифодабарии технологияҳои миниинвазивӣ, ҳамчунин коркардабароии тадбирҳои комплекси профилактикаи такрорёбиҳои беморӣ мегардад.

Дараҷаи азхудшудаи масъалаи илмӣ

Ҷорӣ карда шудани технологияҳои муосири ташҳисӣ дар ҳепатологияи ҷарроҳӣ имконият дод, ки сифати ташҳиси ЭҶ ва аворизи он хеле беҳтар гардад. Аммо бештари масъалаҳои механизмҳои инкишофи такрорёбиҳои беморӣ ва аворизи он то ба охир (пурра) муайян карда нашудаанд [Даминова Н.М. ва ҳаммуаллифон, 2010; Гулаҳмадов А.Д., 2015; Шевченко Ю.Л. ва ҳаммуаллифон, 2016; Majbar A.M. et al, 2014].

То замони ҳозира ақидаи ягона нисбати интихоби услуб ва ҳаҷми муолиҷаи ҷарроҳӣ дар мавриди ЭҶ ва аворизи он мавҷуд намебошад [Муҳиддинов Н.Д., 2000; Вишнеvский В.А. ва ҳаммуаллифон, 2011; Ахмедов С.М., 2014; Гулмуродов Т.Г., 2015; Anand S. et al., 2012].

Истифодабарии услубҳои миниинвазивии муолиҷаи эхинококкози ҷигар дар замони ҳозира дар муаллифони гуногун мавзӯи рағбати васеъ мебошад, ки дар ин маврид баъзе муаллифон то ҳол нисбати ҷунин муолиҷаҳо аз боиси имконпазирии пошхӯрӣ ба ковокии шикам ва инкишофёбии такрорёбии беморӣ нобоварона муносибат менамоянд [Гулов М.К. ва ҳаммуаллифон, 2016; Ефанов М.Г., 2013; Ветшев П.С. ва ҳаммуаллифон, 2015; Назаров Ш.К., 2016; Ciprian D. et al, 2016].

Дар солҳои охир дар адабиёти ҷаҳонӣ таҳқиқотҳои сершумор, ки ба муолиҷаи ЭҶ тавассути технологияҳои каминвазивӣ бахшида шудаанд, пайдо шудаанд, аз он ҷумла: эхинококкэктомияи лапароскопӣ, муолиҷаи пунксионӣ зери назорати таҳқиқоти фавқуссадоӣ, эхинококкэктомия аз ми니다страскуниҳо [Ахмедов Р.М. ва ҳаммуаллифон, 2010; Иванов С.А. ва ҳаммуаллифон, 2015; Рахматуллаев А.Р. ва ҳаммуаллифон, 2016; Амонов Ш.Ш., 2017; В. Ozgur et al, 2016].

Нисбати коркардабарои услубҳои муосир оид ба коҳишдиҳии касрати такрорёбиҳои беморӣ тавассути истифодабарии маҳлулҳои мухталифи зиддитуфайлӣ ва химиотерапия ҷустуҷӯҳои самаранок амалӣ карда шуда истодаанд [Мусаев А.И. бо ҳаммуаллифон, 2016; Солодова Ю.А. ва ҳаммуаллифон, 2019].

Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот. Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқоти рисолавӣ (диссертатсионӣ) асарҳои олимони ватанӣ ва хориҷӣ, натиҷаи таҳқиқотҳои бузурги клиникӣ, монографияҳо шуданд. Асоси таҳқиқотҳои методологиро таҳқиқоти клиникӣ-катаменестикии ҳуҷҷатҳои беморон ташкил намудаанд.

ТАВСИФОТИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: беҳтарсозии натиҷаҳои бевосита ва дури муолиҷаи ҷарроҳии ЭҶ ва аворизи он, дар асоси истифодабарии услубҳои аз ҷиҳати патогенетикӣ асосноккардашудаи муолиҷа, бо истифодабарии технологияҳои миниинвазивӣ.

Объекти таҳқиқот.

Объекти таҳқиқот натиҷаҳои ташҳиси комплексӣ ва муолиҷаи ҷарроҳии 340 нафар беморони ЭҶ дошта буданд, ки ба шӯъбаи ҷарроҳии МД Маркази шаҳрии ёрии таъҷилии тиббӣ ва маҷмааи тандурустии “Истиқлол”-и ш. Душанбе (2016-2019 сс.) бистарӣ шудаанд, ки онҳо пойгоҳи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1-и МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” мебошанд.

Мавзӯи таҳқиқот.

Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши муқоисавии натиҷаҳои истифодабарии мудохилаҳои миниинвазивӣ, аз он ҷумла мудохилаҳои транспӯстӣ, лапароскопӣ, эндоскопӣ ва мудохилаҳои анъанавии кушода дар беморони ЭҶ ва аворизи онро дошта буд.

Вазифаҳои таҳқиқот.

1. Омӯхтани нақши услубҳои таҳқиқоти муосири клиникӣ-лабораторӣ, нурӣ ва олотӣ дар ташҳиси ЭҶ ва аворизи он;
2. Омӯхтани аҳамияти нишондиҳандаҳои эндотоксемия, равандҳои оксидшавии пероксидии липидҳо (чарбҳо), хусусияти хунгардиши чигар ва транслокатсияи бактериялӣ дар патогенези аворизи ЭҶ;
3. Омӯхтани тағйиротҳои морфологӣ ва биохимиявӣ дар унсурҳои кистаи эхинококкӣ дар мавриди ЭҶ ва аворизи он;
4. Муқаррар намудани касрат ва сабабҳои такрорёбиҳои (ретсидивҳои) беморӣ (нақилатӣ (интиқоли, метастазӣ), имплантатсионӣ (кӯчатӣ, пайвандӣ), резидуалӣ (бақиявӣ), реинвазивӣ (олудашавии такрорӣ аз туфайлӣ) ва ғ.);
5. Кор карда баромадани маҳакҳои (критерийҳои) нишондодҳо ва зиднишондодҳо нисбати истифодабарии технологияҳои миниинвазивӣ (мудохилаҳои лапароскопӣ, транспӯстӣ-пунксионӣ, эндоскопӣ) дар мавриди ЭҶ ва аворизи он;

6. Омӯхтани натиҷаҳои бевосита ва дури муолиҷаи ҷарроҳии ЭҶ ва аворизи он.

Услубҳои таҳқиқот. Услубҳои клиникӣ ва лаборатории таҳқиқот, таҳқиқоти фавқуссадоии узвҳои ковокии шикам, рентгенографияи узвҳои ковокии шикам ва қафаси сина, холангиопанкреатографияи эндоскопии ретроградӣ, ТМР, ТК, услубҳои морфологияи таҳқиқот.

Соҳаи таҳқиқот. Ба шиносномаи КАО-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.17-Ҷарроҳия: зербанди 3.6. Мудохилаҳои ҷарроҳии лапароскопӣ ва торакоскопӣ; 3.7. Патологияи ҷигар ва роҳҳои талхабарор; 3.8. Омодасозии қабличарроҳӣ ва бурдани марҳилаи баъдичарроҳӣ мувофиқат мекунад.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва таҳқиқотӣ.

Дар таҳқиқот иттилоот (диссерататсияҳои (рисолаҳои) дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, давлатҳои ИДМ ва хориҷаи дур Ҷимоякардашуда, мақолаҳои илмӣ маҷаллаҳо, маводҳои конферонсҳо) оид ба масъалаҳои ташхис ва муолиҷаи ҷарроҳии ЭҶ ва аворизи он омӯхта шудаанд. Таҳқиқотҳо дар пойгоҳи МД Маркази шаҳрии ёрии таъҷилии тиббӣ ва МД маҷмаи тандурустии “Истиқлол”-и ш. Душанбе гузаронида шудаанд.

Эътиборнокии натиҷаҳои диссерататсия. Эътиборнокии натиҷаҳо, хулосаҳо ва ҷамъбасту хулосаҳои хотимавӣ тавассути самти дуруст интихобкардашудаи таҳқиқот, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот бо ёрии технологияҳои муосир таъмин карда шудааст. Хулосаҳо ва тавсияҳо бо таҳлилҳои илмӣ натиҷаҳои муоинаи комплексӣ ва муолиҷаи ҷарроҳии беморони ЭҶ ва аворизи онро дошта, бо истифодабарии технологияи миниинвазивӣ асос ёфтаанд.

Навигарии илмӣ. Исбот карда шудааст, ки бо афзудани масоҳати иллатёбии паренхимаи ҷигар бо раванди туфайлигӣ (паразитарӣ), камшавии массаи ҳепатотситҳои фаъолияткунанда (функционалӣ) ва ҳуҷайраҳои фаготситӣ бо инкишофёбии ҳепатодепрессия ва ҳосилшавии маҳсулоти захрогиниашон баланди оксидшавии пероксидии липидҳо ва эндотоксемия мушоҳида мегардад. Аввалин маротиба муқаррар карда шудааст, ки аз боиси ҳепатодепрессия коҳишёбии миқдор ва сифати талха ба амал меояд ва норасоии билиарӣ дар беморони ЭҶ дошта инкишоф меёбад, транслокатсияи бактериалӣ аз равзани рӯдаи борик ба найчаҳои талхагузар мушоҳида мегардад. Муқаррар карда шудааст, ки бо мурури афзоишёбии масоҳати иллатёбии паренхимаи ҷигар бо эхинококкоз вайроншавии ифоданоки хунгардиш дар он бо тағйиротҳои морфологӣ мушоҳида мегардад. Муқаррар карда шудааст, ки услуби иттилоотнокиаш баланди ташхиси сироятнокшавӣ ва фасодкунии кистаҳои эхинококкии ҷигар баландшавии миқдори прокалтситонин дар зардоби хун мебошад (**Патенти ҶТ барои ихтироъкории №ТҶ 1069**). Самаранокии услубҳои миниинвазивии думарҳилагии муолиҷа дар мавриди кистаҳои эхинококкии фасодкардаи ҷигар исбот карда шудааст. Муқаррар карда шудааст, ки дар мавриди зардчаи механикии паразитарӣ, мудохилаҳои эхоназоратшавандаи транспӯстӣ барои коҳишдиҳии касрати норасоии баъдичарроҳии ҷигар услуби интихобӣ мебошанд (**шаҳодатномаи**

ратсионализатории №3669/R720 от 15.09.2019с., ки онро ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино додааст). Алгоритми ташхис ва интихоби услуби мудохилаи миниинвазивӣ дар мавриди ЭЧ ва аворизи он кор карда баромада шудааст. Хусусиятҳои фардии метаболизми албендазол ва интихоби воя ва курсҳои гузаронидани химиотерапия дар мавриди ЭЧ ва аворизи он муайян карда шудаанд. Аввалин маротиба дар асоси эндовидеоскопияи дохилиамалиётии ковокии бақиявӣ вариантҳои нави бартараф намудани носурҳои систобилиарӣ пешниҳод карда шудаанд (**Патенти ЧТ барои ихтироъкории №ТJ 981**).

Аҳамиятнокии назариявии таҳқиқот. Аҳамиятнокии назариявии таҳқиқот аз он иборат аст, ки қавоиди назариявӣ, методологӣ, хулосаҳо ва тавсияҳо, ки дар диссертатсия пешниҳод карда шудаанд, метавонанд дар раванди таълими Донишгоҳҳои олии тиббӣ ва дар байни табибони амалкунанда истифода бурда шаванд.

Аҳамиятнокии амалии таҳқиқот.

Барои амалияи клиникӣ консепсияҳои нави патогенези инкишофёбии аворизи ЭЧ пешниҳод карда шудаанд.

Дар амалияи клиникӣ критерийҳои объективии интихоби мудохилаҳои миниинвазивӣ дар мавриди ЭЧ, ҳамчунин ус лубҳои ташхис ва муолиҷаи эхинококкози фасодкардаи ЭЧ ва зардҷаи механикии туфайлигӣ кор карда баромада шуда ҷорӣ карда шудаанд.

Методикаи муоинаи видеоэндоскопии ковокии бақиявии ҷигар, ташхис ва муолиҷаи носурҳои хурди систобилиарӣ пешниҳод карда шудаанд.

Тактикаи ҷарроҳии тафриқавӣ нисбат ба ҳар як бемори ЭЧ дошта, вобаста аз ҷойгиршавӣ, андозаҳо ва давраи фаъолияти ҳаётии туфайлӣ кор карда баромада шудаанд.

Схемаҳои нави муолиҷаи химиотерапевтии ЭЧ дар марҳилаи қабличарроҳӣ, ҳамчунин муолиҷаи ҳепатопротекторӣ, ки барои кам намудани таъсири ҳепатотоксикии албендазол имконият медиҳанд пешниҳод карда шудаанд.

Нуқтаҳои ҷимояшавандаи диссертатсия:

1. Равиши бардавом ва беаломат, ҳамчунин ғайримуқаррарии эхинококкози ҷигар ба дер мурочиат намудани беморон барои ёрии ҷарроҳӣ мусоидат менамояд.

2. Таҳқиқоти комплекси фавқуссадоӣ ва томографияи компютерӣ барои муқаррар намудани хусусияти аворизи эхинококкоз, ҳаҷми иллатёбии паренхимаи ҷигар, ҳамчунин муносибати киста ба ташкилаҳои хунрагӣ-тарашшуҳии ҷигар имконият медиҳад.

3. Бо мурури авҷгирии иллатёбии эхинококкии паренхимаи ҷигар вайроншавиҳои калони хунгардиш дар ҷигар, бо инкишофёбии тағйиротҳои морфологӣ, ки ба ҳепатити реактивӣ хос мебошад, мушоҳида мегардад.

4. Критерийҳои объективии кор карда баромадашуда, барои интихоб намудани тактикаи ҷарроҳии тафриқавӣ дар мавриди интихоби муолиҷаи миниинвазивии ЭЧ имконият медиҳанд.

5. Услубҳои нави кор карда баромадашуда ва мукамал кардашудаи муолиҷаи миниинвазивии ЭҚ ва аворизи он, ҳамчунин схемаи нави муолиҷаи химиотерапевтӣ имконият медиҳанд, ки натиҷаҳои муолиҷа хеле беҳтар карда шаванд.

Саҳми шахсии диссертант.

Аз ҷониби муаллиф мавзӯи кор мустақилона интихоб карда шуда, барнома кор карда баромада шудааст ва банақшагирӣ гузаронида шудааст, ташкили таҳқиқот аз рӯи ҳамаи қисмҳои диссертатсия амалӣ гардонида шудааст. Аз рӯи мавзӯи диссертатсия адабиётҳо омӯхта ва пешниҳод карда шуда, миқдори зиёди мушоҳидаҳо таҳлил карда шудаанд. Муаллиф дар баъзе амалиётҳои ҷарроҳӣ ширкат намуда, ҳамчунин мустақилона иҷро намудааст. Аз ҷониби ӯ коркарди омории маводи клиникӣ гузаронида шудааст, дар конфронсҳои мухталифи ҷумҳуриявӣ ва байналхалқӣ мақолаҳои илмӣ chop карда шудаанд. Натиҷаҳои таҳқиқот дар маҷаллаҳои даврии илмӣ пешниҳод карда шудаанд.

Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.

Қавоиди асосии диссертатсия дар конфронсҳои илмӣ-амалии ҷумҳуриявӣ «Тиб ва солимӣ (“Медицина и здоровье”» (2015с., ш. Душанбе), «Дар тани солим – рӯҳи солим “В здоровом теле – здоровый дух”» (2016с., ш. Душанбе), «Илм ва ҷавонон “Наука и молодежь”» (2017с., ш. Душанбе), “Дастовардҳои соҳаи тибби Тоҷикистон дар давраи соҳибистиклолӣ “Достижение медицинской отрасли Таджикистана за период независимости”» (2018с., ш. Душанбе), «Нақши технологияи муосир дар тиб “Роль современной технологии в медицине”» (2019с. ш. Душанбе), Конгресси миллии ҷарроҳӣ дар якҷоягӣ бо анҷумани ХХ ҷашнии Ҷамъияти эндочарроҳони Россия (2017с., ш. Москва), Конгресси кардиологҳо ва терапевтҳои мамлакатҳои Осиё ва ИДМ «Муаммоҳои муҳими бемориҳои қалбӣ-рагӣ ва соматикӣ» (2019 с., ш. Душанбе), Пленуми идораи ҷамъияти ҷарроҳони ҳепатопанкреатобилиарии мамлакатҳои ИДМ (29-30 апрели 2019с., ш. Ереван), анҷумани VI ҷарроҳони ҷануби Россия бо иштироки байналхалқӣ (4-5 октябри 2019с. Ростови лаби Дон), конфронси илмӣ-амалии байналхалқии 66-уми ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино «Нақш ва мақоми технологияҳои инноватсионӣ дар тибби муосир» (23 ноябри 2018с., ш. Душанбе), конфронси илмӣ-амалии байналхалқии 67-уми ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино «Илми тибби асри ХХI – назар ба оянда» (29 ноябри 2019с., ш. Душанбе), анҷумани дуҷуми табибони Ҷумҳурии Тоҷикистон «Принсипҳои муосири профилактика, ташхис ва муолиҷаи бемориҳои соматикӣ» (26-27 апрели 2019с., ш. Душанбе), Конфронси илмӣ-амалии ҷумҳуриявӣ «Вазъ ва дурнамои инкишофи тибби оилавӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон» (ш. Душанбе 2019с.), анҷумани XIII ҷарроҳони Россия (Алманахи Донишқадаи ҷарроҳия ба номи А.В. Вишневский №1, 2020с., замима), конфронси илмӣ-амалии солона 12-уми МД Коллеҷи тиббии ҷумҳуриявӣ “Нақши корҳои илмӣ-таҳқиқотӣ ва истифодабарии технологияи муосир барои баланд бардоштани сифати оmodасозии мутахассисони миёнаи тиббӣ”, (ш. Душанбе 5 октябри 2020с.), конфронси илмӣ-амалии

байналхалқии солонаи 68 уми ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино «Дастовардҳо ва муаммоҳои илми бунёди (фундаменталӣ) ва тибби клиникӣ» (27 ноябри 2020с. ш. Душанбе).

Интишори натиҷаҳои диссертатсия.

Натиҷаҳои асосии таҳқиқот дар 43 таълифоти илмӣ инъикос ёфтаанд, аз онҳо 19 мақола дар маҷаллаҳо, ки ба номгуи нашрияҳои тақризии КОА ҶТ ворид карда шудаанд, чоп шудаанд. Дар рафти таҳқиқот 2 монография, 5 коркарди методӣ нашр карда шудаанд, 2 патент барои ихтироъкорӣ ва 1 шаҳодатномаи ихтироъкорӣ гирифта шудаанд.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия.

Диссертатсия дар 228 саҳифа баён карда шудааст ва аз муқаддима, шарҳи адабиётҳо ва 6 боби худи таҳқиқот, ҳамбасти хотимаӣ, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва феҳристи адабиётҳо иборат мебошад. Таҳқиқот бо 53 ҷадвалҳо ва 56 расмҳо тасвир карда шудааст. Феҳристи библиографӣ аз 208 корҳо бо забони русӣ ва 92 корҳои муаллифони хориҷӣ иборат мебошад.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ Мавод ва услубҳои таҳқиқот

Ҳамагӣ натиҷаҳои ташҳиси комплексӣ ва муолиҷаи ҷарроҳии 340 нафар беморон таҳлил карда шудаанд. Аз рӯи хусусият ва ҳаҷми муоинаҳо ва муолиҷаҳо ҳамаи беморони ЭҶ ва аворизи онро дошта ба 2 гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Ба гурӯҳи якум (асосӣ) 170 нафар (50%) беморон ворид карда шуданд, ки дар онҳо услубҳои муосири муоинаи комплексӣ ва муолиҷаи ҷарроҳӣ, бо истифодабарии технологияҳои миниинвазивӣ ба иҷро расонида шуда буданд. Ба гурӯҳи 2-юм (назоратӣ) 170 нафар (50%) бемороне дохил карда шуда буданд, ки услубҳои анъанавии ба ҳама маълуми ташҳис ва муолиҷаи ҷарроҳиро аз сар гузаронидаанд.

Дар байни беморон сокинони деҳот 228 (67,1%) нафар, сокинони шаҳр бошанд 112 (32,9%) нафарро ташкил намуданд. Намуди фаъолияти беморон гуногун буд.

Мардон дар байни беморони таҳқиқшаванда 161 (47,4%) нафар буданд, аз онҳо дар гурӯҳи асосӣ 78 нафар ва дар гурӯҳи назоратӣ 83 нафар буданд. Занҳо дар байни беморони таҳқиқшаванда 179 (52,6%) нафар буданд, аз онҳо дар гурӯҳи асосӣ 92 нафар занҳо ва дар гурӯҳи назоратӣ бошад 87 нафар буданд. Бартарӣ доштани занҳо дар байни беморони таҳқиқшавандаро бо аз ҳама бештар машғул будани занон ба корҳои хона шарҳ додан мумкин аст, аз он ҷумла дар байни ин корҳо нигоҳубини ҳайвоноти дар хона буда низ мавҷуд аст.

