

N.S. BOYMURODOV, A.M. SHAMSIYEV.

**BOLALAR JIGAR EXINOKOKKOZIDA JARROHLIK
AMALIYOTINI EKSPERIMENTAL ASOSLASH**

Monografiya

Samarqand – 2024

N.S. Boymurodov, A.M.Shamsiyev.

Bolalarda jigar exinokokkozini jarrohlik yo'li bilan davolash
[matn] Monografiya / N.S. Boymurodov, A.M.Shamsiyev.
Samarqand - 2024. - 102 bet.

Monografiyada bolalarda jigar exinokokkozining etiologiyasi, patogenezi, epidemiologiyasi, morfologiyasi, tasnifi, zamonaviy diagnostika usullari bo'yicha zamonaviy ma'lumotlar taqdim etilgan, shuningdek, jarrohlik davolashning hozirgi mavjud yondashuvlari, xususan, eksperimentlarda jigarning qoldiq bo'shlig'ini yo'q qilish usuli batafsil tavsiflangan. Ushbu masalaning nazariy jihatlarini mualliflarning turli xil klinik holatlarning batafsil tavsifi shaklida taqdim etilgan keng qamrovli o'z materiallari bilan qo'llab-quvvatlanadi. Monografiya bolalarda jigar bo'shlig'ining qoldiqlarini yo'q qilish chizmalari, fotosuratlar, ultratovush tekshiruvlari va jadvallar bilan tasvirlangan.

Monografiya jarrohlar, klinik ordinatorlar va tibbiyot institutlari talabalari uchun mo'ljallangan.

TAQRIZCHILAR:

Gofurov A.A. – AndDTI bolalar xirurgiyasi kafedrası professori, tibbiyot fanlari doktori.

Axmedov Yu.M. – SamDTU 2-son bolalar xirurgiyasi kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor.

KIRISH.

MUAMMONING DOLZARBLIGI. Exinokokkoz butun dunyoda, ayniqsa chorvachilik rivojlangan mamlakatlarda keng tarqalgan. O'zbekiston exinokokk kasalligining endemik mintaqalaridan biri hisoblanadi; kasallanish darajasi bu yerda 1000 aholiga o'rtacha 6-9 kishini tashkil etadi va pasayishga moyil emas.

Yangi diagnostika usullari va jarrohlik taktikasining rivojlanishi munosabati bilan operatsiya qilingan bolalarda o'lim va asoratlari soni sezilarli darajada kamaydi. Biroq, "Exinokokkoz jarrohligi" xalqaro simpoziumi (Xiva, 1994) ma'lumotlari shuni ko'rsatadiki, turli muassasalarda jarrohlik davolash paytida o'lim 2 dan 7% gacha, exinokokkozning operatsiyadan keyingi qaytalanishi 5-12% ni tashkil qiladi, exinokokkozning shakllanishi va yiringlashi exinokokkektomiyadan keyingi qoldiq bo'shliq 7-20% ni tashkil qiladi. Tarkibni yiringlash bilan birga parazit bo'lmagan jigar kistalari ko'rinishidagi asoratlarning rivojlanishi operatsiya davomida qoldiq bo'shliqlarni davolash va yo'q qilishning mavjud usullarining yetarli emasligi va nomukammalligi bilan bog'liq.

Jigar exinokokkozini davolashning jarrohlik usullarini takomillashtirish dolzarb muammo hisoblanadi. Uning yechimini eksperimental sharoitda exinokokkektomiyadan keyin qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilishning turli xil variantlarini amalga oshirishga imkon beradigan exinokokkoz modelini ishlab chiqish yordam berishi kerak, keyin esa morfologik tadqiqotlar. Va shundan keyingina, exinokokkozni jarrohlik yo'li bilan davolashning yangi usullari, xususan, qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish, gidatid kistalarining joylashishi, hajmi, soni, bemorlarning yoshi, mavjudligini hisobga olgan holda klinik sharoitda sinovdan o'tkazilishi mumkin. Zudlik bilan va uzoq muddatli davolanish natijalarini ro'yxatga olish bilan bog'liq asoratlari. Yuqorida aytilganlarning barchasi ushbu ishni bajarish uchun asos bo'lib xizmat qildi.

I BOB.

BOLALARDA JIGAR EXINOKOKKOZINING ZAMONAVIY VA SAMARALI TAHLILI. JARROHLIK DAVOLASH USULLARI.

(Adabiyotlar sharhi)

Exinokokkoz va gelmintozlar qo'zg'atuvchisining (E. granulosis) tabiiy xo'jayini qishloq xo'jaligi hayvonlari (qo'y, qoramol) va itlardir. Odamda bu gelmentning qo'zg'atuvchisi itlardan yuqadi, shuning uchun odamlar va qishloq hayvonlarining kasallanishi itlarning mavjudligi, soni va zararlanishi bilan belgilanadi.

Exinokokkoz O'rta yer dengizi mamlakatlari, AQSh, Avstraliya, Yangi Zelandiya, Argentina, Chili, Urugvayda endemik kasallik hisoblanadi. Mustaqil Davlatlar Hamdo'stligida ko'pincha O'rta Osiyo, Kavkaz orti, janubiy Ukraina va Rossiya, Moldova va Qozog'istonda uchraydi.

Exinokokkoz bilan inson tanasining har qanday a'zosi va to'qimalari zararlanishi mumkin, portal qon va unda joylashgan exinokokk embrionlari uchun birinchi "filtr" bo'lib jigar hisoblanadi, shuning uchun ko'pincha jigar zaralanadi. Zararlanish chastotasi bo'yicha ikkinchi o'rinni o'pka egallaydi, ko'pincha o'pkaning o'ng bo'lagi.

Zamonaviy diagnostika uskunalari vizual va palpatsiya tekshiruvini o'tkaza olmaydigan organlarning shikastlanishini aniq tashxislash imkonini beradi. Shuning uchun ham exinokokkoz bilan kasallangan bolalarni aniqlash soni yildan-yilga ortib bormoqda. B.V. Petrovskiy ning so'zlariga ko'ra, shahar (26,4%) va qishloq aholisi (73,6%) nisbati 1:3 ni tashkil etdi. Biroq, I.Ya. Deinek (1968) qarama-qarshi munosabatni beradi, ya'ni, exinokokkozning tarqalishi haqida aniq fikr yo'q.

A.T.Po'latovning so'zlariga ko'ra, 380 bolada exinokokkozning chastotasini tahlil qilish shuni ko'rsatadiki: o'pkaning shikastlanishi 56% hollarda, jigar shikastlanishi 29% va kombinatsiyalangan shakl 21% hollarda. S.R.Rahimov ham xuddi shunday xulosaga keladi va O'zbekistonning Andijon viloyatida exinokokkozning chastotasini

tahlil qilish. Shu bilan birga, jigar exinokokkozi kattalarda ko'proq qayd etiladi - 71% hollarda.

Shuni tan olish kerakki, ma'lum bir mintaqada exinokokkozning chastotasi to'g'risida nashr etilgan ma'lumotlar taxminan yarmiga kam baholanadi, chunki kasallikning chastotasi ko'pincha kasalxonalarga yotqizilgan bemorlar soniga qarab baholanadi. Exinokokkozli bemorlarni haqiqiy aniqlash uchun instrumental, immunologik, klinik va boshqa tadqiqotlar asosida bir qator usullar ishlab chiqilgan.

Sh.I. Karimov tomonidan exinokokkoz bilan kasallangan bemorlarni faol aniqlash maqsadida birinchi marta ultratovush apparati yordamida qishloq aholisini ommaviy profilaktika tekshiruvi o'tkazildi. Jumladan, O'zbekistonning shimoliy hududlarida 7842 nafar fuqaro tibbiy ko'rikdan o'tkazilib, ularning 43 nafarida jigar exinokokkoz kasalligi aniqlangan, 6 nafar bemorda ko'plab kistalar aniqlangan. Jigar exinokokkozini tashxislash qiyin emas, chunki ultratovush tekshiruvi 97 foiz va undan ko'p hollarda exinokokkozni aniqlashi mumkin. Bundan tashqari, so'nggi yillarda kompyuter tomografiyasi qo'llanila boshlandi, bu esa exinokokkoz uchun instrumental diagnostika usullarining sezgirligini oshirdi.

Muhim yordam - bu organizmda exinokokkoz mavjudligini aniq aks ettiruvchi usullardan foydalanish. Jigar exinokokkozining differentsial diagnostika mezonlari kompyuter tomografiyasi yordamida aniqlandi: shakllanishning bir xilligi, aniq, tekis konturlar, past zichlik, xitinoz membranani va tolali kapsulani aniqlash qobiliyati, shuningdek, qiz pufakchalarining mavjudligi. Exinokokkozning murakkab shakllarida yumaloq shakllanishlar zichligi oshadi. Shubhali holatlarda radioizotop tadqiqotlari, selektiv angioxolongografiya, laparoskopiya va boshqa yondashuvlar qo'llaniladi.

Mahalliy va xorijiy olimlarning sa'y-harakatlari bilan jigar exinokokkozini jarrohlik yo'li bilan davolashning umumiy tamoyillari ishlab chiqildi. Turli mualliflar tomonidan taklif qilingan juda ko'p turli xil operatsiyalar qo'llaniladi. (I. Ya. Deineko, 1968; V.V. Vohidov, 1972; B.T. Putkovin, 1976; P.T. Vafin, 1993; A. D. Xemev, 1993 yil ; N. Karon va boshqalar, 1991; S. Berrada va boshqalar, 1993; A. O. Aktan va boshqalar, 1993; P. Karidakis va boshqalar, 1994; Gaidasski va

boshqalar., 1994; Tridico, 1994). Ularning aksariyati bugungi kunda muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda. B.V. Petrovskiy va boshqalar. Bu usullarni batafsil tahlil qildi, ularning salbiy va ijobiy tomonlarini baholadi va ulardan eng samaralisini asoslab berdi. Terminologiya tizimlashtirilgan bo'lib, ularsiz turli mualliflarning tadqiqot natijalarini solishtirish qiyin. Exinokokkozni davolash uchun jarrohlik usullarining tasnifi yaratilgan, unda ikkita qism ajratilgan: birinchisi - exinokokkektomiya, ikkinchisi - operatsiyaning ushbu bosqichining ahamiyatini hisobga olgan holda qoldiq bo'shliqni yo'q qilish usullari.

Exinokokkektomiya yopiq va ochiq bo'ladi. Yopiq, o'z navbatida, organ rezektsiyasiga (ideal exinokokkektomiya) va uni olib tashlashga bo'linadi. Ochiq exinokokkektomiya kista membranalarining punksiyasi yoki eksizyonidan keyin amalga oshiriladi. Qoldiq bo'shliqni yo'q qilishda uchta asosiy yondashuv ishlab chiqilgan:

- 1) tashqi drenaj;
- 2) kavitani yo'q qilishning kombinatsiyalangan usullari;
- 3) kapitonaj, muhrlash va boshqalar.

Quyida ushbu yondashuvlar bo'yicha hozirgi adabiyotlar mavjud. Operatsiyadan keyingi asoratlarga alohida e'tibor beriladi. Ha, lekin S.R. Rahimovga ko'ra, bolalarda kasallikning qaytalanishi qayd etildi 7,7% hollarda, o'lim esa bemorlarning 6,3% ni tashkil etdi. Miloddan avvalgi Kononov va K.M. Mykyev jigar exinokokktomiyasidan keyin 72 bemorda uzoq muddatli natijalarni o'rganib, ikkitasida (2,7%) qaytalanishi aniqladi. A.T. Po'latov ushbu muammoni chuqur o'rganar ekan, operatsiyadan keyingi relapslarning tez-tezligi zararlangan organga jarrohlik yo'li bilan kirish imkoniyatiga bog'liq deb hisoblaydi va tolali kapsulaning bo'shlig'ini keng ochishni, ko'rishni yaxshilab tozalashni, samarali dezinfeksiya qilishni tavsiya qiladi. ta'sirlangan organ va tana bo'shlig'i. Muallif dalil sifatida quyidagi ma'lumotlarni keltiradi: jigar exinokokkozi bo'yicha operatsiya qilingan 378 boladan faqat ikkitasida exinokokkozning soxta qaytalanishi ko'rinishidagi asoratlari qayd etilgan. B.A. Akmatov va boshqalar va V.Yu. Shutov exinokokkozli bemorlarni faol aniqlash relapslar chastotasini keskin kamaytiradi, deb ta'kidlaydi. Ko'pgina mualliflar, bolalarda jigar exinokokkektomiyasidan keyin qaytalanishining sabablarini tahlil qilib, qaytalanishining asosiy

sabablari operatsiyadan oldingi tekshirish va jarrohlik bosqichlarida diagnostik xatolar degan xulosaga kelishadi. A.Z. Vafin, kasallikning qaytalanishi holatlarining yarmida jarrohlik vaqtida individual kichik kistalar sezilmagan, operatsiyadan keyin tez o'sishni boshlagan deb hisoblaydi. Buni ko'plab tadqiqotchilarning ishlari ham tasdiqlaydi. Jigarda kichik gidatid kistalarni aniqlash uchun ultratovushni operatsiya vaqtida qo'llash tavsiya etiladi. Birinchi va ko'pchilik mualliflarning fikriga ko'ra, exinokokkektomiya paytida eng muhim vazifa operatsiya davomida skoleksning tarqalishini oldini olishdir, bu, ehtimol, ikkilamchi exinokokkoz rivojlanishi uchun old shartlarni yaratadi. Shu maqsadda jarrohlik yarasining terisi extiyotkorlik bilan choyshab bilan o'ralgan bo'lishi kerak va qorin parda yoki plevraning parietal qatlamiga sochiqni yopishtirish kerak. Teshilish joyi va gidatik kistaning maydoni extiyotkorlik bilan doka bilan o'ralgan bo'lishi kerak. Shunda skoleks va gidatid suyuqlik tasodifan kirishi mumkin bo'lgan bo'sh joy qolmaydi. Exinokokkektomiyadan so'ng ular darhol olib tashlanadi va qo'lqoplar almashtiriladi. Bundan tashqari, ushbu ehtiyot choralari ta'sirlangan organga turli xil yondashuvlar, shu jumladan torakofrenolaparotomiya, transplevral yondashuvlar va erishish qiyin bo'lgan gidatik kistalarning boshqa operatsiyalari uchun qo'llanilishi kerak.

B.V. Petrovskiy. va boshqalar. tolali kapsulani skolikoid moddalar bilan davolashga alohida e'tibor bergan. Bunday hollarda ko'pincha 2% formaldegid eritmasi qo'llaniladi. Biroq, O.K. Kulakiev ning so'zlariga ko'ra, taxminan har to'rtinchi bemorda gidatik kista to'shagini formaldegid bilan davolashdan keyin asoratlari mavjud. U 0,5-1% kolloid yoddan foydalanishni tavsiya qiladi. V.L. Bargut va V. Ozmen va boshqalar. tolali kapsulani 30% natriy xlorid eritmasi bilan glyukoza va 3% vodorod periks eritmasi bilan davolashni tavsiya qiladi. O.H. Odilov va V.Yu. Shutov kriojarrohlik usuli yordamida exinokokk skoleksini tolali kapsulaning ichidan ham, uning tashqarisidan ham yo'q qilishni taklif qiladi. Furatsilinning issiq eritmaları ham ishlatiladi - 60-70 daraja. A.T. Po'latovning so'zlariga ko'ra, bu holda eng samarali exinokokk kistasining to'shagini 70% spirt va efir bilan davolashdir. Buni boshqa tadqiqotchilarning natijalari ham tasdiqlaydi.

Ko'pgina tadqiqotchilar bo'shliqni ultratovush va past intensiv lazer nurlanishi bilan davolashni istiqbolli deb hisoblashadi. Jarrohlik paytida tolali kapsulaning ichki yuzasini CO₂ lazer bilan davolashda, kasallikning operatsiyadan keyingi jarayoniga ijobiy ta'sir ko'rsatadigan koagulyatsion qoraqo'tir hosil bo'lguncha uni nurlantirish tavsiya etiladi.

Shuni ta'kidlash kerakki, lazerlar gidatidektomiya uchun tobora ko'proq foydalanilmoqda. Masalan, A.R. Eshchanov qo'llash maqsadiga qarab, yuqori va past intensivlikdagi lazerlardan foydalanishni tavsiya qiladi. Ularning yordami bilan jarrohlik yo'li bilan kirish, jigarning marginal rezektsiyasi, kista bo'shlig'ini ochish, tolali kapsulani kesish, tolali membranani va yiringli-nekrotik to'qimalarni bug'lash, bo'shliqni sterilizatsiya qilish, qon tomirlarini koagulyatsiya qilish va o'tni yopish kanallar orqali olib boriladi. Lazerlardan kompleks foydalanish asoratlarni 1,5 - 4 barobarga qisqartirish, kasalxonada davolanish vaqtini 1,5 - 2 barobar qisqartirish va exinokokkektomiyaning tez va uzoq muddatli natijalarini yaxshilash imkonini berdi. A.R. Eshchanov, shuningdek, qattiq tolali devorlarga ega bo'lgan katta va gigant kistalar uchun lazerdan yangi foydalanishni taklif qildi. Ularni qayta ishlash uchun qisman dekortikatsiya usuli qo'llaniladi, bu esa qoldiq bo'shliqni yumshatadi va uni yanada samarali yo'q qilishga imkon beradi. Muallif qoldiq bo'shliqni drenaj orqali kam energiyali lazer bilan nurlantirishni taklif qildi.

F.V.Leonov va boshqalar. tomonidan ko'rsatilgandek, past chastotali ultratovush tekshiruvi ham aniq skolitsid ta'sirga ega: ular gidatid kista to'shagini ultratovush bilan davolashdi. Bu esa asoratlarning kamayishiga olib keldi.

Bolalarda jigar exinokokkektomiyasining muhim yakuniy bosqichlaridan biri qoldiq bo'shliqni yo'q qilishdir. Shu maqsadda ko'plab usullar taklif qilingan, ularning samaradorligi mualliflarning fikriga ko'ra farq qiladi. Masalan, B.V. Petrovskiy va boshqalar. uning atrofida hosil bo'lgan tolali kapsulani olib tashlash bilan exinokokkektomiya tarafdorlarini qo'llab-quvvatlamaydi, chunki bu og'ir qon ketish bilan birga keladigan o'ta shikastli operatsiya. Cheklangan miqdordagi tarafdorlar exinokokkektomiyadan keyin

qoldiq bo'shliqni turli plomba, emulsiya, antiseptik moddalar, oyoqdagi omentum, mushak va boshqalar bilan to'ldirish usuliga ega.

A. T. Po'latov, T.A. Abdufatayev qoldiq bo'shliqni yopishning turli usullarini tahlil qilib, davolash usuli gidatik kista hajmiga, uning joylashishiga va devorlarning elastikligiga bog'liq degan xulosaga keldi. Kichik kistalar uchun qoldiq bo'shliq pastki atrofida kesilgan ketgut tikuvlari bilan tikiladi. Agar qoldiq bo'shliq 3-6 segmentda jigarning old va pastki yuzalarida joylashgan bo'lsa, u asl usul bo'yicha omentumni tomir pedikulasiga yopish orqali yo'q qilinadi. Jigar exinokokkozini jarrohlik davolashda perisistektomiyaga ko'rsatmalar ishlab chiqilgan.

Z.B. Qurboniyozov, A.S. Sulaymonov va boshqalar. alohida kistalarning qoldiq bo'shlig'ini tibbiyot yelimi 7 (TY-7) yoki ESBAD polimer plyonkasi bilan yopishtirishni tavsiya qiladi.

Ko'pgina mualliflar qoldiq bo'shliqlarni yopish uchun ketgutdan foydalanadilar. Biroq, B.A. Akmatova va boshqalar., ketgutni ishlatish kerak emas, chunki u keyinchalik yiringlash bilan soxta kistalar paydo bo'lishiga yordam beradi. Exinokokkektomiya uchun Delbe bo'yicha kapitonaj usuli oson va benuqson hisoblanadi. Shu bilan birga, qoldiq jigar bo'shlig'ining kapitonaji tolali kapsulaning zichligi va chidab bo'lmasligi tufayli qiyin bo'lishi mumkin va uning ostidagi katta safro va qon tomirlariga shikast etkazish ehtimoli tufayli xavfsiz emas. F.K. Murodov va boshqalar qoldiq bo'shliqni Delbe bo'yicha kapitonaj bilan yemas, balki tolali kapsulaning bo'sh joylarining chetlarini invaginatsiya qilish orqali yo'q qilish maqsadga muvofiq deb hisoblaydi. Usul jigar exinokokkozli 30 bemorda sinovdan o'tkazildi. Bemorlarning yotoqda o'rtacha qolish muddati 22 kun edi. B.V. Petrovskiy va boshqalar. shuningdek, yuzaki joylashgan jigar kistalari uchun ushbu yondashuvni tavsiya qiladi va bo'shashgan tolali kapsulaning katta joylari mavjud bo'lganda, bu qoldiq bo'shliqni yo'q qilishning eng yaxshi usullaridan biri ekanligiga ishonadi.

Hujayralarning proliferativ faolligi va parenximal organning massasini tiklashning to'liqligi rezektsiya qilingan to'qimalarning miqdori ortib boradi. Shu bilan birga, regeneratsiya organining sezilarli hajmi olib tashlanganida, qolgan qismi nuqsonli va ishonchsiz bo'lib chiqishi va funktsiyasi buzilishi mumkin. Ushbu pozitsiyalardan

regeneratsiya jarayonini samarali rag'batlantirish uchun parenximal organ rezektsiyasining optimal hajmini aniqlash juda dolzarb va keyingi eksperimental tadqiqotlarni talab qiladi.

Tabiiyki, har bir alohida holatda jarrohlik aralashuvni yakunlash masalasini alohida hal qilish kerak. V.Yu. Shutov, tolali pardaga tutashgan jigar parenximasida qon aylanishi va safro chiqishi jarayonlarini saqlab qolish uchun qoldiq bo'shliqni abdominizatsiya qilish kerak. Biroq, bu yondashuv barcha tadqiqotchilar tomonidan qabul qilinmaydi, chunki qorin bo'shlig'iga safro oqishi va safro peritonitining rivojlanishi xavfi mavjud. Tez-tez uchraydigan hollarda, gepatotsitlarning yuqori regenerativ qobiliyatini hisobga olgan holda, qoldiq bo'shliqni drenajlash qo'llaniladi. Shu maqsadda E.S. Saklapov va boshqalar. bo'shliqdan yaxshi chiqib ketishni ta'minlaydigan va qoldiq bo'shliqni kamaytiradigan original boshqariladigan er-xotin drenajlash usulini ishlab chiqdi. Bundan tashqari, drenaj suyuqligi hujayralar va bakteriyalar mavjudligi uchun tahlil qilinadi. V.S. Pomelov va boshqalar. punksiyon perkutan drenaji bilan jigarning gidatid kistalarini muvaffaqiyatli davolashning birinchi tajribasini tasvirlab berdi. Shu bilan birga, Sh.I. Karimov va boshqalar., birinchi navbatda, yiringli tarkibning optimal chiqishini yaratish uchun yiringli bo'shliqlarni drenajlash kerak.

