

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АРАШОВ РУСТАМ РУЗИМУРОТОВИЧ

ЖИГАР БЎШЛИҚЛИ ҲОСИЛАЛАРИНИНГ МУРАККАБ
АНАТОМИК, ПАРЕНХИМА ИЧИ ЖОЙЛАШУВИДА ЖАРРОҲЛИК
ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

14.00.27 – Хирургия

ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ
АВТОРЕФЕРАТИ

Бухоро – 2023

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Арашов Рустам Рuzимуратович

Жигар бўшлиқли ҳосилаларининг мураккаб анатомик, паренхима ичи жойлашувида жарроҳлик тактикасини такомиллаштириш 3

Арашов Рустам Рuzимуратович

Усовершенствование хирургической тактики при сложных анатомических, внутрипаренхиматозных расположениях полостных образований печени 23

Arashov Rustam Ruzimuratovich

Improvement of surgical tactics in complex anatomical, intraparenchymatous arrangements of liver cavities 43

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works 47

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АРАШОВ РУСТАМ РУЗИМУРОТОВИЧ

**ЖИГАР БЎШЛИҚЛИ ҲОСИЛАЛАРИНИНГ МУРАККАБ
АНАТОМИК, ПАРЕНХИМА ИЧИ ЖОЙЛАШУВИДА ЖАРРОҲЛИК
ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

Бухоро – 2023

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида № В2022.1.PhD/Tib2530 рақами билан рўйхатга олинган.

Докторлик диссертацияси Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифанинг (www.bsmi.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида (www.ziyounet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Сафоев Бақодир Барноевич тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Гуламов Олим Мирзахитович тиббиёт фанлари доктори Ҳакимов Мурод Шавкатович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот:	Абуали Ибни Сино номидаги Тожикистон давлат тиббиёт университети (Тожикистон)

Диссертация химояси Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2023 йил 12 «сентябр» кунини соат 12 дақиқасида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А.Навоий шох кўчаси, 1-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50; тел:(+99865) 223-17-53; e-mail: buhmi@mail.ru.)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин 082 рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, А.Навоий шох кўчаси, 1-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.)

Диссертация автореферати 2023 йил « 21 » август кунини тарқатилади.
(2023 йил « 21 » август дақиқаси 42 рақамли реестр баённомаси).



Handwritten signatures in blue ink, corresponding to the names of the scientific council members listed to the right.

А.Ш. Иноят

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

Н.Н. Казакова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) доцент

Б.З. Хамдамов

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда янгидан янги тиббий технологияларнинг, шунингдек, жарроҳлик усулида даволашнинг ривожланганига қарамай, жигар эхинококкози, абцесси ва жигар қолдиқ бўшлигининг йиринглаши билан касалланган беморларни даволаш замонавий жарроҳликнинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда. Сўнгги йиллардаги адабиётлар маълумотларига кўра, жигар эхинококкози билан касалланишнинг кўпайиши, эндемик минтақалар чегараларининг кенгайиши ва эндемик бўлмаган ҳудудларда зарарланиш ҳолатларининг кўпайиши кузатилмоқда. Бунда «..аҳоли миграциясининг кучайиши ва санитария-эпидемиологик ҳолатнинг ёмонлашиши...»¹ даволаш натижаларига сезиларли тасир курсатиб келмоқда. Жигар эхинококкозини жарроҳлик усулида радикал ва миниинвазив даволаш усулларининг роли ва ўрни ҳақида мунозаралар давом этиб келмоқда. Беморларни жарроҳлик усулида даволанишдан кейин эхинококкознинг мураккаб шакллари ва касалликнинг қайталанишининг улуши ҳанузгача юқори бўлиб қолмоқда. Шу муносабат билан касалликни ўз вақтида ташхислаш ва жигар ҳажмли ҳосилалари билан оғриган беморларнинг жарроҳлик гепатологиясига ихтисослашган жарроҳлик шифохоналарида мурожаатининг кўпайиб бориши алоҳида аҳамиятга эга.

Дунё бўйлаб жигар бўшлиқли ҳосилалари динамикасини бошқариш сўнгги ўн йилликда янги тиббий техника ва жарроҳлик тактикасини такомиллаштириш йўли билан ўзгартирилди. Йирингли жигар абцесси операциядан кейинги, асоратланган мураккаб касалликдир ва «...жигар касалликларида такрорий йирингли-яллиғланишли асоратлар йирингли қолдиқ бўшлиқлар ва абцесслар бўлиб, уларнинг частотаси 12,8% га етади ва ўлим даражаси 12% дан 46% кўрсаткични ташкил этади... »². Жигарда бўшлиқли ҳосилалари бўлган беморларни даволашнинг сарф харажатлари ортиб бормоқда, бу эса жарроҳлик касалхоналарнинг давлат бюджетига сезиларли даражада зарар етказмоқда.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббиёт тизимини жаҳон стандартлари талабларига мослаштириш ва жигар касалликларининг олдини олиш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил декабрдаги ПҚ – 5590 сонли фармонида биноан "Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан яхшилаш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида" фармонида «...мамлакатда тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва универсаллигини ошириш, шунингдек тиббий стандартлаштириш тизимини яратиш, диагностика ва даволашнинг юқори технологияли усулларини жорий этиш... »³ ҳақидаги фармонига мос келади.

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармони билан тасдиқланган, 2020 йил 12 ноябрдаги – ПФ №-6110 "Бирламчи соғлиқни сақлаш муассасалари фаолиятига тубдан янги

¹ М.Ф. Заривчацкий, И.Н. Мугатаров, Е.Д. Каменских, М.В. Кольванова, Н.С. Теплых. Хирургическое лечение эхинококкоза печени. Пермский медицинский журнал 2021 том XXXVIII №3. С. 32-40.

² Альперович Б.И. Хирургия печени. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 352 с.

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармони, 07.02.2017 йилдаги ПФ-4947-сон

механизмларни жорий этиш ва соғлиқни сақлаш тизимида амалга оширилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида" ва ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий ҳужжатларда қўйилган вазифаларни муайян даражада бажаришга хизмат қилган.

Тадқиқотнинг республикада фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги. Мазкур тадқиқот Республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммони ўрганилганлик даражаси. Жигар бўшлиқли ҳосилалари муаммоси Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан 2015 йилда кўриб чиқилган. Дунёнинг барча мамлакатлари жарроҳлари XX аср охирида жигар бўшлиқли ҳосилалари билан касалланган беморларни даволашнинг долзарблигини таъкидлаганлар. Муаллифлар Romano G, Agrusa A, Frazzetta G, (2019) томонидан жигар абцеслари купрок салбий натижаларга эга бўлган хавфли жигар касаллиги эканлигига урғу бериб ўтилган. Тасвирлаш техникаси, айниқса ультратовуш ва компьютер томографияси жигар абцесларини ташхислаш ва даволаш учун жуда муҳимдир. Жигар абцесларини даволаш одатда очиқ ёки лапароскопик усулда бўлиб жарроҳлик, баъзи беморларда териларо ёндашув амалга оширилиши мумкин. Барча жигар абцесларини антибиотик терапияси ёки тери орқали дренажлаш билан даволаш мумкин эмас. Лапароскопик дренаж тизимли антибиотик терапияси билан биргаликда хавфсиз ва самарали миниинвазив ёндашув бўлиб, уни алоҳида беморларни даволашда ҳисобга олиш керак.

Турли хил келиб чиқадиган жигар абцеслари оғир йирингли касалликлар гуруҳига киради ва гепатобилиар тизимнинг энг мураккаб муаммоларидан бири ҳисобланади. Жарроҳлик касалликларининг умумий тузилишидаги уларнинг частотаси 0,006 дан 0,5% гача ўзгариб туради ва ўт пуфаги ва ўт йўллариининг яллиғланиш касалликлари сонининг сезиларли даражада кўпайиши, шунингдек, ўт йўлларида жарроҳлик аралашувлар сонининг кўпайиши туфайли камайишга мойил эмас (Нартаилаков М. А. ва бошқ. 2019). Жигар абцесси ички органлар йирингли патологиясининг асоратлари сифатида ривожланадиган патология булиб, тахминан 30% ни ташкил қилади. Ҳар йили гепатобилиар зонанинг жарроҳлик патологияси бўлган беморлар орасида жигар бўшлиқли ҳосиласи бўлган беморларнинг 0,5 дан 2-3% гача касалхонага ётқизилади. Кўпгина тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, микробли абцесларда ўлим даражаси юқори ва 20 дан 30% гача. Умумий ўлим даражаси 50-80% гача булиши мумкин (Земсков В. М., Козлова М. N., Шишкина Н. S. ва бошқ., 2020).

Сўнгги тадқиқотлар таҳлилига асосланиб, жигар бўшлиқли ҳосилаларини даволашнинг оддий ва самарали усулларини излаш давом этмоқда. Айниқса, бизнинг фикримизча, жигар бўшлиқли ҳосилаларининг мураккаб, жигар ичи жойлашувида жарроҳлик йўли билан даволаш жигар жарроҳлигининг долзарб муаммоси ҳисобланади. Агар бўшлиқли ҳосила кичик ўлчамга эга бўлса (5 см гача), бу муаммо янада долзарб бўлиб ҳисобланади. Ушбу диссертация иши мазкур муаммони ҳал қилишга бағишланган.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқотлари Бухоро давлат тиббиёт институтининг илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ «Бухоро ҳудуди иссиқ иқлими шароитида COVID 19 дан кейин организмнинг патология олди ва патологик ҳолатларини эрта ташхислаш, даволаш ва профилактикасига янгича ёндашувларни ишлаб чиқиш» (2022-2026 йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқот мақсади: Жигарда анатомик мураккаб, интрапаренхиматоз жойлашган бўшлиқли ҳосилалари билан касалланган беморларни такомиллаштирилган махсус троакар – фиксаторни қўллаш йўли билан даволаш натижаларини яхшилашдан иборат бўлган.

Тадқиқот вазифалари:

жигарда анатомик мураккаб жойлашмаган кичик ўлчамли бўшлиқли ҳосиласи бўлган беморларни анъанавий жарроҳлик усулида даволаш натижаларини ўрганиш;

жигарда мураккаб анатомик, интрапаренхиматоз жойлашган кичик ўлчамли бўшлиқли ҳосиласи бўлган беморларни анъанавий жарроҳлик усулида даволаш натижаларини ўрганиш;

жигарда мураккаб анатомик, интрапаренхиматоз жойлашган бўшлиқли ҳосиласи бўлган беморларни такомиллаштирилган махсус троакар – фиксатори ёрдамида хирургик даволаш натижаларини ўрганиш;

олинган тадқиқот натижаларининг қиёсий таҳлили асосида, жигарда мураккаб анатомик, интрапаренхиматоз жойлашган бўшлиқли ҳосила бўлган беморларни даволашнинг оптимал жарроҳлик тактикасини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот объекти Бухоро шаҳар тиббиёт бирлашмаси, Когон шаҳар темир йўл касалхонаси ҳамда Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази хирургия бўлимида 2015-2022 йиллар мобайнида даволанган жигарда бўшлиқли ҳосилалари билан касалланган 136 нафар беморлар ташкил этган.

Тадқиқотнинг предмети жигар бўшлиқли ҳосилалари бўлган беморларда миниинвазив даволаш усулини ишлаб чиқиш ҳисобланган.

Тадқиқот усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш учун қуйидаги тадқиқот усулларидан фойдаланилган: клиник, клиник-инструментал, бактериологик ва цитологик тадқиқот усуллар қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илмий ишда қўйилган тадқиқот вазифаларини ҳал қилиш учун беморларни динамик кузатиш асосида жарроҳлик даволаш натижасида жигар бўшлиқли ҳосилаларининг анатомик жиҳатдан мураккаб жойлашуви (эхинококк кистаси, йирингли ўчоқ) ўрни ва роли аниқланган;

жигарда анатомик жиҳатдан мураккаб, интрапаренхиматоз жойлашган кичик ҳажмли ҳосилаларни ва жигарнинг эхинококк кисталарини интраоператив дренажлаш учун махсус қурилма ишлаб чиқилган;

жигарда анатомик жиҳатдан мураккаб, интрапаренхиматоз жойлашган кичик ҳажмли ҳосилаларни ва жигарнинг эхинококк кисталарини интраоператив дренажлаш учун ишлаб чиқилган "Троакар - фиксатор" қурилмасини қўллаш усули аниқланган;

анатомик жиҳатдан мураккаб интрапаренхиматоз жойлашган жигар бўшлиқли ҳосилаларини даволаш учун оптимал жарроҳлик тактикаси ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

ушбу тадқиқотнинг мақсади ва вазифаларини бажариш жигарда анатомик жиҳатдан мураккаб жойлашган бўшлиқли ҳосилалари бўлган беморларни даволашнинг янада самарали усулини ишлаб чиқилган, бу операция вақтидаги ва операциядан кейинги асоратларни камайтиришга ёрдам берган, шунингдек операция давомийлигини ҳамда беморларнинг касалхонада даволаниш муддатини қисқартирган. Шундай қилиб, жигарда анатомик жиҳатдан мураккаб жойлашган бўшлиқли ҳосилалари бўлган беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижаларини яхшилайти, бу албатта илмий ишнинг иқтисодий самарадорликка эришишга олиб келади. Бу эса жарроҳлик бўлимларида кенг фойдаланиш учун тақдим этилган даволаш усулини тавсия қилиш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги беморларни текширишнинг замонавий усулларида фойдаланиш, беморларни тадқиқотга киритиш ва чиқаришнинг аниқ шаклланиган, услубий асосланган мезонларига риоя қилиш, таққосланган клиник тадқиқот гуруҳлари кўрсаткичларининг етарли сони ва репрезентативлиги, тадқиқот натижаларини хорижий ва маҳаллий тадқиқотлар билан таққосланганлиги, ваколатли тузилмалар томонидан бирламчи материалларни тасдиқлаш билан таъминланлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, тадқиқотнинг мақсад ва вазифаларини бажариш анатомик жиҳатдан мураккаб жигар бўшлиқли ҳосиласи бўлган беморларни даволашнинг янада самарали усулини ишлаб чиқишга олиб келади, операция вақтидаги ва операциядан кейинги асоратларни камайтиришга ёрдам беради, шунингдек операция давомийлиги ва беморларнинг касалхонада қолиш муддатини қисқартиради. Ишнинг асосий илмий ва амалий аҳамияти шундаки, амалиётда иқтисодий самарадорликка эга даволаш усулини ишлаб чиқилган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Жигар бўшлиқли ҳосилаларининг анатомик жойлашишини ҳисобга олган ҳолда, жарроҳлик тактикасига дифференциал ёндашувни ишлаб чиқиш орқали, анатомик жиҳатдан мураккаб, интрапаренхиматоз жойлашган жигар бўшлиқли ҳосилалари бўлган беморларни даволаш самарадорлигини ошириш учун ўтказилган тадқиқот маълумотларига асосланиб:

мавзу бўйича тасдиқланган услубий тавсиянома “Жигар бўшлиқли ҳосилаларининг мураккаб анатомик, интрапаренхиматоз жойлашувида даволаш усули” номли услубий тавсиянома (Ўзбекистон Республикаси вазирлигининг 8н-р/1478-сонли 2022 йил 13–декабрдаги тадқиқот натижаларини амалий жорий этиш тўғрисидаги ҳулосаси) тасдиқланган. Ушбу услубий тавсиянома жигар эхинококкози билан оғриган беморларни жигар бўшлиқли ҳосилаларининг анатомик жиҳатдан мураккаб жойлашуви билан даволашнинг янада самарали усулини ишлаб чиқишга олиб келди, операция вақтидаги ва операциядан кейинги асоратларни

камайтиришга, шунингдек операция давомийлиги ва беморларни касалхонада қолиш муддатини қисқартиришга ёрдам берган;

амалий тиббиётда даволаш ва диагностика самарадорлигини ошириш бўйича олиб борилган таҳлил натижалари Бухоро шаҳар тиббиёт бирлашмаси, "Ўзбекистон Темир йўллари" АЖ Бухоро-1 станцияси темир йўл шифохонаси тиббий хизматининг амалий-даволаш ишларига киритилган. (Бухоро давлат тиббиёт институти эксперт комиссиясининг 23-х / 003 йил 24 мартдаги хулосаси). Амалда, клиник тадқиқотлар жигарда бўшлиқли ҳосилалари бўлган беморларни анатомик жиҳатдан мураккаб, интрапаренхиматоз жойлашувида, "троакар- фиксатор" ёрдамида жарроҳлик даволашнинг янги усулини ишлаб чиқилган ва шу билан бирга давомида стационар даволаниш муддатининг 3-4 кунга камайтириш орқали даволаш самарадорлигини аниқланган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 3 та илмий-амалий анжуманда, жумладан, 2 та халқаро ва 1 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 13 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган

Диссертациянинг таркиби ва ҳажми. Диссертация кириш, бешта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 107 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисми ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати, мақсади ва вазифаларига асосланган бўлиб, тадқиқот объекти ва мавзуси тавсифланган. Тадқиқотнинг Республика фан ва технологияларини ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган. Тадқиқот натижаларини соғлиқни сақлаш амалиётига татбиқ этиш тўғрисидаги маълумотлар келтирилган, нашр этилган ишлар ва илмий ишнинг тузилиши тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Жигарнинг бўшлиқли ҳосилалари муаммолари ҳақида замонавий қарашлар. Ташхиси ва даволаш**» деб номланган биринчи бобида жигар бўшлиқли ҳосилалари асоратларини комплекс даволаш ва олдини олиш муаммоси бўйича етакчи маҳаллий, рус ва хорижий тадқиқотчиларнинг тажрибасини ақс эттирувчи адабиётлар шарҳи тақдим этилган. Бундан ташқари, жигар бўшлиқли ҳосилаларининг мураккаб анатомик, интрапаренхиматоз жойлашуви бўлган беморларни даволаш усуллари бўйича маҳаллий ва хорижий тадқиқотчиларнинг илмий ишлари таҳлил қилинган.

Диссертациянинг «Тадқиқот материаллари ва усуллари» деб номланган иккинчи бобида беморларнинг клиник хусусиятлари, беморларни даволаш воситалари ва усуллари, клиник лаборатория ва инструментал тадқиқот усуллари тасвирланган.

Илмий тадқиқот ишида 2015-2022 йиллар давомида Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази ҳамда Когон темир йўллар касалхонаси жарроҳлик бўлимида, Бухоро шаҳар тиббиёт бирлашмасининг жарроҳлик бўлимида даволанган турли этиологияли жигар бўшлиқли ҳосилалари билан касалланган 136 нафар беморларни текшириш ва даволаш натижалари ёритилган.

Даволаш усулига мос равишда барча беморлар 3 гуруҳга бўлинган: I - таққослаш гуруҳига жигарда анатомик мураккаб жойлашмаган бўшлиқли ҳосилалари бўлган 86 нафар беморлар киритилган, II – назорат гуруҳи 28 бемордан иборат бўлиб, жигарда анатомик мураккаб жойлашган бўшлиқли ҳосилалари бўлган беморлар киритилган бўлиб, ушбу икки назорат гуруҳлари анъанавий жарроҳлик усулида даволанган. III – асосий гуруҳга эса жигарда мураккаб анатомик жойлашган ҳажмли ҳосилалари бўлган 22 нафар беморлар киритилган бўлиб, зарарланиш ўчоғини дренажлаш ва бўшлиқли ҳосилани фиксация қилиш мақсадида “Троакар – фиксатор” ускунасини интраоперацион қўллаш йўли билан даволанган.

Жигар бўшлиқли ҳосилаларини даволашнинг анъанавий усули натижаларини баҳолаш учун жигар бўшлиқли ҳосилаларининг оддий анатомик жойлашуви бўлган 86 нафар беморларни анъанавий даволаш усули натижаларини ўрганилган.

Операция давридан олдин анъанавий даволаш усули умумий кувватловчи симптоматик даволашни ўз ичига олган. Жарроҳлик даволаш пайтида I ва II таққослаш гуруҳининг барча беморлари умумий қабул қилинган услуб бўйича юкори -ўрта лапаротомия кесмаси билан даволанган.

1-жадвал

Беморларни даволаш турига қараб тақсимланиши (n - 136)

Бемор гуруҳлари	Даволаш усули	Беморлар сони
I назорат гуруҳи	Мураккаб анатомик жойлашмаган жигар бўшлиқли ҳосилалари бўлган беморлар анъанавий жарроҳлик усулида даволанган.	n- 86
II назорат гуруҳи	Мураккаб анатомик жойлашган жигар бўшлиқли ҳосилалари бўлган беморлар анъанавий жарроҳлик усулида даволанган.	n- 28
III асосий гуруҳи	“Троакар – фиксатор” ускунаси ёрдамида таклиф этилган усул билан даволанган.	n- 22

III асосий гуруҳда жигар бўшлиқли ҳосилаларининг мураккаб анатомик жойлашуви бўлган 22 беморда жарроҳлик операцияси анатомик

жойлашишини ҳисобга олган ҳолда автор томонидан ишлаб чиқилган “Троакар – фиксатор” ускуна ёрдамида, таклиф этилган усул ёрдамида амалга оширилган.

Шуни таъкидлаш керакки, кальцификация босқичида булган жигар эхинококкози ва бир нечта урғочи пуфаклари бўлган эхинококк кисталари билан оғриган беморлар беморларнинг турли гуруҳларининг синхронлигини сақлаб қолиш ва қўйилган вазифаларни ҳисобга олган ҳолда тадқиқот гуруҳига киритилмаган.

Барча текширилган беморлардан 106 (77,9%) нафар беморлар жигар эхинококкозининг гидатив босқичида, 20 (14,7%) нафар бемор жигар эхинококкэктомиясидан кейин қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши билан ва 10 (7,3%) бемор турли этиологияли ўткир жигар абцесси билан қабул қилинган.

Назорат ва асосий гуруҳдаги барча беморлар 30% и қониқарли ахволда ва 70% и ўрта оғир ахволда қабул қилинган. Қўпгина ҳолларда касалхонага келган беморлар куйидаги шикоятлар билан мурожаат қилган: тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий дармонсизлик ва безовталиқ, терлаш, иштаҳанинг пастлиги, ўнг гипохондридаги оғриқ.

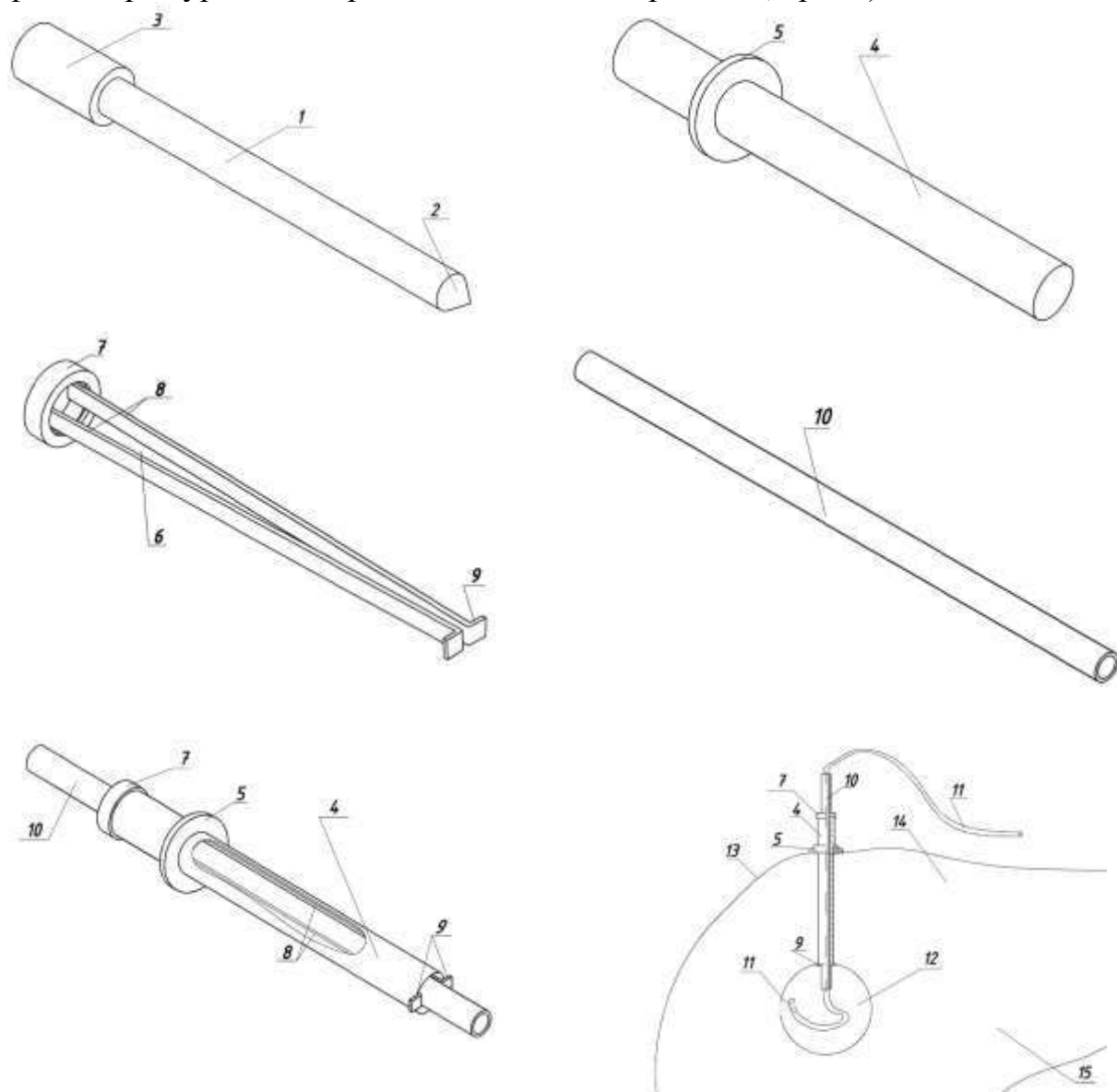
I таққослаш гуруҳининг беморлари, қабул қилинган куни, барча беморлар зудлик билан тана ҳарорати, нафас олиш сони, жигарни объектив текшириш (пальпация, перкуссия), ультратовуш текшируви ва зарур бўлганда жигар ва қорин бўшлиғининг МСКТ ёки КТ ўтказилди. Консерватив умумий кувватловчи ва симптоматик терапия бошланди. Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ва жигар абцесси бўлган беморларда эмпирик равишда антибиотик терапияси бошланди, сўнгра операциядан кейинги даврда микрофлоранинг сезгирлиги аниқланиб мос антибиотиклар берилди.

Эхинококк кистасининг таранглашган ҳолатларида ва жигарда йирингли ўчок мавжуд бўлганда, операция олди тегишли тайёргарликдан сўнг, умумий оғриксизлантириш остида жарроҳлик аралашувлар шошилиш кечиктирилган тарзда амалга оширилган. Операциялар ўрта – ўрта лапаротом кесмаси билан амалга оширилган.

Беморларнинг II гуруҳида, биринчи гуруҳда қўлланиладиган юқорида айтиб ўтилган стандарт консерватив даволаш чораларга қўшимча равишда, зарарланган учокнинг локализациясини аниқлаш учун жигар МСКТ ёки КТ ўтказилган. Операциялар юқори – ўрта лапаротомия кесмаси билан амалга оширилган.

Асосий гуруҳда (III) консерватив даволаш усулини операция олди тайёргарлиги олдинги гуруҳлардаги каби бажарилган. Асосий гуруҳдаги беморларда жарроҳлик тактикаси олдинги гуруҳ беморларидан фаркли ўларок, анатомик жиҳатдан мураккаб ва интрапаренхиматоз жойлашган кичик ҳажмли ҳосилалари борлигини ҳисобга олган ҳолда индивидуал жарроҳлик тактикаси танланган бўлиб, махсус “троакар - фиксатор” ускунасини қўллаган ҳолда жарроҳлик амалиёти бажарилган. Шу билан бирга, юқори – ўрта лапаротомия кесмаси билан қорин бўшлиғига кирилиб, интраоперацион ультратовуш назорати остида жигар бўшлиқли

хосилаларини пункция қилиш ва фиксация қилиш махсус “троакар – фиксатор” қурилмаси ёрдамида амалга оширилган (1-расм).