Эхинококкози ҷигар аз ҳама бештар дар беморони гурӯҳи синни аз 18 то 40 –сола (46,1%) ва аз 40 то 65 -сола (32,6%) ба қайд гирифта шудааст. Аз ҳама бештар ЭҶ дар паллаи рости ҷигар - 185 (54,4%) ҳодиса мушоҳида гардидааст, дар ин маврид дар 94 (55,3%) нафар аз беморони гурӯҳи асосӣ ва 91 (53,5%) нафар аз гурӯҳи назоратӣ буданд. Кистаҳо, ки дар паллаи чапи ҷигар ҷойгир буданд, дар 111 (32,7%) нафар беморон вомехӯрданд, дар ин маврид бошад дар 51 (30%) ҳодисаҳо дар байни беморони гурӯҳи асосӣ ва дар

60 (35,2%) ҳодисаҳо дар байни беморони гурӯҳи назоратӣ буданд. Мавҷудияти кистаҳои эхинококкӣ дар ҳар ду паллаҳои ҷигар дар 44 (12,9%) нафар беморон вохӯрдаанд, ки аз онҳо 24 (14,1%) нафар аз гурӯҳи асосӣ ва 20 (11,8%) нафар беморон аз гурӯҳи назоратӣ буданд. Беморон вобаста ба мавҷудияти аворизи беморӣ ҷудо карда шуданд (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. - Ҷудокунии беморони ЭҶ дошта аз рӯйи хусусияти авориз (n=340)

Осложнения	Гурӯҳи асосӣ (n=170)		Гурӯҳи назоратӣ (n=170)	
	Шумораи мутлақ	%	Шумораи мутлақ	%
Авориз мавҷуд нест	52	30,5	64	37,6
Фасодкунии кистаи эхинококкӣ	49	28,9	48	28,2
Зардҷай механикӣ:				
Кафида раҳна кардани КЭ ба найчаҳои талхагузар;	49	28,9	29	17,1*
Кистаҳои таранги эхинококкӣ	39	22,9	20	11,8*
	10	5,9	9	5,3
Кафида раҳна кардани КЭ ба ковокии шикам	3	1,8	1	0,6
Кафида раҳна кардани КЭ ба ковокии қафаси сина	2	1,2	1	0,6
Эхинококкози такрорӣ (ретсидивӣ)	15	8,8	27	15,9*
Ҷамагӣ	170	100,0	170	100,0

Эзоҳ: *p<0,05 дар мавриди муқоисаи чунин нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи асосӣ

ЭҶ аворизнокнашуда дар 116 (34,1%) ҳодисаҳо, аз он ҷумла дар 52 (30,5%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва 64 (37,6%) нафар беморони гурӯҳи назоратӣ мушоҳида карда шудаанд. Фасодкунии кистаҳои эхинококкии ҷигар дар 97 (28,5%) ҳодисаҳо ҷой дошт, аз ҷумлаи онҳо дар гурӯҳи асосӣ – 49 (28,8%) ҳодиса ва дар гурӯҳи назоратӣ 48 (28,2%) ҳодиса мушоҳида гардидааст. Аворизи вазнини ЭҶ зардҷай механикии туфайлигӣ мебошад, ки дар 78 (22,9%) ҳодисаҳо вохӯрдааст: дар 49 (28,8%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 29 (17,1%) беморони гурӯҳи назоратӣ. Кафида раҳна шуда ба ковокии шикам ва қафаси сина ҷорӣ шудани ЭҶ дар 7 (2,1%) нафар беморон ба қайд гирифта шудааст: дар 5 (2,9%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва 2 (1,1%) нафар беморони гурӯҳи назоратӣ. ЭҶ такрорӣ (ретсидивӣ) дар 15 (8,8%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва 27 (15,9%) нафар беморони гурӯҳи назоратӣ ҷой дошт.

Вобаста аз марҳилаи эволютсияи кистаҳои эхинококкӣ тибқи таснифоти фавқуссадоии ТУТ (2003, 2010) беморон ба гурӯҳҳои зерин ҷудо карда шудаанд (Ҷадвали 2).

Дар 22 (6,5%) ҳодисаҳо тибқи таснифоти ТУТ ташкилаи кистозии андозааш гуногуни даврашакл, бо мавҷуд набудани аломатҳои фавқуссадоии хосаи иллатебии туфайлигӣ - С1 қайд карда шудаанд. Дар 97 (28,5%) ҳодисаҳо дар заминаи (шароити) туфайлии зинда, худудҳои аниқи кистаи андозаҳои гуногун муайян карда шудаанд, дар кистаҳо дар як қатор ҳодисаҳо кистаҳои духтарӣ – СЕ1 мавҷуд буданд. Дар 127 (37,4%) ҳодисаҳо СЕ2 – кистаҳои эхинококкии аниқ дидашавандаи даврашакл ё тухмшакли андозаашон гуногун бо мавҷудияти кистаҳои духтарӣ мавҷуд буданд.

Ҷадвали 2. - Ҷудокунии беморони ЭҶ ва аворизи онро дошта тибқи марҳилаҳои эволютсияи кистаҳои эхинококкӣ (ТУТ, 2003)

Навъҳои ташкилаҳои кистозӣ	Гурӯҳи асосӣ (n=170)	%	Гурӯҳи назоратӣ (n=170)	%
CL	14	8,2	8	4,8
CE1	44	25,9	53	31,2
CE2	58	34,1	69	40,6
CE3	41	24,1	31	18,2
CE4	10	5,9	7	4,1
CE5	3	1,8	2	1,2
Ҳамагӣ	170	100,0	170	100,0

Кистаҳои эхинококкии CE3 – марҳилаи мобайнии фаъолияти ҳаётии туфайлӣ, бутунии киста вайроншуда, ҷудошавии пардаи хитинӣ муайян карда мешавад. Намуди мазкури киста эхинококкӣ дар 72 (21,2%) нафар беморон ҷой дошт. Дар 22 (6,5%) ҳодисаҳо кистаҳои навъи CE4 ва CE5 ҳангоме ки туфайлӣ фағтида буд, ҷой дошт.

Бояд қайд намуд, ки дар баъзе мавридҳо дар беморони ЭҶ дошта, ҳангоми бистарикунонӣ касолати ҳамрадиғ ташхис карда шудаанд, ки аз ин боис зарурати коррексияи вайронии функсия, бо мақсади коҳишдиҳии ҳавфи инкишофёбии авориз дар мавриди мудохилаи ҷарроҳӣ ва баъди он, пайдо шуд.

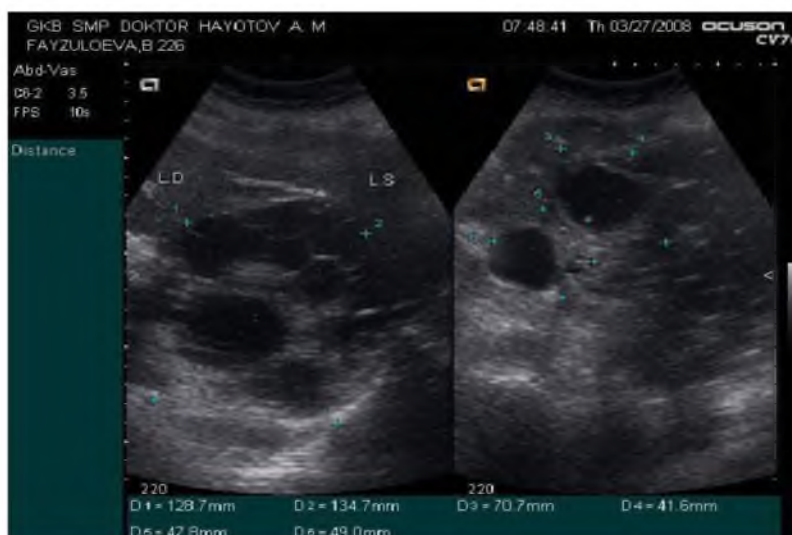
Дар 51 (15%) нафар беморон БИД бо падидаҳои гуногун ҷой дошт, дар 42 (12,4%) мавридҳо дар беморон бемории фишорбаландӣ ташхис карда шуда, дар 26 (7,6%) нафар беморон мавҷудияти бемории диабети қанди навъи II ошкор карда шуда, дар 19 (5,6%) нафар беморон бемории инсидодии (бандовари, обструктивии) музмини шушҳо ташхис карда шуда, дар 15 (4,4%) нафар беморҳои музмини меъда ва рӯдаи дувоздаҳа ва дар 8 (2,4%) нафар беморон ҷурраҳои шикамии (вентралии) баъдичарроҳӣ ташхис карда шудаанд.

Услубҳои нурии таҳқиқот

Таҳқиқоти рентгенологии комплекси ковокии қафаси сина ва шикам дар беморон, дар марҳилаҳои қабличарроҳӣ ва баъдичарроҳӣ, барои ташхиси эхинококкози пайвастаи (муштараки) ҷигар ва эхинококкози шушҳо ва аворизи баъдичарроҳӣ гузаронида шудаанд.

Услуби иттилоотнокиаш баланди ташхиси ЭҶ ва аворизи он ташхиси фавқуссадой (ТФС) мебошад, ки ҳангоми бистарикунонӣ дар тамоми 340 нафар беморон гузаронида шудаанд. ТФС комплексӣ дар мавриди ЭҶ ва аворизи он имконият дод, ки андозаҳо ва ҷойгиршавии кистаҳо, ғафсии девораҳо, хусусияти мухтавои кистозӣ, омӯхта шудани сохтори ҷигар, сатҳи экзогеннокӣ, муносибати мутақобилаи анатомии кистаҳо бо рағҳо ва найчаҳои калони дохилиҷигарӣ муайян карда шаванд ва дастрасии оптималӣ ва намуди мудохилаи ҷарроҳӣ интиҳоб карда шаванд.

Кистаи эхинококкии ҷигар девораҳои саҳт ва ғафс дорад, ки дар тамоми периметри он бо капсулаи дуконтрастӣ муайян карда мешавад, ки бо мавҷудияти пардаи фиброзӣ ва хитинӣ алоқаманд мебошад (Расми 1.).



Расми 1. - Ултрасонограмма. Кистаи эхинококкии паллаи рости чигар

Томографияи компютеиро (ТК) барои ташхиси комплекси ЭҚ ва аворизи он дар 112 (32,9%) нафар беморон гузаронида шудаанд. Бояд кайд намуд, ки ТК-ро бо мақсади ташхиси тафриқавии кистаҳои туфайлигӣ бо кистаҳои ғайритуфайлигӣ, иллатёбиҳои омосии чигар, барои муайян намудани иллатёбии аввалину сершумори чигар, ҳамчунин бо мақсади муайян намудани тактикаи минбаъдаи бурдани бемор ва интихоби усули муолиҷаи ҷарроҳӣ гузаронида шудаанд. Дар мавриди ТК аломатҳои мухталифи ЭҚ ва аворизи он ошкор карда шуданд (Расми 2.).



Расми 2. - ТК. Кистаи эхинококкии паллаи чапи чигар бо манзараи нобудшавӣ ва тағйиротҳои мувофиқи он

Бо ёрии ТК тасдиқ шудани ЭҚ ва аворизи он дар 111 (99,1%) нафар аз 112 нафар беморон кайд карда шудааст.

Дар 72 (21,2%) ҳодисаҳо услуби анҷомдиҳандаи таҳқиқот дар беморони ЭҚ ва аворизи онро дошта ТМР (томографияи магнитӣ-резонансӣ) буд. Услуби мазкури ташхис бо мақсади муайян намудани дараҷаи тағйиротҳо дар минтақаи раванди касолатӣ ва ҷалбшавандагии рағҳои калон ва найчаҳои талхагузар ба раванди касолатӣ истифода бурда шудааст.

ТМР дар ташхиси кистаҳои эхинококкии фасодкардаи чигар нақши калонро бозидааст. Ҳамин тавр, дар 45 ҳодисаҳо ҳипоинтенсивии (камифоданокии) пардаҳои фиброзӣ ва хитинии кистаи эхинококкӣ дар аксҳо дар шакли тасвири дуқабата зоҳир шудаанд, ки дар бораи туфайлигӣ будани кистаи ташхисшаванда шаҳодат медиҳад.

Истифодабарии комплексӣ ва муштараки ТФС ва ТК барои тасдиқ намудани мавҷудияти ЭЧ ва аворизи он дар ҳамаи 112 (100%) ҳодисаҳо имконият дод.

Хусусиятҳои ташхисоти лабораторӣ ва биохимиявии ЭЧ ва аворизи он

Услубҳои клиникӣ-лаборатории таҳқиқот, ки дар беморон гузаронида шудаанд, афзоишҳои нишондиҳандаҳои эозинофилҳо, лейкоцитҳо ва суръатнокшавии СТЭ дар мавриди касолати мазкур нишон дод.

Яке аз тағйиротҳои доимии касолати лейкоцитоз буд, ки дар 97 (28,5%) нафар беморони кистаи эхинококкии фасодкардаи чигар (КЭФЧ) ва кафида раҳна кардани кистаҳои эхинококкӣ ба роҳҳои талхагузар дар 78 (22,9%) нафар, ба ковокии қафаси сина дар 3 (0,9%) нафар ва ковокии шикам дар 4 (1,2%) нафар беморон ҷой дошт. Анемия дар мавриди ЭЧ ва аворизи он дар 42 (12,4%) нафар ҷой дошт, дар баробари ин эозинофилия дар 125 (36,8%) нафар беморон қайд карда шудааст. Билирубини умумии хун бештар дар байни беморони ЭЧ ва аворизи онро дошта баланд буд. Миқдори нисбатан зиёдтари билирубин дар 97 (28,5%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва назоратӣ аз боиси зардҷаи механикӣ туфайлигӣ ($174,3 \pm 45,2$ мкмол/л) мушоҳида гардидааст, зимнан фраксияи мустақими он $68,4 \pm 12,9$ мкмол/л-ро ташкил додааст.

Таваччуҳои махсусро баландшавии аниқи фаъолии АсАТ ва АлАТ дар зардоби хун хангоми мавҷуд будани ЭЧ-и аворизнок лоиқ мебошад. Дар мавриди кистаи эхинококкии фасодкардаи чигар (КЭФЧ) диспротеинемия аз ҷиҳати омӯрӣ аниқ буд, коҳишҳои миқдори албумин ва баландшавии сатҳи зардобии γ -глобулинҳо қайд карда шудааст, ҳол он ки нишондиҳандаи сафедаи умумӣ тағйир нафтааст.

Нишондиҳандаи Индекси лейкоцитарии интоксикатсия (ЛЛИ) дар гурӯҳи беморони кистаи эхинококкии фасодкардаи чигар (КЭФЧ) дошта ба ҳисоби миёна $4,3 \pm 0,06$ воҳидро ташкил дод, нишондиҳандаҳои бавлина дар беморони гурӯҳи мазкур каме баланд буданд ва ба ҳисоби миёна $7,5 \pm 0,05$ мкмол/л-ро ташкил дод, сатҳи креатинин ба ҳисоби миёна $96,4 \pm 0,04$ мкмол/л-ро ташкил дод, нишондиҳандаҳои АсАТ ва АлАТ ба ҳисоби миёна мувофиқан дар ҳудудҳои $0,75 \pm 0,01$ ммол/л ва $0,52 \pm 0,01$ ммол/л қарор доштанд.

Қор қарда баромадани ташхисоти бармаҳали фасодкунии кистаҳои эхинококкии чигар (ФКЭЧ)

Дар замони ҳозира барои ташхиси аворизи сироятӣ дар ҷарроҳии таъҷилии абдоминалӣ ба таҳқиқоти сатҳи сафедаи С-реактивӣ (ССР) ва прокалцитонин (ПКТ) дар зардоби хун аҳамияти муҳим дода мешавад. Таҳқиқоти нишондиҳандаҳои ССР ва ПКТ барои дар муҳлатҳои бармаҳал ташхисгузори намудани мавҷудияти ФКЭЧ имконият медиҳад (Ҷадвали 3.).

Чадвали 3. Динамикаи (тағйирёбии) ССР ва ПКТ дар беморони ФКЭЧ дошта (n=33)

Гурӯҳи беморон	Сатҳи ССР мг/л	Сатҳи ПКТ (нг/мл)
Меъёр	1,9±0,2	0,04±0,01
Кистаҳои эхинококкии аворизнокнашудаи чигар (n=18)	6,2 ± 0,8***	0,7 ± 0,02***
Кистаҳои эхинококкии фасодкардаи чигар (n=15)	192,7 ± 15,2***	3,5 ± 0,02***
p	<0,001	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамиятнокии омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳои беморон (аз рӯйи U-критерийи Манн-Уитни); ***p<0,001 – аҳамиятнокии омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо чунин нишондиҳандаҳо дар меъёр (аз рӯйи U-маҳакҳои Манн-Уитни).

Ҳамин тавр, миқдори ССР дар зардоби хун, дар беморони КЭФЧ 192,7 ± 15,2, аммо ПКТ бошад 3,5 ± 0,02 нг/мл-ро ташкил дод, ҳол он ки дар беморони намуди аворизнокнашудаи ЭЧ вай пасттар буда, мувофиқан 6,2 ± 0,8 мг/л ва 0,7 ± 0,02 нг/мл –ро ташкил дод. Тафсири маълумотҳои таҳқиқоти лабораторӣ, ТФС ва бозёфтҳои дохилиамалиётӣ муқоисашаванда буданд.

Дар беморони кистаҳои аворизнокшудаи эхинококкии чигар дошта таҳқиқотҳои нишондиҳандаҳои захрогинии (захролудии, интоксикатсияи) эндогенӣ гузаронида шуд (Чадвали 4).

Чадвали 4. - Баҳодиҳии вазнинии зардчаи механикии туфайлигӣ дар беморони ЭЧ дошта (n = 58)

Нишондиҳанда	Меъёр (n = 25)	Дараҷаҳои вазнинии зардча		
		Дараҷаи сабук (n = 18)	Дараҷаи миёна (n = 20)	Дараҷаи вазнин (n = 20)
Билирубини умумӣ мкмол/л	20,5 ± 0,4	79,2±3,4***	152,1±12,6***	248,4±16,7***
КД (конъюгати диенӣ), воҳидҳои нисбӣ	0,87 ± 0,04	1,42 ± 0,052***	1,79 ± 0,092***	1,86 ± 0,074***
ДАМ (диалдегиди малонӣ), мкмол/л	3,5 ± 0,4	6,21 ± 0,42***	7,23 ± 0,39***	8,15 ± 0,4***
МММ (молекулаҳои массашон миёна), воҳидҳои нисбӣ	0,24±0,02	0,28±0,02	0,41±0,03***	0,51±0,03***
ПКТ нг/мл	0,03 ± 0,02	0,7 ± 0,01***	3,5 ± 0,02***	5,6 ± 0,04***
ССР мг/л	0,3 ± 0,03	7,1 ± 0,14***	170,4 ± 18,2***	225,3 ± 9,8***

Эзоҳ: ***p<0,001 – аҳамиятнокии омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо чунин нишондиҳандаҳо дар меъёр (аз рӯйи U-критерийи Манн-Уитни).

Нишондиҳандаҳои захрогинии (захролудии, интоксикатсияи) эндогенӣ вобаста аз вазнинии беморӣ баланд мешуданд. Ҳамин тавр, дар мавриди дараҷаи вазнинии зардчаи нишондиҳандаҳои билирубин то 200 мкмол/л баланд мешуданд, КД то 1,86 ± 0,074, ДАМ то 8,15 ± 0,4 мкмол/л, МММ то 0,5 воҳидҳои нисбӣ, ПКТ то 5,6 ± 0,04 нг/мл, аммо сатҳи ССР 225,3 ± 9,8 мг/л-ро ташкил дод. Маълумотҳои бадастovarдашуда дар бораи он шаҳодат медиҳанд, ки дар инкишофи зардчаи механикии туфайлигӣ сироятёбии муҳтавии

кистаҳои эхинококкӣ бо нобудшавии (деструксия) девораҳои он ва бавучудоии носури сафрой (талхай, билиарӣ) аҳамияти муҳим дорад.

Дар асоси таҳқиқотҳои гузаронидашуда алгоритми ташхисоти ЭҶ ва аворизи он кор карда баромада шудааст, ки барои беҳтар намудани ташхисгузори беморӣ ва интиҳоб намудани тактикаи аз ҳама бештар асосноккардашудаи чарроҳӣ имконият медиҳад.

Таҳқиқотҳои биохимиявии биоптатҳои чигар дар мавриди ЭҶ ва аворизи он

Барои омӯзиши нақши депрессияи ҳепатотситҳо ва норасоии билиарӣ дар патогенези аворизи ЭҶ, таҳқиқотҳои биохимиявии биоптатҳои чигарро, ки дар вақти амалиёти чарроҳӣ ва биопсияи пунксионии чигар гирифта шудаанд, гузаронида шудаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар мавриди ЭҶ баландшавии миқдори маҳсулотҳои оксидшавии пероксидии липидҳо (ОПЛ) дар бофтаи чигар мушоҳида гардидаанд (Ҷадвали 5.).

Ҷадвали 5.-Нишондиҳандаҳои сатҳи маҳсулоти оксидшавии пероксидии липидҳо (ОПЛ) дар бофтаи чигар, дар беморони ЭҶ ва аворизи онро дошта

Нишондиҳанда	Эхинококкози аворизнокнашуда (n=20)	Эхинококкози як паллаи чигар (n=32)	Эхинококкози ҳар ду паллаҳои чигар (n=14)	Аворизи ЭҶ (n=12)	Н-критерийи Краскел-Уоллис
КД, воҳидҳои нисбӣ	0,8±0,2	0,9±0,32 p ₁ >0,05	1,78±0,42 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05	1,9±0,34 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05 p ₃ >0,05	<0,05
ДАМ, мкмол/л	2,1±0,1	2,2±0,2 p ₁ >0,05	3,3±0,3 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001	3,6±0,5 p ₁ <0,01 p ₂ <0,01 p ₃ >0,05	<0,001

Эзоҳ: p₁ – аҳамиятнокии омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо чунин нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи донорҳо;

p₂ – дар муқоиса бо чунин нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи беморони иллатёбии як паллаи чигарро дошта;

p₃ – дар муқоиса бо чунин нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи беморони иллатёбии ҳар ду паллаи чигарро дошта по сравнению с таковыми в группе больных с поражением обеих долей печени (аз рӯйи U-критерийи Манн-Уитни).

Ҳамин тавр, миқдори конъюгатҳои диенӣ (КД) – 0,9±0,32 воҳидҳои нисбӣ, диалдегиди малонӣ (ДАМ) – 2,2±0,2 мкмол-ро ташкил дод. Вайроншавиҳои нисбатан ифоданок дар паренхимаи чигар дар беморони эхинококкози ҳар ду паллаи чигар ва эхинококкози аворизнок дошта ошкор карда шудаанд. Ҳамин тавр, нишондиҳандаҳои КД дар онҳо мувофиқан – 1,78±0,42 ва 1,9±0,34 воҳидҳои нисбиро ташкил дод. Сатҳи ДАМ дар бофтаи чигар дар беморони иллатёбии эхинококкии ҳар ду паллаи чигарро дошта, ба ҳисоби миёна 3,3±0,3 мкмолро ташкил дод, дар беморони ЭҶ аворизнок дошта бошад ин нишондиҳанда 3,6±0,5 мкмолро ташкил дод.