H.T. Nishonov jarrohlik davolash usulini tanlash kistaning joylashishi, uning hajmi, soni, rivojlanish bosqichlari va asoratlarning xarakteriga bog'liq degan xulosaga keladi. Asoratlanmagan exinokokkoz uchun optimal jarrohlik usuli yopiq echinokokktomiya hisoblanadi. Ekinokokk kistalarini yiringlash uchun ponksiyon usuli ko'rsatiladi. Marginal yuzaki joylashuvda ideal echinokokkektomiya yoki jigar rezektsiyasi, kista devorining kalsifikatsiyasi bo'lsa, perisistektomiya amalga oshiriladi.

A.S. Sulaymonov jigar va boshqa qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma exinokokkozida bir vaqtning o'zida exinokokkektomiya qilish kerak, deb hisoblaydi. O'lim holatlari qayd etilmagan.

Jigarning gigant va yirik gidatid kistalari uchun jigarning maksimal dekompressiyasini ta'minlash uchun perikistektomiya, kista to'shagini abdominalizatsiya qilish, omentogepatopeksiya, sistenteranastomoz qilish tavsiya etiladi, bu esa yiringli asoratlar

sonini, bemorlarning kasalxonada qolish, davolanish va reabilitatsiya davri muddatini kamaytiradi.

M.I. Kuzin va boshqalar rentgen endovaskulyar aralashuvi yordamida jigarining fokal lezyonlarini jarrohlik davolash usulini ishlab chiqdi. B.I. Alperovich va boshqalar jigar kistalarini davolash strategiyasini ishlab chiqdi. Ko'rinib turibdiki, bolalarda exinokokkozni jarrohlik yo'li bilan davolash individual yondashuvni talab qiladi va shuning uchun Sh.I. Karimov, V.S. Pomelov va boshqalar bolalarda jigar exinokokkektomiyasidan keyin asoratlarni oldini olish uchun jarrohning harakatlari algoritmini ishlab chiqdi.

Utepkaliev, A.A Movchun va boshqalar. exinokokkoz bilan kechadigan, davolashning darhol va uzoq muddatli natijalariga ta'sir qiluvchi kasalliklar haqida muhim muammoni ko'taradi. Shunday qilib, ular bemorlarning 20 foizida jigar exinokokkozi bilan o't yo'llarining zararlanishini aniqladilar, bu mualliflarning fikriga ko'ra, jiddiy asoratdir. Gepatit tez-tez uchraydigan asorat va birga keladigan kasallikdir. E.S. Saklapov va boshqalar, interoperativ biopsiya usuli yordamida bolalarning uchdan birida (34 tadan 11 tasida) turli darajadagi faollikdagi surunkali hepatit tashxisi qo'yilgan; Bundan tashqari, exinokokkoz bilan kasallangan 2 nafar bemorda surunkali hepatit sirrozga aylangan. Qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlangani uchun operatsiya qilingan deyarli sog'lom bolalarda ham oltita kuzatuvdan birida surunkali persistent hepatit aniqlangan. A.T. Po'latov va T.A. Abdufatayev Tojikistonda exinokokkoz bilan kasallangan bolalarning 59 foizida juda yuqori patologik somatik fonni qayd etadi, bu kechikish jismoniy rivojlanish, anemiya, gipo va disproteinemiya, gipokoagulyatsiya, tananing og'ir surunkali intoksikatsiyasi bilan namoyon bo'ladi. Ko'pincha yuzaga keladigan jiddiy asorat parazit elementlarining o't yo'llariga haqiqiy kirib borishi bo'lib, bu ularni ehtiyotkorlik bilan tozalash va doimiy ichki drenajni talab qiladi.

Exinokokkozning qaytalanishini oldini olish uchun vermoks va albendazol bilan kimyoterapiya birlamchi ko'p exinokokkoz va kasallikning qaytalanishi uchun ko'rsatiladi. Operatsiya bemorning hayoti uchun xavfli bo'lsa yoki uning ko'plab gidatid kistalari, shuningdek, qizaloq pufakchalari bo'lsa, vermoksning ta'siri ancha yuqori bo'lib, 80% hollarda parazitning o'limiga olib kelishi mumkin.

E.A.Abdurahmonov jarrohlik davolashning uzoq muddatli natijalariga ko'ra ko'rsatdi: 370 nafar bemorning 73 foizida qaytalanish kuzatilmagan, 15 foiz bemorlarda shikoyatlar mavjudligi aniqlangan, qaytalanish 12% da. Shunga o'xshash ma'lumotlar D.T. Maqsumova, R.P. Askerxanova, L. Cangiotti va boshqalarning asarlarida keltirilgan. A.S. Sulaymanov va boshqalarning so'zlariga ko'ra, ko'plab exinokokkoz bo'yicha operatsiyalarni amalga oshirgandan so'ng, kuzatuv jarrohlik aralashuv izlarini aniqlamadi, bu mualliflar qoldiq bo'shliqlarni yopish uchun TY yelimidan foydalanish bilan izohlaydilar.

A.T. Po'latov operatsiyadan keyingi yillarda bemorlarning 3,1 foizida relapslarni kuzatdi, ularning barchasi sefalokistik exinokokkoz bilan og'rigan. Umuman olganda, mualliflar exinokokkozning qaytalanish 5 yilgacha rivojlanishini kuzatishni, qoldiq bo'shliqlar paydo bo'lishini va exinokokk kasalligining boshqa asoratlarini doimiy ravishda kuzatib borishni taklif qiladilar. Bu ultratovush va kompyuter tomografiyasi yordamida qoldiq bo'shliqlarning shakllanishini erta faol monitoringini talab qiladi.

Shunday qilib, bolalarda jigar exinokokkozi ko'p sonli asoratlar va o'lim tufayli qiyin jarrohlik muammosi bo'lib qolmoqda. Afsuski, diagnostika xatolar hali ham kam uchraydi, ular kichik o'lchamdagi exinokokk kistalarida ham, gigantlarda ham uchraydi.

Bolalarda jigar exinokokkozini davolashning keng doiradagi jarrohlik usullari ushbu kasallikni juda samarali davolash imkonini beradi. Biroq, jarrohlik aralashuvining klassik usullari, xususan, qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish usullari har doim ham samarali emas.

Yuqoridagilar bilan bog'liq holda, qoldiq bo'shliqni yo'q qilishga qaratilgan yangi jarrohlik yondashuvlarini ishlab chiqish muhim ko'rinadi, bu oxir-oqibatda jigar exinokokkozini jarrohlik davolashning uzoq muddatli natijalariga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

II-BOB.

TADQIQOT MATERIALLARI VA USULLARI

2.1. Klinik materialning xususiyatlari

Ishning klinik qismi 1986 yilda Samarqand bolalar xirurgiyasi ilmiy markazida (direktori – prof. A.M. Shamsiev) kuzatilgan 1 yosh 8 oylikdan 15 yoshgacha bo‘lgan 86 nafar exinokokkoz bilan kasallangan bolalarni davolash natijalari tahliliga asoslanadi. 1995 yil. Bolalar klinik laboratoriya, biokimyoviy, rentgenologik va ultratovush tekshiruvlarini o'z ichiga olgan tekshiruvdan o'tkazildi.

1-jadval

Bolalarning yoshi va jinsi bo'yicha taqsimlanishi

Jinsi	Yoshi, yil			Jami	%
	1y,8oy-7y	8-10 yosh	11-15 yosh		
O'g'il bolalar	15(17%)	9(11%)	25(29%)	49	57
Qiz bolalar	9(11%)	13(15%)	15(17%)	37	43
Jami	24(28%)	22(26%)	40(46%)	86	100

1-jadvaldan ko'rinib turibdiki, o'g'il bolalar kasallikka ko'proq moyil. Shunisi e'tiborga loyiqki, jigar exinokokkozi 11 yoshda ko'proq uchraydi. E'tiborlisi 11-15 yosh (46%).

2-jadval

Jigar exinokokkozi turi va yoshiga qarab

Jigar exinokokkozining turlari	Bemorlarning yoshi, yili			Jami
	1y. 8o.-7 yosh	8-10 yosh	11-15 yosh	
Yagona	6 (7%)	8 (9,3%)	18 (20,9%)	32 (37,2%)
Yagona birlashtirilgan	3 (3,4%)	6 (7%)	6 (7%)	15 (17,4%)
Bir nechta	9 (10,5%)	6 (7%)	9 (10,5%)	24 (28%)
Ko'plik birikmalari	6 (7%)	2 (2,3%)	7 (8,1%)	15 (17,4%)
Jami:	24 (27,9%)	22 (25,6%)	40 (46,5%)	86 (100%)

Bolalarning 68 (79) foizi qishloq aholisi, 18 (21) foizi shahar aholisi edi. Bu qishloq bolalarining uy hayvonlari bilan ko'proq aloqa qilishi bilan bog'liq. Jigar exinokokkozi bilan kasallangan 86 nafar bolaning 32 tasida (37,2%) yagona kistalar, 15 tasida (17,4%) yakka birlashtirilgan kistalar, 24 tasida (28%) bir necha kistalar, 15 tasida (17,4%) ko'p birikmali kistalar aniqlangan (jadval 2).

Jigar exinokokkozi bilan kasallangan 86 bolaning 30 tasi (34,8%) kasallikning kombinatsiyalangan shakllariga ega: jigar va o'pka - 22, jigar va taloq - 4, jigar va buyraklar - 2, jigar va boshqa qorin bo'shlig'i organlari - 1, jigar, o'pka va taloq - 1. Shuni ham ta'kidlash kerakki, ko'p jigar exinokokkozida (39 bemor), shikastlanishning kombinatsiyalangan shakllari ko'proq uchraydi - 15 (38,5%).

Bemorlarning turi va yoshiga qarab jigar exinokokkozining asoratlari.

86 nafar bolaning 65 nafarida (76%), 21 nafarida (24%) yiringlash va yorilish shaklida asoratlar kuzatilgan(3-jadval). Asoratlanmagan va murakkab exinokokkoz sonining nisbati yosh guruhlari bo'yicha taxminan bir xil. Ko'pincha boshqalarga qaraganda ko'p exinokokkoz murakkablashdi - 46% hollarda. Biz ham xuddi A.T.

3-jadval

Bemorlarning turi va yoshiga qarab jigar exinokokkozining asoratlari.

Zarar turi	Bemorlarning yoshi, yili					
	1y 8oy-7y		8-10 yosh		11-15 yosh	
	asoratlan magan	asoratl angan	asoratlan magan	asoratla ngan	asoratla nmagan	asoratla ngan
Yagona	5	1	8	-	13	5
Yagona birlashtirilgan	2	1	5	1	6	-
Bir nechta	5	4	2	4	6	3
Bir nechta	6	-	2	-	5	2
Jami:	18	6	17	5	30	10

Po'latov kabi, exinokokk kistalarining hajmi va hajmiga qarab, bemorlar 4 guruhga bo'lingan: kichik kistalar - hajmi 10 ml gacha yoki kavita diametri 3 sm gacha, kichik - hajmi 10-100 ml yoki diametri 3-6 sm, o'rta - hajmi 100-250 ml yoki diametri 6-9 sm, yirik gigantlar - 300-1500 ml va undan ko'p yoki diametri 10-20 sm.

4-jadvalda jigar exinokokkozli bolalarda kistalarning kattaligi va bemorlarning yoshiga qarab gidatid kistalarining umumiy soni ko'rsatilgan. 86 ta bolada jami 237 ta kista aniqlangan. Yoshi bilan kichik kistalar soni kamayadi va kichik, katta va gigantlar soni ortadi. Exinokokk kistalarining eng ko'p soni 1 yoshdan 8 oygacha bo'lgan yosh guruhida aniqlanadi. 7 yilgacha - 42%.

Kista jigarning o'ng bo'lagida 66 (77%), chap bo'lakda - 5 (6%), jigarning ikkala bo'lagining bir vaqtning o'zida zararlanishi 15 (17%) da sodir bo'lgan.

4-jadval

Bemorlarning yoshiga qarab exinokokk jigar kistalarining soni va hajmi.

Kista o'lchamlari	Bemorlarning yoshi yili Exinokokk kistalari soni			Jami
	1y 8oy-7y	8-10 yosh	11-15 yosh	
kichik	61 (26%)	7 (3%)	2 (1%)	70 (30%)
kichik	10 (4%)	28 (12%)	43 (18%)	81 (34%)
o'rtacha	20 (8%)	6 (3%)	15 (6%)	41 (17%)
katta	10 (4%)	13 (5%)	16 (7%)	39 (16%)
gigant	---	2 (1%)	4 (2%)	6 (3%)
Jami	101 (42%)	56 (24%)	80 (34%)	237 (100%)

86 nafar bolaning 44 tasida (51%) diafragma osti kistasi bor edi. Jigar exinokokkozini uzoq muddatda (1-10 yosh) jarrohlik yo'li bilan davolashda biz ishlab chiqqan usulning samaradorligini baholash uchun klinikada davolanayotgan 86 nafar operatsiya qilingan bolaning 72 nafarida (84%) kuzatuv o'tkazildi.

2.2. Eksperimental materialning xususiyatlari.

Exinokokkektomiyadan so'ng qoldiq bo'shliqni yo'q qilishning yangi usulini ishlab chiqish va qoldiq bo'shliqning holatini va jigar to'qimalarining yangilanish darajasini kuzatish uchun hayvonlarda exinokokkozning eksperimental modelini yaratish zarurati tug'ildi. Biz exinokokkozning tabiiy namunalari sifatida qo'zilar va qo'ylarni tanladik.

Ish O'zbekiston ilmiy-tadqiqot veterinariya instituti (O'zNIVI) vivariysida olib borildi. Exinokokk tuxumlarining kulturasini olish uchun 8-12 oylik 4 ta tug'ma it ishlatilgan. Sestodlar va boshqa gelmintlar bilan o'z-o'zidan infektsiyani istisno qilish uchun itlar ikki marta arekolin gidrobromid bilan degelmintizatsiya qilindi (13). Ularning infektsiyasi uchun material kasal qo'ylarning jigaridan exinokokk qovuq protoskoleksi edi. Protoskolekslarning yashovchanligi ularning 0,001% li gentian violet eritmasida bo'yalishi bilan aniqlandi. Tirik protokollar rangsiz qoldi, o'liklari esa ko'k rangga aylandi. Protokolekslar soni S.N.Boeva va boshqalarning usuli bo'yicha hisoblangan. Har bir itga qiyma bilan yashovchan protoskoleksning 40-50 namunasi berildi.

Eksperimental qo'zilarining najasida parazit segmentlari topilganidan so'ng o'ldirilgan donor itlarning exinokokklarning onkosferalari bilan kasallangan. Har bir hayvonga oz miqdorda suv bilan birga 10 ming nusxa parazit onkosfera berildi.

Tajribada 3 oylikdan 5 yoshgacha bo'lgan, vazni 12-36 kg bo'lgan 25 ta qo'zi va qo'ylardan foydalanildi.

Birinchi tajribada kasal tajriba itlaridan olingan 10 ming dona exinokokk tuxumi 6 qo'ziga og'iz orqali yuborilgan. 21 oydan keyin Barcha hayvonlar ichki organlarning ultratovush tekshiruvidan o'tkazildi, ular qurbon qilindi va exinokokk jigar kistalari mavjudligi o'rganildi. Ikkinchi tajribada 6 ta qo'zichoq mushak ichiga 1,0 ml dan yuborildi. sensibilizatsiya olish uchun UzNIVI da ishlab chiqarilgan exinokokkga qarshi vaktsina (1-partiya). Bir oy o'tgach, xuddi shu qo'zilar og'iz orqali 10 ming dona exinokokk tuxumlari bilan kasallangan. Qo'ylar ham 21 oydan keyin so'yilgan. Ichki organlarning ultratovush tekshiruvidan so'ng.

Birinchi va ikkinchi variantlar tegishli a'zo bilan birgalikda amalga oshirildi. O'zbekiston Respublikasi Qishloq xo'jaligi fanlari akademigi, professor M.A. Aminjonov, katta ilmiy xodim, veterinariya fanlari nomzodi, B.N. Hakimov, ilmiy xodim, veterinariya fanlari nomzodi, F.I. Ibrohimov va aspirant, T.K. Gaznaqulovlar.

Tabiiy sharoitda o'tkazilgan uchinchi tajribada 1200 bosh qo'ydan 96 bosh zaiflashgan qo'y tanlab olindi va ular Alosa500 apparati yordamida qorin a'zolari ultratovush tekshiruvidan o'tkazildi. Ulardan 13 nafarida jigar exinokokkoz kasalligi aniqlangan. Bu qo'ylarga biz ishlab chiqqan usul bo'yicha klinikada tiopental-natriyli behushlik ostida jigar echinokokktomiyasi o'tkazildi. Operatsiya qilingan qo'ylar tajriba hayvonlari uchun odatiy sharoitda saqlangan. Operatsiya qilingan hayvonlarni kuzatish dinamikada amalga oshirildi: hayvonlar operatsiyadan so'ng darhol 5 oy davomida har oyda (2-3 hayvon) boshi kesildi. Jigar makroskopik tarzda tekshirildi va operatsiya qilingan hududdan morfologik tekshirish uchun biopsiya olindi.

Morfologik tadqiqotlar uchun jigar bo'laklari 12% neytral formalinda, Bowen suyuqligida mahkamlangan va standart gistologik tekshiruvdan so'ng kerosinga solingan. Morfologiyani o'rganish uchun ketma-ket kesmalar gematoksilin va eozin bilan bo'yalgan. Bo'yalgan mikropreparatlar MBI-6 yorug'lik mikroskopi ostida o'rganildi.

Morfologik tadqiqotlar tibbiyot fanlari doktori, professor. T.D. Dehqonov (O'zbekiston Respublikasi Soqliqni saqlash vasirligi, Samarqand davlat tibbiyot instituti gistologiya, sitologiya va embriologiya kafedراسi mudiri) va shu kafedra assistenti F.S. Oripovlar tomonidan birgalikda olib borildi.

2.3. Tadqiqot usullari.

Barcha bemorlar klinik tekshiruvdan o'tkazildi, shuningdek, jarrohlik davolashning turli bosqichlarida biokimyoviy, instrumental va morfologik tadqiqotlar o'tkazildi.

Klinik tashxisda biz to'g'ri va batafsil anamnezga katta ahamiyat berdik. Shu bilan birga, kasallikning paydo bo'lishi va kechishining o'ziga xos xususiyatlari, yashash sharoitlari, hayvonlar bilan aloqasi, ovqatlanish tartibi, organizmning allergik reaksiyalari va

bemorlarning yashash joyining ekologik holatiga e'tibor qaratildi. Qon va siydikning laboratoriya sinovlari A. Kosta (1975) tomonidan qo'llanmada tasvirlangan usullar yordamida amalga oshirildi.

Qonning biokimyoviy ko'rsatkichlari (qoldiq azot, karbamid, kreatinin, umumiy protein, umumiy bilirubin, ALT, AST, timol testi) FP-902 "Labsystems" (Finlyandiya) analizatori yordamida "Yagona klinik foydalanish bo'yicha yo'riqnoma" ga muvofiq tekshirildi. laboratoriya tadqiqot usullari» (1983). Exinokokkoz uchun bilvosita gemagglyutinatsiya reaksiyasi SSSRning 1981 yil 20 maydagi ko'rsatmalariga muvofiq qo'ylarning formalin eritrotsitlarida tayyorlangan diagnostikum bilan amalga oshirildi.

Kombinatsiyalangan exinokokkozli bemorlarning rentgenologik tekshiruvlari EDR 750B rentgen diagnostika qurilmasi (Vengriya), parenximali organlarning ultratovush tekshiruvi - real vaqtda Aloka-500gg qurilmasi yordamida, standart bo'yicha 3,5 MGts chiziqli sensori yordamida amalga oshirildi etakchi nuqtalarda.

Olingan ma'lumotlar Student-Fisher testlari yordamida o'zgaruvchanlik statistikasi usuli bilan statistik qayta ishlandi.

III-BOB.

JIGAR EXINOKOKKEKTOMIYASIDA QOLDIQ BO'SHLIG'INI BARTARAF QILISH BO'YICHA EKSPERIMENTAL ASOSLANGAN YANGI OPERATIV YONDASHUV

Bugungi kunga kelib, exinokokkektomiyadan keyin qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish usullari parazitlar bo'lmagan kistalarning oldini olish uchun jigar regeneratsiyasini rag'batlantirish uchun ishlab chiqilmagan. Yangi yondashuvni ishlab chiqish uchun eksperimental tadqiqotlarga ehtiyoj paydo bo'ldi. Biz exinokokkozning tabiiy namunalari sifatida qo'ylarni tanladik.

Birinchi tajribada 6 ta qo'zining har biriga kasal tajriba itlaridan olingan 10 ming dona exinokokk tuxumi og'iz orqali yuborildi.

Ikkinchi tajribada 6 ta qo'zilarga sensibilizatsiya uchun 1,0 ml dan exinokokkga qarshi vaktsina mushak ichiga oldindan yuborilgan, bir oydan keyin esa 10 ming dona exinokokk tuxumi bilan og'iz orqali zararlangan.

Uchinchi tajribada qo'ylarda exinokokkoz bilan kasallangan bemorlar tabiiy sharoitda faol ravishda aniqlandi.

Birinchi tajriba. Maxsus tayyorlangan kasal itlardan olingan 10 ming dona exinokokk tuxumi 12 kilogramm vaznli uch oylik qo'zilarga bir marta ukol qilib, 21 oy davomida normal sharoitda saqlangan. Keyin barcha hayvonlar ultratovush tekshiruvidan o'tkazildi va ularning barchasida kichik kistalar aniqlandi, shundan so'ng ular o'ldirildi va ichki organlar to'liq tekshiruvdan o'tkazildi. Vizual ravishda barcha hayvonlarda jigarning bir nechta (2-4) kichik gidatid kistalari aniqlangan va uchta o'pkaning gidatid kistalari bilan kombinatsiyasi aniqlangan. Bundan tashqari, uchta qo'yning jigarida ikkita toshbo'ron aniqlangan. Kistaning eng kichik o'lchami 0,5x0,1 sm, eng kattasi esa 4,0x5,0 sm (faqat bitta holatda) (5-jadval).