1-расм. "ТРОАКАР-ФИКСАТОР" Жигарнинг интрапаренхиматоз бўшлиқли ҳосилаларида жарроҳлик аралашуви учун қурилма.

1-троакар ушлагич, 2-стилётнинг ишчи учи, 3-троакар дастаси 4 - троакар найча, 5-резина найча манжет, 6-троакар ушлагич, 7-ушлагич чекловчи, 8-ушлагич плиталари, 9-ушлагич плиталарининг дистал учлари. 10-ушлагич регулятори (умумий кўриниш, изометрик проекция). 11 – аспиратор дренаж трубкаси, 12-кист бўшлиғи, 13 - жигар капсуласи, 14 - жигар паренхимаси, 15-жигар (умумий кўриниш, кесма).

Жигар бўшлиқли ҳосилаларининг пункция ва дренажлаш мақсадида қўлланилган “Троакар - фиксатор” ускунасини қўллаш усули қуйидаги босқичларни ўз ичига олади:

1. *Босқич.* Троакар ёрдамида интраоперацион ультратовуш назорати остида жигар паренхимаси ва капсуласи орқали жигар бўшлиқли ҳосиласи бўшлиғига ўтилган.

2. *Босқич.* Троакар стиллети олиб ташланган.

3. *Босқич.* Троакар тубуси орқали фиксатор бўшлиққа киритилган.

4. *Босқич.* Фиксаторнинг иккита пластинкаси орасидан ўтказувчи регулятор ўтказилган.

5. *Босқич.* Регулятор найчасининг бўшлиғи орқали жигар бўшлиғининг фаол аспирацияси ва керакли манипуляция амалга оширилган, сўнгра кейинги назорат учун бўшлиқни дренажлаш амалга оширилган.

6. *Босқич.* Регулятор трубкаси, ушлагич ва троакар трубкаси кетма-кет олиб ташланади.

7. *Босқич.* Дренаж трубкаси кетгуд иплари билан жигар капсуласига фиксацияланган. Дистал учи ташқарига чиқарилади терига ипак чоклари билан маҳкамланди.

Жигар бўшлиқли ҳосилаларини пункция қилиш ва дренажлаш учун “Троакар – фиксатор” ускунаси қўллаш методикаси.

Автор томонидан таклиф этилаётган мураккаб анатомик, интрапаренхиматоз жойлашган жигарнинг бўшлиқли ҳосилаларини пункция ва дренажлаш интраоперацион УТТ назорати остида бажарилган.

Бунинг учун лапаротомия ва жигарни мобилизацияси бажарилгандан сўнг, ультратовуш текшируви ёрдамида бўшлиқларнинг локализацияси аниқланган ва ультратовуш назорати остида жигар бўшлиқли ҳосиласи пункцияси амалга оширилган. Троакар-фиксатор ускунасини учини бўшлиққа киритгандан сўнг, соябон шаклидаги ташки фиксатор мосламаси ушланиб, жигар паренхимасига қадар туширилади ва жигарни ташки томонидан мустаҳкамланади. Интрапаренхиматоз жойлашган кичик ўлчамдаги бўшлиқли ҳосилаларни эвакуация қилиш ва қолдиқ бўшлиққа ишлов бериш амалга оширилган, сўнгра мосламанинг канали орқали дренаж найчаси билан бўшлиқни дренажлаш амалга оширилган. Ушбу манипуляция пайтида троакар- фиксатор ускунаси енгил тортиб туриш билан ушлаб турилган. Этап охирида ускуна бўшлиқда дренаж найчасини қолдириб, олиб ташланади, у кетгуд иплари билан жигар паренхимасига фиксация килинган ва контрапертура орқали терига чиқарилган. Ультратовуш текшируви ёрдамида дренажнинг охири бўшлиқда тўғри жойлашганлигига ишонч ҳосил қилинган. Силикон дренаж трубкаси ёрдамида бўшлиқ санацияси тўлиқ амалга оширилган. Кейинчалик, дренаж трубкаси троакар тубуси орқали бўшлиққа эҳтиёткорлик билан киритилган ва троакар тубуси олиб ташланган. Кетгуд иплари ёрдамида дренаж найлари жигар паренхимасига мустаҳкамланган. Дренаж найининг дистал учи контрапертура орқали чиқарилган ва терига ипак чоклар билан маҳкамланган.

Диссертациянинг **“Анатомик мураккаб жойлашмаган жигар бўшлиқли ҳосилаларини даволашнинг анъанавий жарроҳлик усулида даволаш натижаларини самарадорлигини баҳолаш”** деб номланган учинчи бобида қўйилган вазифалардан келиб чиқиб охириги 6 йил давомида

жигар бўшлиқли ҳосилалари билан стационар даволанган 86 нафар беморларнинг даволаш натижалари келтирилган.

Ушбу назорат гуруҳдаги текширилган беморларнинг 72% аёллар ва беморларнинг 28% эркаклар ташкил этган. Беморларнинг ёши 41 ёшдан 55 ёшгача бўлган. 86 нафар беморларнинг 69 нафари жигар эхинококкози билан касалланган бўлиб, жигарнинг I-III-IV-V-VI сегментларида локализацияланган. Шунинг таъкидлаш керакки, кальцификация босқичида жигар эхинококкози ва бир нечта урғочи пуфаклари бўлган эхинококк кисталари билан оғриган беморлар беморларнинг турли гуруҳларининг синхронлигини сақлаб қолиш ва қўйилган вазифаларни ҳисобга олган ҳолда тадқиқот гуруҳига киритилмаган. I гуруҳ беморларининг 11 (12,7%) нафари жигар қолдиқ бўшлиғи йиринглаши билан касалланган. Ушбу беморлар жигар эхинококкэктомия операциясидан кейинги асоратлар кўринишида юзага келган. Операция ўтказилгандан 1 йилдан 3 йилгача бўлган даврда юқоридаги асорат пайдо булган. Назорат гуруҳидаги 86 беморнинг 6 нафари ўткир жигар абцесси билан касалланган. Улардан 5 нафари турли ёшдаги беморлар булиб, жигар соҳаси ёпик жароҳати сабаб булган, 1 нафар беморда ўнг катта болдир суягининг сурункали остеомиелит фонида жигар абцесси ривожланган.

Барча беморлар аниқ ташхис ва жигарда зарарланиш ўчоғининг локализациясини аниқлаш мақсадида жигарни ультратовуш ва МСКТ таҳлиллари ўтказилган. Биринчи назорат гуруҳининг 69 нафар беморларнинг 44 нафарида (63,7%) эхинококк киста бўшлиғининг ёпик капитанажи ва 25 нафарида (36,2%) ярим ёпик эхинакоккэктомия қилинган.

Назорат гуруҳининг 11 нафар гидатидоз эхинококкоз билан оғриган беморларда ва 6 беморида қолдиқ бўшлиқларнинг йиринглаши билан касалланган беморларда ўткир жигар абцесси билан мос равишда қуйидаги тактикалар амалга оширилди

- анамнез, ультратовуш текшируви, МСКТ таҳлиллари, клиник ва лаборатория таҳлил натижалари асосида аниқ дифференциал ташхис қўйилгандан сўнг, операциядан олдинги тайёргарлик мақсадида 2 кун давомида инфузион, дезинтоксикацион, умумий қувватловчи ва симптоматик даволаш ўтказилган.

Беморларнинг аксарияти тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳолсизлик, терлаш, иштаҳанинг пастлиги каби шикоятлари билан қабул қилинган, тананинг умумий интоксикациясининг объектив ва клиник-лаборатор кўрсаткичлари қайд этилган (қуруқ тил, летаргия, қонда лейкоцитлар даражаси юқорилиги ва чапга силжиш). Операциядан олдинги тайёргарликдан сўнг барча беморларга жигарда зарарланиш ўчоғини баргараф этишга қаратилган жарроҳлик аралашуви ўтказилган. Беморларга мос равишда примедикациядан кейин юқори-ўрта ёки юқори-ўрта-ўрта лапаротомия ўтказилган. Жигар қолдиқ бўшлиғи йиринглаши бўлган беморлар ҳам, ўткир жигар абцесси билан оғриган беморлар каби интраоперацион УТТ назорати остида дренажланган ва дренаж проксимал қисми жигар капсуласи ва паренхимасига фиксация қилинган, дренаж

найчасининг учи контрапертура орқали терига чиқарилиб, ипак чоклари ёрдамида терига мустахкамланган.

Клиник ва лаборатория текширувлар жигар эхинококкози бўлган беморларга қараганда қолдиқ бўшлиқ йиринглаши ва ўткир жигар абцесси бўлган беморларда интоксикация кўрсаткичларининг нисбатан юқорилигини кўрсатган.

Қабул қилинган куни интоксикациянинг барча кўрсаткичлари нормадан сезиларли даражада силжиган. Инфузион-дезинтоксикацион, антибактериал, умумий қувватловчи терапия даволашнинг ўз ичига олган операциядан олдинги тайёргарлик жараёнида барча кўрсаткичлар 3 кунлик даволанишдан сўнг нормал ҳолатга яқинроқ бўлган. Операциядан кейинги даврда ЭЧТ дан ташқари барча бу интоксикация кўрсаткичлари 7 - кунга келиб нормал ҳолатга кайтган (2-жадвал). Ушбу беморларнинг барчаси 7-8 кунгача қолдиқ бўшлиқда дренаж найчалари билан амбулатория кузатувиغا чиқарилган. 10-13 кунларга келиб, қолдиқ бўшлиқни ультратовуш назорати текширувидан сўнг барча дренажлар амбулатория шароитида олиб ташланган. Бунда жигар бўшлиғининг ҳажми ва таркиби ҳисобга олинган. Дренажлар қолдиқ бўшлиғида 30 мм дан кам ҳажмда суюқлик аниқланганда олиб ташланган.

Шуни таъкидлаш керакки 1- назорат гуруҳдаги беморларда бажарилган операциялар давомийлиги 70 ± 8.5 минутни ташкил этди. 86 та операция қилинган беморлардан 3(3.4%) нафарида операцион жароҳатнинг йиринглаши кузатилган.

Ўтказилган муолажалардан сўнг жароҳатнинг иккиламчи битиши кузатилган. Бу беморларда операция техник жихатдан кийин бўлмаганлиги сабабли операциядан кейинги чурралар ва интраоперацион асоратлар кузатилмаган.

Диссертациянинг **“Жигарда мураккаб анатомик жойлашган бўшлиқли хосилалари бўлган беморларни даволашнинг анъанавий усуллари натижаларини аниқлаш”** деб номланган тўртинчи бобида анатомик мураккаб, интрапаренхиматоз жойлашган бўшлиқли хосила билан касалланган II гуруҳ беморларини анъанавий даволашнинг қиёсий таҳлиллари ўтказилган.

Жигарда анатомик мураккаб, интрапаренхиматоз жойлашган бўшлиқли хосила билан оғриган 28 нафар II гуруҳ беморларда анъанавий жаррохлик даволаш натижалари ўрганилган.

Олдин таъкидланганидек, беморларнинг турли гуруҳларининг синхронлигини сақлаб қолиш ва қўйилган вазифаларни ҳисобга олган ҳолда, тадқиқот гуруҳига жигар эхинококкози билан оғриган кальцификация босқичидаги беморларни гуруҳга киритилмаган. II назорат гуруҳ беморларининг 5 (17,8%) нафарида жигарда ўтказилган эхинококкэктомиядан кейинги қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши кузатилган. Назорат гуруҳидаги беморларнинг 2 (7,1%) нафарида жигар ўткир абцесси кузатилган. Ушбу гуруҳнинг 21 нафар беморлари эхинококк кистасининг гидатид шаклида бўлиб, жигарда интрапаренхиматоз жойлашган кичик ўлчамли бўшлиқли хосилали беморлар ташкил этган.

Операция пайтида, кичик ўлчамли (5 см гача) жигар кистасининг чуқур-интрапаренхиматоз жойлашуви туфайли техник қийинчиликлар юзага келган.

Жигар эхинококкози билан оғриган беморларни даволашнинг умумий тамойиллари аввалги беморлар гуруҳига ўхшаш бўлган. Бироқ, ушбу гуруҳдаги беморларнинг техник қийинчиликлари аввалгиларидан фарқ қилган. Бўшлиқнинг диаметри 4-5 см дан ошмаган бўлсада, бўшлиққа кириш учун жигар юзасида узунлиги 3 см дан кам булмаган кесма қилинган (2-расм).



Расм 2. Жигарда V – сегментида интрапаренхиматоз жойлашган эхинококк кистаси бўшлиғига кириш

II назорат гуруҳи 28 бемордан жигарнинг V- сегментида интрапаренхиматоз жойлашган эхинококк кистаси бўшлиғига кириш жараёнида беморларнинг операция вақтида 9 (32,1%) нафар беморда хосиланинг мураккаб интрапаренхиматоз жойлашганлиги сабабли назорат пункцияси вақтида киста бўшлигидаги суюқликнинг бир қисмини шприц орқали чиқиши натижасида, киста капсуласининг пуччайиши ва назорат игناسидан чиқиб кетиши кузатилган.

Шу сабабли абсцессларни қайта аниқлаш мақсадида бир неча марта пункция қилиб куришга мажбур бўлинган.

Барча беморларда ёпиқ усулда Дельбе усулида капитонажи билан эхинококкэктомия бажариш мумкин бўлса-да, техник қийинчилик булганлиги туфайли ярим ёпиқ усулда эхинококкэктомия қилишга мажбур бўлган, сўнгра киста бўшлигига дренаж найчаси қолдирилган ва жигар паренхимасига фиксация қилинган. 8 беморда сифатли операция бажариш мақсадида жигар бойламларини кесиб ўтиш орқали амалга оширилган (3-расм).

Жигар эхинококкози билан оғриган 21 нафар беморларнинг барчаси жигар ичидаги кичик ҳажмга эга бўлган гидатид жигар эхинококкози бўлган. Ушбу беморларга жарроҳлик аралашувнинг асосий босқичлари қуйидагилардан иборат: хитинли мембранани олиб ташлаш ва қолдиқ бўшлиқларни антигельмент дори-воситалар (глицерин, 70% спирт) билан

ишлов берилгандан сўнг, операция дренаж найчасини бўшлиқда қолдириш билан яқунланган (ярим ёпиқ усул).