Бо мақсади омӯзиши нақши равандҳои ОПЛ дар патогенези инкишофёбии авориз микдори маҳсулоти ОПЛ ва фаъолии қисмҳои таркибии ҳимояи антиоксидантӣ (ҲАО) дар хуни варидии канорӣ омӯхта шудан (Ҷадвали 6).

Ҷадвали 6. - Нишондиҳандаҳои маҳсулоти ОПЛ дар зардоби хуни беморони ЭҶ ва аворизи онро дошта ($M \pm m$, $Me(25-75\%)$)

Нишондиҳанда	Назорат (n=30)	Беморони ЭҶ ва аворизи онро дошта		
		Беморони ЭҶ аворизнокнашуда дошта (n=20)	Беморони ЭҶ дошта, ки бо зардҷаи механикии туфайлигӣ аворизнок шудаанд (n=20)	Беморони кистаи эхинококкии фасодкардаи чигар дошта (n=20)
Ҳидропериекисҳои липидҳо (воҳидҳои нисбӣ)	5,21±0,18 5,19 (5,07- 5,33)	5,52±0,29 6,59 (5,38-5,75)	6,84±0,36*** 6,89 (6,57-7,08)	7,36±0,39*** 7,41 (7,11-7,62)
Конъюгатҳои диенӣ (мкмол/л)	1,81±0,07 1,85 (1,82- 1,86)	5,16±0,11*** 5,14 (5,09-5,21)	2,93±0,16*** 2,90 (2,81-3,01)	2,78±0,14*** 2,73 (2,69-2,85)
Диалдегиди малонӣ (ДАМ) (мкмол/л)	2,67±0,16 2,63 (2,56- 2,76)	1,12±0,10*** 1,11 (1,06-1,17)	3,51±0,25*** 3,50 (3,34-3,63)	4,72±0,36*** 4,68 (4,45-4,49)

Эзоҳ: *** $p < 0,001$ – аҳамиятнокии омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ (аз рӯйи U-критерии Манн-Уитни).

Далели коҳишёбии микдори маҳсулоти ниҳоеи ОПЛ-ДАМ дар беморони ЭҶ беавориз дошта дар бораи мавҷудияти механизми компенсатории вусъатнокии реаксияҳои липопероксидатсияро коҳишдиҳанда шаҳодат медиҳад, ки онҳо метавонанд қисмҳои таркибии ҳимояи (муҳофизати) антиоксидантӣ бошанд.

Ҳамин тавр, натиҷаҳои таҳқиқот дар бораи он гувоҳӣ медиҳанд, ки бо инкишофёбии авориз аз равиши беаворизи ЭҶ ба равиши аворизнокшуда дар беморон афзоишёбии микдори маҳсулоти ОПЛ дар хун мушоҳида мегардад.

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар баробари баландшавии сатҳи маҳсулоти ОПЛ тағйиротҳо аз ҷониби нишондиҳандаҳои муҳофизати антиоксидантӣ (МАО) қайд карда шудаанд (Ҷадвали 7).

Дар беморони ЭҶ беавориз дошта дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ баландшавии нишондиҳандаҳои каталаза, ки аз ҷиҳати омӯрӣ аҳамиятнок аст, ба андозаи 14,9% ($p=0,045$), баландшавии нишондиҳандаҳои глутатионпероксидаза ба андозаи 28,2% ($p=0,033$) қайд карда шудааст. Ба ғайр аз ин коҳишёбии сатҳи глутатионредуктаза ба андозаи 26,0% ($p=0,035$), нишондиҳандаҳои глутатион-S-трансфераза ба андозаи 56,0% ($p=0,0074$) қайд карда шудааст. Дар беморони зардҷаи механикии туфайлигӣ дошта, дар муқоиса бо беморони ЭҶ шакли беавориз дошта коҳишёбии нишондиҳандаҳои каталаза ба андозаи 4,2% ($p=0,753$) мушоҳида гардидааст, сатҳи супероксиддисмутаза (СОД) ба андозаи 13,5 ($p=0,045$) пасттар буд, сатҳи глутатионредуктаза ба андозаи 21,0% ($p=0,039$)

пасттар буд, нишондихандаҳои глутатион-S-трансфераза бошад ба андозаи 1,3% ($p=0,927$) каме баландтар буд.

Чадвали 7. - Нишондихандаҳои фаъолии ферментҳои MAO дар беморони ЭЧ ва аворизи онро дошта ($M \pm m$, Me(25-75%))

Нишондихандаҳо	Назорат (n=20)	Шумораи беморони ЭЧ ва аворизи онро дошта		
		ЭЧ беавориз (n=20)	ЭЧ, ки бо ЗМТ аворизнок шудааст (n=20)	ЭЧ, ки бо ФКЭЧ аворизнок шудааст (n=20)
Каталаза (мкмол/мл)	42,15±2,68 41,86 (39,75-44,17)	49,53±3,74 ^x 49,26 (47,63-52,85)	40,38±3,36 ^{xx} 40,86 (38,47-42,59)	37,24±1,85 ^{xxx} 37,89 (36,27-38,1)
Супероксид-дисмутаза, (воҳидҳои бутун)	57,25±3,41 62,51 (55,20-68,39)	52,14±3,12 ^x 51,89 (50,88-53,97)	49,53±2,39 ^{xx} 50,18 (48,61-51,19)	46,72±1,85 ^{xxx} 46,22 (45,38-47,85)
Глутатион-пероксидаза (мкмол/мл)	34,83±1,21 34,17 (33,9-35,56)	48,51±1,24 ^x 48,95 (48,13-49,38)	41,72±1,40 ^{xx} 41,85 (40,95-42,13)	39,63±1,48 ^{xxx} 39,51 (38,84-40,75)
Глутатион-редуктаза (мкмол/мл)	4,12±0,23 4,12 (3,94-4,26)	3,05±0,08 ^x 3,04 (3,99-3,09)	3,49±0,15 ^{xx} 3,40 (3,89-3,56)	3,85±0,18 ^{xxx} 3,81 (3,77-3,90)
Глутатион-S-трансфераза (ммол/г, Hb)	5,13±0,36 5,21 (4,97-5,38)	2,26±0,10 ^x 2,25 (2,20-2,31)	2,86±0,14 ^{xx} 2,85 (2,79-2,91)	3,18±0,16 ^{xxx} 3,16 (3,08-3,25)
Глутатиони барқароршуда (ммол/мл)	3,56±0,24 3,54 (3,35-4,72)	2,93±0,15 ^x 2,91 (2,84-3,06)	2,97±0,09 ^{xx} 2,98 (2,95-2,99)	3,23±0,21 ^{xxx} 3,24 (3,05-3,38)

Эзоҳ: ^x – фарқиятҳои аз ҷиҳати омори аҳамиятноки байни нишондихандаҳои гурӯҳи назоратӣ ва беморони ЭЧ беавориз дошта; ^{xx} – фарқиятҳои аз ҷиҳати омори аҳамиятноки байни нишондихандаҳои гурӯҳи назоратӣ ва беморони ЗМТ дошта; ^{xxx} – фарқиятҳои аз ҷиҳати омори аҳамиятноки байни нишондихандаҳои гурӯҳи назоратӣ ва беморони ФКЭЧ дошта (аз рӯйи U-критерийи Манн-Уитни).

Дар мавриди ФКЭЧ коҳишҳои нишондихандаҳои каталаза нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ба андозаи 11,6% ($p=0,047$) ва сатҳи СОД ба андозаи 18,4% ($p=0,039$) мушоҳида гардидааст. Дар навбати худ, нишондихандаҳои глутатион-редуктаза ба андозаи 20,8% ($p=0,034$) нисбати гурӯҳи беморони ЭЧ беавориз дошта баландтар буд, сатҳи глутатион-S-трансфераза ба андозаи 29,4% ($p=0,026$), нишондихандаҳои глутатиони барқароршуда ба андозаи на 9,3% ($p=0,075$) баландтар буданд. Сатҳи глутатион-пероксидаза нисбати гурӯҳи назоратӣ ба андозаи 12,2% ($p=0,042$) баландтар буд.

Ҳамин тавр, бо боварӣ тахмин намудан мумкин аст, ки коҳишҳои нишондихандаҳои MAO ва баландшавии ғилзати маҳсулоти ОПЛ дар хун дар бораи инкишофҳои авориз дар мавриди ЭЧ шаҳодат медиҳад. Дар ин маврид дар хуни канорӣ (аторофӣ) баландшавии нишондихандаҳои КД ба андозаи 2,9 маротиба, гидропероксидҳои липидҳо ба андозаи 5,4%, ҳамчунин коҳишҳои нишондихандаи ДАМ ба андозаи 58,1%, ки дар як вақт сатҳи каталаза ба андозаи 14,9% ва глутатионпероксидаза (ГП) ба андозаи 28,2% дар муқоиса бо ҷунин нишондихандаҳо дар гурӯҳи назоратӣ баланд шудаанд.

Натиҷаҳои бадастовардашудаи таҳқиқот ба мавҷудд будани иштидоди калони системаҳои антиоксидантӣ ҳангоми ЭЧ ва аворизи он ва иштироки онҳо

дар механизми инкишофёбии раванди касолатӣ дарак медиҳанд. Натиҷаҳои таҳқиқот дар он бора шаҳодат медиҳанд, ки барои муҳофизати зидди пероксидӣ дар марҳилаҳои ибтидоии беморӣ фаъолии каталаза ва глутатионпероксидаза аҳамияти калон дорад.

Таҳқиқот имконият дод, ки як қатор хусусиятҳои хос муқаррар карда шаванд: баландшавии нишондиҳандаҳои КД дар хуни зардобӣ – дар марҳилаи ибтидоии инкишофи ЭҶ, ДАМ – ҳангоми инкишофёбии авориз, фаъолии баланди ферментативии ГП, Кат ва СОД ҳангоми саршавии бемории эхинококкоз, коҳишёбии аниқи фаъолии ин ферментҳо ҳангоми ЗМТ ва ФКЭҶ, ҳол он ки дар нишондиҳандаҳои глутатион-редуктаза бо мурури пайдошавии ин авориз манзараи баръаксӣ мушоҳида гардидааст. Маълумотҳои бадастовардашуда метавонанд дар бораи ҷалбшавии равандҳои ОПЛ-МАО (“ПОЛ-АОЗ”) ба патогенези аворизи ЭҶ шаҳодат диҳанд.

Заҳролудии (интоксикатсия) эндогении пайдошаванда дар мавриди ЭҶ ва аворизи он дар беморони ФКЭҶ ва ЗМТ дошта нисбатан ифоданоктар буданд. Чунончи, миқдори маҳсулоти ҳидрофилии эндотоксикоз дар гурӯҳҳои нишондодашуда дар муоқиса бо беморони ЭҶ беавориз баландтар буданд. Дар баробари ин миқдори МММ (молекулаҳои массаашон миёна) дар беморони ЭҶ беавориз ва шаклҳои аворизнокшуда дошта ба андозаи 13,05-20,64% ($p < 0,01$) хеле баланд буданд (Ҷадвали 8).

Ҷадвали 8.- Баъзе нишондиҳандаҳои заҳролудии эндогенӣ дар беморони ЭҶ ва аворизи онро дошта ($M \pm m$)

Нишондиҳанда	Меъёр (n=20)	ЭҶ ва аворизи он		
		ЭҶ беавориз (n=20)	ЭҶ бо ЗМТ аворизнокшуда (n=20)	ЭҶ бо ФКЭҶ аворизнокшуда (n=20)
МММ ($\lambda=280$ нм), воҳидҳои бутун	0,343 \pm 0,013	0,468 \pm 0,029*	0,631 \pm 0,088**	0,709 \pm 0,018***
МММ ($\lambda=284$ нм), воҳидҳои бутун	0,024 \pm 0,002	0,016 \pm 0,002*	0,494 \pm 0,019***	0,586 \pm 0,023***
Ғилзати (концентратсия) умумии албумин (ҒУА), г/л	53,88 \pm 0,82	48,11 \pm 1,19**	45,76 \pm 1,02***	45,78 \pm 0,94***
Ғилзати (концентратсия) самаранокӣ албумин (ҒСА), г/л	46,32 \pm 0,43	37,63 \pm 0,63***	29,71 \pm 1,01***	26,22 \pm 0,62***
Захираи пайвастшавии албумин, воҳидҳои бутун	0,860 \pm 0,017	0,782 \pm 0,018*	0,649 \pm 0,022***	0,573 \pm 0,018***
Индекси (зариби) заҳрогинӣ, воҳидҳои бутун	0,163 \pm 0,006	0,279 \pm 0,014**	0,540 \pm 0,015***	0,746 \pm 0,015***

Эзоҳ: ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ – аҳамиятнокии омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо чунин нишондиҳандаҳо дар меъёр (аз рӯи U-критерии Манн-Уитни).

Таҳқиқоти миқдори ҒУА (ғилзати (концентратсия) умумии албумин) дар мавриди таҳлили муқоисавии байни беморони шакли беавориз ва аворизнокшудаи ЭҶ фарқиятҳои муҳимро ошкор накарданд. Дар баробари ин, ҒСА (ғилзати

самараноки албумин) дар беморони ЗМТ ВА ФКЭЧ дошта мувофиқан ба андозаи 21,92 и 30,39% пасттар буд. Дарачаи нисбатан бузургтари зоҳиршавии захролудии эндогениро дар беморони ЭЧ ва аворизи онро дошта индекси захрогинӣ тасдиқ намуд. Дар ин маврид индекси захрогинӣ дар беморони ФКЭЧ дошта нисбат ба ЗМТ ба андозаи 18,40% ($p < 0,05$) баландтар буд.

Таҳқиқоти нишондиҳандаҳои сатҳи ССР ва ПКТ-и зардоби хун дар беморони шакли аворизнокшудаи ЭЧ баландшавии муҳими (қатъии) ин нишондиҳандаҳоро нишон дод. Ҳамин тавр, сатҳҳои ПКТ дар мавриди ЗМТ $3,5 \pm 0,02$ нг/л-ро ташкил дод, ССР бошад $180,7 \pm 18,3$ мг/мл, ҳол он ки дар мавриди ФКЭЧ – ин нишондиҳандаҳо мувофиқан – $5,6 \pm 0,04$ нг/мл ва $210,6 \pm 9,8$ мг/мл буданд.

Қайд намудан зарур аст, ки дар чигар нофаълосозии захробаҳои ба вучуд афтада ба амал меояд. Вобаста ба ин дар мавриди ЭЧ ва аворизи он, чӣ хеле ки маълумотҳои мо нишон медиҳанд, кумулятсияи моддаҳои захрогин, ки ба пайдошавии симптомокомплекси ҳепатодепрессия мусоидат менамояд, ба амал меояд, ки дар мавриди он тағйиротҳои функционалӣ (вазоифӣ) аз ҷониби чигар ва узвҳои ҳаётан муҳим мушоҳида мегардад.

Ҳолати хунгардиш дар чигари беморони эхинококкози чигар ва аворизи онро дошта

Таҳқиқоти комплекси гузаронидашуда нишон дод, ки бо зиёд шудани масоҳати иллатёбии паренхимаи чигар бо раванди эхинококкӣ, ба дараҷаи зиёд равандҳои талхаҳосилкунӣ ва хунгардиши чигар вайро мешавад.

Бо мақсади таҳқиқоти хунгардиш дар хунрағҳои калони минтақаи дарвозаи чигар, дар беморон таҳқиқоти доплерии нишондиҳандаҳои микдории хунгардиш (ҷараёни хун) гузаронида шудааст.

Дар мавриди омӯзиши нишондиҳандаҳои хунгардиши шараёнӣ бо шараёни чигар муқаррар карда шуд, ки бо зиёдшавии диаметри кистаҳои эхинококкӣ ва масоҳати иллатёбии паренхимаи чигар зиёдшавии диаметри рағҳои шараёнӣ, афзудани суръати хаттӣ ва ҳаҷмии хунгардиш (ҷараёни хун) қайд карда мешавад, ки дар бораи мавҷуд будани инверсияи порталӣ-шараёнӣ гувоҳӣ медиҳад. Ҳамчунин фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯри аҳамиятноки диаметри рағҳои байни беморони кистаи эхинококкӣ диаметраш то 10 см ва беморони кистаи туфайлигии андозааш аз 15 см ($p = 0,01$) бештар ошкор карда шудаанд.

Сатҳи хунгардиши ҳаҷмӣ бо шараёни чигар дар беморони кистаҳои туфайлигии диаметрашон на бештар аз 10 см 246 мл/дақиқаро ташкил дод, дар беморони андозаи кистаҳошон аз 10 то 15 см ин нишондиҳанда ба 284 мл/дақ. Баробар буд, аммо дар беморони диаметри кистаҳои эхинококкиашон бештар аз 15 см буда, сатҳи хунгардиши ҳаҷмӣ 405 мл/дақиқаро ($p < 0,05$) ташкил дод. Нишондиҳандаҳои хунгардиши ҳаҷмӣ бо рағҳои асосии системаи порталӣ имконият медиҳанд, ки хавфи инкишофёбии норасоии узвӣ пас аз гузаронидани муолиҷаи ҷарроҳӣ баҳодихӣ карда шаванд. Ҳамин тавр, нишондиҳандаҳои пасти хунгардиш бо варианти даромадгоҳии чигар (бобӣ) – 480 мл/дақ., ки дар марҳилаи бармаҳали баъдичарроҳӣ муайян карда мешавад, аз хавфи баланди инкишофёбии норасоии узвӣ дарак медиҳад. Дар мавриди нишондиҳандаҳои бузургии

хунгардишашон бо вариди даромадгоҳӣ (бобӣ) миёна (700-1120 мл/дак.) ва баланд (аз 1120 мл/дак. бештар) будан, пешомадашон (пешбиниашон, пешгуиашон) хуб мебошад.

Барои ба даст овардани хусусияти нисбатан аниқи хунгардиши чигар дар мавриди ЭҚ дар 35 мушоҳидаҳо сканиркунонии дуплексии дохилиамалиётии рағҳои чигар гузаронида шудаанд.

Дар мавриди таҳқиқоти дохилиамалиётӣ ошкор карда шудааст, ки дар баробари вайроншавии хунгардиши шараёнии чигар, ҳамчунин вайроншавии нишондиҳандаҳои хунгардиши порталӣ (бобӣ, даромадгоҳӣ) қайд карда шудаанд. Дар асоси тағйирёбии хусусияти хунгардиши шараёнӣ ва порталии чигар дар мавриди ЭҚ хусусиятҳои зерин ошкор карда шудаанд:

- Ҳангоми зиёд шудани андозаҳои кистаи туфайлигӣ бештар аз 10 см дар хунгардиши дохиличигарӣ ва даромадгоҳӣ (порталӣ, бобӣ) тағйиротҳои касолатӣ қайд карда мешаванд;
- Мавҷуд будани робитаи мустақими коррелятсионии (ҳамбастагии) байни иштидоди (шадидии) тағйиротҳои касолатӣ, хунгардиши дохиличигарӣ ва даромадгоҳӣ ва андозаҳои кистаи эхинококкӣ ва нуқсонҳои (иллатҳои, дефектҳои) паренхимаи чигар қайд карда мешаванд;

Ҳолати тарашшуҳӣ (секретсия) талха ва аҳамияти он дар инкишофёбии сироятёбӣ ва фасодкунии кистаҳои эхинококкии чигар

Бо мақсади омӯзиши хусусияти тарашшуҳӣ талха дар мавриди ЭҚ, ҳамчунин тавсифоти микробиологӣ дар мавриди ФКЭҚ вобаста аз хусусияти кистаҳои эхинококкӣ, андозаҳо ва миқдори он таҳқиқотҳо гузаронида шудаанд. Вобаста ба ин қабл аз мудохилаи ҷарроҳӣ дар 29 нафар беморони ЭҚ дошта ҳангоми гузаронидани ФГДС пистонаки калони дувоздаҳай кастаразанӣ карда шуданд, пас аз он авохири проксималии санд ба берун бароварда шуд, сипас ҳаҷми талхаи дар як шабонарӯз тарашшуҳшавандаро чен намуда, таҳқиқоти биохимиявии таркиби он гузаронида шудааст (Ҷадвали 9).

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар беморони ЭҚ дошта, хусусан бо кистаҳои калони аз 15 см калонтар, аз ҷониби таркиби миқдорӣ ва сифатии талха тағйиротҳо ба ҷониби коҳишёбӣ мушоҳида гардидаанд, ки аз инкишофёбии норасоии узвӣ дарак медиҳад, дар ин маврид ҳаҷми талхаи дар як шабонарӯз тарашшуҳшуда ба ҳисоби миёна $425,4 \pm 12,3$ мл-ро ташкил дод, миқдори атсидҳои талхай $0,2 \pm 0,8$ ммол/соатро ташкил дода, миқдори намакҳои атсидҳои талхай $0,52 \pm 1,4$ и $7,6 \pm 1,2$ г% -ро ташкил дод.

Аломати инкишофёбии норасоии узвӣ, ба ғайр аз коҳишёбии миқдори талхаи тарашшуҳшавандаи шабонарӯзӣ, тағйирёбӣ аз ҷониби дебити умумии атсиди холик (сафро) низ мебошад. Ҳамин тавр, дар беморони кистаҳои калони диаметрашон аз 15 см калонтар дошта дебити умумии атсиди холик (сафро) ба ҳисоби миёна ба $0,3 \pm 0,08$ ммол/л баробар буд, ки дар бораи мавҷуд будани норасоии узвии дарачаҳои вазнинии II-III шаҳодат медиҳад, аммо дар беморони кистаҳои на он қадар калони ҳаҷми то 15 см дошта, дебити умумии атсиди холик (сафро) ба ҳисоби миёна дар ҳудудҳои $0,6 \pm 0,2$ ммол/л қарор дошт.