Shunday qilib, biz eksperimental sharoitda exinokokkozni qo'zg'atishga muvaffaq bo'ldik, ammo kistalarning kichik o'lchamlari yangi usul yordamida qoldiq bo'shliqni yo'q qilish operatsiyasini bajarishga imkon bermadi.

Eksperimental hayvonlarning jigar va o'pkalarida exinokokk kistalarining shakllanishi

	Yuqtirilgan qo'ylarning tegishli raqami	Jigardagi kistalarning o'lchamlari, sm	O'pkada kistalarning o'lchamlari, sm	Jigarda petrifikatsiya o'lchamlari, sm
1	05119	1,5x2,0; 0,5x1,0; 2,0x2,5; 2,5x3,0	0,5x1,0; 1,0x1,5	-----
2	05248	2,0x2,5; 0,5x1,5	-----	0,8x1,2; 1,0x1,2
3	06087	0,5x0,1; 1,0x1,5; 2,0x2,5	1,0x2,0; 1,5x2,5; 1,5x2,0	0,5x1,0; 1,0x1,5
4	06421	1,0x1,5; 1,5x2,0; 1,5x2,5; 2,0x4,0	1,0x2,0; 1,5x2,5; 1,5x2,0	0,5x1,0; 1,0x1,5
5	06075	1,3x1,5; 1,5x2,0; 4,0x5,0	-----	-----
6	04656	1,5x2,5; 2,0x2,5; 2,5x3,5	-----	-----

Ikkinchi tajriba. Dastlabki sensibilizatsiya fonida kattaroq kistalarni olish imkoniyati haqidagi taxmin sinovdan o'tkazildi. Exinokokkga qarshi emlangan barcha qo'ylarda va og'iz orqali yuborilgan exinokokk tuxumlarida jigar va o'pkada ko'plab mayda kistalar va petrifikatlar topilgan (6-jadval).

Shunday qilib, ikkala tajribaning natijalari qoniqarsiz bo'lib chiqdi, chunki exinokokk kistalari ko'p va kichik o'lchamli edi, bu bizni uchinchi tajribaga murojaat qilishga majbur qildi.

Uchinchi tajriba. Tabiiy sharoitda juda katta kistalari bo'lgan exinokokkozli qo'ylarni topishga qaror qilindi. Buning uchun Samarqand viloyati Nurobod tumanida qo'ylarning exinokokkoz kasalligini tahlil qilib, buning uchun 1200 bosh qo'yni tekshirib, ulardan 96 ta zaiflashgan va exinokokkozga shubha qilingan qo'ylarni tanlab oldik. Bolalar jarrohligi ilmiy markazining eksperimental

laboratoriyasida ular jigarni ultratovush tekshiruvdan o'tkazdilar (jigar hududidagi sochlar qirqib olindi, so'ngra qirqib olindi).

6-jadval

Dastlabki sensibilizatsiya fonida hayvonlarning jigar va o'pkalarida exinokokk kistalarining shakllanishi va petrifikatsiyasi

	Yuqtirilgan qo'ylarning tegishli raqami	Jigardagi kistalarning o'lchamlari, sm	O'pkada kistalarning o'lchamlari, sm	Jigarda petrifikatsiya o'lchamlari, sm
1	06246	-----	0,2x0,3; 0,2x0,4; 0,2x0,4; 0,3x0,5	0,2x0,3; 0,2x0,4
2	05208	0,3x0,4; 0,2x0,2; 0,2x0,4	-----	0,3x0,5; 0,4x0,5; 0,4x0,5
3	06832	0,2x0,4; 0,4x0,5; 0,4x0,6	-----	0,3x0,4; 0,2x0,3
4	06527	0,2x0,3; 0,4x0,5; 0,3x0,4; 0,5x0,5	0,4x0,4; 0,4x0,5	0,4x0,5; 0,4x0,4
5	06884	0,4X0,5; 0,5X0,5; 0,4X0,5; 0,3X0,5; 0,5X0,5	0,4X0,5; 0,5X0,5; 0,4X0,4	0,5X0,5; 0,3X0,4
6	05549	0,4X0,4; 0,3X0,5	0,4X0,5; 0,5X0,5	0,5X0,5

13 ta qo'yda jigarda o'lchami 3,5x6,0 dan 11,0x12,0 sm gacha bo'lgan exinokokk kistalari topilgan, ya'ni. kichik, o'rta va katta.

Klinikada ishlab chiqilgan usul bo'yicha barcha hayvonlarga exinokokkektomiya o'tkazildi. Operatsiya usuli quyidagicha edi: vena ichiga tiopental-natriyli behushlik ostida (10 mg/kg), jarrohlik maydoni ikki marta yod va spirt bilan ishlov berilgandan so'ng, o'ng qovurg'a osti teri kesmasi qilingan. Qorin bo'shlig'i ochilib, jigar yuzasida tolali kapsulasi bo'lgan exinokokk kistasi ochildi.

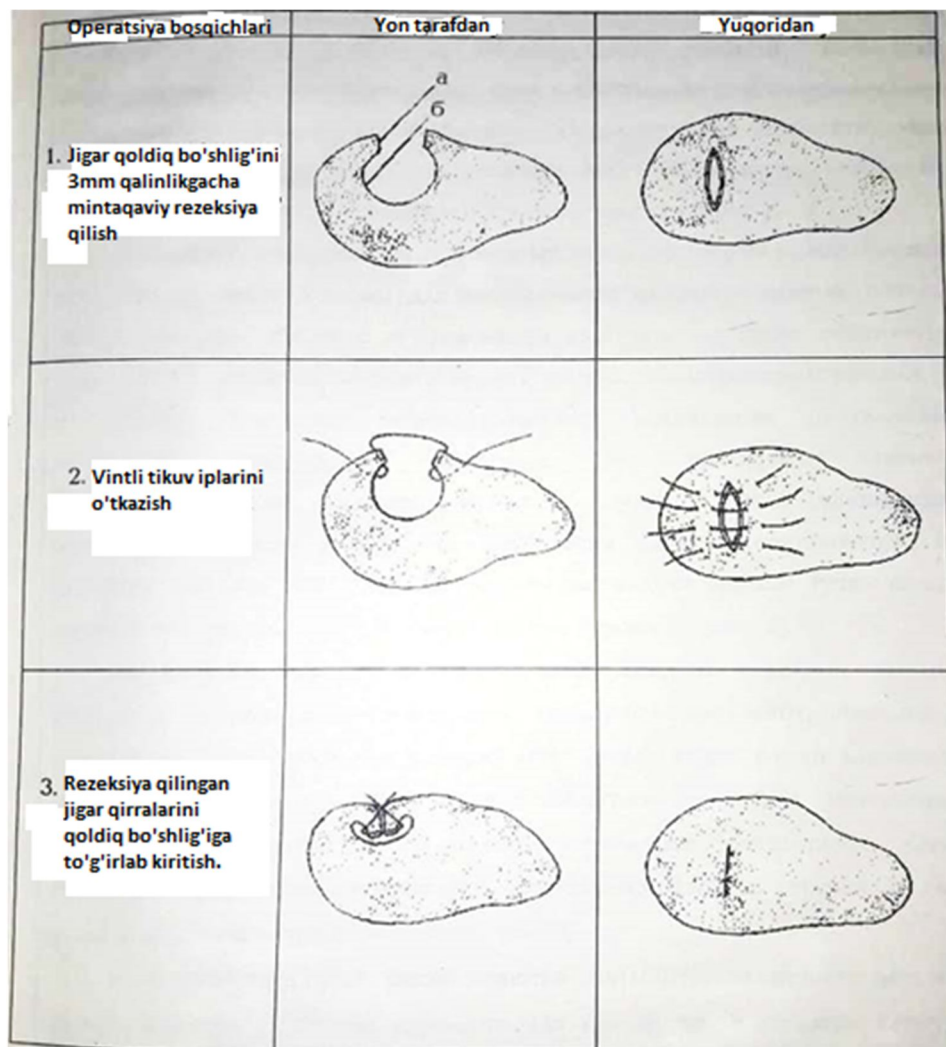
Kista tarkibini punksiya qilish va aspiratsiya qilish uchun troakar drenaji ishlatilgan. Oq rangli jigar to'qimasi bilan qoplanmagan tolali kapsula butun diametri bo'ylab ko'ndalang yo'nalishda ajratilgan. Xitinli parda va qoldiq exinokokk suyuqligi olib tashlandi va bo'shliq furatsilin eritmasi (1:5000) va 70% li spirt eritmasi bilan dezinfeksiya qilindi. Keyin tolali kapsulaning chiqib turgan oq rangli qismi jigar parenximasi bilan birga qalinligi 3 mm gacha kesiladi. (1-rasm). Jigar to'qimalarining rezektsiya qilingan qirralarining qon ketishining tomirlari alohida ingichka kesilgan ketgut iplari bilan tikildi. Tolali kapsulaning bo'shlig'i jigarning exinokokk bo'shlig'ining rezektsiyalangan qirralarini kesilgan bo'shliq ketgut iplari bilan ichkariga qaytarib tikish orqali yo'q qilindi. Agar kerak bo'lsa, kista bo'shlig'i tarkibini aspiratsiya qilish uchun ikkita yon teshikli polivinilxlorid trubkasi bilan drenajlanadi, bu alohida kesma orqali chiqariladi. Jigar maydoni "sigaret" tampon bilan, shuningdek, alohida kesma orqali drenajlangan. Yara qatlamlarga mahkam tikilgan.

Bolalarda jigar exinokokkozini jarrohlik yo'li bilan davolashning ishlab chiqilgan usuli patentlangan (ixtiro guvohnomasi № 3322, O'zbekiston Respublikasi Davlat patent idorasi tomonidan berilgan; 1995).

Tikuvlarni ichkariga burama qilish orqali tolali kapsulaning chetlarining qoldiq bo'shlig'iga va bo'sh joylariga invaginatsiya usulidan tubdan farqlanichi A.T. Po'latov A.T, B.V. Petrovskiyning monografiyalarida keltirilgan.

Birinchidan, gidatid kista bo'shlig'ining tolali kapsulasi qalinligi 3 mm gacha bo'lgan parenxima bilan birga rezektsiya qilinadi, ya'ni rezektsiya qilingan hududda regenerativ jarayonlarni rag'batlantirish uchun jigarning mintaqaviy rezektsiyasi amalga oshiriladi. Ikkinchidan, jigar parenximasining rezektsiyalangan qirralari va ichkariga vidalanadigan bo'sh joylari bo'shliqning pastki qismiga

tikilmaydi, chunki bunday fiksatsiya jigarni qayta tiklash jarayoniga to'sqinlik qilishi mumkin va o't yo'llari va qon tomirlarining shikastlanishini istisno qilmaydi.



Rasm 1. Taklif etilgan usul bo'yicha jigarning exinokokk bo'shlig'ini yo'q qilish bo'yicha operatsiyaning asosiy bosqichlari.

a) Qalinligi 3 mm gacha bo'lgan jigar to'qimasi bilan bo'shliqning rezektsiyalangan cheti; b) tolali kapsula.

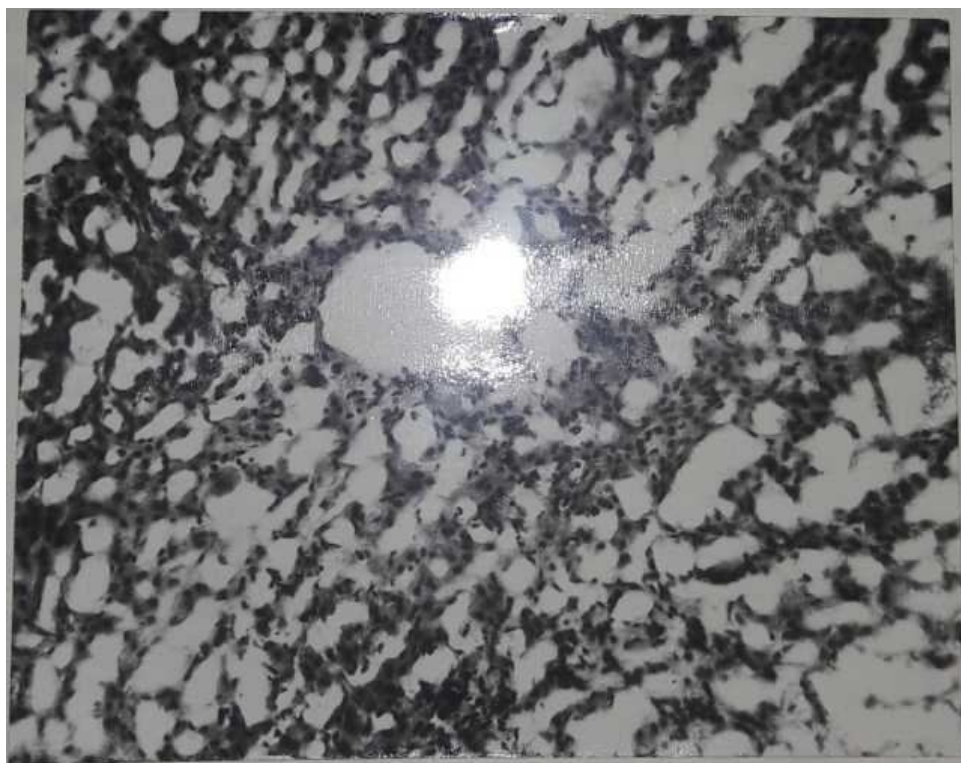
Hayvonlar normal sharoitda saqlanadi. Jigar mikroslyaydlarini o'rganish uchun har oy 2-3 qo'y so'yilgan. Morfologik tadqiqotning maqsadi qoldiq bo'shliqlarni va ularni jigar parenximasi elementlari bilan to'ldirish imkoniyatini o'rganish edi.

Quyida biz dinamikada qoldiq bo'shliqni to'ldirishning morfologik xulosasini keltiramiz. Eksperimental hayvonlarning jigar preparatlarida exinokokkning qoldiq bo'shlig'i yo'q qilinganidan keyin 30 kun o'tgach, tolali kapsula qoladi. Uning qalinligi 600-1000

mikron. Kapsulaning asosini qatlamli tuzilishga ega bo'lgan kollagen tolalarning qo'pol to'plamlari tashkil qiladi (2-rasm).



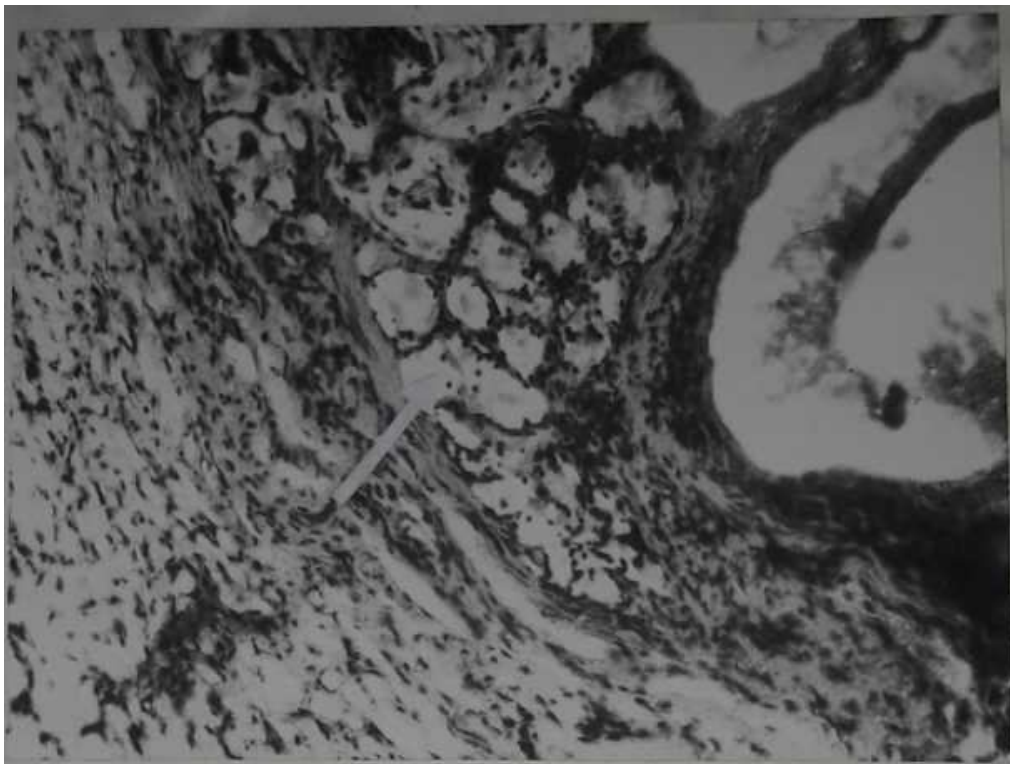
2-rasm. Qoldiq bo'shliqni yo'q qilgandan keyin 30 kuni. Tolali kapsula. U kollagen tolalari to'plamlariga asoslangan.



3-rasm. Qoldiq bo'shliqni yo'q qilgandan keyin 30 kuni. Fibroz kapsulaning tashqi yuzasiga bevosita qo'shni bo'lgan jigar to'qimalarining tuzilishi. Oddiy arxitektonikaning buzilishi. Stromal fibroz. Gematoksilin va eozin bilan bo'yash. Uv. 10x10.

Fibroz kapsulaning ichki yuzasi ulardan neytrofil leykotsitlar bilan ifodalangan demarkatsiya o'qining yupqa qatlami bilan ajralib turadi. Kapsulani o'rab turgan jigar to'qimasi biroz o'zgargan tuzilishga ega. Jigar parenximasining nurli tuzilishi buziladi. Sinusoidal kapillyarlarning lumenleri kengayadi. Gepatotsitlarning o'zlari hajmi kamayadi. Birlashtiruvchi to'qimalarning ko'payishi tufayli stromal fibroz qayd etiladi (3-rasm).

U kollagen tolalari, fibroblastlar va kichik qon tomirlarining yupqa to'plamlariga asoslangan. Gepatotsitlar guruhlarida chetida joylashgan (4-rasm).

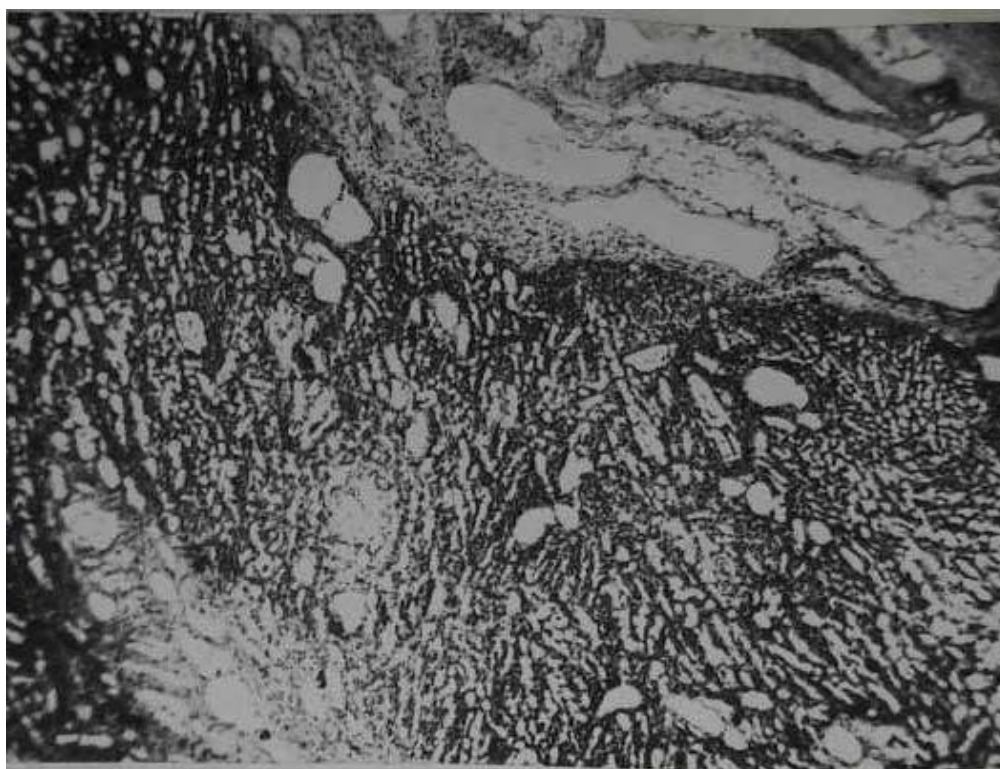


4-rasm. *Qoldiq bo'shliqni yo'q qilgandan keyin 30 kuni. Teskari hududning chetida joylashgan hepatotsitlar guruhi (o'q bilan ko'rsatilgan). Gematoksilin va eozin bilan bo'yash. Uv. 40x10.*

Tajribaning 60-kunida tolali kapsulaning qalinligi biroz pasayadi va 400 - 700 mikronni tashkil qiladi. U hali ham qatlamli qo'pol tolali biriktiruvchi to'qimadan iborat (5-rasm). Fibroz kapsulaga tutashgan jigar to'qimasi hali ham o'zgargan tuzilishga ega: nur tuzilishi buziladi, hepatotsitlar hajmi kamayadi va stromaning fibrozi qayd etiladi (6-rasm).



5-rasm. *Qoldiq bo'shliqni yo'q qilgandan keyin 60 kuni. Tolali kapsula yupqaroq.*



6-rasm. *Qoldiq bo'shliqni yo'q qilishdan keyin 60 kuni. U kollagen tolalari to'plamlariga asoslangan. Gematoksilin va eozin bilan bo'yash. Uv. 3,2x10.*

Kapsula bo'shlig'ida tolali to'qimalarning miqdori ko'payadi, uning manbai jigarning ichkariga qaratilgan va rezektsiya qilingan qirralari hisoblanadi. Tolali to'qimalarning qalinligida ko'p sonli qon tomirlari, bitta o't yo'llari va gepatotsitlarning kichik guruhlari mavjud (7,8-rasm).



7-rasm. Qoldiq bo'shliqni yo'q qilgandan keyin 60 kuni. Kapsula bo'shlig'idagi tolali to'qimalar. U to'plamlarga asoslangan kollagen tolalari, gepatotsitlar orollari mavjud (o'q bilan ko'rsatilgan).
Gematoxilin va eozin bilan bo'yash. UV 10x10.