3-расм. Жигар бўшлиқли хосилаларини дренажлаш ва фиксация қилиш

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, жигарда кичик ўлчамли интрапаренхиматоз жойлашган бўшлиқли хосилалари бўлган 28 бемордан 7 нафариди жигар йирингли ўчоқлари бўлган беморлар ташкил этади. Улардан 5 нафарини сўнгги уч йил ичида жигар эхинококкэктомиясидан сўнг қолдиқ бўшлиқ йиринглаган беморлар ташкил этган. 2 нафар беморда йирингли ўчоқ жигарнинг VI сегментида жойлашган, 1 нафар беморда ўчоқ IV и V сегментларда жойлашган. Чиқарув эпикризи баёнотига кўра, йирингли ўчоқ жойлашуви ўтказилган эхинококкэктомия амалиёти проекциясига мос келган.

Жигарнинг ультратовуш текшируви ва МСКТ хулосасига кўра интрапаренхиматоз бўшлиқли хосилалар 5 см гача ҳажмда бўлган. Бир беморда УТТ да МСКТ текширувларида жигарнинг VI сегментида бўшлиқли хосиласи ўткир абсцесс эканлиги аниқланди. Бўшлиқли хосила суюқлиги лойкаланган, қуюқ суюқлик бўлиб, бўшлиқ деворлари, аввалги гуруҳ беморлари бўшлиқ хосилаларига ўхшаш ингичка пиоген капсуласи бўлган. Жигар тўқималасининг шикастланиши ўчоқ атрофида зичлиги 3 дан 5 см гача бўлган инфилтратив соҳалар бўлиб, периферияга қараб интенсивлиги пасайиб борган (4-расм).

Қабул қилинган куни жигарнинг йирингли бўшлиқлари бўлган беморларнинг клиник ва лаборатор текширувлари жигар эхинококкози бўлган беморларга қараганда интоксикация кўрсаткичларининг юқори даражасини кўрсатган. Шунини таъкидлаш керакки, ушбу беморларнинг барчаси тўш ханжарсимон ўсимтасидан киндикгача кенг юқори -ўрта кесма билан операция қилинган.

Олдинги I назорат гуруҳидаги беморлар каби II назорат гуруҳидаги беморларни даволашда жарроҳлик амалиёти жигар бўшлиқли хосилаларини дренажлаш, йирингли таркибдан бўшатиш ва жигар бўшлиғини санация

қилинган. Йирингли фокусни силикон дренаж билан дренажлашдан сўнг, дренаж кетгуд иплари билан жигар паренхимасига мустахкамланган ва контрапертура орқали терига чиқарилиб, ипак иплари билан мустахкамланган.



4-расм. Бемор Б. ультратовуш текшируви ва жигар МСКТ ҳажми 5 см гача бўлган интрапаренхиматоз жойлашган бўшлиқли хосиланинг жойлашиши

Жигар йирингли ўчоқлари билан 4 нафар беморда, йирингли ўчоқлари билан икки беморда *St. Aureus* улардан бири *E. coli* микрофлораси аниқлади. Уларнинг барчаси цефазепимга сезгирлиги аниқланган.

Операциядан кейинги асоратларнинг қиёсий таҳлили, ўртача кунлар сони ва I – II назорат гуруҳи беморларининг операция давомийлиги қуйидаги қизиқарли ҳолатлар аниқланди. Жигарнинг I, II, III, IV сегментларида анатомик жиҳатдан мураккаб жойлашмаган (асосан субкапсуляр, юзаки жойлашган) бўшлиқли хосилалари бўлган беморларнинг I назорат гуруҳидаги ушбу асоратлардан фарқи қуйидаги жадвалда келтирилган (2-жадвал).

2-жадвал

I - II назорат гуруҳидаги беморларда операциядан кейинги асоратларнинг частотаси, ўртача ётоқ кунлари ва операция давомийлиги

Гуруҳлар	Беморлар сони	Операциядан кейинги жароҳат йиринглаши		Операциядан кейинги чурралар		Жигарнинг ятроген зарарланиши		Бўшлиқдан кон кетиши		Опер. ўртача давомийлиги	Ўртача ётоқ кунлари
		Абс	%	Абс.	%	Абс	%	Абс	%		
I гуруҳ	86	1	1,1	-	-	-	-	-	-	70 ± 8,5	7 ± 1,2
II гуруҳ	28	3	10,7	2	7,1	2	7,1	1	3,5	150 ± 9,4	11 ± 1,4

I назорат гуруҳи беморларда жароҳатнинг йиринглаши беморларнинг атиги 1,1 фоизида кузатилган. Операциядан кейинги чурралар, жигарнинг

ятроген шикастланиши, бўшлиқдан қон кетиши каби операциядан кейинги асоратлар I назорат гуруҳида кузатилмаган. Аксинча, жигар бўшлиқларининг мураккаб анатомик жойлашуви бўлган II назорат гуруҳидаги беморларда жарроҳлик ярасининг йиринглаши 10,7%, операциядан кейинги чурралар 7,1%, ятроген жигар шикастланиши 7,1%, операциядан кейинги эрта даврда қолдиқ бўшлиғидан қон кетиши кузатилган беморлар 3,5%ни ташкил этган. Агар I назорат гуруҳи операциясининг ўртача давомийлиги ўртача $70 \pm 8,5$ минут бўлса, II назорат гуруҳидаги беморларда операция давомийлиги $150 \pm 9,4$ минут давом этган.

Назорат гуруҳи беморларда операциядан кейинги даврда жароҳатнинг йиринглаши, операциядан кейинги чурралар, жигарнинг ятроген зарарланиши ҳамда қолдиқ бўшлиқдан қон кетиши каби асоратлар, шунингдек операциядан кейинги реабилитация даврининг узоқ чўзилиши жарроҳлик даволаш тактикасини такомиллаштиришда миниинвазив усуллардан фойдаланиш зарур деган хулосага келинган.

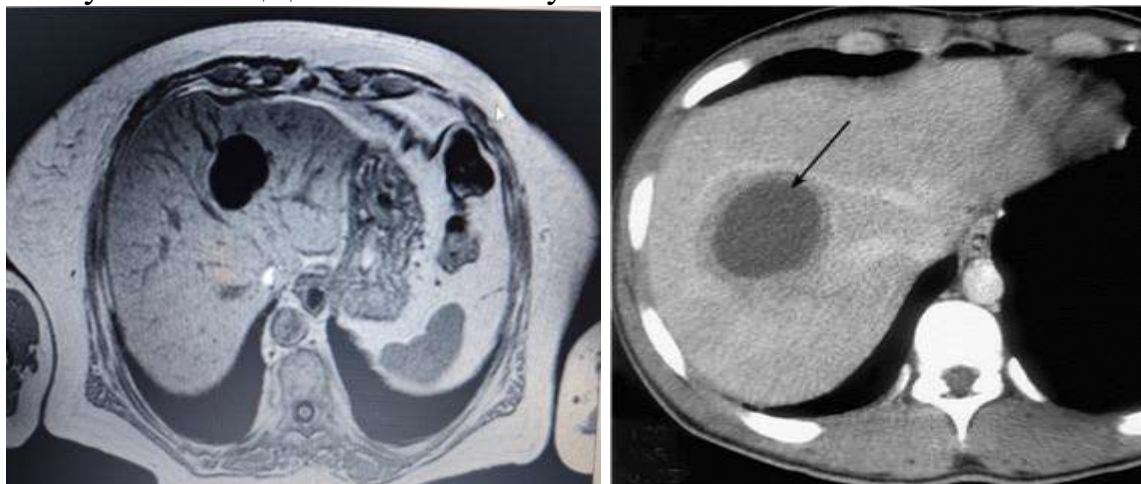
Диссертациянинг **“Жигарда мураккаб анатомик жойлашган бўшлиқли ҳосилаларни ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик тактикасини дифференциал ёндашуви таъсирининг самарадорлиги”** деб номланган бешинчи бобда мураккаб интрапаренхиматоз жойлашган жигар бўшлиқли ҳосилаларининг самарали жарроҳлик даволаш учун қўлланилган “троакар – фиксатор” ускунаси самарадорлиги баҳоланган.

Ушбу гуруҳдаги текширилган беморларнинг 68% аёллар ва беморларнинг 31% эркаклар ташкил этган. Жигарда бўшлиқли ҳосилалари бўлган 22 беморни ультратовуш ва МСКТ текшируви 16 (45,5%) кичик ўлчамдаги (5 см гача) жигар эхинококк кистасининг интрапаренхиматоз жойлашишини аниқланган. III гуруҳга киритилган 22 нафар бемордан 4 (18,1%) нафарини жигар қолдиқ бўшлиғи йиринглаши билан бўлган беморлар ташкил этган. Уларнинг барчасида жигар эхинококкэктомиясидан сўнг қолдиқ бўшлиқ йиринглаши кузатилган. 2 (9%) беморда ўткир жигар абсцесси аниқланган.

Бўшлиқларнинг локализациясига кўра, жараён бир ҳолатда жигарнинг II ва III сегментларида жойлашган. Икки ҳолатда жараён IV сегментда, тўрт беморда V сегментда, учта беморда эса зарарланиш ўчогининг жигарнинг VI сегментда жойлашганлиги аниқланган. Ультратовуш ва МСКТ текширувлари бўйича жигарнинг барча аниқланган бўшлиқли ҳосилалари жигар паренхимаси капсуласидан 3-5 см ёки ундан кўпроқ чуқурликда жойлашганлиги аниқланган (5-расм).

Беморларнинг ушбу гуруҳини операциядан олдин тайёргарлик аввалги беморлар гуруҳидаги каби умумий қабул қилинган усул каби амалга оширилди. Барча операциялар эндотрахеал наркоз билан умумий оғрикислантириш остида ўтказилган. Барча беморлар юқори-ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси билан операция амалга оширилган. Жигар юзасини визуал ва пальпатор тафтиши амалга оширилди. Шунинг таъкидлаш керакки визуал ва пальпатор тафтиш давомида бирорта беморда кичик ўлчамли

зарарланиш ўчогига эга бўлган ва чуқур жойлашган бўшликли хосиланинг жойлашувини аниқ қилиш имкони бўлмаган.



5-расм. Зарарланиш ўчоги а) IV сегмент ва б) V сегмент.

Барча 22 нафар беморларга интраоператив ультратовуш текшируви бажарилган. Бўшликли хосиланинг аниқ локализацияси аниқлагандан сўнг, ультратовуш сенсори ёрдамида бўшлиққа киришнинг оптимал нуқтаси ва пункция йўналиши аниқланган. Буларнинг барчасини ҳисобга олган ҳолда, ультратовуш текшируви назорати остида, автор томонидан ишлаб чиқилган ускуна ёрдамида таклиф қилган усул бўйича бўшлиқнинг пункцияси амалга оширилган.

Бўшлиққа киргандан сўнг, бўшлиқларнинг таркибий қисми эвакуация қилинган ва санация қилинган. Жигар эхинококкози бўлган беморларда хитинли мембрана сўриш йўли билан олиб ташланган. Бўшлиққа 70% спирт, 3-5 дақиқа таъсир қилиш билан, сўнгра 3-5 дақиқа таъсир қилиш билан глицерин эритмаси киритилган. Йирингли қолдиқ бўшлиқ бўлган 4 нафар беморларда бўшлиқлар 3-5 минут давомида декасан эритмаси билан санацияси бажарилган. Бўшликли хосилаларнинг йирингли таркибини эвакуация қилиш пайтида бактериологик текшириш учун намуна олинган. Жигарнинг йирингли ўчоқлари бўлган 4 бемордан учта беморда йирингли ўчоқдан *St. Aureus* аниқланди. Уларнинг барчаси цефоперазонга сезгирлиги аниқланган, жигар бўшлиғининг кунлик санитарияси амалга оширилди, сўнгра микрофлоранинг сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда антибиотиклар киритилган.

Операциянинг асосий босқичи 5 мм гача бўлган ўлчамидаги силикон дренажлари билан қолган бўшлиқларни дренажлаш билан яқунланган (6-расм).

Буларнинг барчаси ультратовуш назорати остида "троакар - фиксатор" махсус ускунаси ёрдамида ишлаб чиқилган усулни миниинвазив жарроҳлик даволашни танлашнинг афзалликлари аниқланган.

Даволанишнинг 5-6 кунга келиб, қолдиқ бўшлиқни назорат қилиш мақсадида ультратовуш текшируви бажарилгандан сўнг барча дренажлар

амбулатор шароитида олиб ташланган. Шу билан бирга, бу ерда жигардаги қолдиқ бўшлиқнинг ҳажми ва таркиби ҳам ҳисобга олинган.



6-расм. Ультратовуш назорати остида “Троакар - фиксатор” ускунаси билан бўшлиқли ҳосила пункцияси.

3-жадвал

I, II ва III гуруҳ беморларда операциядан кейинги асоратларнинг учраш частотаси, ўртача ётоқ кунлари, операция давомийлиги (n-136)

Гуруҳлар	Беморлар сони	Операциядан кейинги жароҳат йиринглаши		Операциядан кейинги чурралар		Жигарнинг ятроген зарарланиши		Бўшлиқдан кон кетиши		Опер. ўртача давомийлигир	Ўртача ётоқ кунлари
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%		
I гуруҳ	86	1	1,1	-	-	-	-	-	-	70 ± 8,5	7 ± 1,2
II гуруҳ	28	3	10,7	2	7,1	2	7,1	1	3,5	150 ± 9,4	11 ± 1,4
III гуруҳ	22	1	4,5	-	-	-	-	-	-	76 ± 3,9	8 ± 1,2

Операциядан кейинги даврда қонда ЭҚТдан ташқари барча интоксикация кўрсаткичлари 5-6-кунларда нормал ҳолатга қайтган. Ушбу беморларнинг барчаси қолдиқ бўшлиқдан дренаж найчалари чиқарилгандан сўнг, 8-9 кунлик даволанишга қадар амбулатория кузатувига чиқарилган. Дренажларни олиб ташлашда жигардаги қолдиқ бўшлиқнинг ҳажми ва таркиби ҳисобга олинган.

Ушбу даволаш усули афзалликларининг асосий мезонлари шундан иборатки, операция давомийлигининг кискариши, операциядан кейинги чурралар сонининг ҳамда жигарнинг ятроген зарарланишининг кузатилмаганлиги билан изоҳланади. Ушбу гуруҳдаги беморларда операциянинг ўртача давомийлиги 76 ± 3,9 минутни ташкил этган. Олдинги

гуруҳдан фарқли ўлароқ, беморларнинг ушбу гуруҳида: жигарнинг ятроген зарарланиши, жароҳатни йиринглаши ва операциядан кейинги чурралар кузатилмаган (3-жадвал).