Чадвали 9.- Нишондихандаҳои ҳаҷми талха ва қисмҳои таркибии (компонентҳои) он дар беморони ЭҚ дошта ($M \pm m$)

Микдор ва қисмҳои таркибии он	Иллатёбҳои эхинококкии чигар аз 10см то 15см (n = 14)		Иллатёбҳои эхинококкии чигар Бештар аз 15,0 см (n = 15)	
	Талхаи чигарӣ	Талхаи талхадонӣ	Талхаи чигарӣ	Талхаи талхадонӣ
Микдори талха дар як шабонарӯз, мл	680±18,3		425±12,3 ^{xxx}	
Об, мл	97,2±1,2	82,1±1,0	96,2±0,7 ^x	80,6±1,2
Намакҳои атсидҳои талхай, %	0,78±0,08	9,8±1,2	0,52±1,4 ^x	7,6±1,2
Холестерин, %	0,07±0,2	0,2±0,8	0,06±0,04 ^{xx}	0,2±0,3
Фосфолипидҳо, %	0,20±0,05	0,25±0,05	0,18±0,07	0,20±0,06
Билирубин, %	118,2±12,4	417,4±21,3	112,8±10,8	360±22,4

Эзоҳ: ^xp<0,05; ^{xx}p<0,01; ^{xxx}p<0,001 – фарқиятҳои аз ҷиҳати оморӣ аҳамиятноки байни гурӯҳҳои беморони ЭҚ дошта, ки андозаҳои аз 10 см то 15 см ва зиёдтар мебошанд (аз рӯйи U-критерии Манн-Уитни).

Хуллас, дар беморони ЭҚ ва инкишофёбии норасоии билиарии дараҷаҳои II-III дошта коҳишёбии микдори талхаи ихроҷшаванда ба рӯдаи борик ва камшавии микдори холестерин дар рӯда қайд карда мешавад, чунки холестерин дар маҳфуздории бутунии мембранаҳои мичгончадорӣ-эпителиалӣ иштирок менамояд, камшавии он ба вайроншавии қабати муҳофизатии сурфактант ва мембранаҳои энтероситӣ оварда мерасонад.

Таҳлили флораи бактериалии рӯда дар беморони эхинококкози фасодкардаи чигар дошта тағйиротҳои ифоданокро нишон дод. Таҳқиқот нишон дод, ки дар беморони кистаҳои калони эхинококкии диаметрашон аз 15см зиёдтар ва мавҷуд будани норасоии фаъолияти чигари дараҷаи II-III, тағйиротҳои ифоданок аз ҷониби микрофлораи рӯда қайд карда мешаванд. Чунончи, дар беморони иллатёбии эхинококкии як паллаи чигар дар равшани меъда шумораи қисмҳои микробӣ 10^2 - 10^3 КОЕ/г, аммо дар ковокии рӯдаи борик бошад ин нишондиханда 10^4 - 10^5 КОЕ/г-ро ташкил дод. Аммо дар беморони иллатёбии эхинококкии ҳар ду паллаи чигар дошта ғилзати бактерияҳо 10 - 10^5 КОЕ/г, дар ин маврид дар рӯдаи борик бошад микдори умумии бактерияҳо 10^4 - 10^6 КОЕ/г-ро ташкил дод. Дар беморони иллатёбии эхинококкии як паллаи чигар ва норасоии дараҷаи II-III фаъолияти чигар дошта микдори микоорганизмҳои стрептококкӣ дар меъда 10 - 10^5 КОЕ/г, дар ковокии рӯдаи борик - 10 - 10^6 КОЕ/г-ро ташкил дод. Шумораи умумии бактерияҳои стафилококкӣ дар меъда 10^2 - 10^3 КОЕ/г, аммо дар ковокии рӯдаи борик бошад - 10 - 10^5 КОЕ/г-ро ташкил дод.

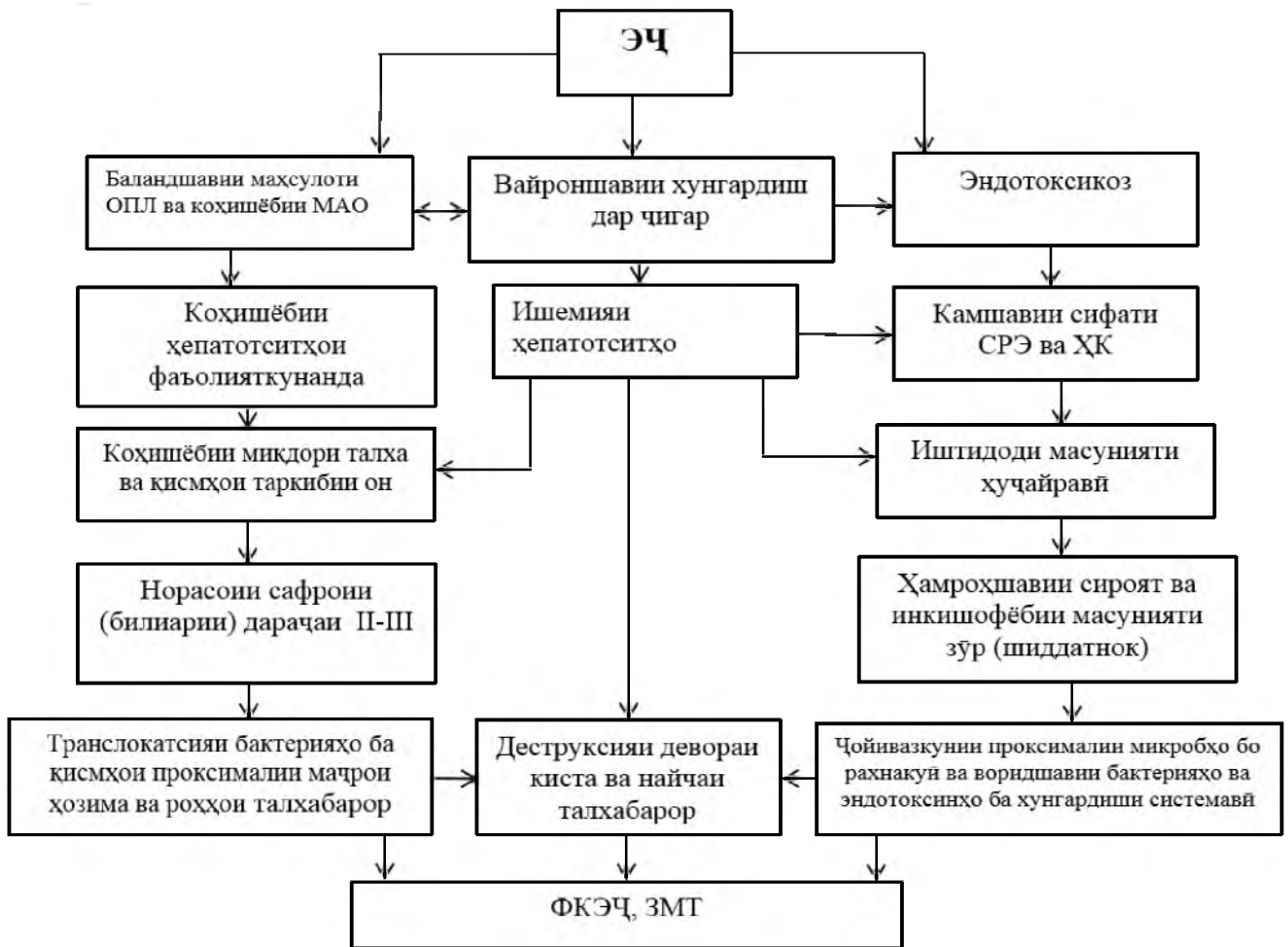
Натиҷаҳои таҳқиқоти бактериалӣ, ки дар беморони иллатёбии эхинококкии ҳар ду паллаи чигар гузаронида шудаанд, нишон доданд, ки ғилзати (концентратсия) микоорганизмҳои стрептококкӣ дар меъда 10^2 - 10^3 КОЕ/г, ҳол он ки дар рӯдаи борик ин нишондиханда 10^2 - 10^4 КОЕ/г-ро ташкил дод. Дар ин маврид шумораи умумии бактерияҳои стафилококкӣ дар равшани меъда 10^2 - 10^4 КОЕ/г, аммо дар равшани рӯдаи борик ғилзати онҳо 10^2 - 10^4 КОЕ/г-ро ташкил дод.

Ба ғайр аз ин дар таносуби бактерияҳои анаэробӣ тағйиротҳои ифоданок қайд карда шудаанд. Чунончи, дар беморони иллатёбии эхинококкии як паллаи чигар ва мавҷуд будани норасоии фаъолияти чигари дарачаи I миқдори бактерияҳои анаэробӣ дар меъда ва рӯдаи борик дар ҳудуди $10-10^2$ КОЕ/г ва 10^2-10^4 КОЕ/г тағйир ёфтаанд, аммо дар беморони иллатёбии эхинококкии ҳар ду паллаи чигар дошта ин нишондиҳандаҳо мувофиқан 10^3-10^4 КОЕ/г ва 10^6-10^7 КОЕ/г-ро ташкил додаанд. Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар беморони иллатёбии эхинококкии ҳар ду паллаи чигар, дар мавриди иллатёбии паренхимаи он ба андозаи аз 15 см зиёдтар, инкишофёбии норасоии фаъолияти чигари дарачаҳои I-II, ҳамчунин камшавии шумораи ҳепатотситҳои фаъолияткунанда мушоҳида мегардад, контаминатсияи бактерияҳо дар китъаҳои проксималии маҷрои меъдаи-рӯдаи, аз он ҷумла найчаҳои талхагузар, рағҳои лимфавии чигар ва китъаҳои рӯдаи борик мушоҳида мегарданд. Афзудани ғилзати микроорганизмҳо ва эндотоксинҳои онҳо дар заминаи тағйиротҳои касолатии рӯдаи борик ва афзудани гузаронандагии он, барои транслокатсияи онҳо ба хориҷи рӯда мусоидат менамояд.

Таҳқиқоти ҳолати микрофлораи рӯда дар 30 нафар беморони ФКЭЧ дошта камшавии миқдори талха дар рӯдаи борик, пайдошавии микроорганизмҳои касолатӣ (патологӣ) дар найчаҳои талхагузар ва паренхимаи чигар, ҳамчунин хеле зиёд шудани ғилзати бактерияҳоро дар рӯда ва найчаҳои талхагузар нишон дод, ки дар навбати худ ба инкишофёбии аворизи фасодӣ-таафғунӣ (септикӣ) пас аз гузаронидани мудохилаи ҷарроҳӣ мусоидат намуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот афзудани хеле зиёди миқдори бактерияҳои бемориофарро дар меъда ва рӯдаи борик дар беморони ФКЭЧ дошта нишон дод. Дар равзани меъда ғилзати ҷисмҳои микробӣ дар ҳудудҳои 10^4-10^5 КОЕ/г тағйир ёфта, аммо дар равзани рӯдаи борик шумораи онҳо 10^8-10^9 КОЕ/г-ро ташкил дод. Дар ин маврид дар беморони зардҷаи механикӣ дошта шумораи бактерияҳо дар равзани меъда 10^4-10^6 КОЕ/г, аммо дар равзани рӯдаи борик бошад 10^7-10^8 КОЕ/г-ро ташкил дод. Тағйиротҳои ифоданок дар таносуби микрорганизмҳои аэробӣ ва факултативӣ қайд карда шудаанд. Чунончи, шумораи умумии бактерияҳои стрептококкӣ дар меъдаи беморони ФКЭЧ дошта дар ҳудудҳои 10^4-10^6 КОЕ/г тағйир ёфта, аммо дар рӯдаи борик бошад шумораи онҳо 10^2-10^8 КОЕ/г-ро ташкил додааст. Дар ин маврид ғилзати бактерияҳои стафилококкӣ дар меъда 10^2-10^4 КОЕ/г, аммо дар равзани рӯдаи борик шумораи онҳо 10^6-10^7 КОЕ/г-ро ташкил дод.

Аз рӯи натиҷаҳои таҳқиқот аз ҷониби мо консепсияи патогенетикии инкишофёбии аворизи фасодӣ-таафғунӣ қор карда баромада шудааст, ки аз боиси норасоии билиарӣ, транслокатсияи микроорганизмҳои бемориофар аз равзани маҷрои меъдаи-рӯдаи ба роҳҳои талхарав дар мавриди ЭЧ ва инкишофёбии аворизи бо онҳо алоқаманд пайдо мешавад (Расми 3).



Расми 3. - Патогенези инкишофѐбии аворизи ЭЧ

Мувофиқи схемаи коркардабаромадашудаи патогенез, бо мурури калоншавии кистаи эхинококкӣ вайроншавии хунгардиши чигар ба амал меояд, ки механизми патогенези инкишофѐбии аворизро ба кор меандозад, аз он ҷумла коҳишѐбии воридшавии талха ба рӯдаи дувоздаҳа барои инкишофѐбии микроорганизмҳои бемориофар дар он ва минбаъда транслокатсияи онҳо ба найчаҳои талхагузар мусоидат мен амояд. Дар мавриди мавҷуд будани деструксияи девораи киста сироятѐбӣ ва фасодкунии он ба амал меояд. Ин бошад метавонад ба вайроншавии девораи киста ва рахнашавиву воридшавии мухтавии он ба роҳҳои талхагузар, бо инкишофѐбии зардҷаи механикии туфайлигӣ (ЗМТ) оварда расонад. Инкишофѐбии ФКЭЧ, ЗМТ ва холангит ба падидаҳои захролудии эндогенӣ ва норасоии фаъолияти чигар оварда мерасонад, ки ба натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ таъсири манфӣ мерасонад.

Муолиҷаи ҷарроҳии эхинококкози чигар ва аворизи он

Дар ҳамаи 340 нафар беморони гурӯҳи асосӣ ($n=170$) ва назоратӣ ($n=170$) муолиҷаи ҷарроҳӣ гузаронида шудаанд. Барои муолиҷаи ҷарроҳии самараноки беморони ЭЧ ва аворизи онро дошта ба оmodасозии комплекси аз ҷиҳати патогенетикӣ асосноккардашудаи қабличарроҳӣ аҳамияти муҳим дода шудааст.

Барои гузаронидани муолиҷаи антигипоксиявӣ ва антиоксидантӣ дар давраи қабличарроҳӣ дар 64 (37,6%) нафар беморони гурӯҳи асосии ЭЧ ва аворизи онро

дошта бо доруи Ремаксол муолича гузаронида шудаанд. Гурӯҳи назоратиро 45 нафар беморон ташкил намуданд, ки ба комплекси муоличаи қабличарроҳии онҳо Ремаксол ворид карда нашуда буд. Критерийҳои иловагии воридсозии беморон ба таҳқиқот баландшавии сатҳи АЛАТ ва АсАТ дар хун ба андозаи 1,5 маротиба ва зиёдтар аз бузургиҳои меъёрӣ ва маҳсулоти ОПЛ (КД, ДАМ) ва МАО буд. Ремаксолро дар давоми 4-6 рӯз 400 мл рӯзе 1 маротиба, бо усули д/в катаргӣ, таъйин карда шуда буд.

Натиҷаҳои муоличаи қабличарроҳии беморони ЭҶ ва аворизи онро дошта бо Ремаксол нишон дод, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ сатҳи АЛАТ ($0,78 \pm 0,10$ воҳид/л) аз меъёри физиологӣ баланд боқӣ мемонад, аммо аниқ аз сатҳи гурӯҳи муқоисавӣ пасттар буданд. Тамоюли ба ҳамин монанд барои нишондиҳандаҳои АсАТ ($0,65 \pm 0,09$ воҳид/л) низ маҳфуз монданд. Ремаксол ба дараҷаи зиёд ба коҳиш ёфтани нишондиҳандаҳои сатҳи маҳсулоти ОПЛ мусоидат намуд. Ҳамин тавр, миқдори КД пас аз муолича – $1,92 \pm 0,08$ мкмол/л, ДАМ – $2,82 \pm 1,63$ мкмол/л-ро ташкил дод, дар мавриде, ки нишондиҳандаҳои МАО - каталаза – $47,32 \pm 3,72$ мкмол/мл, ва СОД – $50,2 \pm 3,10$ воҳиди шартӣ беҳтар шуданд.

Муоличаи комплекси консервативӣ, ба дараҷаи зиёд ба коҳиш ёфтани иллатёбии (осебёбии) захрогини чигар имконият дод, ки барои иҷро намудани марҳилаи асосии амалиёти чарроҳӣ шароитҳои мусоид фароҳам овард.

Услубҳои анъанавии кушодаи муоличаи чарроҳӣ дар ҳамаи беморони гурӯҳи назоратӣ иҷро карда шудаанд (Ҷадвали 10).

Ҷадвали 10. - Шаклҳои мудохилаҳои чарроҳии анъанавӣ дар мавриди бемории ЭҶ ва аворизи он дар беморони гурӯҳи назоратӣ (n=170)

Шаклҳои мудохилаҳои чарроҳӣ	Миқдор	%
Эхинококкэктомияи анъанавии узвмаҳфуздоранда:	123	72,4
Эхинококкэктомияи пӯшида	37	21,8
Эхинококкэктомияи кушода	86	50,6
Мудохилаҳои чарроҳии комил ва шартан комил:	47	27,6
Перисистэктомияи пурра (комил)	17	10
Перисистэктомияи зеркомил	20	11,8
Резексияи чигар	10	5,8
Ҳамагӣ	170	100,0

Дар 123 (72,4%) мушоҳидаҳо эхинококкэктомияҳои анъанавии узвмаҳфуздоранда иҷро карда шудаанд, дар ин ҳол дар 37 мавридҳо – эхинококкэктомияи пӯшида, дар 86 мавридҳо бошад - эхинококкэктомияи кушода иҷро карда шудаанд. Дар бештари мавридҳо – дар 102 (82,9%) нафар беморон ба сифати дастрасии амалиёти чарроҳӣ дастрасии қачуреби зерқабурғай интиҳоб карда шудааст. Дастрасии мобайнии (миёнҷои, мутаваассити) лапаратомӣ дар у 21 (17,1%) нафар беморон мавриди истифода қарор дода шудааст. Дар вақти мудохилаи чарроҳӣ ба шароитҳои зиддитуфайлигии иҷроӣ бо истифодабарии маҳлулҳои гуногуни зиддитуфайлигӣ, ки бо мақсади коркарди (покизакунии) ковокии бақиявӣ истифода бурда мешаванд, диққати (аҳамияти) зиёд дода шудаанд. Дар мавриди ҷудокунии кистаи туфайлигӣ атрофи онро бо сачоқчаҳои докагӣ, бо мақсади маҳдудсозии он аз ковокии шикам гирдогирд печонда мешаванд. Ба сифати маҳлулҳои зиддисколексӣ асосан маҳлули 30%-и хлориди

натрий бо ниғаҳдории (экспозитсия) 10-12 -дақиқагии маҳлул, маҳлули спиртии йоди 5% бо ниғаҳдории 8-10-дақиқагии маҳлул ва глитсерини 80% бо ниғаҳдории 8-10- дақиқагии маҳлул истифода бурда шудаанд.

Покизакуни (коркард) ва маҳкам кардани ковокии бақиявии киста пас аз иҷро кардани эхинококкэктомия, бо усулҳои гуногу ба иҷро расонида шудааст. Инвагинатсияи канорҳои озоди капсулаи фиброзӣ ба равзани ковокӣ дар 41 мавридҳо ба иҷро расонида шудаанд. Капитонажи (дӯхтани девораю лабҳои) ковокии бақиявӣ бо услуби Делбе дар 15 мавридҳо ба иҷро расонида шудаанд.

Ба қисми мудохилаҳои ҷарроҳии комил ва шартан комил дар мавриди ЭҶ ва аворизи он 47 (27,6%) ҳодисаҳо рост омад. Дар ин ҳол периситстэктомияи комил (n=17) ва зеркомил дар 37 (21,7%) нафар беморон ба иҷро расонида шудаанд. Дар 10 (5,8%) мавридҳо резексияи ҷигар ба иҷро расонида шудааст. Резексияи анатомӣ дар ҳаҷми гемигепатэктомияи паллаи рости ҷигар дар 2 мавридҳо ба иҷро расонида шудааст.

Дар 32 (18,8%) нафар беморони гурӯҳи назоратӣ дар марҳилаи баъдичарроҳӣ барои гузаронидани ҳемо- ва плазмотрансфузия, ҳамчунин доругихои беҳтарсозандаи метаболизми ҷигар зарурат пайдо шуд. Аворизи баъдичарроҳӣ дар беморони гурӯҳи назоратӣ дар ҷадвали 11 оварда шудаанд.

Ҷадвали 11. – Шаклҳои аворизи баъдичарроҳӣ дар беморони гурӯҳи назоратии ЭҶ ва аворизи онро дошта

Шаклҳои авориз	Миқдор	%	Усулҳои муолиҷа
Талхашорӣ баъдичарроҳӣ аз ковокии бақиявии киста	14	8,2	Муолиҷаи консервативӣ = 8 Релапаротомия = 6
Хунравӣҳои дохилишикамии баъдичарроҳӣ	10	5,9	Муолиҷаи консервативӣ = 6 Релапаротомия = 4
Фасодкунии захми баъдичарроҳӣ	31	18,2	Муолиҷаи консервативӣ = 21
Фасодкунии ковокии бақиявӣ	12	7,1	Обиятқашонӣ = 10 Муолиҷаи консервативӣ = 7 Обиятқашонии иловагӣ = 5
Плеврити эксудативӣ	21	12,3	Пунксияи ковокии плевра (шушпарда) = 16 Муолиҷаи консервативӣ = 5
Ҳамагӣ	88	51,8	

Аворизи баъдичарроҳии аз рӯи шакл ва вазниниашон гуногун дар беморони гурӯҳи назоратӣ дар 88 (51,8%) мушоҳидаҳо қайд карда шудаанд. Дар беморони гурӯҳи назоратӣ аз ҳама бештар аворизи хусусияти фасодӣ-илтиҳобӣ дошта қайд карда шудаанд, ки дар 43 (25,2%) нафар беморон мушоҳида гардидаанд.