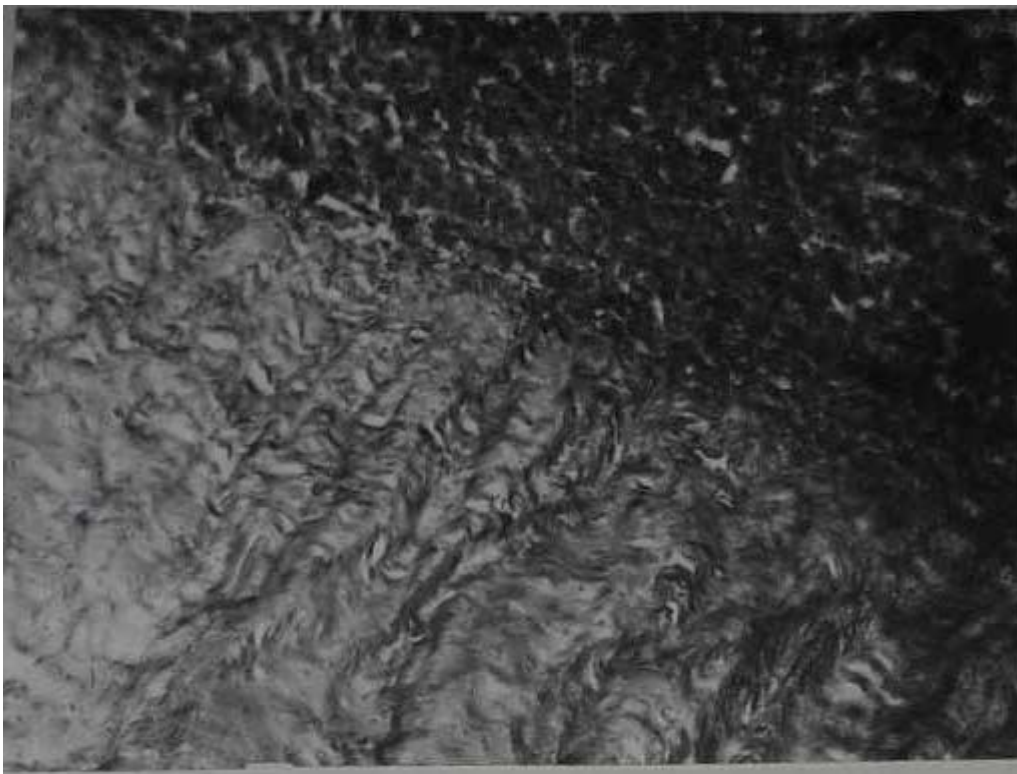


8-rasm. Xuddi shu chizmaning fragmenti. Gepatotsitlar orolchalari.
Gematoxilin va eozin bilan bo'yash. Uv. 40x10.

Tajriba boshlanganidan 90-kunida tolali kapsula saqlanib qoladi. U kollagen tolalari to'plamlariga asoslangan. Kapsula qalinligi 300-500 mikron. Kapsula yaqinidagi jigar to'qimasi hali ham o'zgargan arxitekturaga ega, bu nur tuzilishi va stromal fibrozning buzilishi bilan namoyon bo'ladi.

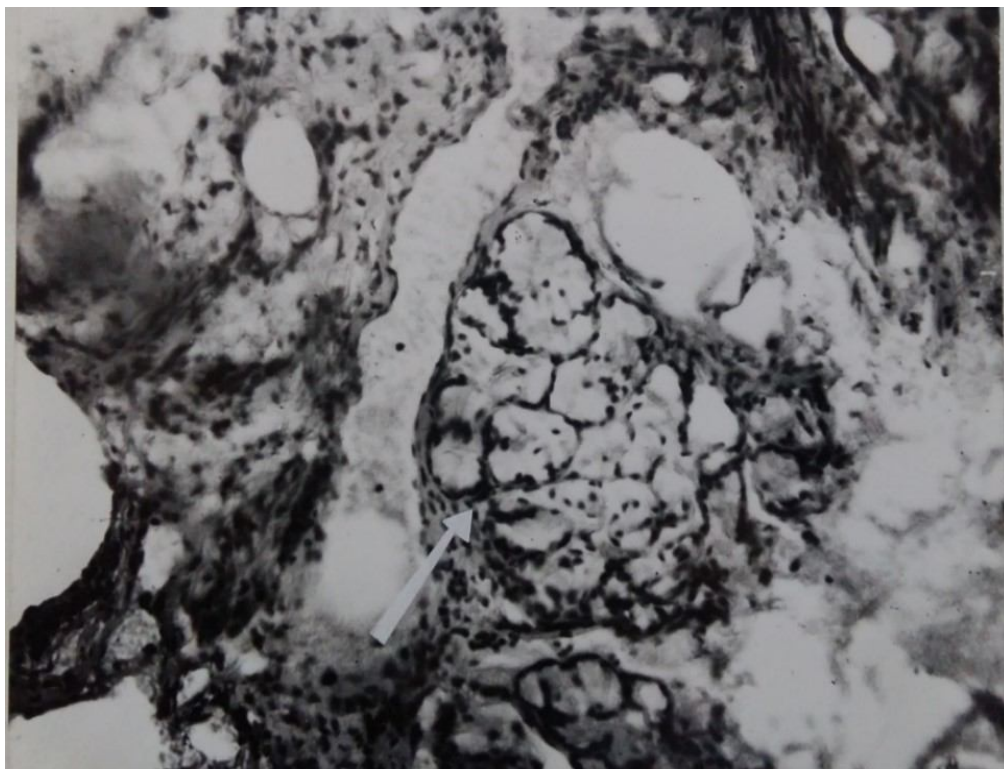
Ushbu kuzatish davriga kelib, qoldiq bo'shliq hajmi sezilarli darajada kamayadi.

Uning lumeni yopiq qon tomirlari, fibroblastlar va hepatotsitlar guruhlari bo'lgan tolali to'qimalarni o'z ichiga oladi (9,10 -rasm).

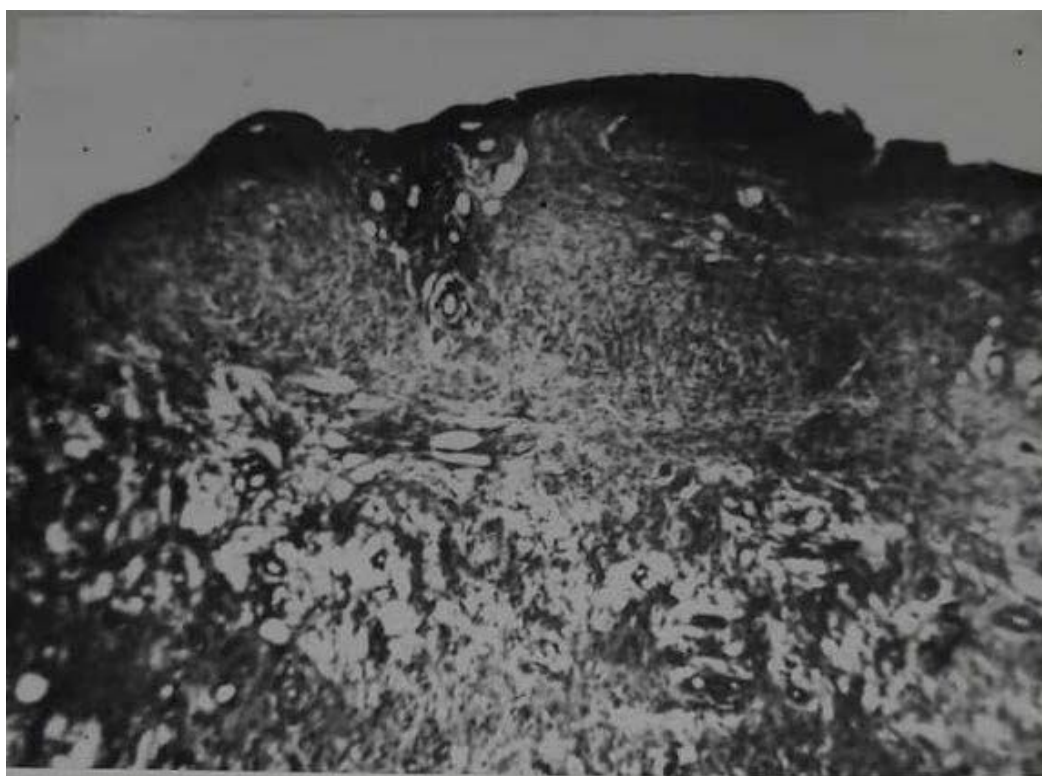


9-rasm. *Qoldiq bo'shliqni yo'q qilgandan keyin 90 kuni. Kapsula bo'shlig'idagi tolali to'qimalar.*

Tajriba boshlanganidan 120-150 kun o'tgach, qoldiq o'rnida 1-5 mm qalinlikdagi qo'pol tolali chandiqlik hosil bo'ladi, tolali to'qimadan iborat bo'lib, qon o't yo'llari va unga o'ralgan hepatotsitlar guruhlari joylashgan. (11,12-rasm). Chandiqlangan sohada jigar to'qimasi fibroz ko'rinishida.



10-rasm. *Xuddi shu chizilgan parcha. Fibroz to'qimalar orasidagi hepatotsitlar orollari (o'q bilan ko'rsatilgan). Gematoksilin va eozin bilan bo'yash. UV 10x10.*



11-rasm. *Qoldiq bo'shliqni yo'q qilgandan keyin 150 kuni. Fibroz to'qima, jigar yuzasida hepatotsitlar orollari mavjud. Qoldiq bo'shliq aniqlanmaydi. Rang berish gematoksilin va eozin. Uv. 3,2x10.*

U kollagen tolalari to'plamlariga asoslangan, gepatotsitlar orollari mavjud. Eksperimental tadqiqotlar natijalarini umumlashtirgan holda, quyidagi fikrlarga to'xtalib o'tishimiz kerak: qo'ylarning exinokokk tuxumlari bilan sun'iy infektsiyasi dastlabki sensibilizatsiyasiz va uning fonida ko'plab mayda parazitlar kistalarning paydo bo'lishiga va jigarda toshga aylanishiga olib keladi.



12-rasm. *Xuddi shu chizilgan parcha. Fibroz to'qimalar orasida gepatotsitlar orollari. Gematoksilin va eozin bilan bo'yash. Uv. 40x10.*

Jigardagi qoldiq bo'shliqlarni tezda yo'q qilish uchun mos keladigan hayvonlarda exinokokkozning eng adekvat modeli tabiiy sharoitda qo'ylarning infektsiyasidir. Qo'y jigarining exinokokkozi bilan og'rigan bemorlarni aniqlash uchun ikki bosqichli tadqiqot kerak.

Birinchi - skrining bosqichida zaiflashgan, vazni past bo'lgan hayvonlar aniqlanadi. Ikkinchi bosqichda ularning jigari ultratovush usuli yordamida tekshiriladi va kistalarning kerakli hajmi va joylashishiga ega qo'ylar tanlanadi.

Ushbu yondashuvdan foydalanib, biz kichik, o'rta va yirik kistalar bilan jigar exinokokkozli 13 qo'yni topdik.

Ularda biz ishlab chiqqan yangi usul yordamida qoldiq bo'shliqni yo'q qilish bilan jigar exinokokktomiyasi o'tkazildi. Uning mohiyati jigarning jarrohlik yarasining ilgari rezektsiya qilingan qirralarini

bo'shliqqa qaytarib tikish yotadi. Operatsiya qilingan jigarni 5 oy davomida morfologik o'rganish natijalari muhim ahamiyatga ega bo'lib, bu qoldiq bo'shliqni jigar parenximasi elementlari, shu jumladan tolali to'qimalarni yopiq qon kapillyarlari, o't yo'llari va gepatotsitlar bilan to'ldirishini ko'rsatdi, buning manbasi jigar bo'shlig'ining rezektsiya qilingan va ichkariga qaytarib tikilgan qirralari bo'lib hissoblanadi.

Binobarin, biz ishlab chiqqan yangi usul jigar exinokokkektomiyasidan so'ng jigar yarasining avval rezektsiya qilingan qirralarini burama qilish orqali qoldiq bo'shliqni yopishtirishda jigar regeneratsiyasini rag'batlantirishda yuqori samara beradi.

IV BOB.

BOLALARDA JIGAR EXINOKOKKKOZINI XIRURGIK YO'LDA DAVOLASHGA YANGI YONDASHUV

Oldingi bobda biz jigar exinokokkozini jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ishlab chiqilgan usulning samaradorligining eksperimental dalillarini taqdim etdik, bunda jarrohlik yarasining rezektsiyalangan qirralarini burab, qoldiq bo'shliqni yo'q qilish kerak edi. Qoldiq bo'shliqni asta-sekin jigar parenximasi elementlari bilan to'ldirish juda muhim, uning manbai jigar bo'shlig'ining kesilgan va teskari qirralari edi.

Ushbu bobda turli yoshdagi exinokokkozli bolalarda kasallikning asoratlangan va asoratsiz kechadigan gidatik kistalarning joylashishi, hajmi, soni bo'yicha ushbu usuldan foydalanish bo'yicha materiallar keltirilgan. 86 nafar bola tekshirildi; yoshi 1 yosh 8 oy-15 yosh (7-jadval).

7-jadval

Turli yoshdagi bolalarda jigar exinokokkozining shikastlanishining tabiati

Shikastlanishning tabiati	Bemorning yoshi, yili			Jami
	1y.8o.7-yosh	8-10 yosh	11-15 yosh	
Yagona	9(10,5%)	14(16,3%)	24(27,9%)	47(54,7%)
Bir nechta	15(17,4%)	8(9,3%)	16(18,6%)	39(45,3%)
Jami:	24(27,9%)	22(25,6%)	40(46,5%)	86(100%)

Kichik yoshdagi bolalarda bir nechta kistalar bir kishiga qaraganda tez-tez uchraydi va katta yoshdagi bolalarda, aksincha, bitta gidatid kistalar ko'proq uchraydi.

4.1. Jigarining yagona gidatid kistalari.

Jigarining yagona gidatid kistalari bo'lgan 47 bemorda jigarda izolyatsiya qilingan kistalar qayd etilgan - 32 (68%); yagona kombinatsiyalangan shakllar - 15 (32%) bolalarda: jigar va o'pka - 13da, jigar va taloq - 1da, jigar va buyraklar - 1da. 8 (17%) bemorlarda

asoratlar qayd etilgan: kistaning yorilishi - 1da , yiringlash - 6da va qorin old devoriga yiringlash bilan - 1da. Kistalarning o'lchamlari 8-jadvalda ko'rsatilgan.

Eng ko'p uchraydigan gidatik kistalar kichik va o'rta o'lchamdagi - 27 (57%). 20 (43%) bolada katta va gigant kistalar aniqlangan. Gidatik kistalarni aniqlash chastotasi yosh bilan ortadi. Yagona exinokokk kistalari joylashuvi bo'yicha quyidagicha taqsimlangan: jigarning o'ng bo'lagida - 42 (89%), chap bo'lakda - 5 (11%) va 18 bolada kistalar diafragma osti yuzasida joylashgan. jigar.

8-jadval

Jigarning yagona gidatik kistasi bo'lgan bolalarning kistalarining kattaligi va yosh.

Hajmi	Yoshi, yil.			Jami
	3-7 yosh	8-10yosh	11-15yosh	
Kichik	4	4	8	16
O'rtacha	4	3	4	11
Katta	1	5	8	14
Gigant	-	2	4	6
Jami:	9	14	24	47

Klinik ko'rinishlar ko'pincha o'ng qovurg'a yoyi ostida, qorin bo'shlig'ida va epigastral soaxasida yaqqol namoyom bo'ladi. O'ng qovurg'a osti, epigastral soxasi va qorin bo'shlig'ida o'simtaga o'xshash xosila paypaslanadi (8-jadval).

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik tekshiruv va gomeostazni tiklash bilan davolashni o'z ichiga oladi. Yagona gidatik kistasi bo'lgan barcha 47 bemor jarrohlik muolajadan o'tkazildi. Ultratovush tekshiruvi gidatid kistaning joylashishini aniq aniqlash va optimal jarrohlik usulini tanlash imkonini berdi.

Ko'pincha biz o'ng qovurg'a ostida kesma ishlatardik - at. 36 ta bola, o'rta chiziqli kesma - 8 tada; 3 ta bolada kista jigarning yuqori yoki posterosuperior yuzasida lokalizatsiya qilinganida, 8-9 qovurg'alararo bo'shliqda qiya ko'ndalang kesma qilingan.

Jadvalda 9-jadvalda jigarda qoldiq bo'shliqni yo'q qilish usullarida farq qiluvchi jarrohlik davolash turlari ko'rsatilgan.

9-jadval.

Muayyan xususiyatga ko'ra, bitta gidatik kista bilan kasallikning asosiy klinik ko'rinishlari (n=47).

Klinik belgilar	Chastota	%
Umumiy zaiflik	29	61,7
O'ng qovurg'a ostida, qorin bo'shlig'ida va bel soxasida og'riq	26	55,3
O'ng qovurg'a ostida, epigastral soxada va qorinda o'smasimon xosilaning paypaslanishi	13	27,6
Yomon ishtaha	8	17
O'ng qovurg'a ostida og'irlik	5	10,5
Tana haroratining oshishi	7	14,9
Kattalashgan qorin	4	8,9
Bosh og'rig'i	2	4,2
Terining sarg'ayishi	1	2,1

Qoldiq bo'shliqni yo'q qilish operatsiyaning muhim bosqichidir. Qoida tariqasida, kista shakllanishining kattaligi va kistaning lokalizatsiyasi jarrohning taktikasini belgilovchi asosiy omillardir.

Uchta holatda biz Delbe bo'yicha kapitonaj usulidan foydalandik. U ketgut choklarini ichkaridan kapsulaning devorlariga 2-3 qatlamda ketma-ket surtishdan iborat. Operatsiyadan keyingi davrda 2 nafar bolada 25-30 kun davomida yiringli, qonli va o't oqishi kuzatildi. Bu ichki tikuv paytida o't yo'llari va qon tomirlarining shikastlanishiga bog'liq ko'rinadi.

Ikki bolada qoldiq bo'shliq charvi bilan to'ldirildi. Ushbu usul omentum tomonidan yetib boradigan jigar yuzasida lokalizatsiya qilingan o'rta kattalikdagi exinokokk kistalarini olib tashlash uchun ishlatilgan. Ikkala holatda ham qoldiq bo'shlig'iga charvini biriktirish va ketgut iplari bilan tikish olib borildi.

Jigarning diafragma yuzasida joylashgan yiringli exinokokk kistasi bo'lgan 2 bemorda qoldiq bo'shlig'i Vishnevskiy malhami bilan to'ldirildi va uni alohida kesma orqali tashqariga chiqarildi.

19 bemorda qoldiq bo'shliq ichidagi tolali kapsulani invaginatsiya qilish usuli yordamida yo'q qilindi. Yara mikroirrigator bilan drenajlangan. Quyidagilar kuzatildi: 3 ta bolada qonli suyuqlik; safro ajralishi – 2-da; yiringli oqindi - 1-chi bolada.

Yara qirralarining qattiqligi, qon tomirlari va o't yo'llarining shikastlanish xavfi tufayli qoldiq bo'shliqlarni samarali yopishdagi obektiv qiyinchiliklarni hisobga olgan holda, biz qoldiq bo'shliqni yo'q qilishning yangi usulini ishlab chiqdik. Adabiyotlarni ko'rib chiqishda ta'kidlanganidek, turli mualliflar qoldiq bo'shliqni tolali kapsulaning chetlari, charvi, malham bilan tamponlar, diafragmani tikish va boshqalar bilan to'ldirishga intilishadi.

Qoldiq bo'shliqni to'ldirish usulimizning printsipi shundan iboratki, biz jigar yarasining chetlarini rezeksiya qilingan tomoni bilan bo'shliqqa yo'naltiramiz. Bizning tajribalarimiz ko'rsatganidek (3-bob) bo'shliq jigarining hujayrali elementlari bilan to'ldirilgan bo'lib, ular avvalgi bo'shliq o'rnida oddiy jigar to'qimasini hosil qiladi. Ushbu usul 21 nafar bolada qo'llanilgan va texnik yechim quyidagicha: endotraxeal behushlik ostida bola laparotomiyadan o'tkaziladi va jigar yuzasida oq rangli tolali kapsula bilan exinokokk kistasi ochiladi. Trokardrenaj kist tarkibini teshish va aspiratsiya qilish uchun ishlatiladi. Jigar to'qimasi bilan qoplanmagan tolali kapsula butun diametri bo'ylab ko'ndalang kesiladi, xitin qobig'i va qoldiq exinokokk suyuqlik chiqariladi. Qoldiq bo'shliq furatsilin eritmasi (1:5000) va 70% spirtli eritma bilan dezinfektsiya qilinadi. Keyin tolali kapsulaning chiqib turgan oqartirilgan qismi jigar parenximasi bilan birga qalinligi 3 mm gacha kesiladi. Rezeksiya qilingan jigar to'qimalarining qon ketishining tomirlari alohida kesilgan ketgut tikuvlari bilan tikiladi. Qoldiq bo'shliq jigar parenximasining kesilgan qirralarini va bo'sh joylarini ichkariga burab, ketgutli vintli choklar yordamida yo'q qilinadi. Agar kerak bo'lsa, kista to'shagi aspiratsiya uchun ikkita yon teshikli vinilxlorid trubkasi bilan drenajlanadi, u alohida kesma orqali chiqariladi. Jigar maydoni sigaret tamponi bilan drenajlanadi va alohida kesma orqali chiqariladi. Qorin devorining asosiy yarasi qatlamlarda mahkam tikiladi. "Sigara" drenaji 3-4-kunlarda chiqariladi, tikuvlar 9-10-kunlarda chiqariladi, PXV trubkasi operatsiyadan keyin 6-18-kunlarda yaradan tushirishni to'xtatishni

hisobga olgan holda chiqariladi. Taklif etilayotgan usulning texnik yechimi shundan iboratki, operatsiya davomida jigarning marginal rezektsiyasi amalga oshiriladi va shu bilan qoldiq bo'shliqni jigar parenximasi elementlari bilan to'ldirish uchun sharoit yaratiladi, biz buni tajribada ko'rsatdik (3-bob). Misol tariqasida kichik kistalar uchun tavsiya etilgan usuldan foydalanish mumkin.

1-Misol. Bemor M., 3 yil 8 oy. (kasallik tarixi No3839/549), 1994-yil 24-avgustda umumiy holsizlik, o'ng qovurg'a yoyida og'riq, ko'ngil aynishi, ishtahani yo'qolishi shikoyatlari bilan klinikaga yotqizilgan. Kasallik tarixidan, ota-onalarning fikriga ko'ra, o'ng qovurg'a yoyida og'riqlar klinikaga kirishdan bir hafta oldin paydo bo'lgan. Qabul qilinganida bemorning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda edi. Ong aniq. Ovqatlanish darajasi past bo'lgan qiz. Tana vaznining yetishmasligi - 11,8%. Teri va ko'rinadigan shilliq pardalar och pushti rangga ega. Ikki tomondan o'pkada vezikulyar nafas bor. Yurak tovushlari aniq. Puls ritmik, 114 zarba/min, qoniqarli to'ldirish va taranglikda Ultratovush tekshiruvda o'ng lobda 38x70 mm o'lchamdagi yumaloq suyuqlik shakllanishi aniqlanadi (13-rasm).