ХУЛОСА

1. Жигарнинг I, III, IV, V ва VI сегментларида анатомик мураккаб жойлашмаган бўшлиқли ҳосилалари бўлган беморларни анъанавий жарроҳлик усулида даволаш техник кийинчиликларсиз бажарилади ва қўшимча интраперацион диагностик текширувларни талаб этмайди. Шу билан бирга, операциянинг ўртача давомийлиги $70 \pm 8,5$ минут, жароҳатнинг йиринглаши 1,1%, беморларнинг ўртача ётоқ кунлари $7 \pm 1,2$ кун. Операциядан кейинги чурралар, жигарнинг ятроген шикастланиши, бўшлиқдан қон кетиши I назорат гуруҳи беморларида кузатилмади.

2. Жигарнинг I – VI сегментларда кичик ўлчамдаги интрапаренхиматоз, мураккаб анатомик жойлашган ҳажмли ҳосилалари бўлган беморларни жарроҳлик усулида даволаш катта техник қийинчиликлар билан амалга оширилган, бу эса операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши 10,7% гача, операциядан кейинги чурралар 7,1% гача асоратлар билан кутилмаган даволаш натижаларига олиб келди, жигарнинг ятроген шикастланиши 7,1% ҳолатлар, операциядан кейинги эрта даврда жигар бўшлиғидан қон кетиши беморларнинг 3,5% гача кузатилди. Шу билан бирга, операциянинг ўртача давомийлиги $150 \pm 9,4$ минут, ўртача стационар даволаниш $11 \pm 1,4$ кунни ташкил этди. Буларнинг барчаси даволаш усуллари тақомиллаштиришга қаратилган қўшимча чора-тадбирларни ишлаб чиқишни талаб қилди.

3. Жигар бўшлиқли ҳосилаларининг мураккаб анатомик жойлашуви билан даволашда индивидуал жарроҳлик ёндашувни қўллаш, шу жумладан интраоперацион ультратовуш текшируви назорати остида "троакар – фиксатор" ускунасини қўллаш билан ишлаб чиқилган миниинвазив жарроҳлик усули ёрдамида ўрта лапаротом кесма билан даволаш натижаларини яхшилашга ёрдам берди. Шу билан бирга, жароҳатнинг йиринглаши 10,7% дан 4,5% гача камайди. Операциядан кейинги чурралар 7,1% дан, жигар ятроген шикастланиши 7,1% дан ва қолдиқ бўшлиқлардан қон кетиш 3,5% дан 0 гача камайди. Буларнинг барчаси стационар даволаниш муддатини анъанавий даволанишга қараганда 3-4 кунга қисқартиришга ёрдам берди.

4. Жигарда интрапаренхиматоз, мураккаб анатомик жойлашган кичик ўлчамдаги ҳажмли ҳосилалари бўлган беморларни «Троакар - фиксатор» ускунасини қўллаш орқали тақомиллаштирилган усул билан даволаш оптимал усул ҳисобланади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.04. 2022.Tib.93.01
ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ БУХАРСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

АРАШОВ РУСТАМ РУЗИМУРOTOVИЧ

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ
СЛОЖНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ, ВНУТРИПАРЕНХИМАТОЗНЫХ
РАСПОЛОЖЕНИЯХ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ**

14.00.27 – Хирургия

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

БУХАРА – 2023

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2022.1.PhD/Tib2530

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте имени Абу Али ибн Сино.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.bsmi.uz) и на Информационно-образовательном портале «Ziyonet» по адресу (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель:	Сафоев Бакодир Барноевич доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты	Гуламов Олим Мирзахитович доктор медицинских наук Хакимов Мурод Шавкатович доктор медицинских наук, профессор
Ведущая организация	Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино (Таджикистан)

Защита диссертации состоится «12» сентября 2023 года в 12³⁰ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.04.2022 Tib 93.01 по присуждению ученых степеней при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г. Бухара, улица А.Навои, дом 1. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: buhmi@mail.ru).

С диссертацией (DSc) можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за № 49. Адрес: 200118, г. Бухара, улица А.Навои, дом 1. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.)

Автореферат диссертации разослан «21» августа 2023 года
(реестр протокола рассылки № _____ от «21» августа 2023 года.)



А.Ш. Иноятов

Председатель разового научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Н.Н. Казакова

Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор философии (PhD) по медицинским наукам, доцент

Б.З. Хамдамов

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Несмотря на развитие новейших медицинских технологий и методов хирургического лечения в мире, лечение больных эхинококкозом печени, абсцессами и нагноением остаточной полости печени остается актуальной проблемой современной хирургии. По литературным данным последних лет отмечается рост заболеваемости эхинококкозом печени, расширение границ эндемичных районов, увеличение случаев поражения в неэндемичных районах. При этом существенное влияние на результаты лечения оказывают «...увеличившаяся миграция населения и ухудшение санитарно-эпидемиологической ситуации...»¹. Продолжаются дискуссии относительно роли и места радикальных и малоинвазивных методов хирургического лечения эхинококкоза печени. После оперативного лечения больных по-прежнему высок процент осложненных форм эхинококкоза и рецидивов заболевания. В связи с этим особую важность приобретают своевременная диагностика заболеваний и увеличение числа обращений больных в хирургические стационары, специализирующиеся на хирургической гепатологии.

Во всем мире, в последние десятилетия ведение больных абсцессами печени было изменено благодаря новым методам визуализации и хирургической тактики. Гнойный абсцесс печени является сложным заболеванием с высоким уровнем послеоперационной заболеваемости, а также «...основными гнойно-воспалительными осложнениями при заболеваниях печени являются остаточные полости и абсцессы, частота которых достигает 12,8%, а летальность колеблется от 12 до 46%...»². Увеличиваются текущие расходы в лечении пациентов с полостными образованиями печени, что существенно подрывает госбюджет хирургического стационара.

В нашей стране в целях развития медицинской сферы, адаптации медицинской системы к требованиям мировых стандартов и профилактики полостных образований печени Указом Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» было отмечено «...повышение эффективности, качества и всеобщности медицинской помощи в стране, а также создание системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения...»³

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, содержащихся в Указе Президента Республики Узбекистан №-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной

¹ М.Ф. Заривчацкий, И.Н. Мугатаров, Е.Д. Каменских, М.В. Колыванова, Н.С. Теплых. Хирургическое лечение эхинококкоза печени. Пермский медицинский журнал 2021 том XXXVIII №3. С. 32-40.

² Альперович Б.И. Хирургия печени. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 352 с.

³ Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. № УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ» и в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан. Данное диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Проблема полостных образований печени, была рассмотрена во Всемирной Организации Здравоохранения в 2015 г.

Хирургами всех стран мира с конца XX века подчёркивается важность лечения пациентов с полостными образованиями печени. Авторы Romano G, Agrusa A, Frazzetta G, (2019) подчеркнули, что абсцесс печени является грозной патологией печени с частыми неблагоприятными исходами. Для диагностики и лечения абсцессов печени необходимы усовершенствованные методы визуализации, особенно ультразвуковое исследование и компьютерная томография. При лечении абсцессов печени обычно пользуются хирургическим, открытым или лапароскопическим подходами, а у отдельных пациентов может быть выполнен чрескожный доступ. Не все абсцессы печени можно лечить антибиотикотерапией или чрескожным методом дренирования. Лапароскопический дренаж в сочетании с системной антибиотикотерапией является безопасным и эффективным минимально инвазивным подходом, который следует учитывать при лечении у отдельных пациентов.

Абсцессы печени различного генеза относятся к группе тяжелых гнойных заболеваний и считаются одной из сложных проблем гепатобилиарной системы. Их частота в общей структуре хирургических заболеваний варьирует от 0,006 до 0,5 % и не имеет тенденции к снижению в связи с значительным ростом числа воспалительных заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей, а также с возросшим количеством оперативных вмешательств на желчных протоках и печени с оставлением стентов и транспеченочных дренажей [Нартайлаков М. А. и др.2019] Абсцессы печени, развившиеся как осложнения гнойной патологии внутренних органов, составляют около 30 %. Ежегодно среди больных с хирургической патологией гепатобилиарной зоны, госпитализируется от 0,5 до 2-3 % пациентов с образованием полостей печени. По данным большинства исследователей, летальность при микробных абсцессах высока и составляет от 20 до 30 %. Летальность при множественных АП существенно выше, чем при одиночных, и может достигать, по данным некоторых авторов, 50-80 % [Земсков В. М., Козлова М. Н., Шишкина Н. С. и др. 2020].

По проведенному анализу исследований последних лет видно, что поиск простых и эффективных методик лечения полостных образований печени продолжается. Особенно, на наш взгляд, хирургическое лечение сложных, внутрипеченочных полостных образований является актуальной проблемой хирургии печени. Если полостное образование имеет небольшие размеры (до

5 см), проблема считается более актуальной. Настоящая диссертационная работа посвящена решению данной проблемы.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательского или научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Бухарского государственного медицинского института по теме: «Разработка новых подходов ранней диагностики, лечения и профилактики патологических состояний организма после COVID-19 в условиях жаркого климата Бухарской области» (2022-2026 гг).

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с полостными образованиями печени при сложных анатомических, внутривенных расположении, путём разработки малоинвазивной хирургической тактики с использованием «троакара - фиксатора».

Задачи исследования:

определить результаты традиционных методов лечения больных с полостными образованиями печени при анатомически несложных расположении;

оценить результаты традиционных методов лечения больных при анатомически сложных, интравенных, мелкомерных полостных образованиях печени;

оптимизация хирургического лечения больных с полостными образованиями печени при анатомически сложных расположении, путём разработки малоинвазивной хирургической тактики с использованием усовершенствованного специального троакара-фиксатора;

с учетом сравнительного анализа полученных результатов исследования разработать оптимальную хирургическую тактику лечения больных с полостными образованиями печени при анатомически сложных расположении.

Объектом исследования явились 136 больных с полостными образованиями печени, находившихся на лечении в Бухарском городском медицинском объединении, Каганской городской железнодорожной больнице и Бухарском областном многопрофильном медицинском центре за период 2015-2022 годы.

Предметом исследования явилась разработка миниинвазивного метода лечения больных с полостными образованиями печени.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы клинические, клинко-инструментальные, бактериологические и цитологические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

для решения поставленных в научной работе задач исследования, на основании динамического наблюдения за пациентами определены место и роль анатомически сложных расположений полостных образований печени (эхинококковая киста, гнойные очаги) в результате хирургического лечения;

разработано специальное устройство для интраоперационного дренирования эхинококковой кисты небольших размеров и гнойных очагов печени с анатомически сложными, интрапаренхиматозными расположениями;

определен способ применения разработанного специального устройства «троакар - фиксатор» для интраоперационного дренирования анатомически сложных, интрапаренхиматозных небольших полостных образований и эхинококковых кист в печени;

разработана оптимальная хирургическая тактика лечения полостных образований печени при анатомически сложных, интрапаренхиматозных расположениях.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

В соответствии с целью и задачами данного исследования разработан более эффективный метод лечения больных со сложным анатомическим, интрапаренхиматозным, полостным образованием в печени, что способствует уменьшению интраоперационных и послеоперационных осложнений, а также позволяет сократить продолжительность операции и сроков пребывания больных в стационаре. Тем самым улучшает результаты хирургического лечения больных с полостными образованиями печени с анатомически сложными расположениями, что, безусловно, приведёт к достижению экономической эффективности научной работы. Это позволило рекомендовать представленный метод лечения для широкого применения в отделениях хирургического профиля.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования подтверждена применением современных, широко используемых в практике клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования заключается в том, что выполнение целей и задач исследования привело к разработке более эффективного метода лечения больных с полостными образованиями печени с анатомически сложными расположениями, что способствует снижению осложнений во время и после проведения операции, а также значительно сокращает продолжительность оперативного вмешательства и сроки пребывания больных в стационаре.

Основная научная и практическая значимость работы заключается в том, что на практике разработан экономичный метод лечения.

Внедрение результатов исследования. Опираясь на данные проведенного исследования, для повышения результативности лечения больных с полостными образованиями печени при анатомически сложных, интрапаренхиматозных расположениях, путём разработки дифференциального подхода к хирургической тактике с учетом анатомического расположения очага поражения:

- Разработаны и утверждены методические рекомендации на тему «Способ лечения при сложных анатомических, внутривенных расположении полостных образований печени» (Заключение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 8н-р/1478 от 13-декабря 2022 года по практическому внедрению результатов научно-исследовательских работ). Данные методические рекомендации приведут к использованию более эффективного способа лечения больных эхинококкозом печени с анатомически сложными расположениями полостных образований, и могут способствовать уменьшению интраоперационных и послеоперационных осложнений, а также способствуют сокращению продолжительности операции и сроков пребывания больных в стационаре;

результаты проведенного анализа по повышению результативности лечения и диагностики в практической медицине введены в лечебно-практическую и лечебную работу Бухарского городского медицинского объединения, АО «Узбекистон темир йуллари» Врачебная служба Железнодорожная больница ст. Бухара-1 (Итоги Экспертная комиссия БухГосМИ № 23-х/003 от 24 марта 2023 года). В практике клиническими исследованиями была выявлена эффективность лечения больных полостными образованиями печени при анатомически сложных, внутри паренхиматозных расположениях, путём разработки нового метода хирургического лечения с применением «Троакара - фиксатора» и тем самым сокращения пребывания в стационаре на 3-4 суток.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 3-х научных конференциях и съездах, в том числе на 2-х международных и на одной республиканской научно-практической конференции.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, из них 6 статей опубликованы в научных журналах, в том числе 4 в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы и приложений. Объем диссертации составляет 107 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и востребованность темы диссертации, сформулированы цели и задачи, а также объект и предмет исследования, приведено соответствие исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики Узбекистан, изложены научная новизна и практические результаты исследований, раскрыты теоретическая и практическая значимость полученных результатов, обоснована достоверность полученных данных, даны сведения по внедрению результатов исследований в практику, опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «Современные представления о проблемах полостных образований печени. Диагностика и лечения» изложен обзор литературы, в котором отражены опыт ведущих отечественных, российских и зарубежных исследователей по проблеме комплексного лечения и предупреждения осложнений при полостных образованиях печени. Кроме того, приведен анализ научных работ отечественных и зарубежных исследователей о методах диагностики, лечения операции при полостных образованиях печени больных со сложными анатомическими расположениями очага поражения печени.