Талхашорӣ баъдичарроҳӣ дар 14 (8,2%) мушоҳидаҳо қайд карда шудаанд. Мувофиқи таснифоти ISGLS [273] талхашорӣ синфи А, яъне онҳое, ки мудохилаи иловагиро тақозо наменамоянд дар (2,3%) нафар беморон мушоҳида гардидаанд, аворизи синфи В, ки мудохилаи иловагиро тақозо менамоянд, аз он ҷумла обиятқашонии инвазивӣ ё берунӣ бештар аз 10 рӯз дар 2 (1,2%) нафар беморон қайд карда шудаанд ва аворизи синфи С, ки гузаронидани

релапаротомияро тақозо менамоянд дар 6 (3,5%) нафар беморон қайд карда шудаанд.

Хунравии баъдичарроҳии дохилишикамӣ дар 10 (5,8%) нафар беморон қайд карда шудаанд. Мувофиқи таснифоти хунравихоии баъдичарроҳии ISGLS [266], хунравии синфи А, яъне онҳое, ки хунгузаронии анбӯҳи эритроцитиро то 2 воҳид тақозо менамоянд дар 6 (3,5%) нафар беморон қайд карда шудаанд, хунравии синфи С, ки гузаронидани релапаротомияро тақозо менамоянд дар 4 (2,3%) нафар беморон қайд карда шудаанд.

Плеврити реактиви баъдичарроҳии дараҷаи ифоданокиаш гуногун, ки дар шабонарӯзҳои 4-5-уми марҳилаи баъдичарроҳӣ инкишоф ёфтаанд, дар 21 (12,3%) нафар беморон қайд карда шудаанд. Дар 16 мавридҳо пунксияи ковокии шушпарда (плевра) ба иҷорасонида шуда, дар 5 мавридҳо бошад муолиҷаи консервативӣ гузаронида шудааст.

Ҳамин тавр, дар беморони гурӯҳи назоратӣ, ки дар онҳо аз рӯи тактикаи чарроҳии мақбули умум амал карда шудаанд, аворизи шакл ва вазниниашон гуногун дар 88 (51,8%) мавридҳо қайд карда шудаанд ва дар 4 (2,3%) мавридҳо оқибати марговар қайд карда шудаанд.

Услубҳои миниинвазивии муолиҷаи чарроҳии эхинококкози чигар ва аворизи он

Дар асоси услубҳои комплекси таҳқиқоти гузаронидашуда, таҳлили ҷиддии маълумотҳои адабиётӣ, ҳамчунин таҷрибаи хусусӣ, дар клиника маҳакҳои объективи нишондодҳо барои интихоби услуби миниинвазивии муолиҷаи чарроҳии аз ҳама бештар аз ҷиҳати патогенетикӣ асосноккардашудаи ЭҶ ва аворизи он кор карда баромада шудаанд.

Маҳакҳои объективи кор карда баромадашуда имконият доданд, ки дар ҳар як мавриди мушаххас тактикаи тафриқавии чарроҳӣ интихоб карда шаванд, ки ба интихоби услуби муолиҷаи миниинвазивии аз ҷиҳати патогенетикӣ асосноккардашудаи ЭҶ ва аворизи он асос ёфтааст (Ҷадвали 12).

Ҷӣ тавре ки аз ҷадвали додашуда маълум аст дар 37 (21,8%) мушоҳидаҳо эхинококкэктомияи кушода, аз минидастарсиҳои гуногун ба иҷро расонида шудааст, дар 22 (12,9%) мушоҳидаҳо, дар марҳилаи яқум мудохилаҳои транспӯстӣ – трансчигарӣ бо санатсия, покизасозии ковокии киста бо доругихои сколетсидӣ ва обияткашонии ковокии бақиявӣ гузаронида шудаанд ва дар марҳилаи дуҷум бошад эхинококкэктомияи лапароскопӣ (n=15) ва эхинококкэктомияи анъанавӣ (n=7) ба иҷро расонида шудаанд.

Мудохилаҳои якмарҳилагии транспӯстӣ - трансчигарӣ пунксионӣ-обияткашонанда дар 11 (6,4%) нафар беморон ба иҷро расонида шудаанд. Эхинококкэктомияи лапароскопӣ дар 28 (16,4%) мавридҳо ба анҷом расонида шудаанд. Дар 18 (10,5%) мавридҳо эхинококкэктомияи идеалии лапароскопӣ ва дар 39 (23%) мавридҳо перисистэктомияи комил ва зеркомили лапароскопӣ ба сомон расонида шудаанд. Дар 9 (5,2%) мушоҳидаҳо дар мавриди ЗМТ дар марҳилаи яқум мудохилаҳои эндоскопии транспапиллярӣ (транспистонакӣ) (n=7)

ва холедохотомияи видеолапароскопӣ бо барканда гирифтани унсурҳои кистаи эхинококкӣ аз равзани найчаи умумии талхагузар ($n=3$) гузаронида шуда, дар марҳилаи дуҷум эхинококкэктомияи анъанавии кушода гузаронида шудаанд. Эхинококкэктомияи анъанавии кушода бо минбаъда видеоэндоскопияи ковокии бақиявӣ дар 5 (2,9%) нафар беморон гузаронида шудаанд. Дар ин ҳол носурҳои систобилиари ошкоркардашуда даламабандӣ (коагулятсия) карда шудаанд.

Ҷадвали 12. - Шаклҳои мудохилаҳои миниинвазивӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ дар мавриди бемории ЭҶ ва аворизи он ($n = 170$)

Шаклҳои мудохилаҳои миниинвазивӣ	Миқдор	%
Эхинококкэктомияи кушода аз мини –дастрасӣ (роҳкушӣ, роҳбӣ)	37	21,8
Мудохилаҳои пунксионӣ- обияткашонандаи транспӯстӣ - трансчигарӣ + ЛЭЭ	15	8,8
Мудохилаҳои пунксионӣ- обияткашонандаи транспӯстӣ - трансчигарӣ + эхинококкэктомияи кушода	7	4,1
Мудохилаҳои пунксионӣ- обияткашонандаи транспӯстӣ - трансчигарӣ	11	6,4
Эхинококкэктомияи лапароскопӣ	28	16,4
Эхинококкэктомияи идеалии лапароскопӣ	18	10,5
Перисистэктомияи комили лапароскопӣ	18	10,5
Перисистэктомияи зеркомили лапароскопӣ	21	12,3
ПСТЭ (папиллосфинктеротомияи эндоскопӣ). Барканда гирифтани транспапиллярии (транспистонакии) эндоскопии унсурҳои кистаҳои эхинококкӣ аз ОНБ (бияткашонии назобилиарӣ) + эхинококкэктомияи анъанавии кушода	7	4,1
Холедохотомияи видеолапароскопӣ бо барканда гирифтани унсурҳои эхинококкӣ, обияткашонии холедох+ эхинококкэктомияи анъанавии кушода	3	1,7
Эхинококкэктомияи анъанавии кушода + видеоэндоскопияи ковокии бақиявӣ	5	2,9
Ҷамагӣ	170	100

Ҷамин тавр, дар мавриди бемории ЭҶ ва аворизи он дар беморони гурӯҳи асосӣ қатъиян аз рӯи тактикаи ҷарроҳии тафриқавӣ бо истифодаи технологияҳои миниинвазивӣ амал карда шудаанд.

Дар мавриди гузаронидани мудохилаҳои лапароскопии ҷарроҳӣ дар беморони ЭҶ ва аворизи онро дошта муносибати классикӣ мавриди истифода қарор дода шудааст, ки аз аспиратсияи муҳтавии туфайлигӣ, покизасозии ковокии бақиявӣ ва девораҳои киста бо доругии зиддисколексӣ, бо риоя намудани шароити апаразитарӣ ва антипаразитарӣ иборат буданд.

Эхинококкэктомияи кушодаи лапароскопӣ дар 28 нафар беморон, комил ва зеркомил дар 39 нафар ва эхинококкэктомияи идеалии лапароскопӣ дар 18 нафар беморон ба иҷро расонида шудаанд (Расми 4).

Эхинококкэктомияи идеалии лапароскопӣ дар мавриди бемории ЭҶ ва аворизи он дар 18 (10,5%) нафар беморон ба иҷро расонида шудаанд.

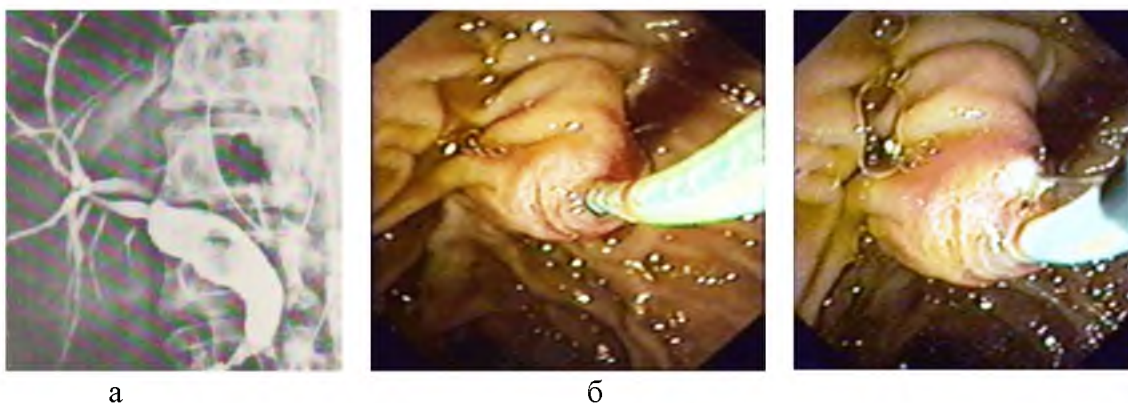
Татбикӣ амалиётҳои ҷарроҳии думарҳилагӣ бо истифодабарии технологияи миниинвазивӣ имконият дод, ки натиҷаҳои муолиҷаи кистаҳои эхинококкии аворизнокшуда беҳтар карда шаванд.



Расми 4. - ЛЭЭ. Систостомия

Дар мавриди ЭЧ, ки бо зардҷаи шадиди туфайлигӣ ва холангит аворизнок шудааст дар беморони беморҳои вазнини ҳамрадиқ дошта, дар 7 мушоҳидаҳо, пас аз гузаронидани ЭРХПГ ПСТЭ-ро бо барканда гирифтани қисмҳои кистаи эхинококкӣ (Расми 5.а.б.) ба иҷро расонида шудаанд.

Пас аз он санатсияи найчаҳои талхагузар бо доруғии сколетсидӣ гузаронида шуда, ба таври транспапиллярӣ найчаи умумии талхагузар ва ковокии бақиявӣ обияткашонӣ карда шудаанд. Қисми проксималии санди полихлорвинилӣ тавассути ковокии рӯдаи дувоздаҳа, меъда ва сурхрӯдаву бинӣ ба берун бароварда шуд, яъне обияткашонии назобилиарӣ ба иҷро расонида шудааст.



Расми 5. А.- ЭРХПГ. Дар равзани гепатикохоледохи васеъшуда ташкилаи мудаввар. Б. Эндофото. ПСТЭ бо барканда гирифтани унсурҳои кистаи эхинококкӣ

Дар давраи постманипулярӣ ба беморони ЭПСТ-ро бо НБД (ОНБ, обияткашонии назобилиарӣ) азсаргузаронида васоити доруғиро барои муолиҷаи панкреатит таъйин намуда, тавассути санди обияткашонандаи назобилиарии устуворкардашуда шустан бо маҳлулҳои антисептикҳо, антибиотикҳо дар давоми

8-9 рӯз ба сомон расонида шудаанд. Пас аз бартараф намудани ЗМТ ва холангити туфайлигӣ, ноил шудан ба нишондиҳандаҳои меъёрии сатҳи билирубин ча ферментҳои чигар мудохилаҳои чарроҳии анъанавӣ ба таври нақшавӣ ба иҷро расонида шудаанд.

Дар клиника услуби муолиҷаи миниинвазивии ЗМТ, ки бо норасоии фаъолияти чигар ва холангит, ки аз боиси иллатёбии аввалин ё фишориши ҳепатикохоledох бо эхинококк аворизнок шудааст (**шаҳодатномаи ихтироъкории №3669/R720 аз 15.09.2019с., ки аз ҷониби ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино дода шудааст**) кор карда баромада шудааст. Мувофиқи услуби кор карда баромадшуда дар беморон хоledохостомияи транспустӣ трансчигарӣ бо обияткашонии найчаҳои васеъшудаи дохиличигарии талхагузар ба иҷро расонида мешавад (Расми 6).



Расми 6. - Хоledохостомияи транспустӣ трансчигарӣ дар мавриди зардпарвини механикии паразитӣ.

Дар мархилаи якум декомпрессияи берунии маҷрои талхагузар (билиарӣ) бо ёрии хоledохостомияи транспустӣ трансчигарӣ зери назорати фавқуссадо, бо услуби «Дасти озод» амалӣ гардонидани мешавад. Ба таври стандартӣ истифодабарии дастрасии паҳлуиро дар сатҳи (рости) фазои байни қабурғаи VII ё VIII, дар байни хатҳои аксиларии мобайнӣ ва пеш (қидомӣ), вобаста аз қаду қомат (бунӣ, андом) ва тағзияи бемор қайд карда шудаанд. Дар мавриди ТФС найчаи васеъшудаи талхагузар дарёфт карда шудааст, ки барои обияткашонӣ оптималӣ мебошад. Пас аз бедардқунонии чузъӣ бо маҳлули новокаин (0,5%) пӯстро дар ҷойи қайд кардашуда бо нӯги теғи чарроҳӣ чок карда мешавад. Сипас дар чуқурии нафасбарорӣ, зери назорати ТФС бо сӯзани диаметраш 17-18G ва дарозииаш 20см. пунксия иҷро карда мешавад. Тавассути равзани сӯзан ба найчаи талхагузар (билиарӣ) мувассилӣ (воситаи гузаронандаи рентгеноконтрастӣ бо авохирӣ J-шакл мувофиқи диаметри сӯзан ворид карда мешавад. Сипас андаруни сӯзан ва мувассил то сатҳи инсидод (обструксия, тангшавӣ) қастараи диаметраш 7-9 Fr бударо мегузаронанд, пас аз ин мувассилро бароварда, аспиратсияи миқдори максималии имконпазири талхаро амалӣ мегардонанд. Холангиографияи антеградиро мегузаронанд, сатҳ ва дарозии ҷойи тангшавиро ошкор менамоянд. Бо мувассил пас аз баркандани гирифтани қастараи раҳнамо обияткашонии

мультиперфоратсиониро бо авохири устуворкунандаи (фиксатсиякунандаи) pig tail – ро то 12мм мегузоранд.

Пас аз ба эътидол омадани ҳипербилирубинемия ва нишондиҳандаҳои вазоифии озмоишҳои чигарӣ, ба таври нақшавӣ мудохилаҳои ҷарроҳӣ ба иҷро расонида шудаанд.

Дар дараҷаи баланди ЗМТ, норасоии фаъолияти чигар ва холангити туфайлигӣ, ба иҷро расонидани мудохилаҳои анъанавии ҷарроҳӣ ниҳоят хавфноканд ва аз рӯи коида онро марговарии баланди баъдичарроҳӣ ҳамроҳӣ менамояд. Дар клиника методикаи (услуби) муштараки (омехтаи) муолиҷаи миниинвазивии кистаҳои эхинококкӣ, ки бо фасодкунӣ, рахнашавӣ ва ҷоришавӣ ба роҳҳои талхагузар, бо инкишофёбии ЗМТ ва холангити туфайлигӣ аворизнок шудаанд, кор карда баромад шудааст (**пешниҳоди ихтироъкории №3669/R720, аз 15.09.2019с.**).

Верификатсияи (аниқу тасдиқ намудани) ФКЭҚ-ро аз рӯи методикаи дар клиника кор карда баромадашуда, ки ба муайян намудани сафедаи фазаи шадиди илтиҳоб прокалситонин дар зардоби хун асос ёфтааст, амалӣ гардонида шудаанд (**Патенти ҚТ №1069, аз 14.03.2020с.**). Дар мавриди инкишофёбии ФКЭҚ сатҳи прокалситонин ба 3,5 нг/мл мерасад. Ин асос мешавад, ки мудохилаҳои муштараки ҷарроҳӣ дар мавриди ФКЭҚ ва ЗМТ, ки бо холангити туфайлигӣ аворизнок шудааст, ба таври фаврӣ (таъҷилӣ, таъхирнопазир, ургентӣ) ба иҷро расонида шаванд.

Мувофиқи методикаи кор карда баромадашуда пешакӣ барои муайян намудани сатҳи обструксияи туфайлиги найчаҳои талхагузар, ҷойгиршавии аввалини сарчашма (киста) дар чигар, андозаҳои он ТФС гузаронида шудаанд. Гафсии капсулаи фиброзӣ, дараҷаи оҳаксорӣ он баҳо дода шудаанд. Интиҳоби обияткашонии омехтаи транспӯстӣ – трансчигарии кистаҳои эхинококкиро дар асоси маҳакҳои зерин амалӣ гардонида шудаанд:

- Бартарӣ доштани захролудии эндогенӣ ва ҳипербилирубинемия бо падидаҳои норасоии фаъолияти чигар;
- Сатҳи обструксияи найчаҳои талхагузар (дохиличигарӣ, проксималӣ, дисталӣ);
- Андозаҳо ва ҷойгиршавии кистаҳои эхинококкии чигар;
- Ифоданокии аломатҳои ҳипертензияи билиарӣ (васеъшавии найчаҳои дохиличигарии талхагузар);
- Ҳолати умумии беморон мувофиқи таснифоти ASA 3,4;

Ҳамаи ин хусусиятҳоро ба ҳисоб гирифта, дар марҳилаи якум барои коҳиш додани партоиши бефосилаи (беисти) муҳтавии киста ба найчаҳои асосии (магистралии) талхагузар ва авҷгирии зардҷаи механикии паразитӣ обияткашонии транспӯстӣ – трансчигарии кистаҳои эхинококкӣ ба иҷро расонида шудаанд. Дар марҳилаи дуюм ПСТЭ ба иҷро расонида шудааст.

Мавҷудияти ҳипербилирубинемия баландтар аз 100 ммол/л, норасоии фаъолияти чигар, холангити фасодӣ, ҳамчунин инсидоди (блоки) дисталӣ асос

шуд, ки мудохилаи чарроҳӣ аз мудохилаи эндоскопиии транспапиллярӣ оғоз карда шавад (Расми 7).

Минбаъд муҳтавии киста тавассути вакуум-хубкашак кашида гирифта шуд, ки дарҳол барои паст намудани фишор ва иштидод дар ковокии киста ва камшавии ковокӣ имконият дод. Ҳасоди гирифташуда ё муҳтавии киста барои таҳқиқоти бактериолоҷӣ равон карда шудааст. Пас аз ба пӯст бо лигатураҳо устувор намудани қастраи гузошташуда, бозгаштҷараёни ғайрифатоли муҳтавии киста ба контейнери ҳерметикии пластикӣ таъмин карда шудааст. Минбаъд покисасозии зиддифайлигии ковокии бақиявӣ бо маҳлули глитсерини 80% ва спирти 90° амалӣ гардонида шудааст. Барои назорати пуррагии барканда гирифтани боқимондаҳои туфайлӣ ва ошкор намудани носурҳои талхай, ТФС ва видеолапароскопияи ковокии бақиявӣ гузаронида шудаанд.



Расми 7. - ТФС. Обияткашонии транспӯстӣ – трансцигарии кистаҳои эхинококкӣ

Дар рафти иҷро намудани обияткашонии транспӯстӣ – трансцигарии кистаҳои эхинококкӣ (ОТКЭ) масъалаҳои муҳими зерин ҳаллу фасл карда шудаанд:

- Верификатсияи (аниқу тасдиқ намудани) ташҳиси ФКЭЦ ҳамчун сабабгори ЗМТ;
- Пешгирӣ намудани пахнхӯрӣ (пошхӯрӣ) ба ковокии шикам, инкишофёбии перитонит ва воқуниши алергикӣ;
- Коҳиш додани сатҳи эндотоксемия;
- Покисасозии зиддифайлигии боэътимод ва бехатарии ковокии КЭ;
- Коҳиш додани афтодани қисмҳои (порчаҳои) КЭ ё унсурҳои он ба найчаҳои асосии (магистрالي) талхагузар;
- Омодасозӣ ба чарроҳии комил;

Дар марҳилаи оянда барои бартараф намудани ЗМТ ва падидаҳои холангити туфайлигӣ дуоденоскопияро бо ПСТЭ ва экстраксияи унсурҳои КЭ ва пардаи хитинӣ бо минбаъда обияткашонии назобилиарӣ (ОНБ) ба иҷро расонида шудааст. Дар марҳилаи баъдичарроҳӣ ҳар ду обияткашон (дренаж) – ОНБ ва обияткашони ковокии КЭ бо маҳлулҳои антисептикӣ, антибиотикҳо ва васоити

зиддитуфайлигӣ шуста мешуданд. Пастшавии сатҳи эндотоксемия, хипербилирубинемия, ҳамчунин ба эътидол омадани нишондиҳандаҳои вазоифии чигар дар муддати 10-12 рӯз барои гирифтани обияткашон (дренаж) аз найчаи умумии талхагузар ва иҷро намудани амалиёти ҷарроҳии комил дар шароитҳои барои бемор мусоид асос шуданд.