13-rasm. Bemor M. 3 yoshda. 8 oy Jigarning exogrammasi. Jigarning exogrammasi aniq konturli kichik gidatid kistani ko'rsatadi.

Qorni normal shaklda, palpatsiyada jigar qirralari zich, jigar og'riqsiz, pastki cheti o'ng qovurg'a yoyi chetidan 2 sm tashqariga chiqadi. O't pufagi o'zgarmagan. Boshqa parenximal organlarning ultratovush tekshiruvi shunga o'xshash suyuqlik shakllanishini aniqlamadi.

Qon tahlili: Er.- 3,7x10¹²/l, Hb - 116,0 g/l, rang ko'rsatkichi - 0,8 eoz.5%, tayoqchalar - 2%, segment. 51%, limfotsitlar 38%, monotsitlar 4%, ESR -11 mm/soat. Bilirubin - 12,5 mmol/l, timol testi 2,8 masalan, RIGA o'tkazilganda, titrda ijobiy natija - 1:320 olingan. Tashxis qo'yildi: "Jigarning o'ng bo'lagining exinokokkozi". Operatsiyadan oldingi tegishli tayyorgarlikdan so'ng, 1994 yil 8 sentyabrda jigarning o'ng bo'lagining laparotomiyasi va exinokokkektomiyasi amalga oshirildi. Endotraxeal behushlik ostida qorin bo'shlig'i 15 sm gacha uzunlikdagi Fyodorov bo'yicha o'ng qovurg'a yoyi kesmasi yordamida qavatma-qavat ochildi. IV segmentning o'ng bo'lagi jigarini tekshirishda jigar yuzasidan yuqoriga chiqib turgan oqartirilgan kista aniqlangan.

Operatsiyadan oldingi tegishli tayyorgarlikdan so'ng, 1994 yil 8 sentabrda jigarning o'ng bo'lagining laparotomiyasi va exinokokkektomiyasi amalga oshirildi. Endotraxeal behushlik ostida qorin bo'shlig'i 15 sm gacha uzunlikdagi Fyodorov bo'yicha o'ng qovurg'a yoyi kesmasi yordamida qavatma-qavat ochildi. IV segmentning o'ng bo'lagi jigarini tekshirishda jigar yuzasidan yuqoriga chiqib turgan oqartirilgan kista aniqlangan. Kista tarkibi troakar drenaj yordamida aspiratsiya qilindi - 100,0 ml shaffof suyuqlik. Jigar to'qimasi bilan qoplanmagan tolali kapsula butun diametri bo'ylab ko'ndalang bo'linadi. Qoldiq bo'shliq 70% spirt va furatsilin eritmasi (1:5000) bilan dezinfektsiya qilinadi. Fibroz kapsulaning chiqib turuvchi oq rangli qismi, qalinligi taxminan 3mm bo'lgan jigar parenximasi bilan birga kesilgan. Rezektsiya qilingan jigar to'qimalarining qon ketishining tomirlari alohida kesilgan ketgut tikuvlari bilan tikiladi. Qoldiq bo'shliq jigar parenximasining

rezektsiya qilingan qirralari va bo'sh joylariga ketgut iplari bilan ichkariga qaytarib tikiladi. Qirralarni ichkariga burab qo'ygandan so'ng, deyarli hech qanday qoldiq bo'shliq qolmaganligini hisobga olsak, drenaj trubasini tark etishning hojati yo'q edi.

Jigar maydoni sigaret tamponi bilan drenajlanadi va alohida kesma orqali chiqariladi. Jarrohlik yarasi qatlamlarga mahkam tikiladi. Operatsiyadan keyingi davr muammosiz o'tdi. 9-kuni tikuvlar olib tashlandi. 1994-yil 22-sentyabrda bola qoniqarli holatda uyga chiqarilgan. 1 yil 8 oydan keyin tekshirilganda. Ultratovush tekshiruvida operatsiyadan keyingi bo'shliq yo'q, kasallikning qaytalanishi belgilari yo'q (14-rasm).



14-rasm. Bemor M. jigarining 1 yil 8 oydan keyingi exogrammasi.
Kasallikning qaytalanishi belgilari yo'q.

Ta'riflangan usul kichik, o'rta, katta va gigant kistalari bo'lgan jigarning diafragma va orqa yuzasini o'z ichiga olgan kistalarning turli lokalizatsiyasi bo'lgan barcha yosh guruhlari bolalarida qo'llanilgan. Qo'shma holatlarda (jigar-o'pka) kistaning yorilishi va boshqa asoratlarni oldini olish uchun birinchi navbatda o'pka operatsiya qilindi. Kista asoratlari uchun: yiringlash (6), yoriqlar (1) va yiringli

yorilishlar (1), biz ishlab chiqqan usuldan ham foydalandik. Misol tariqasida biz quyidagi kuzatishni keltiramiz.

2-misol. Bemor N., 7 yil 9 oy. (kasallik tarixi N3822/340/430) 02.08.93 da klinikaga yotqizilgan. o'ng gipokondriyumda og'riq shikoyatlari bilan, tana haroratining davriy ortishi, charchoq, yomon ishtaha va umumiy zaiflik. Anamnezdan: 1993-yil may oyida poliklinikamizda o'ng o'pkaning exinokokkozi bo'yicha bola operatsiya qilingan. Keyin tekshirilganda jigarning gidatid kistasi aniqlandi. Bemorning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, bola to'yib ovqatlanmaydi. Tana vaznining yetishmasligi - 6 kg. Teri och pushti rangda. VH qovurg'alararo bo'shliqda ko'krakning o'ng tomonida yallig'lanish belgilarisiz 12,0x0,5 sm o'lchamdagi operatsiyadan keyingi chandiq bor. O'pkada vesikulyar nafas eshitiladi. Yurak tovushlari aniq. Puls - 116 zarba / min, qoniqarli to'ldirish va kuchlanish. Qorin normal shaklda. Jigar kattalashgan, zich, og'riqsiz, palpatsiyada jigarning pastki cheti qovurg'a yoyi chetlari ostidan 3 sm chiqib turadi. Ultratovush tekshiruvida 7-segmentda 78x51 mm o'lchamdagi suyuqlik hosil bo'lishi ko'rinadi (15-rasm).Taloq va buyraklar xususiyatsiz.



15-rasm. N. 7 yosh, 9 oylik bemor jigarining exogrammasi.
Exogrammada yiringli gidatik kista ko'rsatilgan.

Qon testi: Ha. - $3,8 \times 10^{12}/l$, Hb - 114,0 g/l, rang ko'rsatkichi - 0,8, eoz. - 1%, tayoq yeyuvchi. - 2%, segment - 66%, limfotsitlar - 30%, monositlar - 3%, ESR - 10 mm/soat. Umumiy bilirubin - 12,6 mmol / l, timol testi - 6,0 masalan. RIGAni bajarishda 1:640 titri bilan ijobiy natijaga erishildi.

Tashxis qo'yildi: "Jigarning o'ng bo'lagi diafragma yuzasining exinokokkozi. O'ng o'pkaning exinokokkektomiyasidan keyingi holat".

Operatsiyadan oldingi tegishli tayyorgarlikdan so'ng, 1993 yil 6 avgustda endotrakeal behushlik ostida quyidagilar amalga oshirildi: IX qovurg'alararo bo'shliq bo'ylab o'ngda posterolateral torakotomiya. Yara qatlam-qatlam xirillab ketdi. O'ng lobda (VII segment) kista topildi, u troakar drenaji bilan teshilgan; Safro bilan aralashtirilgan 20 ml loyqa, yiringli suyuqlik so'riladi.

Jigar to'qimasi bilan qoplanmagan tolali kapsula butun diametri bo'ylab ko'ndalang bo'linadi. Safro bilan aralashtirilgan xitin qobig'i va qoldiq yiringli suyuqlik olib tashlandi

Qoldiq bo'shliq 70% spirt va furatsilin eritmasi (1: 5000) bilan ishlov berilgan. Fibroz kapsulaning chiqib turuvchi oq rangli qismi, qalinligi taxminan 2 mm bo'lgan jigar parenximasi bilan birga kesilgan.

Rezektsiya qilingan jigar to'qimalarining qon ketishining tomirlari alohida kesilgan ketgut tikuvlari bilan tikiladi. Jigar parenximasining rezektsiya qilingan qirralari va bo'sh joylarini kesilgan ketgut vintli tikuvlar bilan vidalash orqali tolali kapsulaning bo'shlig'i yo'q qilindi. Kistda exinokokk suyuqligi yiringlashini hisobga olib, faol aspiratsiya va zararni sanitariya qilish uchun bo'shliqning pastki qismiga polivinilxlorid trubkasini o'rnatishga qaror qilindi. Drenaj trubkasi alohida kesma orqali chiqariladi. Jigar ostidagi hudud "sigara" tampon bilan drenajlanadi va alohida kesma orqali chiqariladi. Jarrohlik yarasi qatlamlarga mahkam tikiladi.

Operatsiyadan keyingi davrda naychadan 5-6 ml gacha yiringli-gemorragik suyuqlik ajralib chiqdi, qoldiq bo'shliq har kuni furatsilinning iliq eritmasi (1:5000) bilan sanitarlanadi; Operatsiyadan keyingi 14-kuni drenaj trubkasi olib tashlandi. Birinchi niyat bilan shifo. Bemor 1993-yil 30-avgustda ahvoli qoniqarli bo'lib,

shifoxonaga chiqarilgan. 2 yildan keyin tekshirildi: sog'lom, normal rivojlanayotgan, jigar ultratovush tekshiruvda qoldiq bo'shliq yoki kasallikning qaytalanishi aniqlanmagan. (16-rasm)



16-rasm. *Operatsiyadan 2 yil o'tib N. bemor jigarining exogrammasi. Kasallikning qoldiq bo'shlig'i va qaytalanishi yo'q.*

Exinokokkoz bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik davolash samaradorligini baholashning muhim ko'rsatkichlari febril davrning davomiyligi, bo'shliqning drenajlanishi va operatsiyadan keyin bemorlarning yotoqda qolish muddati hisoblanadi.

Quyida qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilishning yangi usuli va umumiy qabul qilinganlarning qiyosiy ma'lumotlari (10-jadval) keltirilgan (Delbe bo'yicha kapitonaj, A.P. Po'latov bo'yicha qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish, charvi bilan to'ldirish, Qoldiq bo'shliqni Vishnevskiy malhami bilan drenajlash).

Exinokokkoz bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik davolash samaradorligini baholashning muhim ko'rsatkichlari febril davrning davomiyligi, bo'shliqning drenajlanishi va operatsiyadan keyin bemorlarning yotoqda qolish muddati hisoblanadi.

Bolalarda jigarining yagona gidatid kistalari bilan qoldiq bo'shliqni yo'q qilish usullari

Operatsiya turi	Bemorlar soni	%
Delbe bo'yicha kapitonaj	3	6
Tolali kapsulalarni invaginatsiya qilish usuli	19	40,4
Qoldiq bo'shliqni charvi bilan to'ldirish	2	4,3
Qoldiq bo'shliqni Vishnevskiy malhami bilan drenajlash	2	4,3
Ishlab chiqilgan usul bo'yicha	21	45
Jami:	47	100

Quyida qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilishning yangi usuli va umumiy qabul qilinganlarning qiyosiy ma'lumotlari (10-jadval) keltirilgan (Delbe bo'yicha kapitonaj, A.P. Po'latov bo'yicha qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish, charvi bilan to'ldirish, qoldiq bo'shliqni Vishnevskiy malhami bilan drenajlash).

Jadval shuni ko'rsatadiki, qoldiq bo'shliqni yo'q qilish bo'yicha taklif qilingan usulimiz umumiy qabul qilinganlarga nisbatan sezilarli afzalliklarga ega, bu esa ob'ektiv davolash ko'rsatkichlarining sezilarli darajada pasayishida namoyon bo'ldi.

Shunday qilib, jigar yarasining rezektsiyalangan qirralarini burama qilish orqali exinokokkektomiyadan so'ng jigar qoldiqlarini yo'q qilish bo'yicha taklif qilingan usulimiz turli joylashuvdagi, o'lchamdagi, yorilish va yorilish ko'rinishidagi asoratlarning mavjudligida yagona, izolyatsiyalangan va kombinatsiyalangan kistalar uchun muvaffaqiyatli qo'llaniladi. An'anaviy usullar bilan solishtirganda, operatsiyadan keyingi davrning davomiyligini qisqartirishda sezilarli afzalliklarga ega.

4.2. Jigarning ko'p exinokokkozi

Ko'p jigar exinokokkozi jigarda 2 yoki undan ortiq kistalar topilgan holatlarga ishora qiladi.

Jigarning ko'p gidatik kistasi bo'lgan 39 nafar bemorda quyidagilar aniqlandi: 15 (38,5%) kasallikning kombinatsiyalangan shakllari (jigar va o'pka - 9, jigar va taloq - 3; jigar va buyrak - 1; jigar, o'pka va taloq - 1, jigar va boshqa qorin bo'shlig'i organlari - 1); 24 (61,5%) bir nechta jigar exinokokkoziga ega edi. 13 bemorda kista yorilishi (7), yiringlash (4) va kistaning yorilishi (2) shaklida asoratlar qayd etilgan.

11-jadval.

Yagona kistalarning exinokokkektomiyasidan keyin jigarda qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilishning umumiy qabul qilingan va tavsiya etilgan usullarining samaradorligi.

Davolash samaradorligi ko'rsatkichi, kun	Umumiy davolash usullari n=26	Taklif etilayotgan usul n=21	Farq
Febril davrning davomiyligi	5,3±0,7	3,6±0,4 (P<0,05)	1,7
Bo'shliq drenajining davomiyligi	13,3±1,3	10,3±0,6 (P<0,05)	3
Operatsiyadan keyin bemorlarning yotoqda qolish muddati	21,2±0,97	17,2±0,7 (P<0,05)	4

Bu guruh bolalarida asosan kichik va kichik hajmdagi (135-71%) jami 190 ta exinokokk kistalari aniqlangan. Aksariyat hollarda kichik kistalar kichik yoshdagi bolalarda topilgan (kichik 4 kistaning umumiy

sonining 87%). Aksincha, yosh bilan kichik kistlar soni asta-sekin o'sib boradi. Shuni ta'kidlash kerakki, 6 nafar bolada 70 ta kichik jigar kistasi bor edi. Bundan tashqari, faqat bittasida 110 ml hajmli ko'plab (56) kichik jigar kistalari mavjud edi. Qolgan 5 ta bolada 1-10 ml hajmli kichik kistalar bilan birga kichik kistalar - 100 ml gacha, o'rta va katta kistalar - 400 ml gacha. (11-jadval) Exinokokk kistalari soni 2 yoshdan 56 yoshgacha bo'lgan bolalarning yoshiga qarab o'zgarib turadi (12-jadval). 39 bemorning 30 tasida (77%) 2-3 ta kista bor edi. 24 nafar bola maktab yoshida (62%).

12-jadval

Ko'p jigar exinokokkozli bolalarning kistalari hajmi, soni va yoshi

O'lchamlari	Kistlar soni va bolalarning yoshi, yil			Jami
	1y.8o.-7yosh	8-10 yosh	11-15yosh	
Kichik	61	7	2	70
Kichik	6	24	35	65
O'rtacha	16	3	11	30
Katta	9	8	8	25
Jami:	92	42	56	190

Jigarning ko'plab gidatid kistalarining klinik ko'rinishi xilma-xil bo'lib, bemorning organizmda hidatik parazit mavjudligiga umumiy reaksiyasi va zararlangan organdagi yirik tomirlarning siqilishi bilan bog'liq mahalliy simptomlardan iborat (13-jadval).

Ko'pincha bemorlar o'ng gipokondriyumda, qorin bo'shlig'ida va epigastral mintaqada umumiy zaiflik va og'riqlar haqida xabar berishadi; uchinchi o'rinda o'ng gipokondriyum, qorin va epigastral mintaqada o'simtaga o'xshash shakllanishlar bor edi (14-jadval).

Jigarning subfrenik yuzasida o'rta o'lchamdagi va lokalizatsiyaning bir nechta kistalari uchun tavsiya etilgan usulni qo'llashga misol sifatida kasallik tarixidan olingan ekstrakt xizmat qilishi mumkin.

Jigarning ko'p exinokokkozli bolalar yoshiga qarab kistalar soni

Jami jigarda exinokokk kistalari soni	Bemorlarning yoshi, yil			Jami
	1y.8o.-7 yosh	8-10 yosh	11-15yosh	
	11	5	8	24
2	2	-	4	6
3	-	-	2	2
5	-	1	-	1
6	-	-	1	1
7	1	1	-	2
8	-	-	1	1
11	-	1	-	1
18	1	-	-	1
56	15	8	16	39

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik yakka kistali bolalardagidan printsiptial jihatdan farq qilmadi. Barcha 39 bola jarrohlik muolajasidan o'tkazildi. Ultratovush yordamida kirishni tanlashni aniqlash uchun gidatid kistlarning aniq lokalizatsiyasi aniqlandi.

Ko'pincha kesma o'ng gipoxondriyada - 24 bolada, o'rta chiziqli - 7 bolada, o'ng gipoxondriyada 8-9 qovurg'alararo bo'shliq bo'ylab qiya ko'ndalang kesma bilan birgalikda - 3 tasida, o'ng gipoxondriyada kesma ishlatilgan. o'rta chiziqli kesma bilan kombinatsiya - 2 ta, o'ng va chap gipoxondriyada - 1 ta, Volkovich-Dyakonov kesmalari o'ng gipoxondriya bilan birgalikda - 2 bolada. Qoldiq bo'shliqlar turli usullar yordamida yo'q qilindi (15-jadval).

Operatsiyadan oldingi tegishli tayyorgarlikdan so'ng, 1992 yil 15 iyulda jigarning o'ng va chap bo'laklariga laparotomiya va exinokokkektomiya o'tkazildi. Endotraxeal behushlik ostida yuqori o'rta laparotomiya amalga oshirildi. Qorin bo'shlig'i qatlam-qatlam ochildi.

14-jadval***Jigarning ko'p sonli gidatik kistalari bilan kasallikning asosiy klinik ko'rinishi (n=39)***

Klinik belgilar	Chastota	%
Umumiy zaiflik	23	59
O'ng gipokondriyumda, epigastral mintaqada og'riq	21	53,8
O'ng gipokondriyumda, qorin bo'shlig'ida va epigastral mintaqada o'simtaga o'xshash shakllanish	15	38,5
Haroratning oshishi	7	18
Kusish	3	7,7
Yomon ishtaha	3	7,7
Qorin bo'shlig'ining kengayishi	3	7,7
Bosh og'rig'i	2	5,1
O'ng gipokondriyumda og'irlik	2	5,1

15-jadval***Ko'p exinokokkozli bolalarda jigarda qoldiq bo'shliqni yo'q qilish usullari (n=39)***

Operatsiya turlari	Bemorlar soni	Kistalar soni
Kesilgan ketgut tikuvlari bilan qoldiq bo'shliqni tikish	6	70
Qoldiq bo'shliqni omentum bilan o'rash	2	6
Tolali kapsulalarni invaginatsiya qilish usuli	11	31
Vishnevskiy malhami bilan tampon bilan qoldiq bo'shliqni drenajlash	2	4
Ishlab chiqilgan usul bo'yicha	23	79
Jami:	44	190

**Eslatma. 5 bemorda kichik bo'shliqlarni tikish va tolali kapsulani invaginatsiya qilish usuli bir vaqtning o'zida amalga oshirildi.*

Misol Z. Bemor S., 10 yil 6 oy. (kasallik tarixi № 2978) 09.07.92 da epigastral sohada o'simtasimon shakllanish borligi, o'ng gipoxondriyadagi og'riq, umumiy holsizlik shikoyatlari bilan klinikaga kelgan. Bir yil davomida o'zini kasal deb hisoblaydi. Ota-onalar buni oxirgi 2-3 oy ichida payqashdi. qorinning yuqori qismida o'simtaga o'xshash shakllanish kuchaya boshladi. Umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, bola jismoniy rivojlanishdan orqada (vazn etishmovchiligi - 17%). Teri och pushti rangda. O'pkada vesikulyar nafas eshitiladi. Yurak tovushlari aniq. Puls 104 zarba / min, qoniqarli to'ldirish va kuchlanish. Tekshiruvda epigastral sohada shish bor. Jigar qovurg'a yoyi chetidan 6 sm chiqib turadi, zich, og'riqsiz. Ultratovush tekshiruvi jigarning chap bo'lagida 83x84 mm o'lchamdagi suyuqlik shakllanishi mavjudligini aniqlaydi; 105x103 mm o'lchamdagi shunga o'xshash suyuqlik shakllanishi jigarning o'ng bo'lagida mavjud; (17-rasm).



17-rasm. Bemor S. 10 yosh, 6 oy. Jigarining exogrammasi.

Jigarning o'ng bo'lagining exogrammasida suyuqlik aniqlanadi 105x103 mm, chap bo'lakda esa aniq konturlar bilan 83x84 mm

Boshqa parenximal organlar e'tiborga loyiq emas. Qon testi: Ha. - $3,6 \times 10^{12}/l$, Hb - 112,0 g/l, rang ko'rsatkichi - 0,9, eos. - 2%, tayoq yeyuvchi. - 0%, segment - 42%, limfotsitlar - 46%, monositlar - 10%,

ESR - 3 mm/soat. Umumiy bilirubin - 11,3 mmol / l, timol testi - 2,75 masalan. RIGA - 1:1280 titri bilan ijobiy natijaga erishildi. Tashxis qo'yildi: "Ko'p jigar exinokokkozi".

Jigarning chap bo'lagida troakar drenaji bilan teshilgan exinokokk kistasi aniqlangan va 350,0 ml ga yaqin sarg'ish rangli suyuqlik evakuatsiya qilingan. Fibroz kapsula, jigar to'qimalari tomonidan shikastlanmasdan, butun diametri bo'ylab ko'ndalang yo'nalishda ajratiladi.