Во второй главе диссертации «Материалы и методы исследования» представлены клиническая характеристика больных, средства и методы их лечения, клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, обеспечивающие решение поставленной проблемы.

В основе работы положены результаты обследования и лечения 136 больных с полостными образованиями печени различной этиологии, находившихся на лечении в хирургическом отделении клинической базы Бухарского государственного медицинского института, Бухарского областного многопрофильного медицинского центра, хирургическом отделении Бухарского Городского Медицинского Объединения и в Бухарской железнодорожной больнице за период 2015-2022 годы.

Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 3 группы: I – группа сравнения, в её состав вошли 86 больных с полостными образованиями печени при несложных расположениях очага поражения, II – контрольную группу составили 28 больных с полостными образованиями при сложном, внутривнутрипечёночном расположении, к которым применялись традиционные хирургические методы лечения. III – в основную группу включены 22 больных со сложными анатомическими расположениями очага поражения, которым при хирургическом вмешательстве применялось разработанное устройство «Троакара - фиксатор» для дренирования и фиксации полостных образований печени.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от вида лечебных мероприятий (n- 136)

Группы больных	Метод лечения	Число больных
I группа сравнения	Группа сравнения Традиционный хирургический метод лечения больных с несложными расположениями полостных образований в печени.	n- 86
II контрольная группа	Группа сравнения Традиционный хирургический метод лечения больных со сложными расположениями полостных образований в печени.	n- 28
III основная группа	Хирургическое лечение с применением «Троакара-фиксатора» по разработанной методике	n- 22

С целью оценки результатов традиционного метода лечения полостных образований печени в первой контрольной группе у 86 больных с несложным анатомическим расположением полостных образований печени изучены результаты традиционного метода лечения.

Традиционный метод лечения до операционного периода включал в себя общеукрепляющую симптоматическую терапию. При хирургическом лечении всем больным I и II группы сравнения выполнялась верхне-срединная лапаротомия по общепринятой методике.

В III основной группе у 22 больных со сложными анатомическими расположениями полостных образований в печени, хирургическая операция выполнена усовершенственным методом с использованием разработанного нами устройства «троакар-фиксатора» с учетом анатомического расположения очага поражения.

Следует отметить, что для сохранения синхронности различных групп больных и с учетом поставленных задач в группу исследования не включены больные с эхинококкозом печени в стадии кальцификации и эхинококки с множественными дочерними пузырями.

Из всех обследованных больных, 106 (77,9%) пациентов поступили в клинику в гидативной стадии эхинококка печени, 20 (14,7%) пациентов поступили с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени и 10 (7,3%) пациентов поступили с острым абсцессом печени различной этиологии.

Из всех 136 обследованных больных обратились в больницы в удовлетворительном состоянии - до 30% и в состоянии средней степени тяжести - до 70%. В большинстве случаев пациенты поступали с жалобами: на повышенную температуру тела, общую слабость и недомогания, потливость, отсутствие аппетита, боли в области правого подреберья.

Всем больным I группы сравнения, в день поступления в экстренном порядке измеряли температуру тела, частоту дыхания, проводилось объективное исследование печени (пальпация, перкуссия), УЗИ исследование, и при необходимости МСКТ или КТ печени и брюшной полости. Далее приступали к консервативной общеукрепляющей и симптоматической терапии. Больным с остаточной полостью и абсцессом печени проводилась эмпирическая антибиотикотерапия с последующим учётом чувствительности микрофлоры в послеоперационном периоде.

При наличии напряжённой эхинококковой кисты и гнойного очага печени, после соответствующей предоперационной подготовки в экстренном отсроченном порядке выполнялось хирургическое вмешательство под общим обезболиванием. Операции выполнялись верхне-срединным доступом.

Во II группе больных помимо вышеуказанных стандартных консервативных лечебных мероприятий, использованных в первой группе, проводилось обязательное МСКТ или КТ печени для точного определения локализации пораженного очага. Оперативный доступ и хирургическая тактика были идентичны, как в предыдущей группе.

В основной группе (III) предоперационная подготовка и консервативный метод лечения были аналогичны предыдущей группе. А хирургическая тактика у больных основной группы отличалась от предыдущей группы, при этом, с учетом анатомически сложного и внутripеченочного расположения полостных образований небольших размеров, выбиралась индивидуальная хирургическая тактика. Мы выполняли верхне-срединную лапаротомию под интраоперационным контролем УЗИ с использованием специального устройства «Троакар - фиксатор» для пункции и фиксации полостных образований печени, схематическое изображение которого приведено на рис. 1.

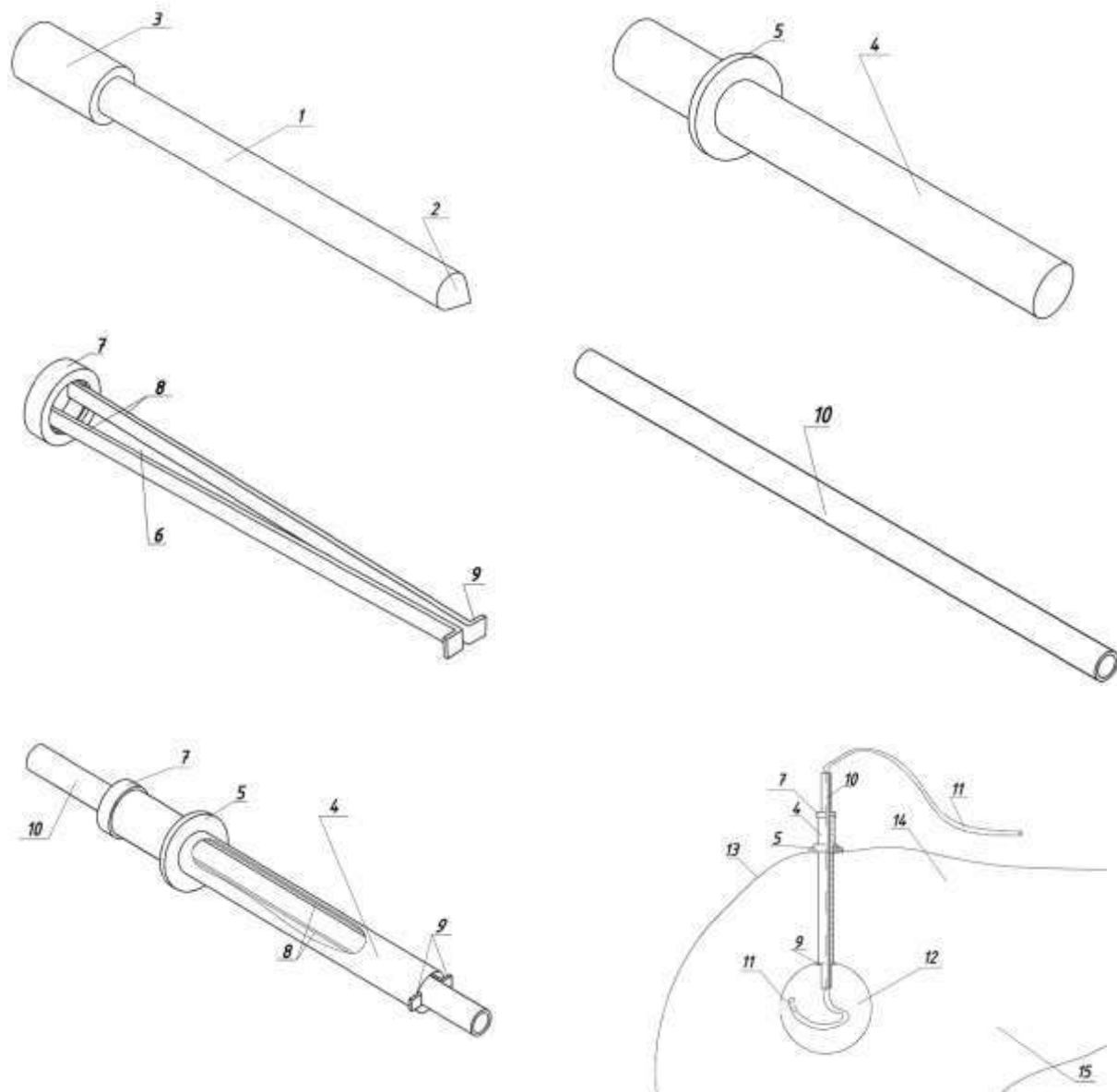


Рис. 1. «ТРОАКАР-ФИКСАТОР» Устройство для хирургического вмешательства внутripеченочных полостных образований печени.

1- держатель троакара, 2 - рабочий конец стилета, 3 - рукоятка троакара, 4 - трубка троакара, 5 - резиновая манжета трубки, 6 - держатель троакара, 7-ограничитель держателя, 8-пластины-держатели,

9-дистальные концы пластин-держателей. 10 - ручковый регулятор (общий вид, изометрическая проекция). 11 - дренажная трубка аспиратора, 12 - полость кисты, 13 - капсула печени, 14 - паренхима печени, 15 - печень (общий вид, разрез).

Способ применения устройства при выполнении операции хирургического лечения при полостных образованиях печени включает в себе следующие этапы:

1. *Этап.* Под контролем УЗИ интраоперационно с помощью троакара через капсулу и паренхиму печени проходим до просвета полости печени.

2. *Этап.* Стиллет троакара удаляется.

3. *Этап.* Через тубус троакара в просвет полости проводится фиксатор печени.

4. *Этап.* Через просвет между двумя ножками фиксатора проводим проводник регулятора.

5. *Этап.* Через просвет трубки регулятора выполняется активная аспирация полости печени и необходимая манипуляция с последующим дренированием полостного образования для дальнейшего контроля.

6. *Этап.* Последовательно удаляется тубус регулятор, фиксатор и тубус троакара.

7. *Этап.* Дренажная трубка кетгутowymi швами фиксируется в капсулу печени. Дистальный конец выводим в наружу на кожу фиксируется шелковыми швами.

Методика дренирования очага поражения печени с использованием устройства для пункции и фиксации полостных образований.

Дренирование полостного образования с помощью, разработанного автором устройства для пункции и фиксации, проводилось интраоперационным методом дренирования полостных образований печени небольших размеров со сложным, интрапаренхиматозным расположением. Для этого после лапаротомии и мобилизации печени определяли локализацию полостей с помощью УЗИ исследования и под контролем УЗИ проводилось пункция полостного образования печени. После попадания конца инструмента в полость, раскрывали в виде зонтика и натягивали назад. При интрапаренхиматозных локализациях полостных образований небольших размеров проводилась эвакуация и санация образования с последующим дренированием полостей дренажными трубками через просвет пункционного устройства. В течение данной манипуляции держали инструмент для пункции под легким натяжением. В последующем инструмент удалялся, оставляя дренажную трубку в полости, которая фиксировалась кетгутowymi швами на паренхиму печени и через контропертуру выводилась на кожу. С помощью контроля УЗИ проверяли правильность нахождения конца дренажа в полости. Санацию полости выполняли силиконовой дренажной трубкой. Далее в полость с троакарной трубкой осторожно вводили дренажную трубку и удаляли троакарную

трубку. Дренажные трубки фиксировали к паренхиме печени с помощью кетгутовых нитей. Дистальный конец дренажной трубки удаляли через контрапертуру и фиксировали к коже шелковыми швами.

В третьей главе диссертации **«Оценка эффективности результатов традиционных методов лечения полостных образований печени при анатомически несложном расположении»** проведен анализ традиционных методов лечения больных I группы сравнения с полостными образованиями печени при анатомически несложном расположении.

Исходя из поставленной задачи, изучены результаты традиционного лечения 86 больных с полостными образованиями печени, которые получили стационарное лечение в последние 6 лет. Из обследованных больных этой группы 72% составили женщины и 28 % мужчины. Возраст больных составлял от 41 до 55 лет. Из 86 обследованных 69 (80,2%) больных были с эхинококкозом печени, расположенным в области I-III-IV-V-VI сегментов. Следует отметить, что для сохранения синхронности различных групп больных и с учетом поставленных задач в группу исследования не включены больные с эхинококкозом печени в стадии кальцификации и с множественными дочерними пузырями. Включенные 11 (12,7%) больных I группы были с остаточными полостями печени. У всех больных данной группы наблюдалось нагноение остаточной полости после перенесенной операции эхинококкэктомии печени. Давность перенесенных операций составляло от 1 до 3 лет. Из 86 больных контрольной группы 6 пациентов были с острым абсцессом печени. Из них 5 в анамнезе получили тупые травмы в области печени различной давности, у 1 пациента установлен септический очаг печени на фоне хронического остеомиелита большеберцовой кости правой голени.

Всем больным для уточнения диагноза и локализации поражения очага печени производились УЗИ и МСКТ анализы печени.

Из 69 больных у 44 (63,7%) проводились закрытые методы капитанажа полости эхинококковой кисты, у 25 (36,2%) пациентов выполнена полужакрытая эхинококкэктомия.

11 больным с гидатидозными эхинококкозами и 6 больным контрольной группы с нагноениями остаточных полостей и острым абсцессом печени, соответственно, применена следующая тактика: после установления точного дифференцированного диагноза по результатам анамнеза, УЗИ, МСКТ исследований и клинико-лабораторных данных с целью предоперационной подготовки, проводилось инфузионное, детоксикационное, общеукрепляющее и симптоматическое лечение в течении 2 суток.

Большинство больных поступали с жалобами на повышенную температуру тела, слабость, потливость, отсутствие аппетита, у них объективно и клинико-лабораторно отмечались признаки общей интоксикации организма (сухость кожи, языка, вялость, повышение уровня лейкоцита крови и ЛИИ со сдвигом влево нейтрофилов). После предоперационной подготовки всем больным выполнено оперативное

вмешательство, направленное на ликвидацию очага поражения печени. После соответствующей примедикации, этим больным также проводилась верхно-срединная или верхно-срединно-срединная лопаротомия. Как больным с остаточной полостью печени, так и больным с острым абсцессом печени выполнялось интродооперационное дренирование и санация полости гнойного очага с оставлением дренажа в полость, который фиксировался на капсулу печени кетгутowymi швами, в последующем конец дренажной трубки выводился через контурапертуру наружу и фиксировался на кожу шёлковыми швами.