Дар 3 мушоҳидаҳо дар маридаи ЗМТ, ки бо холангити туфайлигӣ аворизнок шудаанд, дар беморони гурӯҳи хатар мувофиқи ASA P3-P4 дар марҳилаи якум холедохотомияи видеолапароскопӣ бо барканда гирифтани унсурҳои КЭ, санатсияи ковокии киста ва найчаи умумии талхагузар бо маҳлули сколетсидӣ гузаронида шудаанд. Обияткашонии найчаи умумии талхагузар бо роҳи воридсозии обияткашон (дренаж) тавассути носури систобилиарӣ ба ковокии КЭ ба иҷро расонида шудааст ва муолиҷаи тамосии (контактии) зиддитуфайлигӣ гузаронида шудааст.

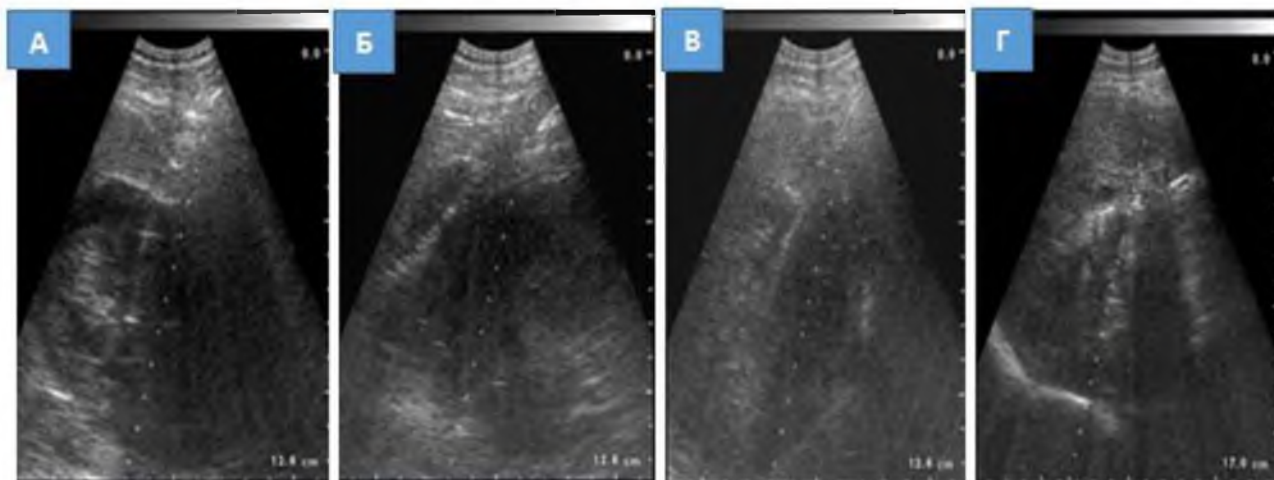
Мудоҳилаҳои пунксионӣ-обияткашонандаи эҳоназоратшаванда дар мавриди бемории эхинококкози чигар ва аворизи он

Мудоҳилаҳои транспӯстӣ – трансчигарии пунксионӣ-обияткашонанда дар 33 (19,4%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ба иҷро расонида шудаанд. Дар ин ҳол дар 12 (41,3%) мушоҳидаҳо ФКЭЧ ҷой дошт.

Мудоҳилаи пунксионии транспӯстӣ дар зери назорати бевоситаи ТФС ба таври зерин ба иҷро расонида шудааст. Дар вақти гузаронидани ТФС ҷойгиршавии ташкилаи кистозӣ баҳодихӣ карда шуда, диаметри он муайян карда шудааст. Ҳамчунин ғафсии капсулаи фиброзӣ, мавҷудияти падидаҳои оҳаксоршавӣ муайян карда мешуд. Барои муайян намудани нуқтаи иҷрои пунксия аксунонии (проексиякунонии) КЭ-ро дар девораи шикам иҷро карда мешуд. Дар мавриди муайян намудани маҳруки (траекторияи) камтарини роҳи канали пунксионии пешбинишуда, имконпазирии гузаронидани олоти барои протокура истифодашаванда аз миёни қабати паренхимаи чигар, ки ташкилаи кистозиро мепӯшонад, ба таври имконпазирии максималӣ унсурҳои найчагии калонро як тараф гузошта (нарасида), ба синуси тарафи рости шушпарда низ нарасидан ба ҳисоб гирифта мешуданд. Як рӯз қабл аз гузаронидани мудоҳилаи ҷарроҳӣ, ба бемор ҷанбаҳои асосии дастамали мазкур ва зарурати иҷро намудани тамоми тавсияҳои табиб фаҳмонда мешуд. Ним соат пеш аз амалиёти ҷарроҳӣ дар бемор пешдармон (премедикатсия) гузаронида мешуд. Пунксия дар шароити тамъизӣ гузаронида мешуд. Мавқеи бемор дар мизи ҷарроҳӣ одатан ба тахтапушт ё ба паҳлу хобида буд, ки бо ҷойгиршавии мавзеи иллатёфта вобастагӣ дошт. Пунксия дар зери беҳискунонии ҷузъӣ гузаронида мешуд.

Пунксияи транспӯстии КЭФЦ бо усулҳои якмарҳилагӣ ва думарҳилагӣ гузаронида шудааст. Дар мавриди гузаронидани ҳар ду усулҳо, дар ибтидо пунксия бо ёрии сӯзани Chiba бо диаметри 20-22 Сг гузаронида мешуд ё бевосита ба киста ба таври пунксионӣ дафъатан қастара бо авохири «pigtail» (Huisman, «Putopix», DLAW) ё қастараи мустақим и «Argyle» бо диаметри 6-9 Сг ворид карда мешуд, ки аз диаметри ташкилаи туфайлигӣ ва рафти канали пунксионии

пешбинишуда вобастагӣ дошт. Марҳилаи минбаъда берунории муҳтавии киста бо ёрии вакуум-хубкашак буд, ки барои зуд пуч (чамъ) шудани девораҳои ташкилаи кистозӣ мусоидат менамуд (Расми 8).



Расми 8. - PAIR. Марҳилаҳои обияткашонии кистаи эхинококкозии фассадгирфтаи (КЭФЧ) дар зери назорати ТФС: А – гузаронидани найчаи обияткашонӣ; Б – найчаи обияткашонӣ дар ковокии КЭФЧ; В – коҳишёбии андозаҳои КЭФЧ дар раванди аспиратсия; Г – ковокии тарқишмонанди киста пас аз аспиратсия.

Муҳтавии фасодии дар мавриди дастамал (манипулятсия) бадастовардашуда барои таҳқиқоти бактериолоҷӣ ва морфологӣ равон карда мешуд. Қисми берунии кастари устуворкардашуда ба пӯст дӯхта шуда, сипас ба контейнери херметикии пластикӣ ҷойгир карда мешуд, ва ҳамин тариқ бозгаштҷараёни ғайрифасоли муҳтавии кистозиро таъмин менамуд (Расми 9.).



Расми 9. - Дренаж (обияткаш) дар ковокии КЭФЧ

Дар марҳилаи хотимавӣ покизасозии зиддисколексии ковокии бакијавиро бо роҳи воридсозии глитсерини 80% ба он гузаронида шудааст. Бо мақсади таҳлили

тахлияи (эвакуатсия) пурраи хамаи кисмҳои туфайлӣ ва муайян намудани мавҷудияти имконпазири фистулаҳои талхай, таҳқиқоти фавкуссодӣ ва видеоскопии ковокии бақиявӣ гузаронида шудаанд. Таркиби микробии моеи бадастовардашуда омӯхта шудааст.

Мувофиқи натиҷаи таҳқиқоти таркиби (ҳайати) микробӣ дар хамаи 12 мавридҳо сабзиши флораи бактериялӣ ошкор карда шудаанд. Дар ин маврид бояд қайд намуд, ки дар 8 (66,7%) ҳодисаҳо микроорганизмҳои грамманфӣ ошкор карда шуда, дар 4 (33,3%) ҳодисаҳо микроорганизмҳои граммусбат ошкор карда шудаанд.

Пас аз муайян намудани таркиби (ҳайати) микроорганизмҳо таҳқиқоти ҳассосияти микроорганизмҳо нисбати доругҳои антибактериялӣ муқарра карда шудаанд.

Дар натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашудаи муҳтавии фасодии КЭ нисбати ҳассосият ба антибиотикҳо, ҳассосияти баланди флораи грамманфӣ ва граммусбат ба сефтриаксон, сипрофлоксатсин ва сефтриабол муқаррар карда шудааст.

Ҷанбаҳои асосӣ (умда) дар мавриди гузаронидани эхинококкэктомияи транспустӣ инҳо буданд:

- Ташҳиси аниқи эхинококкози фасодкардаи чигар;
- Пешгирии афтодани сколексҳо ба фазои шикам (абдоминалӣ) ва пайдошавии перитонит, ё инкишофёбии воқуниши (реаксия) аллергиякӣ;
- Коҳишдиҳии дараҷаи эндотоксемия;
- Имконияти гузаронидани покизасозии зиддисколексии ковокии кистозӣ дар шароитҳои нисбатан беҳатар;
- Эвакуатсияи (тахлияи) кистаҳои туфайлигии мавтшуда ва унсурҳои онҳо;
- Нест намудани (барҳадиҳии) ковокии бақиявӣ;
- Омодасозӣ ба гузаронидани мудохилаи ҷарроҳии комил.

Чӣ тавре ки дар боло зикр карда шудааст, пас аз гузаронидани мудохилаҳои транспустӣ-пунксионӣ дар беморони КЭФҶ, зери назорати бевоситаи ТФС, беҳтаршавии намоёни ҳолати умумии беморон мушоҳида гардид, ки сабабш коҳишёбии шиддатнокии эндотоксемия буд.

Истифодабарии пунксияи транспустӣ, ки дар зери назорати бевоситаи ТФС гузаронида шудааст, имконият дод, ки дар 11 нафар беморон беморӣ пурра муолиҷа шавад, аммо дар 22 нафар беморон бошад минбаъд пас аз беҳтаршавии ҳолати умумӣ амалиётҳои ҷарроҳии комил гузаронида шаванд.

Аворизи баъдичарроҳӣ 4 маврид бо 1 оқибати марговар мушоҳида гардидаанд. Сабаби оқибати марговар мавҷудияти бемории ҳамрадиф - БИД ва дар бемор инкишофёбии сактаи шадиди дил, ки бо ин беморӣ алоқаманд буд, мебошад.

Марҳилаи дуҷуми амалиёти ҷарроҳиро дар беморони ЭҶ ва аворизи онро доштаи пас аз мудохилаҳои пунксионӣ-обияткашонандаи эхоназоратшаванда, дар муҳлатҳои 15-20 рӯз пас аз ҷарроҳии якум дар 22 нафар беморон гузаронида шудаанд.

Дар 6 мушохидаҳо даври дуҷуми амалиётҳои ҷарроҳӣ дар беморон эхинококкэктомияи кушода, дар 16 (48,4%) мавридҳо бошад мудохилаҳои ҷарроҳии комил ва шартан комил гузаронида шудаанд, ки онҳоро дар 6 мавридҳо аворизи мудохилаҳои такрорӣ ҷарроҳиро тақозонакунанда ҳамроҳӣ менамуданд. Оқибатҳои марговар ба қайд гирифта нашудаанд.

Сабабҳои аворизи баъдичарроҳиро дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ таҳлил намуда истода, мо ба хулосае омадем, ки омилҳои асосии инкишофёбии авориз пас аз мудохилаҳои ҷарроҳӣ омилҳои зерин буданд:

- Ҳаҷми бузурги мудохилаи ҷарроҳӣ;
- Покизасозии пастсифати ковокии бақиявӣ;
- Маҳкамкунии ғайриқаноатбахши ковокӣ;
- Обияткаши суст коркунанда бо бозгаштҷараёни бади мухтавӣ аз ковокӣ;
- Мавҷуд будани роҳҳои (маҷроъҳои) барҳамдоданашудаи алоқадоршта дар қабатҳои ковокии бақиявӣ;
- Нопурра барканда гирифтани бофтаҳои оҳаксоришуда дар девораи кистозӣ, ки дар мавриди барҳавдихии (несткунии) ковокии бақиявӣ мушкилиҳо эҷод намудаанд;
- Бармаҳал гирифтани найчаи обияткаш аз канал.

Ба ғайр аз ин сабаби натиҷаҳои ғайриқаноатбахши эхинококкэктомия, сари вақт ташхисгузори карда нашудани беморӣ ва мавҷуд будани аворизи тоҷарроҳӣ мебошад.

Натиҷаҳои бевоситаи муолиҷаи ҷарроҳии бемории эхинококкози ҷигар ва аворизи он

Яке аз нишондиҳандаҳои асосие, ки ба оқибатҳои мудохилаҳои ҷарроҳӣ таъҷир мерасонанд, ҳаҷми талафоти хун дар вақти амалиёти ҷарроҳӣ буд. Натиҷаҳои муқоисаи ҳаҷми талафоти дохилиҷарроҳии хун нишон дод, ки мудохилаҳои ҷарроҳӣ бо истифодабарии технологияҳои миниинвазивӣ имконият доданд, ки ҳаҷми талафоти дохилиҷарроҳии хун то 50% коҳиш дода шавад (Ҷадвали 13.).

Ҷадвали 13. – Нишондиҳандаҳои муқоисавии ҳаҷми талафоти дохилиҷарроҳии хун дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ

Гурӯҳи назоратӣ	Ҳаҷми талафоти хун мл	Гурӯҳи асосӣ	Ҳаҷми талафоти хун, мл	p
Перисистэктомияи комил	550,6±65,1	Перисистэктомияи лапароскопии комил	260,8±23,6	<0,001
Перисистэктомияи зеркомил	510,4±35,2	Перисистэктомияи лапароскопии зеркомил	210,6±19,1	<0,001
Резексияи ҷигар	650±85,6	Эхинококкэктомияи лапароскопии идеалӣ	210,4±35,7	<0,001

Дар марҳилаи баъдичарроҳӣ аворизи баъдичарроҳии аз рӯи шакл ва вазнинӣ гуногун қайд карда шудаанд, ки дар як қатор мавридҳо барои таслеҳи (коррекция) онҳо мудохилаҳои ҷарроҳии такрорӣ тақозо карда мешуданд (Ҷадвали 14).

Ҷадвали 14. - Натиҷаҳои бевоситаи (мустиками) муолиҷаи ҷарроҳии бемории эхинококкози ҷигар ва аворизи он дар беморони гурӯҳҳои назоратӣ ва асосӣ

Шакли авориз	Авориз пас аз мудоҳилаҳои ҷарроҳии анъанавии кушода (n=170)			Авориз пас аз мудоҳилаҳои ҷарроҳии миниинвазивӣ (n=170)		
	Шумораи авориз Мутлак (%)	Муолиҷаи гузаронидашуда	Оқибати марганҷомӣ	Шумораи авориз Мутлак (%)	Муолиҷаи гузаронидашуда	Оқибати марганҷомӣ
Талхашорӣ аз ковокии бақиявии киста	14 (8,2%)	Муолиҷаи консервативӣ - 10 Релапаротомия – 4	-	8 (4,7%) p>0,05	Муолиҷаи консервативӣ - 7 ПСТЭ - 1	-
Фасодкунии захми баъдичарроҳӣ	31 (18,2)	Муолиҷаи консервативии ҷузъӣ - 21 Обияткашонии такрорӣ (редренажикунонӣ) – 10	-	5 (2,9%) p<0,001	Муолиҷаи консервативии ҷузъӣ - 5	-
Фасодкунии ковокии баиявӣ	12 (7,1%)	Муолиҷаи консервативӣ - 7 Обияткашонии такрорӣ (редренажикунонӣ) – 5 (2)	2 (1,2%)	2 (1,2%) p<0,01	Муолиҷаи консервативӣ - 2	-
Хунравиҳои баъдичарроҳии дохилишикамӣ	10 (5,9%)	Муолиҷаи консервативӣ - 6 Релапаротомия – 4 (2)	2 (1,2%)	2 (1,2%) p<0,05	Муолиҷаи консервативӣ - 2	-
Плеврити экссудативӣ	21 (12,3%)	Пунксияи ковокии шушпарда (плевра) – 16 Муолиҷаи консервативӣ - 5	-	11 (6,4%) p<0,05	Пунксияи ковокии шушпарда (плевра) - 5 Муолиҷаи консервативӣ - 6	1 (0,6%)
Ҷамъшавии моеотӣ дар минтақаи ҷарроҳӣ	-	-	-	2 (1,2%)	Пунксияи зерин назорати ТФС - 2	-
Ҷамағӣ	88 (51,8%)	-	4 (2,3%)	30 (17,6%) p>0,05	-	1 (0,6%) p>0,05

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати омӯри аҳамиятноки нишондиҳандаҳо дар муоқиса бо чунин нишондиҳандаҳои беморони гурӯҳи назоратӣ (мувофиқи маҳакҳои аниқи Фишер)

Чӣ тавре ки аз чадвали пешниҳодшуда бармеояд, пас аз иҷрои мувофиқаҳои анъанавии ҷарроҳӣ дар беморони гурӯҳи назоратӣ ($n = 170$) аворизи баъдичарроҳии пайдоишашон гуногун дар 88 (51,8%) нафар беморон қайд карда шудаанд. Дар ин ҳол барои таслеҳи аворизи пайдошуда дар 8 (4,7%) мавридҳо реллапаротомия зарур шуморида шудааст. Оқибати марганҷомӣ дар 4 (2,3%) нафар беморон қайд карда шудааст, ки сабаби инҳо буданд: перитонити баъдичарроҳӣ бо норасоии бисёрузвӣ (полиоргани) ($n=2$) ва норасоии шадидаи ҷигар-гурдаи ($n=2$).

Дар беморони гурӯҳи асосӣ аворизи баъдичарроҳӣ дар 30 (17,6%) мавридҳо қайд карда шудаанд. Барои таслеҳи аворизи инкишофёфтаи мувофиқаҳои тақрорӣ ҷарроҳӣ зарур набуданд. Танҳо дар 1 (0,6%) маврид оқибати марганҷомӣ қайд карда шудааст. Сабаби оқибати марганҷомӣ сақтаи шадидаи миокард буд. Баҳодиҳии муқоисавии аворизи баъдичарроҳӣ дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ, мувофиқи таснифоти Clavien-Dindo дар чадвали 15 оварда шудаанд.

Чадвали 15. - Баҳодиҳии муқоисавии аворизи баъдичарроҳӣ дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ, мувофиқи таснифоти Clavien-Dindo

Синф	Гурӯҳи асосӣ ($n=130$)		Гурӯҳи назоратӣ ($n=170$)		p
	Мутлақ	Нисбӣ %	Мутлақ	Нисбӣ %	
I	22	12,9	26	15,2	$>0,05$
II	-	-	36	21,1	
IIIА	7	4,1	14	8,2	$>0,05^*$
IIIВ	-	-	8	4,7	
IVА	1	0,5	-	-	
IVВ	-	-	4	2,3	
V	1	0,5	4	2,3	$>0,05^{**}$
Ҳамагӣ	30	17,6	88	51,8	$<0,001$

Эзоҳ: p – аҳамиятнокии статистикуи фарқият байни гурӯҳҳо (мувофиқи маҳакҳои χ^2 , * бо ислоҳоти Йетс, ** ва маҳакҳои амиқи Фишер)

Ҳамин тавр, истифодабарии технологияҳои миниинвазивӣ дар муолиҷаи ҷарроҳии ЭҶ ва аворизи он имконият дод, ки фисади аворизи баъдичарроҳӣ ва марганҷомӣ (фавтият) коҳиш дода шавад. Натиҷаҳои дур ҳамчунин аз интиҳоби ҳаҷми мувофиқаҳои ҷарроҳӣ вобаста буданд. Барои коҳишдиҳии фисади тақрорёбиҳои (ретсидивҳои) беморӣ ба муолиҷаи кимиёии баъдичарроҳӣ, бо истифодабарии албендазол аҳамияти муҳим дода шудаанд.

Химиотерапияи эхинококкози ҷигар

Яке аз ҷанбаҳои асосии профилактикаи инкишофёбии бемории тақрорӣ (ретсидивӣ) пас аз гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ, истифодабарии муолиҷаи кимиёии зиддиретсидивӣ мебошад.

Дар таҳқиқотҳои мо ба беморони гурӯҳи назоратӣ ($n=82$) албендазол таъйин карда шуда буд. Курси муолиҷа бо албендазол танҳо пас аз чарроҳӣ дар муддати 1 моҳ таъйин карда шуда буд (1 курси муолиҷаи зиддиретсидивӣ). Ба беморони гурӯҳи асосӣ ($n=120$) муолиҷаи кимиёӣ бо албендазол то иҷро намудани мудохилаи нақшаи чарроҳӣ дар муддати 2-4 ҳафта ва пас аз чарроҳӣ дар муддати 2 моҳ таъйин карда шуда буданд.

Воякунонии таъйиншавандаи албендазолро аз рӯи схемаи муқарраркардашудаинтихоб карда шуданд: дар мавриди вазни бемор аз 60 кг бештар будан вояи шабонарӯзии дору 800 мг – ро ташкил дод - 400 мг рӯзе 2 маротиба, дар беморони вазнашон то 60кг буда доруи мазкур аз рӯи ҳисоби 15 мг/кг вазни бадан дар 2 қисми баробар дар 1 шабонарӯз 2 маротиба таъйин карда шуда буданд.

Бо мақсади пешгирии инкишофёбии таъсири нохуш пас аз истеъмоли албендазол ба беморони гурӯҳи асосӣ, дар мавриди таъйин намудани муолиҷаи кимиётарепаевтӣ дар марҳилаи тоҷарроҳӣ ба муолиҷа доруҳои гептрал 400мг ва реамберин 400мл д/в дар давоми 10 рӯз илова карда шуда буданд. Чунин схема дар 96 (56,4%) нафар беморони ЭҶ ва аворизи онро дошта истифода бурда шуда буданд. Ҳамроҳ намудани ин доругиҳо ба схемаи умумии муолиҷаи кимиёии ЭҶ имконият дод, ки касрати аломатҳои диспепстикӣ, зардии пӯст, ҳамчунин сатҳи трансаминазҳои хун коҳиш дода шаванд. Истифодабарии муолиҷаи кимиёӣ бо дастгирии ҳепатопротективӣ сифати гузаронидани муолиҷаи консервативӣ ва профилактикаи ЭҶ-ро аниқ бештар намуд.