Xitinli membrana va qoldiq exinokokk suyuqligi olib tashlandi. Qoldiq bo'shliq 70% spirt va furatsilin eritmasi (1: 5000) bilan ishlov berilgan. Fibroz kapsulaning chiqib turuvchi oq rangli qismi, qalinligi taxminan 2 mm bo'lgan jigar parenximasi bilan birga kesilgan. Rezektsiya qilingan jigar to'qimalarining qon ketishining tomirlari alohida kesilgan ketgut tikuvlari bilan tikiladi. Tolali kapsulaning bo'shlig'i jigar bo'shlig'ining rezektsiyalangan qirralariga kesilgan ketgut vintli tikuvlar bilan vidalanib, polivinilxlorid trubkasi bilan drenajlangan. Jigarni keyingi tekshirishda diafragma yuzasida kist aniqlandi, ammo unga kirish texnik jihatdan qiyin edi. Shu munosabat bilan, Fedorov bo'yicha o'ng gipokondriyunda 14 sm gacha uzunlikdagi kesma qilish qaror qilindi. Qorin bo'shlig'i qatlam-qatlam ochildi. Jigarning diafragma yuzasi kistasi trokardrenaj bilan teshildi va 400,0 ml exinokokk suyuqligi evakuatsiya qilindi. Fibroz kapsula, jigar to'qimalari tomonidan shikastlanmasdan, butun diametri bo'ylab ko'ndalang yo'nalishda ajratiladi. Xitinli membrana va qoldiq exinokokk suyuqligi olib tashlandi. Bo'shliqning pastki qismida diametri 1 sm gacha bo'lgan teshik bor edi, undan safro chiqariladi. Safro oqmasi uzilgan katgut tikuvlari bilan tikiladi. Qoldiq bo'shliq shunga o'xshash usul yordamida davolandi va yo'q qilindi. Bo'shliqning chetlarini vidalagandan so'ng, polivinilxlorid trubkasi qoldiriladi, u alohida kesma orqali chiqariladi. Jigar maydoni sigaret tamponi bilan drenajlanadi va alohida kesma orqali chiqariladi. Jarrohlik yarasi qatlamlarga mahkam tikiladi.

Operatsiyadan keyingi davrda 3-kuni jigar chap bo'lagi yarasidan polivinilxlorid naychasi va jigarning o'ng bo'lagidagi qoldiq bo'shliqdan drenaj trubkasi orqali 60-80 ml safro chiqarildi, bo'yalgan

efüzyon har kuni chiqariladi, keyinchalik 2-haftada - 10-15 ml. Operatsiyadan keyingi 20-kuni drenaj trubkasi olib tashlandi. Qiz 1992 yil 10 avgustda qoniqarli holatda bo'shatilgan. 3 yildan so'ng tekshirildi - u normal rivojlanmoqda, ultratovushda jigarning qoldiq bo'shlig'i aniqlanmagan (18-rasm).



18-rasm. *Operatsiyadan 3 yil o'tgach, xuddi shu bemorning jigarining exogrammasi. Qaytalanish yoki qoldiq bo'shliq aniqlanmadi.*

Ko'p sonli exinokokkozning kombinatsiyalangan holatlarida o'pka shikastlanganda, operatsiya birinchi navbatda o'pkada, 2-3 haftadan so'ng esa jigar yoki boshqa organlarda amalga oshiriladi. Kistalar yiringlash, yorilish yoki ularning kombinatsiyasi bilan murakkablashganda, biz ishlab chiqqan usuldan ham foydalandik.

Bizning fikrimizcha, tolali kapsula, to'liq malokokk kistasining qorin bo'shlig'iga tushishi va o'tkir endisitni taqlid qilish bilan murakkablashgan ko'p jigar exinokokkozining ikkita kuzatuvi qiziqarli ko'rinadi. Ushbu holatlarning kamdan-kamligini va ekstremal sharoitlarda jarrohning taktikasi uchun ahamiyatini hisobga olib: biz ikkala misolni ham keltiramiz.

4-Misol. *Bemor I., 9 yoshda (5184/624-son), 1994 yil 14 noyabrda qorin og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, tana haroratining 37,4 ° S gacha ko'tarilishi shikoyatlari bilan klinikaga yotqizilgan. Qabul*

qilinganda umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, ongi tiniq. Teri och pushti rangda. Burun orqali nafas olish bepul. O'pkada vesikulyar nafas olish. Yurak tovushlari bo'g'iq, puls -118 zarba/min. qoniqarli to'ldirish va kuchlanish. Qon bosimi - 110/70 mm Hg. Qorin normal shaklda. Qorinning o'ng yarmini palpatsiya qilishda qorin old devori mushaklarida og'riq va engil kuchlanish qayd etiladi. Shchetkin-Blumberg simptomi ijobiy. Qon tahlili: Hb - 120 g/l, gematokrit - 36%, Suxarev bo'yicha koagulability - 3 min. Leykotsitlar - $6,5 \times 10^9/l$.

Bolada o'tkir appenditsitning klinik ko'rinishi borligini inobatga olib, bemorni shoshilinch jarrohlik amaliyotiga olib borishdi: Volkovich-Dyakonov bo'yicha o'ng yonbosh sohada, uzunligi 9 sm gacha bo'lgan teri kesmasi. Ko'r ichak gumbazi vermiform bilan. yara ichiga appendiks kiritildi. Jarayon ikkinchi darajali o'zgartiriladi. An'anaviy appendektomiya dumga cho'milish tikuviga botirilgan holda amalga oshirildi. Qorin bo'shlig'ini keyingi tekshirishda 12,0x15,0 sm o'lchamdagi erkin yotgan integral gidatik kista aniqlandi. Kist qorin bo'shlig'idan butunlay olib tashlandi. Keyinchalik qayta ko'rib chiqish uchun yara yuqoriga kengaytirildi. Jigarni tekshirganda 7-segmentda diametri 15,0 sm gacha bo'lgan gidatik kistaning to'shagi aniqlangan. V-VI segmentlar hududida 1000 ml tiniq suyuqlik bo'lgan ulkan gidatik kist ham topilgan. Ushbu bo'shliqlar biz ishlab chiqqan usul yordamida yo'q qilindi. Drenaj quvurlari orqali har kuni 5-10 ml safro bilan bo'yalgan efuzyon chiqariladi. Operatsiyadan keyingi 10-kuni drenaj olib tashlandi. Yarani davolash - asosiy niyat bilan Bemor Vtisan 06.12.94. qoniqarli holatda. 1,5 yil o'tgach, nazorat tekshiruvida bola sog'lom, o'zini yaxshi his qildi, ultratovush tekshiruvida jigarda qoldiq bo'shliqlar yoki relapslar aniqlanmadi. (19-rasm)

5-Misol. Bemor R, 6 yil 2 oy. (kasallik tarixi № 646/49) 11.02.95 kuni onasining aytishicha, qorindagi og'riqlar, tana haroratining 38C gacha ko'tarilishi va safro bilan qayta-qayta qayt qilish shikoyatlari bilan klinikaga yotqizilgan. Qabul qilinganida bolaning ahvoli og'ir edi, bemor to'yib ovqatlanmaydi - uning vazni 18 kg. Teri oqargan. O'pkada vesikulyar nafas olish. Yurak tovushlari bo'g'iq, puls 100/min, qoniqarli to'lg'azish va taranglik. Qon bosimi -

100/60 mm pista. Qorin normal shaklda, epigastral va o'ng yonbosh sohalarida og'riq bor. Shchetkin-Blumberg simptomi ijobiy.



19-rasm. Bemor I. 9 yosh. Jigarining exogrammasi, operatsiyadan 1,5 yil keyin. Jigarning qoldiq bo'shliqlari yoki resedivlar topilmadi.

Qon tahlili: Hb - 112,0 g/l, gematokrit - 45%, Suxarev bo'yicha koagulability - 4 min. Leykotsitoz - $13,3 \times 10^9/l$. Tashxis qo'yildi: "O'tkir ichak tutilishi? O'tkir appenditsit". Operatsiyadan oldingi tegishli tayyorgarlikdan so'ng qorin bo'shlig'i 10 sm uzunlikdagi o'ng pararektal kesma yordamida qatlam-qatlam ochildi va taxminan 50,0 ml gemorragik suyuqlik chiqariladi. Ko'richak gumbazi o'simtasimon appendiks bilan yaraga keltirildi - ikkinchisi buzilmagan.

Qorin bo'shlig'ida 15x1.0 sm. o'lchamdagi erkin yotgan butun exinokokk kistasi topildi, u butunlay olib tashlandi. Keyingi tekshiruvdan so'ng, jigarning diafragma yuzasida exinokokk kistasining to'shagi aniqlangan, undan kista qorin bo'shlig'iga o'tib ketgan. Bundan tashqari, jigarning oldingi pastki yuzasida 10x12 sm o'lchamdagi tarang kista aniqlandi. U troakar drenaj yordamida teshildi va ichidagilari aspiratsiya qilindi - 350,0 ml tiniq suyuqlik. Klinikaning ishlab chiqilgan usuli bo'yicha jigarning ikkala exinokokk

bo'shlig'i ham yo'q qilindi. Operatsiyadan keyingi davrda seroz tarkib drenaj quvurlari orqali chiqariladi. Drenaj 7-kuni olib tashlandi; teri ustida tikuvlar - operatsiyadan keyingi 9-kun. Yara asosiy niyat bilan davolandi. Bemor 1995-yil 25-fevralda qoniqarli ahvolda shifoxonaga chiqarilgan. Bir yildan keyin kuzatuv tekshiruvi - qiz sog'lom, o'zini yaxshi his qiladi, ultratovush tekshiruvida jigarda qoldiq bo'shliqlar aniqlanmadi (20-rasm).



20-rasm. Bemor R. 6 yosh, 2 oy. Jigarining exogrammasi, operatsiyadan bir yil o'tgach. Jigarda bo'shliq shakllanishi qayd etilmagan.

Berilgan misollar exinokokkektomiyadan keyin kista o'lchamlari kichikdan gigantgacha bo'lgan qoldiq bo'shliqlarni, shu jumladan murakkab shakllarni yo'q qilish imkoniyatini ko'rsatadi.

Operatsiyadan keyingi erta davrda tavsiya etilgan usulning samaradorligi qoldiq bo'shliqni yo'q qilishning qabul qilinmagan usullari bilan solishtirganda obektiv mezonlar yordamida baholandi. (16-jadval).

Biz taklif qilayotgan usul operatsiyadan keyingi davrni qisqartirishda qabul qilinmagan usullarga nisbatan sezilarli afzalliklarga ega.

Shunday qilib, exinokokkektomiyadan keyin qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish bo'yicha taklif qilingan usulimiz 1 yosh 8 oylik bolalarda turli o'lchamdagi bitta va ko'p kistalar uchun qo'llaniladi. 15 yilgacha va asoratlarsiz. Ushbu yondashuvning afzalliklari febril davrning davomiyligini sezilarli darajada qisqartirishda, bo'shliqni drenajlashda va operatsiyadan keyin bemorlarning yotoqda qolishida namoyon bo'ldi.

Usul, shuningdek, jigar to'qimalarining past elastikligi tufayli qoldiq bo'shliqni yo'q qilish qiyin bo'lgan hollarda ham qo'llanilgan.

16-jadval

Ko'p kistalarning exinokokkektomiyasidan keyin jigarda qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilishning umumiy qabul qilingan va tavsiya etilgan usullarining samaradorligi.

Davolash samaradorligi ko'rsatkichi, kun	Umumiy davolash usullari n=16	Taklif etilayotgan usul n=23	Farq
Febril davrning davomiyligi	6,8±0,85	4,3±0,6 (P<0,05)	2,5
Bo'shliq drenajining davomiyligi	10,4±1,1	7,6±0,7 (P<0,05)	2,8
Operatsiyadan keyin bemorlarning yotoqda qolish muddati	18,3±1,4	15,0±0,9 (P<0,05)	3,3

V BOB.

BOLALARDA JIGAR EXINOKOKKOZI DAVOLASHNING UZOQ MUDDATLI NATIJALARI.

Exinokokkozni jarrohlik yo'li bilan davolashning uzoq muddatli natijalarini o'rganish bizga qo'llaniladigan davolash usullarining samaradorligi va to'g'riligini eng ob'ektiv baholashga, ratsional jarrohlik taktikasini ishlab chiqishga va jigarda qoldiq bo'shliqlar paydo bo'lishining oldini olish yo'llarini belgilashga imkon beradi (17-jadval).

17-jadval

Jigar exinokokkozining turiga va kuzatuv davriga qarab jarrohlik davolashning uzoq muddatli natijalarini o'rganish.

Exinokokkozning turlari	Operatsiya qilingan bemorlar soni	Kuzatish davri, yil			Jami
		1-2	3-5	6-10	
Yagona	32	10	13	4	27(84)
Yagona birlashtirilgan	15	7	2	4	13(87)
Bir nechta	24	13	6	1	20(83)
Ko'plik	15	6	4	2	12(80)
Jami:	86	36	25	11	72(84)

Kasalxonadan chiqqandan keyin 1 yildan 10 yilgacha bo'lgan davrda biz jigar exinokokktomiyasini o'tkazgan 86 nafar (84%) boladan 72 nafarini sinchkovlik bilan tekshirdik. Ularning shikoyatlari, klinik holati, jismoniy rivojlanishi o'rganildi, umumiy klinik qon va siydik tahlillari natijalari, jigar funksional ko'rsatkichlari (ALAT, AST, timol testi va boshqalar) baholandi. Barcha bolalar ichki organlarning ultratovush tekshiruvidan o'tkazildi va oddiy ko'krak qafasi rentgenogrammasidan o'tkazildi.

Uzoq muddatli natijalar yaxshi, qoniqarli va qoniqarsiz deb baholandi.

Yaxshi natijalarga ega bo'lgan guruhga hech qanday shikoyati bo'lmagan, normal jismoniy rivojlangan, patologik laboratoriya yoki klinik va rentgenologik alomatlar bo'lmagan bolalar kiradi. Qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvda buzilishlar. Ularning shaxsi aniqlanmagan.

Jarrohlik davolashning qoniqarli natijalari bolalarning qorin bo'shlig'ida, o'ng gipokondriyunda davriy og'riqlar, o't pufagi diskinezi belgilari, charchoq, ishtahaning yomonligi, tez-tez shamollash, davriy (qo'shma shakllarda) yo'tal va boshqalardan shikoyat qilgan holatlar ko'rib chiqildi va anormalliklarning ultratovush tekshiruv normadan topilmadi. Jarrohlik joyida parazitlar kistaning paydo bo'lishi, jismoniy rivojlanishning kechikishi, qon tahlillari, siydik tahlillari, jigar funktsional ko'rsatkichlari va boshqalarda patologik o'zgarishlar qoniqarsiz natijalar deb topildi (17-jadval). Jigar exinokokkozi bo'yicha operatsiya qilingan 86 nafar bolaning 72 nafari (84%) 1 yoshdan 10 yoshgacha: 1-2 yoshda – 50 foiz, 3-5 yoshda – 35 foiz va 6 yoshda tekshirildi. 10. yillar - 15%.

Bemorlar chiqarilgandan keyin 1-10 yil o'tgach, exinokokkoz turiga qarab kasallikning qaytalanish chastotasi 18-jadvalda keltirilgan.

18-jadval

Exinokokkoz turiga qarab qaytalanish darajasi

Exinokokkozning turlari	Tekshiruvdan o'tgan bemorlar soni	Relapslar soni	
		miqdori	%
Yagona	27	-	-
Yagona birlashtirilgan	13	-	-
Bir nechta	20	1	5
Ko'prik	12	6	50
Jami:	72	7	97

Eslatma. Ushbu turdagi exinokokkozli bolalarning umumiy sonining foizi qavslar ichida ko'rsatilgan.

Kuzatishlar shuni ko'rsatdiki, kasallikning qaytalanishi 9,7% hollarda sodir bo'lgan. Yagona va bitta kombinatsiyalangan

exinokokkozni tekshirgandan so'ng, 40 ta kuzatuvdan hech qanday holatda relaps topilmadi; Shu bilan birga, ko'p va ko'p kombinatsiyalangan exinokokkoz bilan og'rigan 32 bolaning 7 tasida (22%) kasallikning qaytalanishi aniqlangan va ularning 6 tasida kasallikning ko'p kombinatsiyalangan shakli bo'lgan, bu esa 50% ni tashkil qiladi. Kasallikning ushbu shakli bilan kasallangan 12 nafar bola tekshirildi.

Ushbu bolalarning kasallik tarixini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, relapslar jarrohlik aralashuv turiga bog'liq emas.

Bizning fikrimizcha, qaytalanishning ikkita sababi bo'lishi mumkin: birinchidan, qayta infektsiyani istisno qilish mumkin emas, chunki bola birinchi marta yuqtirgan muhitda tugaydi; ikkinchidan, ko'pincha ko'p sonli exinokokkoz bilan og'rigan bemorlarda kichik gidatid kistalar sezilmaydi, ular katta kistalar olib tashlanganidan keyin faollashadi va o'sadi va ma'lum vaqtdan keyin tan olinadi.

Ko'p va qo'shma exinokokkozli 10 nafar bolalarning Vermoxni relapsga qarshi olish maqsadida uzoq muddatli natijalari 6 tasida o'rganildi va 4 tasida relaps aniqlandi.

Shu bilan birga, parazit bo'lmagan kistalarning paydo bo'lishi qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish uchun jarrohlik usulining turiga bog'liq. Bizning kuzatishlarimizga ko'ra, an'anaviy usullardan foydalangan holda uchta bolada parazit bo'lmagan kistalar bo'lgan, bu uzoq muddatda tekshirilgan 34 bolaning 9 foizini tashkil etdi. Birinchi holda - diafragma yuzasida jigarning o'ng bo'lagida gigant exinokokk kistasi (1500 ml) [- tolali kapsulaning invaginatsiyasi amalga oshirildi; in - katta kistaning bo'shlig'i oziqlantiruvchi pedikuladagi omentum bilan tamponlanadi; uchinchisida, katta yiringli kistaning bo'shlig'i Vishnevskiy malhami bo'lgan pechete bilan drenajlangan.

Delbe bo'yicha kapitonaj usulida operatsiya qilingan bitta kista bilan og'rigan 1 nafar bolada o't pufagining diskinezi, yopishqoq kasallik - ko'p sonli exinokokkozli 1 bolada jigarning ikkita bo'shlig'ini omentum bilan to'ldirish orqali operatsiya qilingan.

Qoldiq bo'shliqni yo'q qilish usulini hisobga olgan holda davolash samaradorligini umumiy baholash natijalari 19-Jadvalda keltirilgan.

Jigar exinokokkozini jarrohlik davolashning uzoq muddatli natijalarini qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish usullariga qarab baholash.

Davolash natijalarini baholash	Qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish usuli			
	Umumiy qabul qilingan		Tavsiya etilgan	
	a6c.	%	a6c.	%
Yaxshi	26	76	35	92
Qoniqarli	5	15	3	8
Qoniqarsiz	3	9	0	0
Jami:	34	100	38	100

Eslatma. Qaytalanish darajasi rivojlanishga kiritilmagan, chunki u jarrohlik davolash usullariga bog'liq emas edi.

Qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish uchun tavsiya etilgan usul umumiy qabul qilinganlarga qaraganda sezilarli darajada samaraliroq: qoniqarsiz natijalar yo'q va 92% yaxshi davolash natijalari. Shunday qilib, biz klinikada turli jarrohlik usullari bilan davolangan bolalarning 84 foizida 1 yildan 10 yilgacha bo'lgan davrda jigar exinokokkozli bemorlarni jarrohlik davolashning turli usullarining uzoq muddatli natijalarini o'rgandik. Kasallikning qaytalanishi faqat ko'p va ko'p kombinatsiyalangan exinokokkozli bolalarda sodir bo'lgan va jarrohlik aralashuv turi ularning chastotasiga ta'sir qilmadi.

Parazitar bo'lmagan kistalar, o't pufagining diskinezi va yopishqoq kasallik gidatid kista bo'shlig'ini omentum, Vishnevskiy malhami bilan salfetka bilan tamponlash va tolali kapsulaning chetlarini bo'shliq tubiga mahkamlab ichkariga burish va boshqalardan keyin paydo bo'lgan. exinokokkektomiyadan keyin qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilishning umumiy qabul qilingan usullari. Jigar parenximasi bo'lgan tolali kapsulaning rezektsiyalangan qirralarini yaraga burama qilish orqali qoldiq bo'shliqni yo'q qilish uchun biz taklif qilgan usul ma'lum usullardan ustunlikka ega bo'lib, 92% hollarda asoratlanmagan holda yaxshi uzoq muddatli natijalarni ta'minladi.

XULOSA

Bolalarda jigar exinokokkozini davolashning yagona usuli jarrohlikdir. Biroq, kasallikning qaytalanishi va operatsiyadan keyingi asoratlarning yuqori chastotasi tadqiqotchilarni jarrohlik aralashuvining eng samarali usullarini izlashga undaydi.

Bugungi kunga kelib, exinokokkektomiyadan keyin qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish usullari parazit bo'lmagan kistalarning shakllanishiga yo'l qo'ymaslik uchun jigar regeneratsiyasini rag'batlantirish uchun ishlab chiqilmagan. Exinokokkozning tegishli hayvon modelining yo'qligi turli xil jarrohlik davolash usullarini ishlab chiqish va samaradorligini morfologik baholash imkoniyatini cheklaydi.

Klinik tadqiqotlar uchun material 1 yosh 8 oylik exinokokkozli 86 bola edi. 15 yoshgacha: bitta kistalar bilan - 37,2%, bitta kombinatsiyalangan - 17,4, ko'p - 28 va bir nechta kombinatsiyalangan - 17,4% bolalar. Qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish bo'yicha biz ishlab chiqqan jarrohlik usulini morfologik baholash uchun tabiiy modellar birinchi bo'lib qo'ylarda qo'llanilgan, bunda exinokokkoz kursi odamlarga eng yaqin.

25 ta qo'y exinokokkozni modellashtirish xarakteriga ko'ra 3 guruhga bo'lingan: 1-guruh kasal eksperimental itlardan olingan 10 ming dona exinokokk tuxumini og'iz orqali qabul qilgan; 2-guruh - infeksiyadan oldin, ular ilgari emlash bilan sezgir bo'lgan. Ushbu guruhlarining barcha hayvonlarida jigarda qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish uchun ishlab chiqilgan usulni amalga oshirish uchun yaroqsiz bo'lgan bir nechta kichik gidatid kistalar paydo bo'ldi.

Ishning keyingi bosqichida jigarda qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilishga qaratilgan operatsiyaning yangi variantini o'tkazish maqsadida exinokokkoz tufayli yirik kistalari bo'lgan qo'ylarni faol aniqlash ishlari olib borildi. 1200 bosh qo'ydan 96 ta zaiflashgan va exinokokkoz kasalligiga shubha qilingan (3-guruh) tanlab olindi. Ular orasida ultratovush tekshiruvida 13 bosh qo'yda jigarida turli o'lchamdagi (3,5x6 sm – 11x12 sm) exinokokk kistalari aniqlangan.