При клинико-лабораторном исследовании крови выявили относительно высокий уровень показателей интоксикации у больных с нагноением остаточных полостей печени и острым абсцессом печени, чем у больных с эхинококкозом печени.

В день поступления все показатели интоксикации были значительно отклонены от нормы. В процессе предоперационной подготовки, в которую включили инфузионно-детоксикационную, антибактериальную, общеукрепляющую терапию, все показатели были ближе к норме к 3 суткам лечения. В послеоперационном периоде все эти показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, к 7 суткам нормализовались. Все эти больные к 7-8 суткам выписаны под амбулаторное наблюдение с дренажными трубками в остаточной полости. К 10-13 суткам все дренажи после контрольного УЗИ исследования остаточной полости удалены в амбулаторных условиях. При этом учитывали размер и содержание полости печени. Дренажи удалялись при размере менее 30 мм без содержания жидкости.

Следует отметить, что средняя продолжительность выполненной операции у I-вой контрольной группы, составляло $70 \pm 8,5$ мин. Из 86 прооперированных больных у 3х (3,4%) отмечалось послеоперационное нагноение раны, и после проведенного соответствующего лечения рана зажила вторичным натяжением. У этих больных послеоперационные грыжи интраоперационные осложнения не наблюдались.

В четвертой главе диссертации **«Определение результатов традиционных методов лечения полостных образований печени при сложных анатомических расположениях»** проведен сравнительный анализ традиционных методов лечения больных II группы с полостными образованиями печени анатомически сложного, внутривисцерального расположения.

У 28 обследованных больных II группы с полостными образованиями печени с анатомически сложными расположениями изучены результаты традиционного хирургического лечения.

Как было отмечено в предыдущей главе, для сохранения синхронности различных групп больных и с учетом поставленных задач в группу исследования не включены больные с эхинококкозом печени в стадии кальцификации. У 5 (17,8 %) больных II группы было зафиксировано

нагноение остаточной полости после перенесенной операции эхинококкэктомии печени. Из 28 больных контрольной группы 2 (7,1%) пациента были с острым абсцессом печени. 21 больных данной группы были в гидативной форме эхинококковой кисты с небольшими размерами внутripеченочного расположения.

Во время операции возникли технические трудности в связи с глубоким интрапаренхиматозным расположением небольшой (до 5 см) кисты печени.

Общий принцип лечения больных с эхинококкозом печени был идентичным, как в предыдущей группе. Даже после выявления очага поражения из-за малых размеров и его глубокого расположения вынужденно выполнялась травматичная операция в отношении печени. Хотя размеры полостных образований составляли не более 4-5 см для доступа к ним вынужденно проводили разрез на поверхности печени длиной не менее 3 см, в глубину до очага поражения, что часто составило от 3 до 5 см (рис. 2).



Рис. 2. Доступ к полости эхинококковой кисты внутripеченочного расположения V-го сегмента печени

У 9 (32,1%) из 28 больных II группы с полостными образованиями печени со сложным интрапаренхиматозным расположением в процессе проникновения в полость эхинококковой кисты, расположенной интрапаренхиматозно в V-сегменте печени, часть жидкости в полость кисты была выброшена шприцем при контрольной пункции, капсула кисты спалась и вышла из контрольной иглы. По этой причине приходилось несколько раз выполнять пункцию для повторного выявления очага поражения, из них в 5 (55,5%) случаях очаг поражения выявлен только после дополнительного проведения интраоперационного УЗИ исследования.

Хотя эхинококкэктомию с капитонажем по методу Дельбе удалось выполнить всем больным, из-за технических трудностей эхинококкэктомию пришлось выполнять полузакрытым способом, после чего в полость кисты устанавливали дренажную трубку и производили фиксацию к капсуле через паренхиму печени, которая обеспечивала доступ к очагу поражения (рис 3). У 8 пациентов для выполнения качественной операции выполняли пересечением связок печени.



Рис. 3. Дренажирование полости печени с фиксацией дренажа.

У 21 больного с эхинококкозом печени киста была с малым внутripеченочным объемом. Основные этапы хирургического вмешательства у этих больных были следующими: после удаления хитиновой оболочки и обработки остаточных полостей антигельминтными препаратами (глицерин, 70% спирт) операция завершалась оставлением дренажной трубки в полости (полузакрытым способом).

Как было выше отмечено, из 28 больных с полостными образованиями печени небольших размеров с интрапаренхиматозным расположением, у 7 пациентов обнаружены гнойные очаги печени. Из них у 5 пациентов были нагноения остаточной полости после перенесенной эхинококкэктомии печени в течение последних трёх лет. У 2 пациентов гнойный очаг локализовался в VI сегменте печени, по 1 больных выявлена локализация гнойного очага к IV и V сегментам печени. По данным выписного эпикриза расположение гнойных очагов соответствует проекции выполненной эхинококкэктомии. При УЗИ и МСКТ исследовании печени выявлены интрапаренхиматозное расположение полостного образования размером до 5 см. У одного больного выявлен острый абсцесс в VI сегменте печени, который при УЗИ и МСКТ исследовании также выявлено полостное образование в области VI сегмента печени. Полостное образование содержало мутную, густую жидкость, стенки полости здесь, также как у аналогичных больных предыдущей группы, имела тонкую пиогенную капсулу. Вокруг очага поражения тканей печени имелись плотные инфильтративные участки от 3 до 5 см, интенсивность которых от гнойного очага к периферии постепенно снижалась (рис. 4).

В день поступления при клинико-лабораторных исследованиях крови больных с гнойными очагами печени отмечен более высокий уровень показателей интоксикации, чем у больных с эхинококкозом печени.

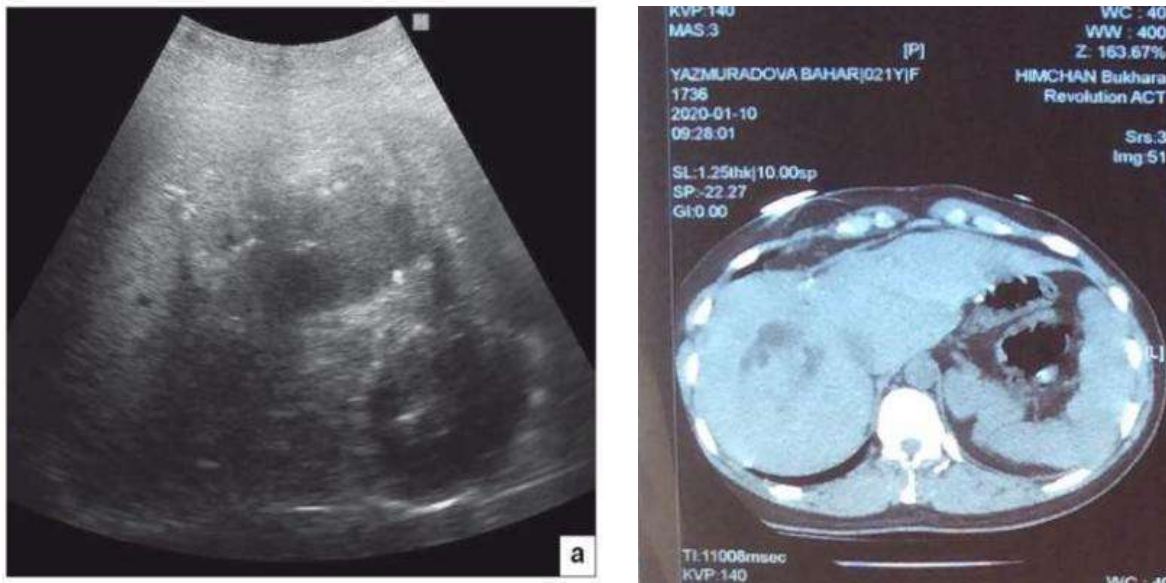


Рис. 4. Больная Б. При УЗИ исследовании и МСКТ печени выявлено интрапаренхиматозное расположение полостного образования размером до 5 см.

Следует отметить, что всем этим больным также выполнялась операция с широким верхне-срединным доступом, начиная от мечевидного отростка грудины до пупка.

Практически у всех 4 больных с гнойными полостными очагами II группы также выполнение операции сопровождалось техническими трудностями аналогично больным с эхинококкозом печени.

Методику хирургической операции как у аналогичной предыдущей группы больных составляло дренирование, опорожнение полости от гнойного содержимого и санация полости печени. После дренирования гнойного очага с силиконовым дренажом дренаж фиксировался кетгутowymi швами на паренхиму печени и через контурапертуру фиксирован на кожу шёлковыми швами.

Из четырёх больных с гнойными очагами печени у двоих больных из гнойного очага выявлена *St. Aureus*. у одного обнаружена *E. coli*. Все они были чувствительны к Цефалеразону.

Сравнительный анализ послеоперационных осложнений, среднее койко дней и продолжительности операции больных I - II контрольной группы выявили следующие интересные моменты (табл. №2). Из этих осложнений у I контрольной группы больных с полостными образованиями в I, II, III, IV сегментах печени без анатомически сложных расположений (в основном подкапсулярные, поверхностные расположения).

Наблюдалось нагноение раны лишь у 1,1% больных. Послеоперационные осложнения, такие как послеоперационная грыжа, ятрогенные повреждения печени, кровотечения из полости, у I контрольной группы больных не наблюдались.

Таблица 2.

Частота послеоперационных осложнений, среднее койко дней и продолжительность операции больных I - II контрольной группы

Группы	Общее число больных	Нагноение операционной раны		Послеоперационные грыжи		Ятрогенные повреждения печени		Кровотечения из полости		Сред. длит. опер	Среднее койка дней
		Абс	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс	%		
I группа	86	1	1,1	-	-	-	-	-	-	70±8,5	7±1,2
II группа	28	3	10,7	2	7,1	2	7,1	1	3,5	150±9,4	11±1,4

В отличие от них у больных II контрольной группы со сложными анатомическими расположениями полостных образований печени, нагноение операционной раны наблюдались у 10,7%, послеоперационные грыжи у 7,1%, ятрогенные повреждения печени у 7,1%, кровотечение из полости печени в раннем послеоперационном периоде у 3,5% пациентов. Если средняя длительность операции I контрольной группы составляло в среднем 70±8,5 мин., то у больных II контрольной группы длительность операции продолжалась 150±9,4 мин.

Значительный процент неудовлетворительных результатов лечения, таких как нагноение операционных ран, внутрибрюшные осложнения, грыжи в послеоперационном периоде, а также длительный период операции и реабилитации данной категории больных при традиционном методе лечения позволило нам делать вывод о необходимости усовершенствования хирургической тактики лечения с использованием малоинвазивных технологий.

Пятая глава диссертации **«Эффективность влияния дифференциального подхода хирургической тактики с учетом сложных анатомических расположенных полостных образований в печени»** В данной главе проведен анализ лечения 22 обследованных больных III группы с полостными образованиями печени со сложными анатомическими расположениями, которым использовано разработанное нами устройство «Троакар - фиксатор» для эффективного хирургического лечения при небольших полостных образованиях печени со сложными, интрапаренхиматозными расположениями.

Из обследованных больных этой группы 68% были женского пола и 31% пациентов были мужчины. При УЗИ и МСКТ исследовании из 22 больных с полостными образованиями печени у 16 (45,5 %) выявлено интрапаренхиматозное расположение эхинококковой кисты печени небольших размеров (до 5 см).

Из 22 обследованных больных III группы 4 (18,1 %) пациента были с остаточной полостью печени. Все они были с нагноением после перенесенной операции эхинококкэктомии печени. У 2 (9 %) пациентов отмечался острый абсцесс печени.

По локализации образований в одном случае располагалось во II и III сегментах печени. В двух случаях очаг поражения локализовался в IV сегменте, у четырех больных в V сегменте и у трех пациентов полостное образование было локализовано в VI сегменте печени. Все выявленные полостные образования печени по данным УЗИ и МСКТ исследования располагались на 3-5 см и более глубине от капсулы паренхимы печени (рис. 5).

Предоперационная подготовка данной группы больных проводилась общепринятым методом, как и у предыдущей группы больных. Все операции выполнялись под общим обезболиванием эндотрахеальным наркозом. Всем больным выполнена верхне-срединно- срединная лапаротомия. Проводились визуально и пальпаторно ревизия поверхности печени. Следует отметить, что ни в одном случае как визуально, так и пальпаторно не определена и не обнаружена локализация полостного образования печени, из-за небольших размеров и глубокого расположения очага.

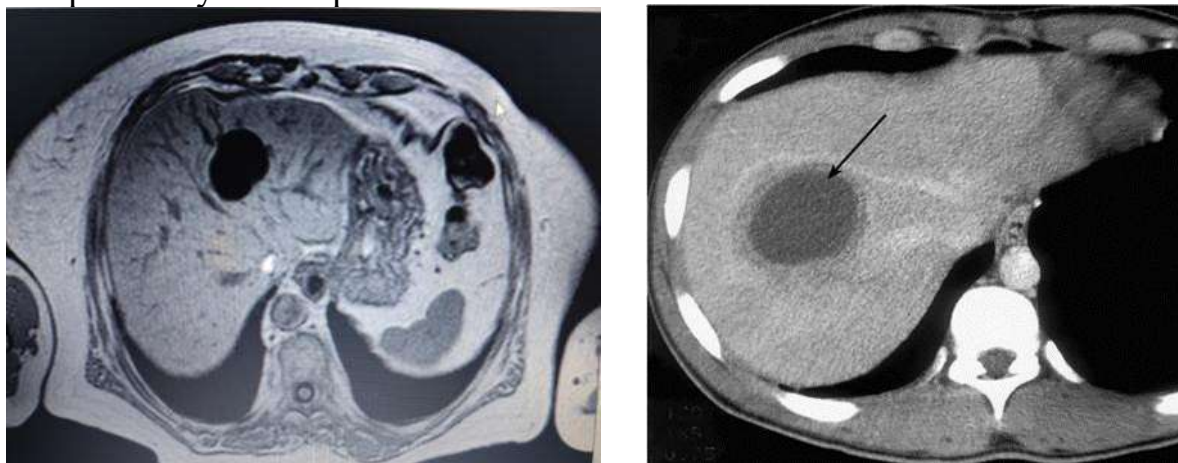


Рис 5. Очаг поражения а) в IV сегменте и б) в V сегменте.