Натиҷаҳои дури муолиҷаи чарроҳии эхинококкози чигар ва аворизи он

Дар чарроҳияи эхинококкози чигар омӯзиши натиҷаҳои дури муолиҷа муҳим мебошад. Маҳақҳои асосии самаранокӣ касрати пайдоиши такроршавиҳои (ретсидивҳои) беморӣ мебошад. Натиҷаҳои дури муолиҷаи эхинококкози чигар ва аворизи он дар 215 нафар беморони гурӯҳи асосӣ ($n=110$) ва назоратӣ ($n=105$) дар муҳлатҳои аз 1 то 5 сол омӯхта шудаанд. Такроршавиҳои (ретсидивҳои) эхинококкози чигар дар 38 нафар беморон, аз он ҷумла 12 (10,9%) нафар аз гурӯҳи асосӣ ва 26 (24,8%) нафар аз гурӯҳи назоратӣ таххисгузори карда шудаанд (Ҷадвали 16).

Ҷадвали 16. – Касрати такроршавиҳои (ретсидивҳои) эхинококкози чигар дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ ($n=215$)

Шакли мудохилаҳои чарроҳии азсаргузаронидашуда	Миқдори такроршавиҳо (ретсидивҳо)	%
Мудохилаҳои миниинвазивӣ ($n=110$)	12	10,9
Мудохилаҳои анъанавии кушодаи лапаротомӣ ($n=105$)	26	24,8
p	<0,01	
Ҳамагӣ ($n=215$)	38	17,7

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати омори аҳамиятноки нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳои беморон (мувофиқи маҳақи χ^2)

Дар муҳлатҳои то 3 соли баъди эхинококкэктомия 7 беморони гурӯҳи асосӣ ва 17 нафар беморони гурӯҳи назоратӣ ошкор карда шудаанд. Такроршавиҳои

(ретсидивҳои) ЭҚ бо пайдоиши резидуалӣ (бақиявӣ) алоқаманд буданд, аммо такроршавиҳои (ретсидивҳои) дер бошанд – пайдоиши имплантатсионӣ (кӯчатӣ, пайвандӣ), нақилатӣ (интиқоли, метастатикӣ) ё реинвазивӣ (олоиши такрорӣ аз туфайлӣ) доштанд. Среднее увеличение кисты в диаметре составляло 1см/год.

Таҳлили гузаронидашудаи 38 нафар беморони ЭҚ ретсидивӣ дошта нишон дод, ки такроршавиҳои (ретсидивҳои) дер пас аз чарроҳии якум (пас аз 3 сол) дар 5 нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва 9 нафар беморони гурӯҳи назоратӣ ташхисгузори карда шудаанд.

Дар байни беморони таҳқиқшавандаи ЭҚ ретсидивӣ дошта дар 8 (21%) мушоҳидаҳо он шахсоне буданд, ки дар онҳо, дар марҳилаи баъдичарроҳӣ аз боиси таъсири нохуши албендазол, муолиҷаи кимиёӣ бо албендазол гузаронида нашуда буданд. Ин яқинан яке аз сабабҳои инкишофёбии такроршавиҳои (ретсидивҳои) беморӣ буд. Дар 14 (36,8%) нафар беморони ЭҚ ретсидивӣ дошта кистаҳои токаи чигар мушоҳида карда шудаанд, дар 16 (42,1%) нафар бошад кистаҳои сершумори чигар ва дар 8 (21,1%) нафар эхинококкози муштараки чигар ва шушҳо мушоҳида гардидаанд.

Муолиҷаи чарроҳии ЭҚ ретсидивӣ хусусиятҳои худро дорост, ки бо раванди лиҳомии (илтисоқии, часпидагии) минтақаи амалиёти чарроҳии қаблӣ алоқаманд мебошад. Аммо раванди лиҳомӣ дар минтақаи ҷойгиршавии киста барои иҷро намудани пунксияи транспӯстии бехатари КЭ ҳалал нарасонидааст. Мувофиқи маълумотҳои таҳқиқотҳои охир [87,123], услубҳои транспӯстӣ дар мавриди кистаҳои якхонагии ретсидивии на он қадар калон бо истифодабарии технологияи PAIR самаранокиашон баланд буда, аз мудохилаҳои анъанавӣ кам (бад) нестанд.

Муолиҷаи чарроҳии ЭҚ шаклашон ретсидивӣ ҳамчунин аз амалисозии дастрасӣ ба киста, бартараф намудани унсурҳои туфайлигӣ ва барҳам додани ковокии бақиявӣ низ иборат мебошад. Ба сифати доругии зиддитуфайлигӣ барои покизасозии ковоқиҳои бақиявӣ асосан маҳлули 80% глитсерин ба кор бурда шудааст. Аз 38 нафар беморони ЭҚ ретсидивӣ дошта 22 (57,8%) нафарашон чарроҳӣ карда шудаанд (Чадвали 17).

Чӣ тавре ки дар қадвал нишон дода шудааст дар 40,9%-и ҳодисаҳо мудохилаҳои транспӯстӣ-пунксионӣ истифода бурда шудаанд, дар боқимондаи 59,1% мудохилаҳои комил ва шартан комил истифода бурда шудаанд. Дар марҳилаи баъдичарроҳӣ ба беморон муолиҷаи зиддиретсидивӣ бо албендазол, аз рӯи схемаи стандартӣ таъйин карда шудааст. Боздоштани таъйиноти дору бо сабаби инкишофёбии таъсири нохуш зарур нашудааст.

Чадвали 17. – Шаклҳои мудохилаҳои чарроҳӣ дар мавриди ЭҚ ретсидивӣ (n=22)

Шаклҳои амалиёти чарроҳӣ	Миқдор	%
Пунксияи транспӯстӣ-трансчигарӣ	9	40,9
Перисистэктомияи комил ва зеркомил	6	27,3
Резексияи чигар	4	18,1
Эхинококкэктомияи лапароскопӣ	3	13,7
Ҳамагӣ	22	100,0

Аворизи баъдичарроҳӣ дар 4 нафар беморон дар шакли фасодкунии захми баъдичарроҳӣ (n = 3) ва ковокии бақиявӣ (n = 1) мушоҳида гардидаанд.

Дар тамоми мавридҳо услубҳои консервативии муолиҷа бо истифодабарии антибиотикҳо самранок буданд. Танҳо дар як маврид азнавобияткашонӣ ва санатсияи ковокии бақиявӣ дар зери назорати ТФС зарур шуд. Оқибатҳои марганҷомӣ мушоҳида нашудаанд. Давомнокии бистаришавии беморони ЭЧ ретсидивӣ дошта ба ҳисоби миёна $11,2 \pm 4,2$ шабонарӯз буд.

Дар асоси маълумотҳои адабиётҳо, ҳамчунин таҷрибаи таҳхисот ва муолиҷаи 340 нафар беморони ЭЧ ва аворизи онро дошта, аз ҷониби мо сабабҳои асосии пайдошавии такроршавиҳои (ретсидивҳои) беморӣ дар давраи дур ошкор карда шудаанд:

- Ихроҷшавӣ ва шоридани моеоти гидатидӣ бо унсурҳои зиндаи ҷанинии эхинококк дар мавриди пунксия;
- Мавҷуд будани кистаҳои туфайлигии барканданашуда ва унсурҳои ҷанинии туфайлӣ, ки қобилияти ҳаётӣ доранд;
- Воридшавии унсурҳои ҷанинӣ ба капсулаи резидуалии (бақиявии) фиброзӣ ё бофтаи перикистозӣ;
- Иҷрои мудохилаҳои ҷарроҳии ғайрикомил;
- Кистаҳои резидуалии надидамонда дар мавриди ҷарроҳии якум;
- Кистаи бартаридошта метавонад рушди дигар кистаҳоро фурунишонанд ва пас аз баркандани гирифтани он инкишофёбии ретсидиви резидуалӣ (бақиявӣ) сар мешавад;
- Риоя нашудани принципҳои апаразитарӣ ва антипаразитарӣ дар вақти амалиёти ҷарроҳӣ;
- Дар мавриди сироятёбии киста ва фасодкунии муҳтавии он, деструксияи пардаи кутикулярӣ ба амал меояд, ки барои муҳочирати ҷанинҳо ба бофтаи ҷигар шароит муҳайё менамояд;
- Реинвазия.

Дар асоси таҳқиқотҳои гузаронидашуда алгоритми муолиҷаи ҷарроҳии ЭЧ ва аворизи он кор карда баромада шудааст (Расми 10).



Расми 10. – Алгоритми муолиҷаи ҷарроҳии ЭЧ ва аворизи он

Хулосаи хотимаӣ (чамбастӣ) Натиҷаҳои асосии илмии диссертатсия

7. Услубҳои ташҳиси комплекси нури (шуоӣ) – ТФС, ТК ва ТМР, услубҳои видеоэндоскопӣ, ҳамчунин таҳқиқоти иммуноферментӣ имконият медиҳанд, ки на танҳо эхинококкози аввалини ҷигар ва аворизи он, балки ҳамчунин аворизи баъдичарроҳӣ ва ретсидивҳои (такрорёбиҳои) беморӣ [26-А, 28-А, 35-А, 38-А, 39-А, 47-А] ба таври самаранок ташҳисгузорӣ карда шаванд.

8. Саршавии инкишофёбии бемории эхинококкози ҷигарро фаъолшавии равандҳои ОПЛ ҳамроҳӣ менамоянд, ки бо баландшавии миқдори маҳсулоти оксидшавии пероксидии липопероксидатсия дар хун зохир мегардад; КД ба андозаи – 2,9 маротиба ($p=0,0078$), гидропероксидҳо – ба андозаи 5,4% дар заминаи баландшавии фаъолии МАО: каталаза ба андозаи 14,9% ($p=0,045$) ва глутатионпероксидаза – ба андозаи 28,2% ($p=0,033$) меафзоянд. Авҷгирии раванди туфайлигӣ ва инкишофёбии аворизҳо бо пурзӯршавии равандҳои эндотоксемия, липопероксидатсия дар заминаи коҳишёбии фаъолии МАО: каталаза ва супероксиддисмутаза – мувофиқан ба андозаи 11,6% ($p=0,047$) ва 18,4% ($p=0,039$) [3-А, 9-А, 13-А, 15-А, 34-А, 40-А, 44-А] алоқаманд мебошад.

9. Сабаби асосии инушофёбии аворизи эхинококкози ҷигар иллатёбии васеи паренхимаи ҷигар бо раванди туфайлигӣ, ки онро вайроншавии хунгардиши ҷигар, норасоии билиарӣ ҳамроҳӣ менамояд, ҳамчунин токсемияи оксидантӣ ва транслокатсияи проксималии бактерияҳо [4-А, 6-А, 17-А, 23-А, 27-А, 41-А, 46-А] мебошад.

10. Алгоритмҳои ташҳисгузорӣ ва муолиҷаи қор қарда баромадашуда имконият медиҳанд, ки тактикаи тафриқавии ҷарроҳӣ интиҳоб қарда шавад, ки ба омӯзиши ҷойгиршавӣ (тамаққун) ва андозаҳои КЭ, муносибати онҳо ба сохторҳои хунрагӣ ва тарашшуҳии (секретории) ҷигар, фазаҳои фаъолияти ҳаётии туфайлӣ, ҳамчунин хусусияти (шакли) аворизи инкишофёфта ва ҳолати умумии бемор асос ёфтааст [8-А, 11-А, 25-А, 29-А, 31-А, 32-А, 42-А].

11. Ретсидивҳои (такрорёбиҳои) эхинококкози ҷигар дар 38 нафар беморон таҳисгузорӣ қарда шудаанд, аз он ҷумла дар 12 (10,9%) нафар беморони гурӯҳи асосӣ ва 26 (24,8%) нафар беморони гурӯҳи назоратӣ. Ретсидивҳои (такрорёбиҳои) бармаҳал дар 63,1%-и беморон ва ретсидивҳои (такрорёбиҳои) дер дар 36,9%-и беморон қайд қарда шудаанд. Сабаби пайдоиши ретсидивҳои (такрорёбиҳои) ЭҚ инҳо буданд: хусусияти (шакли) сершумори эхинококкоз, мавҷуд будани туфайлии мавтшуда, рад қардани гузаронидани муолиҷаи кимиёии зиддиретсидивӣ, ҳамчунин ба иҷро расонидани мувоҳилаҳои паллиативӣ бо вайрон қардани принципҳои апаразитарӣ ва антипаразитарӣ [1-А, 16-А, 20-А, 37-А, 43-А, 47-А].

12. Услубҳои миниинвазивии муолиҷаи эхинококкози ҷигар ва аворизи он, ҳамчунин схемаҳои нави муолиҷаи кимиёии қор қарда баромадашуда ва мукамалқардашуда имконият доданд, ки қасрати аворизи баъдичарроҳӣ аз 51,8% то ба 17,6%, фавғияти баъдичарроҳӣ аз 2,3% то ба 0,5%, аммо ретсидивҳои (такрорёбиҳои) беморӣ аз 24,8 то ба 10,9% [5-А, 14-А, 18-А, 22-А, 24-А, 30-А, 33-А] коҳиш дода шаванд.

Тавсияҳо оид ба истифодабарии (бакорбарии) амалии натиҷаҳо

1. Барои ташҳиси эхинококкози чигар ва аворизи он истифодабарии алгоритмҳои кор карда баромадшуда ва мукамалкардашуда тавсия дода мешавад.

2. Бо мақсади оmodасозии қабличарроҳии беморони эхинококкози чигар ва аворизи онро дошта гузаронидани муолиҷаи комплекси консервативии антиоксидантӣ, антихипоксикӣ бо ремаксол 400мл мувофиқи мақсад мебошад.

3. Тавсия дода мешавад, ки услубҳои миниинвазивии муолиҷаи эхинококкози чигар ва аворизи он дар марказҳои махсусгардонидашудаи ҳепатологӣ, ки бо технологияҳои баланди муосир мучаҳҳаз мебошанд ва бо мутахассисони баландтаҳассус таъмин мебошанд, ба иҷро расонида шаванд.

4. Дар мавриди вазнин будани ҳолати беморон ва шаклҳои аворизнокшудаи ЭҶ – ФКЭҶ ва ЗМТ, ба иҷро расонидани амалиётҳои ҷарроҳии думарҳилагӣ мувофиқи мақсад мебошад, дар марҳилаи яқум истифодабарии амалиётҳои ҷарроҳии эхоназоратшавандаи пунксионӣ-обияткашонанда ва мудохилаҳои эндовидеочарроҳӣ, бо минбаъда дар марҳилаи дуюм гузаронидани амалиётҳои ҷарроҳии комил тавсия дода мешавад.

5. Барои коҳишдиҳии касрати ретсидивҳои (такрорёбиҳои) беморӣ пас аз мудохилаҳои миниинвазивӣ гузаронидани ТФС дохилиҷарроҳӣ, барҳамдиҳии носурҳои систобилиарӣ ва ковокиҳои бақиявӣ, гузаронидани тадбирҳои апаразитарӣ ва антипаразитарӣ, ҳамчунин ба иҷро расонидани мудохилаҳои комили ҷарроҳӣ, бо минбаъда истифодабарии муолиҷаи кимиёӣ (химиотерапия) зарур мебошад.

6. Дар мавриди гузаронидани муолиҷаи кимиёӣ (химиотерапия) мувофиқи схемаи кор карда баромадшуда дар марҳилаҳои тоҷарроҳӣ ва баъдиҷарроҳӣ, барои коҳишдиҳии таъсири захрогинии албендазол ба чигар, ба муолиҷаи таъйиншуда илова намудани доруҳои гептрал 400мг д/в ва реамберин 400 мл д/в дар як шабонарӯз, дар муддати 10 рӯз зарур мебошад.

7. Барои маҳкам шудани носурҳои систобилиарӣ, пас аз услубҳои миниинвазивии эхинококкэктомия истифодабарии коллагени моеъ ва хамирашакл, тавассути обияткаши бо усули эндоскопӣ устуворкардашуда мувофиқи мақсад мебошад.

8. Диспансерикунони беморон баъди аз сар гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ, дар ҷойи истиқомат, дар муассисаҳои КАТС имконият медиҳад, ки ретсидивҳои (такрорёбиҳои) ЭҶ дар муҳлатҳои бармаҳал ташҳисгузорӣ карда шаванд.

Рӯйхати интишороти сайёқунандаи дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда (ретсензияшаванда)

[1-М] Азиззода З.А. Диагностика и тактика хирургического лечения рецидивного эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, Д.Ё. Давлатов, Ф.И. Махмадов // Здравоохранение Таджикистана. – 2014.- №2. – С. 36-43.

[2-М] Мирзоев Д.С. Функциональное состояние печени у детей с эхинококкозом поддиафрагмальной локализации / Д.С. Мирзоев, Р.Р. Рофиев, Т.Ш. Икромов, К.З. Саломов, З.А. Азиззода // Здравоохранение Таджикистана.- 2014.- № 4. – С.39-44.

- [3-М] Азиззода З.А. Распространённость и состояние медицинской помощи больным с эхинококковой болезнью в Республике Таджикистан /З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Здравоохранение Таджикистана.- 2017.- №1. - С.67-71.
- [4-М] Азиззода З.А. Скрытая печёночная недостаточность при объёмных образованиях печени / З.А. Азиззода, Н.М. Даминова, К.М. Курбонов // Здравоохранение Таджикистана.- 2018.- №1. - С.67-71.
- [5-М] Азиззода З.А. Хирургическое лечение осложнённых заболеваний печени / З.А. Азиззода, Н.М. Даминова, К.М. Курбонов // «Здравоохранение Таджикистана». – 2018.- №1.- С. 67-71.
- [6-М] Азиззода З.А. Вопросы профилактики, диагностики и лечения эхинококкоза в Таджикистане / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Здравоохранение Таджикистана.- 2018.- №3. - С.68-72.
- [7-М] Азиззода З.А. Острый паразитарный гнойный холангит у больных эхинококкозом печени / З.А. Азиззода // Здравоохранение Таджикистана.- 2019.- №1.- С.5-12.
- [8-М] Азиззода З.А. Эхинококкоз печени, осложнённый механической паразитарной желтухой / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова.- 2019.- Т. 14, №1.- С. 30-35.
- [9-М] Азиззода З.А. Малоинвазивные оперативные вмешательства при эхинококкозе печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, В.С. Ризоев // Вестник Авиценны.- 2019.- Том 21, №1.- С. 116-120.
- [10-М] Азиззода З.А. Значение лабораторных показателей в диагностике осложнённого эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода, Н.А. Расулов, С.Г. Али-Заде // Вестник Авиценны.- 2019.- №4.- С. 655-660.
- [11-М] Азиззода З.А. Современные вопросы диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений (обзор литературы) / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Здравоохранение Таджикистана.- 2019.- №4.- С. 69-77.
- [12-М] Азиззода З.А. Отдаленные результаты хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев // Известия Академии наук Республики Таджикистан.- 2019. - №2.- С.101-107.
- [13-М] Азиззода З.А. Неотложная хирургия эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода // Проблемы гастроэнтерологии.- 2019.- №3.- С.24-30.
- [14-М] Азиззода З.А. Хирургическое лечение осложнённых эхинококковых кист печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода // Авчи зухал.- 2019.- №4.- С.20-27.
- [15-М] Азиззода З.А. Применение высокой технологии в лечении эхинококкоза печени / К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода // Авчи зухал. - 2019.- №4.- С.27-32.
- [16-М] Азиззода З.А. Хирургическое лечение осложнённых форм эхинококкоза печени с учетом показателей эндогенной интоксикации / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, М.Г. Ефанов, К.Р. Рузбойзода // Здравоохранение Таджикистана.- 2020.- №2.- С. 43-49.
- [17-М] Азиззода З.А. Результаты применения миниинвазивных технологий в хирургическом лечении эхинококкоза печени и его осложнений / З.А. Азиззода, К.М.

Курбонов, М.Г. Ефанов, К.Р. Рузбойзода // Вестник Авиценны.- 2020.- №3.- С. 448 – 454.

[18-М] Азиззода З.А. Инфузионная терапия доброкачественной механической желтухи / З.А. Азиззода, К.Р. Рузбойзода, И.К. Курбонов // Здравоохранение Таджикистана.- 2020.- №4.- С. 5-10.

[19-М] Азиззода З.А. Эффективность минимально инвазивных операций при эхинококкозе печени и его осложнениях / К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода, С.Г. Али-Заде / Анналы хирургической гепатологии.- 2021.- Т. 26, №1.- С.84-91

Мақолаҳо ва тезисҳо дар маҷмӯаи маводҳои конферонсҳо

[20-М] Азиззода З.А. Состояния оказания медицинской помощи больным с эхинококковой болезнью в РеспубликеТаджикистан / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Материалы республиканской научно-практической конференции «Медицина и здоровье».- Душанбе, 2015.- С. 69-71.

[21-М] Азиззода З.А. Эпидемиология и состояние оказания медицинской помощи больным с эхинококковой болезнью в Республике Таджикистан / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Материалы республиканской научно-практической конференции на тему «В здоровом теле – здоровый дух».- Душанбе, 2016.- С. 28-31.

[22-М] Азиззода З.А. Проблемы профилактики, диагностики и лечения эхинококкоза в Таджикистане / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Материалы IX Республиканской научно-практической конференции «Наука и молодежь».- Душанбе, 2017.- С. 133-136.

[23-М] Азиззода З.А. Лечение эхинококковых абсцессов печени чрескожным пункционно-дренирующими вмешательствами под УЗ-контролем / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов К.М., А.Д. Гулахмадов // Журнал Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2017 - №1. – С.450-451. - Приложение: Мат-лы Национального Хирургического Конгресса совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ.