Exinokokkoz bilan kasallangan barcha hayvonlar qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish uchun klinikada ishlab chiqilgan operatsiyani o'tkazdilar. Vena ichiga tionental-natriyli behushlik ostida (10 ml/kg),

jarrohlik maydonini yod va spirt bilan ikki marta davolashdan so'ng, o'ng gipoxondriyadagi teri kesilgan, qorin bo'shlig'i ochilgan va tepasida tolali kapsulasi bo'lgan exinokokk kistasi. jigar yuzasi ochilgan. Trokardina kistaning tarkibini teshish va aspiratsiya qilish uchun ishlatilgan. Oq rangli jigar to'qimasi bilan qoplanmagan tolali kapsulani butun diametri bo'ylab ko'ndalang yorib, xitinoz membrana va qoldiq exinokokk suyuqligi olib tashlandi va qoldiq bo'shliq furatsilin (1:5000) va 70% spirt eritmasi bilan dezinfektsiya qilindi. Keyin tolali kapsulaning chiqib turgan oq rangli qismi jigar parenximasi bilan birga qalinligi 3 mm gacha kesiladi. Jigar to'qimalarining rezektsiya qilingan qirralari kistalarining qon ketishining tomirlari alohida kesilgan ketgut tikuvlari bilan tikilgan. Tolali kapsulaning bo'shlig'i jigarning exinokokk bo'shlig'ining rezektsiyalangan qirralarini kesilgan ketgut vintli tikuvlar yordamida burab yo'q qilindi. Agar kerak bo'lsa, kista to'shagi tarkibini aspiratsiya qilish uchun ikkita yon teshikli polivinilxlorid trubkasi bilan drenajlangan, bu alohida teri kesmasi orqali olib tashlangan. Subgepatik hudud alohida kesma orqali sigaretli tampon bilan drenajlangan. Yara qatlamlarga mahkam tikilgan.

Taklif etilayotgan usulning tolali kapsulani invaginatsiya qilish usuliga nisbatan tub farqlari quyidagilardan iborat edi: 1) exinokokk kistasi bo'shlig'ining tolali kapsulasi 3 mm gacha qalinlikdagi jigar parenximasi bilan birga rezektsiya qilingan, ya'ni. rezektsiya qilingan hududda regenerativ jarayonlarni rag'batlantirish maqsadida jigarning marginal rezektsiyasi amalga oshirildi; 2) jigarda regeneratsiya jarayonlariga to'sqinlik qilmaslik va o't yo'llarining va qon tomirlarning shikastlanish ehtimolini istisno qilish uchun ichkariga qaytarib tikilgan jigar parenximasi zararlanmasligi uchun va regeneratsiya jarayonini to'xtatmaslik uchun rezektsiya qilingan qirralari bo'shliqning pastki qismiga tikilmadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, qo'y exinokokkozining tabiiy modelidan foydalanish 5 oy davomida qoldiq bo'shliqlarni morfologik o'rganish imkonini berdi. Jigarning gistologik preparatlarida exinokokkning qoldiq bo'shlig'i yo'q qilinganidan keyin 30 kun o'tgach, tolali kapsula qolishi aniqlandi. Uning qalinligi 600-1000 mikron.

Kapsulaning asosini qatlamli tuzilishga ega bo'lgan kollagen tolalarining qo'pol to'plamlari tashkil qiladi. Fibroz kapsulaning ichki yuzasi ulardan neytrofil leykotsitlar bilan ifodalangan demarkatsiya o'qining yupqa qatlami bilan ajralib turadi. Kapsulani o'rab turgan jigar to'qimasi biroz o'zgargan tuzilishga ega. Jigar parenximasining nurli tuzilishi buziladi. Sinusoidlar techiklarining kapillyarlari kengayadi. Gepatotsitlarning o'zlari hajmi kamayadi. Birlashtiruvchi to'qimalarning ko'payishi tufayli stromal fibroz qayd etiladi.

Kapsula bo'shlig'ida to'qima detriti elementlari mavjud bo'lib, ular ham qatlamli tuzilishga ega. Tolali to'qima jigarning kapsulaning bo'shlig'iga vidalangan joylaridan o'sadi. U kollagen tolalari, fibroblastlar va kichik qon tomirlarining yupqa to'plamlariga asoslangan. Chetda hepatotsitlar guruhleri mavjud. Tajribaning 60-kunida tolali kapsulaning qalinligi biroz pasayadi va 400-700 mkm ni tashkil qiladi. Kapsula bo'shlig'ida tolali to'qimalarning miqdori ortib boradi, uning manbai jigarning teskari qirralari hisoblanadi. Tolali to'qimalarning qalinligida ko'p sonli qon tomirlari, bitta o't kanallari va hepatotsitlarning kichik guruhleri mavjud. Tajriba boshlanganidan 90-kunida tolali kapsula saqlanib qoladi. U kollagen tolalari to'plamlariga asoslangan. Kapsula qalinligi 300-500 mikron. Kapsula yaqinidagi jigar to'qimasi hali ham o'zgargan arxitekturaga ega, bu nur tuzilishi va stromal fibrozning buzilishi bilan namoyon bo'ladi.

Ushbu kuzatish davriga kelib, qoldiq bo'shliq hajmi sezilarli darajada kamayadi. Uning lümeni yopiq qon tomirlari, fibroblastlar va hepatotsitlar guruhleri bo'lgan tolali to'qimalarni o'z ichiga oladi.

Tajriba boshlanganidan 120-150 kun o'tgach, qoldiq bo'shliq o'rnida qon kapillyarlari, o't yo'llari va ichiga o'ralgan hepatotsitlar guruhleri bo'lgan tolali to'qimalardan iborat 1-5 mm qalinlikdagi qo'pol tolali chandiq hosil bo'ladi. Skar maydoniga ulashgan jigar to'qimasi fibrotikdir.

Topilmalar hepatotsitlar regeneratsiyasini rag'batlantiradigan jigar sirrozida marginal rezeptsiyani o'rganish natijalariga mos keladi.

Gistologik tadqiqotlar natijalari bizni exinokokkektomiyadan keyin qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilishning yangi usulini ishlab chiqishda mantiqiy binolarning to'g'riligiga ishonch hosil qildi. Ushbu yondashuv kasallikning asoratlangan va asoratlanmagan kursi bilan

har xil joylashuvi, o'lchami va soni turlicha bo'lgan gidatid kistalari bo'lgan bolalarda exinokokkozni jarrohlik davolashda sinovdan o'tkazildi.

Barcha bemorlar ikki guruhga bo'lingan: bitta va bir xil jigar kistalari bilan. Yagona kistalar ko'proq o'ng lobda joylashgan (89%); bolalarning 38% da - jigarning subdiafragmatik mintaqasida. Klinik ko'rinishlardan zaiflik (62%) ko'pincha o'ng gipokondriyumda, qorin bo'shlig'ida va lumber mintaqada (55%) qayd etilgan. Gidatik kistalarning aniq lokalizatsiyasi ultratovush yordamida aniqlandi, bu esa optimal jarrohlik usulini tanlash imkonini berdi.

Taklif etilgan usulning samaradorligini solishtirish uchun biz qoldiq bo'shliqni yo'q qilish uchun klassik operatsiyalarni ham bajardik: Delbe kapitonaji - 3 bola; qoldiq bo'shliqni omentum bilan yopish - 2; Vishnevskiy malhami bilan tampon bilan qoldiq bo'shliqni drenajlash - 2; tolali kapsulani invaginatsiya qilish usuli 19. Ishlab chiqilgan usuldan foydalanib, biz 21 bemorni operatsiya qildik, bu bitta exinokokkozli bemorlarning umumiy sonining 45% ni tashkil etdi.

Operatsiyadan keyingi davrda natijalarni tahlil qilganda, Delbe bo'yicha kapitonajdan foydalanganda, 2 (3 tadan) bolalarda 25-30 kun davomida yiringli qonli va o't oqishi borligi aniqlandi, bu o't oqimi va qon tomirlarining shikastlanishi bilan bog'liq. ichki tikuvlarni qo'llash paytida.

Ichkaridagi tolali kapsulani invaginatsiya qilish operatsiyasi exinokokk bo'shlig'ining tolali kapsulasining chetlarini burab, ularni yaraning pastki qismiga katgut choklari bilan tikib qo'yishdan iborat edi. Ushbu usul faqat yara qirralarining yaxshi elastikligi bo'lgan kistalar uchun muvaffaqiyatli bo'ldi. Operatsiya qilingan 9 nafar boladan 6 nafarida qonli suyuqlik, safro ajralishi va yiringli ajralmalar qayd etilgan.

Klinikada ishlab chiqilgan qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish usuli kistalarning turli lokalizatsiyasi bo'lgan barcha yoshdagi bolalarda, shu jumladan kichik, o'rta, katta va yirik kistalar bilan jigarning diafragma va orqa yuzasida qo'llanilgan. Bundan tashqari, yiringli kista asoratlari, yirtiqlar va yiringli yoriqlar uchun ishlatiladi.

Exinokokkoz bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik davolash samaradorligi quyidagi ko'rsatkichlardan ko'rinadi: tavsiya etilgan va

umumiy qabul qilingan usullardan foydalangan holda jarrohlik davolashdan keyingi febril davrning davomiyligi mos ravishda $3,6 \pm 0,4$ va $5,3 \pm 0,7$ kunni tashkil etdi; kavita drenajining davomiyligi - $10,3 \pm 0,6$ va $13,3 \pm 1,2$ kun; operatsiyadan keyin bemorlarning yotoqda qolish muddati $17,2 \pm 0,7$ va $21,2 \pm 0,97$ kun; ko'rsatilgan farqlar ishonchli.

Binobarin, tavsiya etilgan usul bitta exinokokkozni davolashda qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilishning umumiy qabul qilingan usullariga nisbatan sezilarli afzalliklarga ega.

Jigarning ko'p gidatik kistasi bo'lgan 39 nafar bolada 190 ta kista aniqlanib operatsiya qilindi, shundan 23 nafar bemorda 79 ta kista tavsiya etilgan usul bo'yicha o'tkazildi.

Qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish, shuningdek, umumiy qabul qilingan usullar yordamida (kichik qoldiq bo'shliqlarni tikish, omentum bilan o'rash, tolali kapsulaning chetlarini ichkariga burish, Vishnevskiy malhami bilan tampon bilan drenajlash) 16 bemorda - 111 kistada amalga oshirildi.

Ko'p kistalarning exinokokkektomiyasidan so'ng jigarda qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish uchun an'anaviy va tavsiya etilgan usullarning samaradorligi febril davrning davomiyligi bilan baholandi - mos ravishda $6,8 \pm 0,85$ va $4,3 \pm 0,6$ kun; kavita drenajining davomiyligi bo'yicha - $10,4 \pm 1,1$ va $7,6 \pm 0,7$ kun; operatsiyadan keyin bemorlarning yotoqda qolish muddatiga ko'ra - $18,3 \pm 1,4$ va $15,0 \pm 0,9$ kun.

Shunday qilib, biz jigar exinokokkozli 86 bolada 237 ta kistani operatsiya qildik: 42 bemorda 137 ta kista (49%) qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish uchun umumiy qabul qilingan usullardan foydalangan holda va 44 bemorda (51%) tavsiya etilgan usuldan foydalangan holda 100 ta kista. Yangi yondashuvning umume'tirof etilganlardan ustunligi aniqlandi, bu, xususan, operatsiyadan keyingi erta davrda davolash samaradorligini oshirishda o'zini namoyon qildi.

Usul 1 yosh 8 oylikdan 15 yoshgacha bo'lgan bolalarda turli joylashuv va o'lchamdagi kistalar, bitta va ko'p, murakkab va asoratlanmagan holda qo'llaniladi.

Exinokokkozni jarrohlik yo'li bilan davolashning uzoq muddatli natijalarini o'rganish qo'llaniladigan davolash usullarining samaradorligi va to'g'riligini eng ob'ektiv baholash bo'lib, ratsional

jarrohlik taktikasini ishlab chiqish, shuningdek, jigarda qoldiq bo'shliqlar paydo bo'lishining oldini olish yo'llarini belgilash imkonini beradi.

Klinikada 1-10 yildan keyin operatsiya qilingan 86 nafar bolaning 72 nafarini tekshirdik, bu 84 foizni tashkil etdi. Barcha bolalar klinikada majburiy ultratovush tekshiruvi va oddiy ko'krak qafasi rentgenogrammasi bilan to'liq tekshirildi.

Davolanish natijalari yaxshi bo'lgan guruhga hech qanday shikoyati bo'lmagan, jismonan normal rivojlanayotgan, patologik laboratoriya va klinik-radiologik belgilari bo'lmagan, ultratovush tekshiruvida ichki organlarda anomaliyalar bo'lmagan bolalar kiritildi: 25 (76%) va 35 (92%). bemorlar, mos ravishda, umumiy qabul qilingan va tavsiya etilgan usul bilan davolanganda.

Qoniqarli davolash natijalari qorin bo'shlig'ida, o'ng gipokondriyunda davriy og'riqlar, o't pufagi diskinezi belgilari, charchoq, ishtahaning yomonligi, tez-tez shamollash, davriy yo'tal (qo'shma shakllarda) shikoyatlari bilan baholandi; rentgen va ultratovush tekshiruvida ichki organlarda anomaliyalarsiz: 5 (15%) bemor umumiy qabul qilingan usullardan foydalangan holda va 3 (8%) ishlab chiqilgan usul yordamida operatsiya qilingan.

Qoniqarsiz natijalar (parazitar bo'lmagan kistaning paydo bo'lishi, jismoniy rivojlanishning kechikishi, qon testlari, siydik tahlillari, funktsional ko'rsatkichlar va boshqalardagi patologik o'zgarishlar) an'anaviy davolash bilan og'rigan 3 (9%) bemorda qayd etilgan va taklif qilingan usullarda aniqlanmagan.

Exinokokkozning qaytalanishi faqat ko'p marta tekshirilgan 20 tadan 1 tasida (5%) va ko'p kombinatsiyalangan bemorlarda - 12 tekshirilgandan 6 tasida (50%) sodir bo'lgan. Shuni ta'kidlash kerakki, 1-10 yil davomida tekshirilgan exinokokkozning bir va bir kombinatsiyalangan turlari bo'lgan 40 nafar bemorda birorta ham qaytalanish holati aniqlanmagan.

Tibbiy ma'lumotlarning retrospektiv tahlili shuni ko'rsatdiki, relapslarning paydo bo'lishi exinokokkzni jarrohlik davolash turlari bilan bog'liq emas. Bizning fikrimizcha, qaytalanishning 2 sababi bo'lishi mumkin: birinchidan, qayta infektsiyani istisno qilib bo'lmaydi, chunki bola birinchi marta yuqtirgan muhitda tugaydi;

ikkinchidan, ko'p sonli exinokokkoz bilan og'rigan bemorlarning operatsiyasi paytida kichik kistalar sezilmay qoladi, ular katta kistalar olib tashlangandan keyin faollashadi va o'sadi va ma'lum vaqtdan keyin o'zini namoyon qiladi.

Shunday qilib, jigar parenximasi bo'lgan tolali kapsulaning rezektsiyalangan qirralarini yaraga burama qilish orqali exinokokkektomiyadan keyin qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish bo'yicha taklif qilingan va eksperimental asoslangan usulimiz fiziologiyasiga ko'ra ma'lum usullardan ustunlikka ega bo'lib, erta bosqichda yanada qulayroq kursni ta'minlaydi. operatsiyadan keyingi davr va 92% hollarda asoratlar bo'lmaganda yaxshi natijalarga erishish. Taklif etilgan usuldan foydalanganda qoldiq bo'shliq jigar parenximasi elementlari bilan to'ldiriladi, shu jumladan qon kapillyarlari, o't yo'llari va gepatotsitlarni o'z ichiga olgan tolali to'qimalar jigar bo'shlig'ining rezektsiyalangan va vidalanadigan ichki chetlaridan hosil bo'ladi, bu bizning tadqiqotimiz tomonidan tasdiqlangan. morfologik tadqiqotlar.

Qo'ylar exinokokk bilan og'iz orqali, dastlabki sensibilizatsiya bilan yoki sezilmasdan sun'iy ravishda yuqtirilganda, ularning jigarida jarrohlik davolash uchun namuna sifatida yaroqsiz bo'lgan shunga o'xshash mayda kistalar hosil bo'ladi. Jigar exinokokkozini ajratishning jarrohlik usullarini ishlab chiqish uchun qulay model tabiiy sharoitda yuqtirilgan qo'ylar bo'lib, ularda ultratovush yordamida kichik, o'rta va katta o'lchamdagi kistalar qayd etiladi.

Jigar exinokokkozi bilan tabiiy ravishda kasallangan qo'ylarda o'tkazilgan tajribada jigar parenximasi bilan birga tolali kapsulaning chetlarini rezektsiya qilish va yaraning chetlarini bo'shliqqa burab exinokokkektomiyadan keyingi qoldiq bo'shliqlarni jarrohlik yo'li bilan yo'q qilishning yangi usuli ishlab chiqildi. Ishlab chiqilgan usul bilan yo'q qilingan exinokotektomiyadan keyin qoldiq bo'shliq morfologiyasining dinamikasini o'rganish uning jigar parenximasi elementlari, shu jumladan qon kapillyarlari bo'lgan tolali to'qimalar, gepatotsitlar bilan o't yo'llari bilan to'ldirilganligini ko'rsatdi. jigar bo'shlig'ining chetlari rezektsiya qilingan va ichkariga vidalangan.

Taklif etilayotgan usulni klinik sharoitda sinab ko'rish uni 2 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan bolalarda jigarning bir, ko'p, kombinatsiyalangan, murakkab, kichik, o'rta, yirik va gigant gigant

kistalari bilan turli joylarda, shu jumladan subfrenik kistalarda qo'llash mumkinligini ko'rsatdi. jigar yuzasi. Operatsiyadan keyingi dastlabki davrda ishlab chiqilgan usulning umumiy qabul qilinganlarga nisbatan afzalliklari qayd etildi: febril davrning davomiyligi, drenajlash davomiyligi va operatsiyadan keyin bemorlarning yotoqda qolish muddati sezilarli darajada qisqardi.

Jigar parenximasi bilan tolali kapsulaning rezektsiya qilingan qirralarini yaraga burab, qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish uchun klinikada tavsiya etilgan usul fiziologiyasi tufayli 92% hollarda yaxshi uzoq muddatli natijalarni berdi.

Kasallikning relapslari jigar exinokokkozining ko'p shakllari bilan 22% hollarda yuzaga keladi va qoldiq bo'shliqni yo'q qilishning jarrohlik usuliga bog'liq emas.

Jigar parenximasi bilan tolali kapsulaning rezektsiya qilingan qirralarini yaraga burama qilish orqali qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish uchun ishlab chiqilgan usul kistalarning turli lokalizatsiyasi bo'lgan barcha yoshdagi bolalarda, shu jumladan jigarning diafragma va orqa yuzasida jarrohlik echinokokkozda muvaffaqiyatli qo'llanilishi mumkin. kichik, o'rta, katta va gigant kistlar uchun, tushuntirishlar bilan yoki tushuntirishsiz.

Usulning yuqori klinik samaradorligi operatsiyadan keyingi darhol isitma, bo'shliqni drenajlash va bemorlarning kasalxonada bo'lish vaqtini qisqartirishga imkon beradi va uzoq vaqt davomida umumiy bilan solishtirganda parazitlar bo'lmagan kistalar paydo bo'lishining oldini oladi. qoldiq bo'shliqni yo'q qilishning qabul qilingan usullari.

Exinokokkozga jarrohlik aralashuvning yangi usullarini ishlab chiqishda tabiiy sharoitda exinokokkoz bilan kasallangan qo'ylardan foydalanish tavsiya etiladi. Ushbu yondashuvning afzalligi qoldiq bo'shliqlarni to'ldirishni dinamik, morfologik nazorat qilish imkoniyatidir.

Exinokokkozni jarrohlik davolashning qaytalanish va asoratlarini o'z vaqtida aniqlash uchun kasalxonadan chiqqandan keyin uzoq muddatli klinik kuzatuv tavsiya etiladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Айтназаров М.С. Результаты ликвидации желчных свищей при эхинококкозе печени / М.С. Айтназаров, Н.Б. Касыев, Э.М. Мадаминов // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2017. № 5-2. С. 80-82.
2. Абдисаматов Б.С. Современные направления в хирургическом лечении эхинококкоза печени / Б.С. Абдисаматов // Современная медицина: актуальные вопросы. 2016. № 42-43. С. 91-98.
3. Абдисаматов Б.С. Хирургическое лечение эхинококкоза печени / Б.С. Абдисаматов, М.С. Айтназаров, Э. Мадаминов // Наука, новые технологии и инновации. - 2015. - №3. - С. 70-73.
4. Абдисаматов Б.С. Эффективность радикальных операций при эхинококкозе печени / Б.С. Абдисаматов, Б.А. Авасов // Приволжский научный вестник. 2016. № 3 (55). С. 110-112.
5. Абдулаев А.М. Выбор метода лечения эхинококкоза печени при малых размерах кист. / А.М. Абдулаев // Автореф. дис. ... канд мед. наук. Махачкала 2015. С. 156
6. Абдуллаев А.М. Лапароскопическая эхинококкэктомия у пациентов с эхинококкозом печени / А.М. Абдуллаев, Р.А. Койчуев, И.Г. Ахмедов // Казанский медицинский журнал. - 2015. - №2. - С. 144- 149.
7. Авасов Б.А. Резекции печени в хирургическом лечении эхинококкоза печени / Б.А. Авасов // Вестник КыргызскоРоссийского славянского университета. - 2013. - Т. 13, №6. - С. 122-123.
8. Агаев Р.М. Принципы диагностики и лечения эхинококкоза печени / Р.М. Агаев, Б.А. Агаев, А.К. Будан, Р.М. Мамедов// Анналы хирургии. 2005. №1. С. 54-59.
9. Аззамов Ж.А. Современные взгляды на патологию эхинококкоза печени (обзор литературы) / Ж.А. Аззамов // Вопросы науки и образования. 2018. № 11 (23). С. 93-95. 124

- 10.** Азиззода З.А. Малоинвазивные оперативные вмешательства при эхинококкозе печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, В.С. Ризоев // Вестник Авиценны. 2019. Т. 21. № 1. С. 116-120.
- 11.** «О заболеваемости эхинококкозом и альвеококкозом в Российской Федерации»: «Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» / Письмо от 26.06.2016 №01/7782-16-27.
- 12.** Atakulov J. A., Gabchenko A. K., Sodiqov V. M., Abduhalikzoda G. A., Ahmedov Yu. M. Pekilomikozli bolalarda pnevmoniyani morfologik va eksperimental o'rganish. // etiologiya, jarrohlik, farmakologiya, farmatsiya va parazitologiya muammolari. 2006.P. 13-14.
- 13.** Алиев М.М. Оперативное лечение эхинококкоза печени и его результаты / М.М. Алиев // Вестник КГМА им И.К. Ахунбаева. – 2014. - №3. - С. 88-90.
- 14.** Алиев М.М. Способ клинико-лабораторно-морфологического обоснования антипаразитарной обработки при эхинококкозе печени / М.Ж. Алиев // Вестник КГМА им И.К. Ахунбаева. - 2015. - №2(1). - С. 123-125.
- 15.** Альперович Б.И. Хирургические вмешательства при эхинококкозе и пути профилактики рецидивов / Б.И. Альперович, Н.В. Мерзликин, В.Н. Сало// Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т.10, № 2. С. 98.
- 16.** Амонов Ш.Ш. Минимально инвазивная интраоперационная диагностика и лечение внутренних желчных свищей у пациентов с эхинококкозом печени / Ш.Ш. Амонов, М.И. Прудков, М.А. Кацадзе, О.Г. Орлов // Новости хирургии. 2014. № 5. С. 615-620.
- 17.** Аничкин В.В. Антипаразитарная обработка фиброзных (остаточных) полостей печени после эхинококкэктомии / В.В. Аничкин, В.В. Мартынюк // Хирургия. Восточная Европа. - 2013. - №4(08). - С. 85-94.
- 18.** Аничкин В.В. Метод атипичной резекции печени с антипаразитарной обработкой печеночной ткани смесью глицерина и 1-2% раствора альбендазола в димексиде у пациентов

с эхинококкозом печени/ В.В. Аничкин, Э.А. Повелица, В.В. Мартынюк // Новости хирургии. 2014. № 3. С. 360-365.