Всем 22 больным интраоперационно проводились УЗИ исследования. После выявления точной локализации полостного образования, с помощью датчика УЗИ определена оптимальная точка доступа к полости и направление линии пункции. С учетом всего этого под контролем УЗИ наблюдения проводилась пункция полостного образования по нами предлагаемой методике с использованием, разработанной нами устройства, что подробно описано во II главе диссертационной работы.

После попадания в полость проводилась эвакуация и санация содержимой полостей. У больных с эхинококкозом печени с помощью отсоса удалена хитиновая оболочка. В полость введен 70% спирт, с экспозицией 3-5 мин, в последующем введен раствор глицерина с экспозицией 3-5 мин. У 4 больных обнаружена гнойная остаточная полость, этим больным после санации полостей в полость введен раствор Декасан с экспозицией 3-5 мин.

Во время опорожнения гнойного содержимого полостей было взято материал для бактериологического исследования. Из 4 больных с гнойными очагами печени у троих больных из гнойного очага выевлена *St. Aureus*.



Рис. 5. Пункция полостного образования проводилась с «Троакар фиксатором» при контрольном УЗИ наблюдении

Все они были чувствительны к цефеперазону, проводилась ежедневная санация полости печени с последующим введением антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры.

Основной этап операции завершался с дренированием остаточных полостей силиконовыми дренажами в размере просвета до 5 мм. Все это определяло преимущества выбора малоинвазивного хирургического лечения разработанного нами метода с применением специального устройства «троакар – фиксатора» под интраоперационным УЗИ наблюдением.

Таблица 3

Частота послеоперационных осложнений, среднее койко дней длительность операции больных I, II и III группы (n=136)

Группы	Общее число больных	Нагноение операционной раны		Послеоперационные грыжи		Ятрогенные повреждения печени		Кровотечения из полости		Сред. длит. опер (минут)	Среднее койко дней
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
I группа	86	1	1,1	-	-	-	-	-	-	70±8,5	7±1,2
II группа	28	3	10,7	2	7,1	2	7,1	1	3,5	150±9,4	11±1,4
III группа	22	1	4,5	-	-	-	-	-	-	76 ±3,9	8±1,2

К 5-6 суткам все дренажи после контрольной УЗИ исследования остаточной полости удалены в амбулаторных условиях. При этом здесь также учитывали размер и содержание полости печени.

В послеоперационном периоде все показатели интоксикации кроме СОЭ крови к 5-6 м суткам нормализовались. Все эти больные после удаления дренажных трубок из остаточной полости к 8-9 суткам лечения выписаны под амбулаторное наблюдение. При удалении учитывали размер и содержание полости печени.

Основными критериями преимуществ данной методики отражались в длительности выполнения операции и снижении послеоперационных осложнений. Средняя продолжительность операции данной группы больных

составило $76\pm 3,9$ мин. В отличие от предыдущей группы в этой группе больных таких осложнений как: - ятрогенные разрывы печени, нагноение раны, и послеоперационные грыжи не наблюдались (табл. 3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. При традиционном методе лечения больных с полостными образованиями в I, III, IV, V и VI сегментах печени при несложных анатомических расположениях, хирургическое лечение выполняется без технических трудностей и не требует особого дополнительного интраоперационного диагностического исследования. При этом средняя продолжительность операции составляет $70\pm 8,5$ мин, возможность нагноения раны составляет 1,1%, среднее число койко дней составляет $7\pm 1,2$ дней. Послеоперационная грыжа, ятрогенное повреждение печени, кровотечения из полости у I контрольной группы больных не наблюдались.

2. При сложных анатомических расположениях полостных образований печени интрапаренхиматозного расположения небольших размеров в I – VI сегментах оперативное вмешательство выполняется с большими техническими трудностями, в последствии которого отмечаются нежелательные исходы лечения с осложнениями, такими как, нагноение послеоперационной раны до 10,7%, послеоперационные грыжи до 7,1%, интраоперационное ятрогенное повреждение печени до 7,1% случаев, кровотечения из полости печени в раннем послеоперационном периоде наблюдаются до 3,5% пациентов. При этом средняя продолжительность операции составляет $150\pm 9,4$ мин, средняя продолжительность стационарного лечения $11\pm 1,4$ дней. Всё это требует разработки дополнительных мероприятий направленных на совершенствование методов лечения.

3. Применение индивидуального хирургического подхода лечения при сложном анатомическом расположении полостных образований печени, включающей срединный лапаротомный доступ с использованием разработанного малоинвазивного метода хирургического вмешательства с применением «троакар - фиксатора» под контролем интраоперационного ультразвукового исследования, способствовало улучшению результатов лечения. При этом число нагноений операционной раны уменьшалось с 10,7% до 4,5 %, а послеоперационные грыжи до 7,1%, ятрогенные повреждения печени до 7,1% и кровотечения из остаточных полостей с 3,5 % снизилось до 0. Все это способствует сокращению длительности стационарного лечения на 3-4 дней в сравнении с применением традиционного лечения.

4. При сложных анатомических локализациях полостных образований в глубине паренхимы печени небольших размеров усовершенствованный способ лечения с применением устройство «троакар - фиксатора» является более оптимальным методом.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.04. 2022.Tib.93.01 ON
AWARDING ACADEMIC DEGREES AT THE BUKHARA
STATE MEDICAL INSTITUTE**

BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE

ARASHOV RUSTAM RUZIMUROTOVICH

**IMPROVEMENT OF SURGICAL TACTICS IN COMPLEX
ANATOMICAL, INTRAPARENCHYMATOUS ARRANGEMENTS OF
LIVER CAVITIES**

14.00.27 – Surgery

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

Bukhara – 2023

The topic of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) was registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for B2022.1.PhD/Tib2530

The doctoral dissertation was performed at the Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino.

Abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) posted on the website of the Scientific Council (www.bsml.uz) and on the Information and educational portal "Ziyonet" at (www.ziyonet.uz).


Scientific director:	Safiev Bakodir Barnoevich Doctor of Medical Sciences, Professor
Official opponents	Gulamov Olim Mirzakhitovich Doctor of Medical Sciences Khakimov Murod Shavkatovich Doctor of Medical Sciences, Professor
Leading organization	Avicenna Tajik State Medical University (Tadjikistan)


The dissertation defense will take place "12 September 2023 year at 12³⁰ hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 on awarding academic degrees at the Bukhara State Medical Institute (Address: 1 A.Navoi Street, Bukhara, 200118. Tel./Fax: (+99865) 223-00-50; tel: (+99865) 223-17-53; e-mail: buhmi@mail.ru).


The doctoral dissertation (DSc) can be found in the Information Resource Center of the Bukhara State Medical Institute (registered as no. 02). Address: 1 A.Navoi Street, Bukhara, 200118. Tel./Fax: (+99865) 223-00-50.)

The abstract of the dissertation has been sent out "21" August 2023 year.
(register of the mailing protocol no. _____ from "21" August 2023 year.)




A.Sh. Inoyatov
Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, professor


N.N. Kazakova
Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy, Dotsent


B.Z. Khamdamov
Chairman of the scientific seminar of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD))

The aim of the study to improve the results of treatment of patients with liver cavities with complex anatomical, intraparenchymatous arrangements, by developing minimally invasive surgical tactics using a "Trocar fixator".

The object of the study was 136 patients with cavities of the liver who were treated at the Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center 2015-2022.

The subject of the study was the development of a minimally invasive method of treatment in patients with liver cavities.

The scientific novelty of the study is as follows:

to solve the research tasks set in the work, based on the dynamic observation of patients, the place and role of anatomically complex arrangements of liver cavities (echinococcal cyst, purulent focus) as a result of surgical treatment will be determined;

we have developed a special device for intraoperative drainage of echinococcal cysts with small sizes and purulent foci of the liver with anatomically complex intrahepatic arrangements;

the method of application of the developed device "trocar - fixator" for surgical treatment of liver cavities with complex anatomical arrangements has been determined;

an optimal surgical tactic for the treatment of liver cavities in anatomically complex intrahepatic arrangements has been developed.

Implementation of research results.

Based on the data of the conducted study to improve the effectiveness of treatment of patients with liver cavities in anatomically complex, intraparenchymatous arrangements, by developing a differential approach of surgical tactics taking into account the anatomical location of the lesion:

- approved a methodological recommendation on the topic "Method of treatment for complex anatomical, intraparenchymatous arrangements of liver cavities" (Conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 8n-r/1478 dated December 13, 2022 on the practical implementation of the results of research). This methodological recommendation will lead to the development of a more effective method of treating patients with liver echinococcosis with anatomically complex arrangements of liver cavities, will contribute to reducing intraoperative and postoperative complications, as well as reducing the duration of surgery and the length of stay of patients in the hospital;

the results of the analysis to improve the effectiveness of treatment and diagnostics in practical medicine were introduced into the therapeutic and practical and therapeutic work of the Bukhara City Medical Association, JSC "Uzbekistan Temir Yullari" Medical Service Railway Hospital of Bukhara-1 station (Results of the Expert Commission of BUKHGOSMI No. 23-x/003 dated March 24, 2023). In practice, clinical studies have revealed the effectiveness of treating patients with liver cavities in anatomically complex, intra-parenchymal arrangements, by developing a new method of surgical treatment using a "Trocar fixator" and

thereby reducing inpatient treatment for 3-4 days.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusions, conclusions, practical recommendations and a list of references and appendices. The volume of the dissertation is 107 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (Часть I; Part I)

1. Arashov R.R., Xalikova F.Sh., Safoev B.B., Yarikulov Sh.Sh. Peculiarities of Surgical Treatment of Patients with Cavity Liver Formations with Complex Intrahepatic Positions / Jundishapur Journal of Microbiology Research Article Published online 2022 October Vol. 15, No.2 (2022) (Scopus)

2. R.R. Arashov, B.B. Safoev, Sh.Sh. Yarikulov, Analysis of the results of surgical treatment of patients with liver cavities with simple and complex intrahepatic arrangements in a comparative aspect // Тиббиётда янги кун. 12 (50) 2022 25-33 p (14.00.00; №22).

3. R.R. Arashov, Sh.Sh. Yarikulov. Comparative evaluation of the outcome of treatment of patients with cavity liver formation with a simple and complex subdiaphragmal position // World Bulletin of Public Health (WBPH) Available Online at: <https://www.scholarexpress.net> Volume-13, August 2022 ISSN: 2749-3644. P. 55-62.

4. R.R. Arashov, B.B. Safoev, Sh.Sh. Yarikulov. Treatment of patients with cavity liver formation with a simple and complex subdiaphragmal position // Galaxy International Interdisciplinary Research Journal (GIIRJ) ISSN (E): 2347-6915 Vol. 10, Issue-8, Aug. (2022) p. 65-74.

5. Р.Р.Арашов, Ш.Ш.Ярикулов. Особенности хирургического лечения больных полостными образованиями печени при сложных внутрпеченочных расположениях // European Journal of Interdisciplinary Research and Development Volume-06 Aug-2022 ISSN (E): 2720-5746. P. 30-38

6. Р.Р.Арашов, Б.Б. Сафоев, Ш.Ш. Ачилов, Ш.Ш. Ярикулов. Особенности хирургического лечения больных полостными образованиями печени при сложных, поддиафрагмальных расположениях // Биология ва тиббиёт муаммолари 2022, №6 (140) 54-59 б. (14.00.00; №22).

7. Б.Б.Сафоев, Р.Р.Арашов, Ш.Ш.Ярикулов, – Анализ результатов хирургического лечения пациентов с полостями печени с простым и сложным внутрпеченочным размещением в сравнительном аспекте // Тиббиётда янги кун. 11 (49) 2022 с. 385-393 (14.00.00; №22).

II бўлим (Часть II; Part II)

8. Р.Р.Арашов, Ш.Ш.Ярикулов. Surgical treatment of patients with cavity liver formations // International Conference on Advance Research in Humanities, Sciences and Education TURKEY, CONFERENCE <https://confrencea.org> JUNE 15th 2023. P. – 118-127.

9. Arashov Rustam Ruzimurotovich, Safoev Bakodir Barnoevich, Yarikulov Shuxrat Shokirovich. Results Of Treatment Of Patients With Liver Cavities //

International Conference on Advance Research in Humanities, Sciences and Education Germany conference <https://confrencea.org> May 10th 2023. P. – 369-378

10. R.R. Arashov, Sh.Sh. Yarikulov. Improvement of surgical treatment of patients with cavity liver formation in simple and complex subdiaphragmal positions // International Conference on Advance Research in Humanities, Sciences and Education Turkey, Conference <https://confrencea.org> JUNE 15th 2023. P. – 366-371.

11. Р.Р.Арашов, Ш.Ш.Ярикулов. Усовершенствованный хирургического лечения больных с полостных образований печени // Ta'limda raqamli texnologiyalarni tadbiq etishning zamonaviy tendensiyalari va rivojlanish omillari // 19-to'plam 1-qism iyun 2023. 257-263 б.

12. Р.Р. Арашов, Ш.Ш. Ярикулов. Малоинвазивные оперативные вмешательства при эхинококкозе печени // “Prospects Of Development Of Science And Education” 2023. P. 53-61.

13. Р.Р. Арашов, Ш.Ш. Ярикулов. Усовершенствованный хирургического лечения больных с полостных образований печени // “Prospects of development of science and education” 2023. P. - 62-71

14. Р.Р.Арашов, Б.Б.Сафоев бўшлиқли хосилаларининг мураккаб анатомик, интрапаренхиматоз жойлашувида жаррохлик тактикасини такомиллаштириш // Услубий тавсиянома. Бухоро, 2022-23с .

Автореферат “Дурдона” нашриётида тахрирдан ўтказилди ҳамда ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнларнинг мослиги текширилди.



Босишга рухсат этилди: 21.07.2023 йил. Бичими 60x84 ¹/₁₆, «Times New Roman» гарнитурда ракамли босма усулида босилди.
Шартли босма табоғи 3,0. Адади: 100 нусха. Буюртма №429

Гувоҳнома АИ №178. 08.12.2010.
“Садриддин Салим Бухорий” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.
Бухоро шаҳри, М.Икбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 65 221-26-45