[24-М] Азиззода З.А. К вопросу профилактики, диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Вестник медицинского комплекса «Истиклол».- 2018.- №2.- С. 18-21.

[25-М] Азиззода З.А. Поражение желчных путей при эхинококкозе печени / З.А. Азиззода // Материалы 10-ой годичной республиканской научно-практической конференции на тему “Достижения медицинской отрасли Таджикистана за период независимости”.- Душанбе, 2018.- С. 186-188.

[26-М] Азиззода З.А. Особенности хирургического лечения рецидивного эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, Д.Ё. Давлатов // Материалы 10-ой годичной республиканской научно-практической конференции на тему “Достижения медицинской отрасли Таджикистана за период независимости”.- Душанбе, 2018.- С. 188-191.

[27-М] Азиззода З.А. Применение высокой технологии при хирургическом лечении эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Материалы 10-ой годичной республиканской научно-практической конференции на тему “Достижения медицинской отрасли Таджикистана за период независимости”.- Душанбе, 2018.- С. 191-193.

- [28-М] Азиззода З.А. Диагностика и лечение наружных свищей желчных протоков после эхинококкэктомии из печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, Д.Ё. Давлатов // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Роль и место инновационных технологий в современной медицине».- Душанбе, 2018.- С. 33-35.
- [29-М] Азиззода З.А. Вопросы диспансерного наблюдения больных после эхинококкэктомии из печени / З.А. Азиззода, М. Джумаев, Н.Н. Азизова, М.Г. Хамроева // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и Содружества Независимых Государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний».- Душанбе, 2019.- С.- 81-82.
- [30-М] Азиззода З.А. Механическая паразитарная желтуха при эхинококкозе печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев // Материалы пленума правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ.- Ереван, 2019.- С. 76-78.
- [31-М] Азиззода З.А. Применение малоинвазивных технологии в лечении эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Материалы XI годичной республиканской научно-практической конференции на тему «Роль современной технологии в медицине».- Душанбе, 2019.- С. 28-32.
- [32-М] Азиззода З.А. Тактика лечения эхинококкоза печени, осложненного острым паразитарным гнойным холангитом /З.А. Азиззода // Материалы XI годичной республиканской научно-практической конференции «Роль современной технологии в медицине».- Душанбе.- 2019.- С. 190-194.
- [33-М] Азиззода З.А. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Материалы XI годичной республиканской научно-практической конференции на тему «Роль современной технологии в медицине».- Душанбе, 2019.- С.- 194-196.
- [34-М] Азиззода З.А. Хирургическое лечение эхинококкоза печени, осложненного механической паразитарной желтухой / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов К.М., К.Р. Назирбоев // Материалы XI годичной республиканской научно-практической конференции «Роль современной технологии в медицине».- Душанбе, 2019.- С. 196-200.
- [35-М] Азиззода З.А. Высокие технологии у коморбидных больных с заболеваниями печени и желчных путей / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, Дж. А. Абдуллоев // Сборник материалов второго Съезда врачей Республики Таджикистан.- Душанбе, 2019.- С. 92-93.
- [36-М] Азиззода З.А. Острый гнойный паразитарный холангит / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Рузибойзода, Н.М. Даминова // VI съезд хирургов юга России с международным участием, посвященной 100-летию со дня рождения член-корр. РАМН, профессора П.П. Коваленко.- Ростов-на-Дону, 2019.- С.35-36.
- [37-М] Азиззода З.А. Миниинвазивные методы в лечении механической желтухи / З.А. Азиззода, К.Р. Рузибойзода, К.М. Курбонов, Н.М. Даминова // VI съезд хирургов юга России с международным участием, посвященной 100-летию со дня рождения член-корр. РАМН, профессора П.П. Коваленко.- Ростов-на-Дону, 2019.- С. 247-248.
- [38-М] Азиззода З.А. Диспансеризация больных после эхинококкэктомии из печени / З.А. Азиззода, М. Джумаев, Н.Н. Азизова, М.Г. Хамроева // Республикан-

ская научно-практическая конференция «Состояние и перспективы развития семейной медицины в Республике Таджикистан».- Душанбе, 2019.- С.31-34.

[39-М] Азиззода З.А. Высокие технологии в диагностике и лечении эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, Дж.О. Пулотов // Материалы международной научно-практической конференции (67-годовой) ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее».- Душанбе, 2019.- С. 143-145

[40-М] Азиззода З.А. Вопросы диагностики и хирургического лечения рецидивных форм эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов // Материалы международной научно-практической конференции (67-годовой) ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее».- Душанбе, 2019.- С. 145-146.

[41-М] Азиззода З.А. Применение миниинвазивной технологии в хирургическом лечении эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. Тезисы XIII-го Съезда хирургов.- 2020.- №1.- С. 421-422.

[42-М] Азиззода З.А. Миниинвазивные операции при лечении эхинококкоза печени / З.А. Азиззода, К.Р. Рузбойзода, И.К. Курбонов // Материалы 12-ой годичной научно-практической конференции “Роль научно-исследовательских работ и применения современной технологии в повышении качества подготовки специалистов среднего медицинского звена”.- Душанбе, 2020.- С.123-126.

[43-М] Азиззода З.А. Миниинвазивная технология в хирургическом лечении эхинококкоза печени и его осложнений / З.А. Азиззода, П.К. Холматов, И.К. Курбонов, С.Г. Али-Заде // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовая) «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины».- Душанбе, 2020.- С. 48-49.

Ихтироъкориҳо

[44-М] Способ ликвидации цистобилиарных свищей /Патент №ТJ 981. от 11.03.2019г./ З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев

[45-М] Способ ранней диагностики нагноения эхинококковых кист печени / Патент на изобретение №ТJ 1069. Государственное патентное ведомство. От 03.01.2020г./ З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода

Пешниҳодҳои ратсионализаторӣ (мукамалсозӣ, такмилдиҳӣ)

[46-М] Азиззода З.А. Способ эхоконтролируемого пункционно – дренирующего вмешательства при эхинококкозе печени и его осложнениях. Курбонов К.М., Рузбойзода К.Р. Удостоверение на рационализаторское предложение №3669/R720, выданное ТГМУ им. Абуали ибни Сино от 15.09.2019г.

Монографияҳо

[47-М] Курбонов К.М. Эхинококковый абсцесс печени / К.М. Курбонов, А.Д. Гулахмадов, Д. Гулахмадов, З.А. Азиззода.- Душанбе, 2018.- 130с.

[48-М] Курбонов К.М. Рецидивный эхинококкоз печени / К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов, Д.Ё. Давлатов, А.Д. Гулахмадов, З.А. Азиззода.- Душанбе, 2018.- 95с.

Коркардҳои таълимӣ-методӣ

[49-М] Курбонов К.М. Паразитарный холангит. Утверждено научно методическим советом Научно-медицинского комплекса «Истиклол» от 05.08.2019г., Протокол №6. Соавт. Азиззода З.А., Абдуллоев Дж.А., Даминава Н.М.19с.

[50-М] Курбонов К.М. Множественный эхинококкоз печени. Утверждено научно методическим советом Научно-медицинского комплекса «Истиклол» от 05.08.2019г., Протокол №6. Соавт. Азиззода З.А., Абдуллоев Дж.А., Даминава Н.М.15с.

[51-М] Курбонов К.М. Паразитарная желтуха. Утверждено научно методическим советом Научно-медицинского комплекса «Истиклол» от 05.08.2019г., Протокол №6. Соавт. Азиззода З.А., Абдуллоев Дж.А., Даминава Н.М. 23с.

[52-М] Курбонов К.М. Диагностика и хирургическое лечение больших и гигантских эхинококковых кист печени. Утверждено научно методическим советом Научно-медицинского комплекса «Истиклол» от 05.08.2019г., Протокол №6. Соавт. Азиззода З.А., Абдуллоев Дж.А., Даминава Н.М.19с.

[53-М] Курбонов К.М. Неотложная хирургия эхинококкоза печени. Утверждено научно методическим советом Научно-медицинского комплекса «Истиклол» от 05.08.2019г., Протокол №6. Соавт. Азиззода З.А., Абдуллоев Дж.А., Даминава Н.М.19с.

Рӯйхати ихтисораҳо ва ишоратҳои (аломатҳои) шартӣ

МАО	муҳофизати антиоксидантӣ
ТУТ	Ташкилоти Умумичаҳонии Тандурустӣ
ГПЛ	гидропероксиди липидҳо
ГПО	глутатионпероксидаза
КД	конъюгатҳои диенӣ
ҲК	хучайраҳои купферӣ
ВКҲ	воҳиди колонияҳосилкунанда
РЛЧ	резексияи лапароскопии чигар
ЭЭЛ	эхинококкэктомияи лапароскопӣ
ДАМ	диалдегиди малонӣ
ЗМТ	зардчаи механикии туфайлигӣ
МММ	молекулаҳои массашон миёна
ОНБ	обияткашонии назобилиарӣ
НХ	норасоии хунгардиш
КЭФЧ	кистай эхинококкии фасодкардаи чигар
ПКТ	прокалситонин
ОПЛ	оксидшавии пероксидии липидҳо
ЭАЧ	эхинококкози аввалини чигар

ЭРЧ	эхинококкози ретсидивии чигар
СРЭ	системаи ретикулоэндотелиалӣ
СОД	супероксиддисмутаза
ССР	сафедаи С-реактивӣ
БМИ(О)Ш	бемории музмини инсидодии (обструктивии) шушҳо
ОТТКЭ	обияткашонии транспӯстии трансчигарии кистаҳои эхинококкӣ
ЭЧ	эхинококкози чигар
ПСТЭ	папиллосфинктеротомияи эндоскопӣ
ХПГЭР	холангиопанкреатографияи эндоскопии ретроградӣ
PAIR	Punction-Aspiration-Injection-Reaspiration — услуги транспӯстии муолиҷаи пунксионӣ
GSH	глутатиони барқароршуда
GST	глутатион-S-трансфераза

АННОТАЦИЯ
АЗИЗЗОДА ЗУБАЙДУЛЛО АБДУЛЛО
МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ХИ-
РУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И
ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Ключевые слова: эхинококкоз печени, диагностика, осложнение, миниинвазивные технологии, хирургическое лечение.

Цель исследования. Улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений за счет применения патогенетически обоснованных методов лечения с применением миниинвазивных технологий.

Методы исследования и использования аппаратуры. Всего анализу подвергнуты результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 340 пациентов с эхинококкозом печени (ЭП).

Проведена оценка результатов традиционных открытых и миниинвазивных вмешательств у больных основной (n=170) и контрольной группы (n=170).

С целью диагностики болезни больным выполнена УЗИ, компьютерная томография, магнитно – резонансная томография.

У больных изучены показатели эндогенной интоксикации, антиоксидантной защиты, С – реактивного белка, прокальцитонина, бактериологическое исследование содержимое кишки и желчных путей.

Для диагностики степени нарушения кровообращения в печени проводили УЗИ с дуплексным сканированием сосудов печени. Исследована желчевыделительная функция печени.

Статистическая обработка материала выполнена с помощью программы Statistica 10.0 и Microsoft Excel. Нормальность распределения выборок изучалась с помощью критерия Шапиро-Уилка. При множественных сравнениях количественных независимых выборок использовался Н-критерий Крускала – Уоллисса, а для зависимых выборок - критерий Фридмана.

Полученные результаты и их новизна. Установлено, что у больных с ЭП наблюдается уменьшение массы функциональных гепатоцитов с развитием гепатодепрессии и образованием высокомолекулярных продуктов перекисного окисления липидов на фоне эндотоксемии.

Установлено, что вследствие гепатодепрессии происходит снижение количества и качества желчи и развивается билиарная недостаточность, наблюдается бактериальная транслокация из просвета тонкой кишки в желчные протоки.

Установлено, что высокоинформативным методом диагностики инфицирования и нагноения эхинококковых кист печени является повышение уровня прокальцитонина в сыворотке крови (Патент РТ на изобретение №ТJ 1069).

Доказана эффективность миниинвазивных двухэтапных методов лечения при нагноившихся эхинококковых кистах печени. Установлено, что при паразитарной механической желтухе эхоконтролируемые чрескожные вмешательства являются методом выбора для снижения частоты послеоперационной печеночной недостаточности (рац.удост. №3669/R720 от 15.09.2019г, выдано ТГМУ им.Абуали ибни Сино).

Разработан алгоритм диагностики и выбора метода миниинвазивного вмешательства при эхинококкозе печени и его осложнениях.

На основе интраоперационной эндовидеоскопии остаточной полости предложены новые варианты ликвидации цистобилиарных свищей (Патент РТ на изобретение №ТJ 981).

Рекомендации по использованию: С целью предоперационной подготовки больных с эхинококкозом печени и его осложнениями целесообразно проведение комплексной консервативной терапии ремаксолом. Применение миниинвазивных вмешательств способствуют улучшению результатов хирургического лечения ЭП. При тяжелом состоянии больных и осложненных формах эхинококкоза печени целесообразно операции выполнять в два этапа, с применением на первом этапе эхоконтролируемых пункционно-дренирующих вмешательств с последующим выполнением радикальных операций. При проведении химиотерапии для снижения токсического влияния альбендазола на печень к лечению рекомендуется добавлять гептрал или реамберин.

Область применения: хирургия

АННОТАТСИЯИ
АЗИЗЗОДА ЗУБАЙДУЛЛО АБДУЛЛО
ТЕХНОЛОГИЯҲОИ МИНИИНВАЗИВӢ ДАР ТАШҲИСИ КОМПЛЕКСӢ ВА
МУОЛИҶАИ ҶАРРОҲИИ ЭХИНОКОККОЗИ ЧИГАР ВА АВОРИЗИ ОН

Калимаҳои калидӣ: эхинококкози чигар, ташҳис, оризаҳо, технологияи каминвазивӣ, табобати ҷарроҳӣ.

Мақсад: беҳтарсозии натиҷаҳои бевосита ва дури муолиҷаи ҷарроҳии ЭҶ ва аворизи он, дар асоси истифодабарии услубҳои аз ҷиҳати патогенетикӣ асосноккардашудаи муолиҷа, бо истифодабарии технологияҳои миниинвазивӣ.

Методҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда: Таҳлили ташҳису табобати 340 нафар беморон бо эхинококкози чигар (ЭҶ) ва оризаҳои он гузаронида шудааст. Муқоисаи табобати беморон бо истифодаи услубҳои ҷарроҳии анъанавии кушода дар гурӯҳи санҷишӣ (n=170) ва технологияи каминвазивӣ дар гурӯҳи асосӣ (n=170) гузаронида шудааст.

Барои ташҳиси бемори УС, томографияи компютерӣ ва магнитӣ-резонансӣ гузаронида шудааст.

Дар беморон нишондодҳои захролудшавии эндогенӣ, ҳимояи антиоксидантӣ, сафедаи С-реактивӣ, прокалситонин, ҳамчунин муоинаи бактериологии муҳтавои рӯдаҳо ва роҳҳои талхарон гузаронида шудааст.

Барои омӯзиши дараҷаи вайроншавии хунгардиш дар чигар муоинаи ултрасадоӣ бо сканкунони дуплексии рағҳои хунгарди чигар гузаронида шудааст.

Таҳлили омории мавод бо истифодаи барномаи Statistica 10.0 ва Microsoft Excel гузаронида шудааст. Меъёри тақсмоти интиҳобҳо бо истифодаи маҳакҳои Шапиро-Уилк омӯхта шудааст. Ҳангоми муқоисаҳои барзиёд интиҳобҳои миқдории новобаста Н-маҳакҳои Крускал-Уолисс ва интиҳобҳои вобаста маҳакҳои Фридман истифода шудаанд.

Натиҷаҳои ба дастмада ва навгонии онҳо. Иёбот карда шудааст, ки бо афзудани масоҳати иллатёбии паренхимаи чигар бо раванди туфайлигӣ, камшавии массаи ҳепатотситҳои фаёлияткунанда бо инкишофёбии ҳепатодепрессия ва ҳосилшавии маҳсулоти захрогиниашон баланди оксидшавии пероксидии липидҳо ва эндотоксемия мушоҳида мегардад. Муқаррар карда шудааст, ки аз боиси ҳепатодепрессия коҳишёбии миқдор ва сифати талха ба амал меояд ва норасоии билиарӣ дар беморони ЭҶ дошта инкишоф меёбад, транслокатсияи бактериялӣ аз равзани рӯдаи борик ба найчаҳои талхагузар мушоҳида мегардад. Муқаррар карда шудааст, ки бо мурури афзоишёбии масоҳати иллатёбии паренхимаи чигар бо эхинококкоз вайроншавии ифоданоки хунгардиш дар он бо тағйиротҳои морфологӣ мушоҳида мегардад. Муқаррар карда шудааст, ки услуби иттилоотнокнаш баланди ташҳиси сироятнокшавӣ ва фасодкунии кистаҳои эхинококкии чигар баландшавии миқдори прокалситонин дар зардоби хун мебошад (Патенти ҶТ барои ихтироъкории №ТҶ 1069). Самаранокии услубҳои миниинвазивии думарҳилагии муолиҷа дар мавриди кистаҳои эхинококкии фасодкардаи чигар иёбот карда шудааст. Муқаррар карда шудааст, ки дар мавриди зардчаи механикии паразитарӣ, мудохилаҳои эхоназоратшавандаи транспӯстӣ барои коҳишдиҳии касрати норасоии баъдиҷарроҳии чигар услуби интиҳобӣ мебошанд (шаҳодатномаи ратсионализатории №3669/R720 от 15.09.2019с., ки онро ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино додааст). Алгоритми ташҳис ва интиҳоби услуби мудохилаи миниинвазивӣ дар мавриди ЭҶ ва аворизи он кор карда баромада шудааст. Аввалин маротиба дар асоси эндовидеоскопияи дохилиамалиётӣ ковокии бақиявӣ вариантҳои нави баргараф намудани носурҳои систобилиарӣ пешниҳод карда шудаанд (Патенти ҶТ барои ихтироъкории №ТҶ 981).

Тавсияҳо оид ба истифода. Бо мақсади омодагии пешазҷарроҳии беморон табобати консервативӣ бо истифодаи ремаксол мувофиқи матлаб мебошад. Истифодаи услубҳои ҷарроҳии каминвазивӣ боиси беҳтаршавии нишондодҳои табобати беморон бо эхинококкози чигар мегардад. Ҳангоми ҳолатҳои вазнини беморон ва шаклҳои ориздоршудаи беморон истифодаи ҷарроҳии думарҳилагӣ бо истифодаи мудохилаҳои пунксионӣ-обияткшонандаи транспӯстӣ бо ҷарроҳии радикалии минбаъда мувофиқи матлаб мебошад. Ҳангоми химиотерапияи беморӣ бо мақсади паст намудани таъсири захрокии албендазол ба чигар истифодаи дорухӯҳои гептрал ва реамберин тавсия дода мешавад.

Соҳаи истифода: ҷарроҳия

ANNOTATION
AZIZZODA ZUBAIDULLO ABDULLO
MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN COMPREHENSIVE DIAGNOSIS
AND SURGICAL TREATMENT OF HEPATIC ECHINOCOCCOSIS AND ITS COMPLICATIONS

Keywords: Hepatic echinococcosis, diagnosis, complications, minimally invasive technologies, surgical treatment

Objective. Improvement of short-term and long-term results of surgical treatment of hepatic echinococcosis and its complications by using pathogenetically substantiated methods of treatment with minimally invasive technologies.

Study methods and the use of instrumentation. The results of comprehensive diagnosis and surgical treatment of 340 patients with hepatic echinococcosis (PE) were subjected to the analysis.

There has been conducted the evaluation of the results of traditional open and minimally invasive interventions in patients of the main (n=170) and control groups (n=170).

Patients underwent ultrasound, computed tomography, magnetic resonance imaging for diagnosis of the disease.

The endogenous intoxication indexes of patients, antioxidant protection, C-reactive protein, procalcitonin, bacteriological examination of intestinal and biliary tract contents were studied.

Ultrasound with duplex scanning of the liver vessels was performed to diagnosis the liver disturbed circulation degree. The liver biliary function was investigated.

Statistical processing was performed using Statistica 10.0 and Microsoft Excel. The normality of sample distribution was studied using the Shapiro-Wilk criterion. There were used Kruskal-Wallis H-criterion for multiple comparisons of quantitative independent samples, and Friedman criterion for dependent samples.

Obtained results and its novelty. It has been established that the patients with PE, there is a decrease in the weight of functional hepatocytes with the development of hepatosuppression and the formation of highly toxic products of lipid peroxidation against the background of endotoxemia.

It has been established that due to hepatosuppression, the quantity and quality of bile decreases and the biliary insufficiency develops, and there is observed bacterial translocation from the small intestine lumen into the bile ducts.

It has been established that a highly informative method for diagnosis of infection and suppuration of hepatic hydatid is an increase in the level of procalcitonin in blood serum (Patent of RT for invention № TJ 1069).

The effectiveness of minimally invasive two-stage methods of treatment in suppurative hepatic hydatid has been proved. It is established that in parasitic obstructive jaundice echocontrolling percutaneous interventions are the procedure of choice for reducing the frequency of postoperative hepatic insufficiency (Certificate № 3669/R720 dated 15. 09. 2019 issued by Avicenna Tajik State Medical University).

An algorithm for diagnosis and selection of minimally invasive method of intervention in hepatic echinococcosis and its complications was developed.

Based on intraoperative endovideoscopy of the residual cavity, new options for liquidation of cystobiliary fistulas were proposed (Patent of RT for invention № TJ 981).

Recommendations on use: It is reasonable to carry out complex conservative therapy with Remaxol for preoperative preparation of patients with hepatic echinococcosis and its complications. Minimally invasive interventions contribute to improvement of the results of surgical treatment of HE. The patients with severe condition and complicated forms of hepatic echinococcosis should be operated in two stages with the use of echocontrolled puncture-draining interventions at the first stage followed by radical operations. When administering chemotherapy to reduce the toxic effects of albendazole on the liver it is recommended to add heptral or reamberine to the treatment.

Domain of usage: surgery