19. Аничкин В.В. Патоморфология эхинококкоза печени / В.В. Аничкин В.В. Мартынюк // Актуальные проблемы медицины. Сборник научных статей Республиканской научнопрактической конференции с международным участием, посвященной 25-летию основания учреждения образования "Гомельский государственный медицинский университет". 2016. С. 27-29.

20. Аскерханов Г.Р. Видеоторакоскопическая эхинококкэктомия легких / Г.Р. Аскерханов, С.З. Магомедов, Х.А. Абдурашидов // Всероссийская конференция хирургов, посвященная 85-летию Р.П. Аскерханова: тезисы докладов, Махачкала, 27-28 октября 2005 г. Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005. С. 210.

21. Axmatov N., Aminov A., Vohidova A. M. Eng samarali tadqiqot echinokokkoz va pekilomikoz uchun dorilar //Student research. 2019. P. 155-158.

22. Асланов А.Д. Хирургическое лечение множественного эхинококкоза органов брюшной полости, почек и легких / А.Д. Асланов /[и др.] // Хирургия. 2012. № 10. С. 56-58. 140

23. Ахмедов И.Г. Патогенетическое обоснование определения понятия «рецидив эхинококковой болезни» / И.Г. Ахмедов // Анналы хирургии. 2004. № 2. С.73-76.

24. Ахмедов И.Г. Ранняя диагностика рецидива эхинококковой болезни / И.Г. Ахмедов А.И. Курбанова // Хирургия. 2008. № 11. С. 39- 43.

25. Ахмедов И.Г. Рецидив эхинококковой болезни: патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение/ И.Г. Ахмедов // автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Махачкала, 2006. 34 с.

26. Ахмедов И.Г. Рецидив эхинококковой болезни: патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение/ И.Г. Ахмедов // Хирургия. 2006. № 4. С. 52-57.

27. Ахмедов И.Г. Ультразвуковое исследование в диагностике гидатидного эхинококкоза печени / И.Г. Ахмедов, А.О. Османов // Хирургия. 2004. № 3. С.1822.

- 28.** Ахмедов И.Г. Эхинококкоз печени: современное состояние проблемы / И.Г. Ахмедов Р.А. Койчуев Вестник // Дагестанской государственной медицинской академии. 2017. № 2 (23). С. 71-77.
- 29.** Ахмедов Р.М. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени / Р.М.Ахмедов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2010. Т.15, № 3. С. 99-104.
- 30.** Ахмедов С.М. Резекция печени при эхинококкозе / С.М.Ахмедов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2014. № 2. С. 49-54.
- 31.** Ахмедов С.М. Резекция печени при эхинококкозе /С.М. Ахмедов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2014. - №2. - С. 49- 54.
- 32.** Ахмедов И.Г. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза: методологический аспект / И.Г. Ахмедов // Анналы хирургической гепатологии. – 2016. - Т. 21, №4. - С. 113- 118.
- 33.** Бабаджанов М.Б. К проблеме определения качества жизни при рецидивном эхинококкозе печени/ М.Б. Бабаджанов, Б.Р. Бабаджанов, Ф.Р. Якубов // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10, № 2. С. 102.
- 34.** Бабакулов К.К. Химиопрофилактика рецидива эхинококкоза / К.К. Бабакулов М.Ж. Алиев, А.К. Каниетов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева – 2014. - №4. – С. 162-165.
- 35.** Байбеков И.М. Морфологическое обоснование применения химиотерапии в комплексном хирургическом лечении эхинококкоза / И.М. Байбеков [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т.10, № 2. С. 102.
- 36.** Баршалина М.В. Хирургическое лечение тотального эхинококкоза 127 брюшной полости/ М.В. Абаршалина, А.С. Фатьянова, Г.Х. Мусаев // Хирургия. 2012. № 9. С. 87-89.
- 37.** Белоконев В.И. Динамика заболеваемости эхинококкозом среди сельскохозяйственных животных и населения Самарской области/В.И. Белоконев, А.Р. Иванов//проблемы эхинококкоза. – Махачкала, 2000. – С.28-29.

- 38.** Боймуродов Н.С. Хирургическое лечение эхинококкоза печени у детей. / Боймуродов Н.С. // Авторефе. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Самаркандский государственный медицинский институт – Тошкент. С. 20.
- 39.** Бельшева Е.С. Магнитно-резонансная томография в комплексной диагностик гидатидозного эхинококкоза печени / Е.С. Бельшева [и др.] // Медицинская визуализация. 2003. № 2. С. 6-12.
- 40**Белюк К.С. Хирургическое лечение эхинококкоза печени / К.С. Белюк / [и др.] // В сборнике: Актуальные проблемы медицины материалы ежегодной итоговой научно-практической конференции. Ответственный редактор В. А. Снежицкий. 2018. С. 72-74.
- 41**Бронштейн А.М. Эхинококкозы (гидатидозный и альвелярный) — пограничная проблема медицинской паразитологии и хирургии (обзор и собственные наблюдения) / А.М. Бронштейн [и др.] // Российский медицинский журнал. 2012. № 3. С. 50-53.
- 42**Ванюшин П.Н. Опыт лечения эхинококкоза печени / П.Н. Ванюшин, О.А. Долгов, И.К. Полканов, И.В.Тихонов // В сборнике: Национальные проекты - приоритет развития здравоохранения регионов Материалы 54-й межрегиональной научно-практической медицинской конференции. 2019. С. 627628.
- 43**Вафин А.З. Апаразитарность и антипаразитарность хирургических вмешательств при эхинококкозе / А.З. Вафин // Хирургия. 1993. № 4. С. 70-74.
- 44**Вафин А.З. Диагностика и хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза легких / А.З. Вафин [и др.]// Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2013. № 5. С. 21-25.
- 45**Вафин А.З. Клиническая эффективность применения принципа апаразитарности и антипаразитарности в хирургии эхинококкоза / А.З. Вафин [и др.]// Медицинский вестник Северного Кавказа. 128 2010. № 2. С. 10-13.

- 46**Вафин А.З. Общие принципы апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза / А.З. Вафин // *Анналы хирургической гепатологии*. 2005. Т.10, № 2. С. 105.
- 47**Вафин А.З. Особенности хирургического лечения множественного абдоминального эхинококкоза/ А.З. Вафин // *Всероссийская конференция хирургов, посвященная 85-летию Р.П. Аскерханова: тезисы докладов (27-28 октября 2005 г., Махачкала)*. Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005. С. 220.
- 48**Вафин А.З. Отдаленные результаты хирургического лечения эхинококкоза с применением принципа апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза / А.З. Вафин [и др.]// *Сборник научных трудов Всероссийской конференции хирургов и 17 съезда хирургов Дагестана, посвященные 90-летию чл. корр. АМН СССР, проф. Р.П. Аскерханова*. В 2-х т. Махачкала, 2010. Т.1. С. 137.
- 49**Вафин А.З. Отдаленные результаты лечения больных с эхинококкозом печени, оперированных традиционным способом с применением высокотемпературных (плазменных) технологий /
А.З. Вафин [и др.] // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2008. № 1. С. 96-99.
- 50**Вафин А.З. Современное состояние классификации методов хирургического лечения эхинококкоза/ А.З. Вафин, А.Н. Айдемиров // *Сборник научных трудов Всероссийской конференции хирургов и 17 съезда хирургов Дагестана, посвященные 90-летию чл. корр. АМН СССР, проф. Р.П. Аскерханова*. В 2-х т. Махачкала, 2010. Т.1. С. 136.
- 51**Велиева Т.А. Проблемы диагностики и лечения эхинококкоза / Т.А. Велиева // *ScienceRise*. - 2015. - Т. 5, №4(10). - С. 8-11.
- 52**Ветшев П.С. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев // *Анналы хирургической гепатологии*. 2006. Т. 11, № 1. С. 111-117.
- 53**Ветшев П.С. Эндохирургическое лечение осложненного эхино-129 коккоза печени у детей / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, А.С. Фатьянова // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2015. -

Т. 20, №3. - С. 47-53.

54. Ветшев П.С. Эхинококкоз: современное состояние проблемы / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, С.В. Бруслик // Украинский журнал хирургии. - 2013. - №3(22). - С. 196-201.

55. Вишневский В.А. Радикальные операции при первичном и резидуальном эхинококкозе печени / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - №4. - С. 25-33.

56. Гостищев В. К. Разработка на основе биологического подхода нового способа коррекции остаточной полости и профилактики рецидивов, нагноительных осложнений при эхинококкозе печени / Гостищев В. К., Стреляева А. В., Шамсиев А. М., Боймуродов Н.С. // Журнал «Анналы хирургии» № 5, М., 1999, с. 63-71

57. Гилевич М.Ю. Зависимость способа эхинококкэктомии от стадии развития паразита / М.Ю. Гилевич, А.В. Бодулин // Хирургия. - 1986. - № 4. - С. 94-97.

58. Глумов В.Я. Классификация эхинококкоза печени / В.Я Глумов //Казанский медицинский журнал.- 1981.-Т61.-3-с. 13-17.

59. Горбунова, М.Л. Клинический случай эхинококкоза лёгких и печени / М.Л. Горбунова, С.Н. Волкова, Г.В. Шестакова, Е.Л. Спиридонова // Казанский медицинский журнал. 2017. Т. 98. № 2. С. 261- 266.

60. Григорова А.Н. Морфологическая картина эхинококкоза печени при разном клиническом варианте течения / А.Н. Григорова, С.В. Минаев, М.А. Долгашова, А.П. Арутюнова // Морфология. 2019. Т. 155. № 2. С. 86.

61. Григорова А.Н. Дифференцированный подход в выборе лечебной тактики у детей с эхинококкозом печени / И.Н. Григорова // Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Ставропольский государственный медицинский универси- 130 с. Ставрополь, 2019

62. Гулов М.К. Неосложнённый эхинококкоз печени: опыт открытых и лапароскопических операций / М.К. Гулов, С.М. Зардаков // Вестник Авиценны. 2016. № 2 (67). С. 7-12.

- 63.** Гульмурадов Т. Г. Минимально-инвазивное хирургическое лечение эхинококкоза печени / Т.Г. Гульмурадов, Ш.Ш. Амонов, Д.С. Сангов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2016. № 4. С. 26-32.
- 64.** Гульмурадов Т.Г. Эндовидеохирургическое лечение эхинококкоза печени / Т.Г. Гульмурадов, Д.С. Сангов, Ф.Н. Назаров // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2013. - №3. - С. 18-22.
- 65.** Дадвани С.А. Лечение гидатидного эхинококкоза / С.А. Дадвани [и др.]// Хирургия. 2000. № 8. С. 27-32.
- 66.** Дадвани С.А. Малоинвазивные оперативные вмешательства и химиотерапия при эхинококкозе/ С.А. Дадвани [и др] // Анналы хирургии. 2000. № 4. С. 38-46.
- 67.** Девятов А.В. Анализ результатов хирургического лечения рецидивного эхинококкоза печени и брюшной полости / А.В. Девятов, У.М. Махмудов // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10, № 2. С. 107-108. 143
- 68.** Девятов А.В. Химиотерапия на этапах хирургического лечения эхинококкоза печени / А.В. Девятов, А.И. Икрамов, У.М. Махмудов // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10, № 2. С. 107- 108.
- 69.** Джабарова В.И. Экспериментальная химиотерапия эхинококкозов. Сообщение 13. Влияние мебендазола в сочетании с растительным маслом на лавроцисты многокамерного эхинококка и реакция инфицированного хозяина на длительное введение препарата / В.И. Джабарова, Н.Л Веретенникова., Е.А. Коврова // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 1994. № 1. С. 26-29. 131
- 70.** Жабраилов Д.А. Эхинококкоз печени, осложнённый цистобилиарными свищами: диагностика и тактика лечения / Д.А. Жабраилов, Г.Х. Мусаев, С.С. Харнас // Анналы хирургии. 2008. № 4. С. 5- 9.
- 71.** Джураева Н.М. Возможности КТ и УЗС в диагностике и оценке эффективности химиотерапии различных форм эхинококкоза печени/ Н.М. Джураева, А.И. Икрамов, М.Ф.

Максудов // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10, № 2. С. 109.

72. Дмитращенко А.А. Лучевые методы исследования в стадировании эхинококкового поражения печени / А.А. Дмитращенко В.Н. Троян, Е.В. Тихонов // Военномедицинский журнал. 2008. № 1. С. 66- 67.

73. Домашенко О.Н. Эхинококкоз печени: диагностика, лечебная тактика / О.Н. Домашенко, А.Д. Шаталов, Д.С. Паниева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2016. № 3 (39). С. 35-40.

74. Дурлештер В.М. Чрескожное лечение больных многокамерным эхинококкозом печени / В.М. Дурлештер, Я.П. Киртанасов, А.В. Андреев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2018. № 1. С. 23.

75. Емельянов С.И. Лапароскопическая эхинококкэктомия: анализ ближайших и отдаленных результатов / С.И. Емельянов, М.А. Хамидов, Р.Б. Алиханов // Анналы хирургической гепатологии. 2007. № 4. С. 7-10.

76. Зогот С.Р. Комплексная лучевая диагностика эхинококкоза печени / С.Р. Зогот, Р.Ф. Акберов, А.Б. Ким // Практическая медицина. 2012. № 3(58). С. 7577.

77. Ибадильдин А.С. Результаты лечения эхинококкоза печени и легких / А.С. Ибадильдин / [и др.] // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2016. № 1. С. 387389.

78. Иванов С.А. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения гидатидозного эхинококкоза печени / С.А. Иванов// дис. ... д-ра мед. наук. Санкт-Петербург, 2002. С. 228.

79. Иванов С.А. Ультразвуковое исследование в хирургии эхинококкоза печени / С.А. Иванов, Б.Н. Котив // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2001. – №3. – С.73 – 76.

80. Иванов С.А. Варианты хирургической тактики при лечении сочетанного эхинококкоза лёгких и печени /С.А. Иванов, Е.А. Корымасов, С.В. Мешков // Известия Самарского научного центра Российской академии наук.- 2015.- Т. 17, №1.-С. 517-520. **80**

Ильхамов Ф.А. Совершенствование традиционных и разработка новых методов хирургического лечения эхинококкоза печени. / Ф.А. Ильхамов // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ташкент 2005

81. Ильхамов Ф.А. Малоинвазивные чрескожные вмешательства при нагноившихся остаточных полостях в печени после эхинококкэктомии / Ф.А. Ильхамов А.В. Вахиаов // Хирургия 1998.-N 12.-С.30- 31

82. Калыбеков Т.А. Оперативные методы лечения эхинококкоза печени (обзор литературы) / Т.А. Калыбеков, М.Ж. Алиев // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. 2019. Т. 19. № 1. С. 11-16.

83. Калыбеков Т.А. Послеоперационные осложнения при эхинококкэктомии печени и их профилактика / Т.А. Калыбеков М.Ж. Алиев // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2018. Т. 17. № 4. С. 48-51.

84. Каниев Ш.А. Ближайшие результаты лечения эхинококкоза печени с использованием методики pair (punction, aspiration, injection, reaspiration) / Каниев Ш.А. / [и др.] Медицина (Алматы). 2018. № 10 (196). С. 61.

85. Каниев Ш.А. Современные подходы к лечению эхинококкоза печени (обзор литературы) Каниев Ш.А. / [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2018. Т. 23. № 3. С. 47-56. 133

86. Каримов Ш.И. Проблемы и перспективы хирургического лечения больных эхинококкозом печени и легких / Ш.И. Каримов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2008. Т.13, № 1. С. 5660.

87. Каримов Ш.И. Роль малоинвазивных вмешательств в хирургии эхинококкоза/ Ш.И. Каримов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. 2008. № 4. С. 6-8.

88. Касыев Н.Б. Диагностика рецидивного эхинококкоза/ Н.Б. Касыев // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10, № 2. С. 112.

89. Касыев Н.Б. Современные подходы к лечению гидатидозного эхинококкоза печени / Н.Б. Касыев, М.С. Айтназаров А.Н.

Нурбекова // Сибирский научный медицинский журнал. 2017. Т. 37. № 1. С. 27-31.

90. Касыев Н.Б. Современные подходы к лечению эхинококкоза печени / Н.Б. Касыев, М.С. Айтназаров, А.Н. Нурбекова // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2016. - №3. - С. 68-71.

91. Киртанасов Я.П. Обоснование применения гипохлорита натрия в качестве сколецидного препарата при лечении больных многокамерным гидатидным эхинококкозом печени.

Экспериментальное исследование / Я.П. Киртанасов, В.Г.Ившин // Вестник новых медицинских технологий. 2019. Т. 26. № 1. С. 53-56.

92. Киртанасов Я.П. Чрескожные вмешательства в лечении больных многокамерным гидатидным эхинококкозом печени / Я.П. Киртанасов В.Г. Ившин // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2019. № 2. С. 23-32.

93. Корнеев А.Г. Эхинококкоз в Оренбургской области: эпидемиологические, иммунологические и таксономические аспекты / А.Г. Корнеев [и др.] // Актуальная инфектология. - 2014. - №4(5). - С. 46-49.

94. Котельников Г.П. Доказательная медицина. Научно обоснованная медицинская практика. Доказательная медицина. Научно обоснованная медицинская практика. / Г.П. Котельников, А. С. Шпигель 134 // монография. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: издательская группа «ГЭОТАР — Медиа», 2012. 242 с.

95. Котельникова Л.П. Морфологическая характеристика паразитарных и непаразитарных кист печени / Л.П. Котельникова [и др.] // Морфологические ведомости. 2012. № 3. С. 35-40.

96. Котляров П.М. МСКТ и МРТ в диагностике заболеваний печени / П.М. Котляров // Медицинская визуализация. 2014. № 2. С.122-123.

97. Кубышкин В.А. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени / В.А Кубышкин. [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2002. Т. 7, № 1. С. 1822.

- 98.** Кукес В.Г. Клиническая фармакология: учебник / В.Г. Кукес; под ред. В.Г. Кукес и Д.А. Сычева/ – 5-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 1024 с.
- 99.** Курбанов У.А. Оптимизация хирургического лечения эхинококкоза печени / У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова, Д.Д. Джононов // Вестник Авиценны.- 2014.- Т. 59, № 2.- С. 13-17.
- 100.** Лазарева Е.Н. Оценка возможностей лучевых методов при эхинококкозе печени / Е.Н. Лазарева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2013. - Т. 3, №11. - С. 1314.
- 101.** Липова В.А. Морфологическая диагностика эхинококкоза человека / В.А. Липова, З.Ю. Мелиева, Е.А. Добрица // Медицина: теория и практика. 2019. Т. 4. № S. С. 314.
- 102.** Лотов А.Н. Эхинококкоз: диагностика и современные методы лечения /А.Н. Лотов, А.В. Чжао Н.Р. Черная // Трансплантология. 2010. № 2. С. 18-26.
- 103.** Мадаминов Э.М. Абдоминализация полости фиброзной капсулы в лечении эхинококкоза печени / Э.М. Мадаминов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2014. - №4. - С. 173-175.
- 104.** Мадаминов Э.М. Результат малоинвазивного варианта эхинококкэктомии печени / Э.М. Мадаминов // Наука, новые технологии и 135 инновации. - 2015. - №1. - С. 111-112.
- 105.** Мадаминов Э.М. Результаты органосохраняющих операции при эхинококкозе печени / Э.М. Мадаминов, М.Ш. Манасов, Э.Б. Исаев М.Н. Макеева // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2018. № 3. С. 79-82.
- 106.** Мазурина К.В. Опыт пункционно - дренажного лечения больных с эхинококкозом печени / К.В. Мазурина, Ю.Г. Буряк // Неделя науки - 2018 материалы Международного молодежного форума, посвященного 80-летию юбилею Ставропольского государственного медицинского университета. 2018. С. 393-394.
- 107.** Мамедов Р.А. Диагностика и тактика лечения при заболеваниях гениталий и эхинококкозе печени / Р.А. Мамедов [и др.] // Хирургия. 2010. № 7. С. 74-75.

108. Мамлеев И.А. Видеолапароскопическое лечение эхинококкоза печени у детей /И.А. Мамлеев [и др.]// Детская хирургия. 2008. № 6. С. 32-36.

109. Масленникова Н.А. Клинические аспекты проявления эхинококкоза печени / Н.А. Масленникова, Е.П. Тихонова, Л.А. Михайлова // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 5. С. 22.

110. Мельник И.В. Лечебная тактика при эхинококкозе печени / И.В. Мельник, Ш.А. Дадаев, С.М. Хасанов // Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста. Материалы IV Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов с Международным участием. 2018. С. 127- 128.

111. Мерзликин Н.В. Руководство по хирургии очаговых паразитарных заболеваний печени / Н.В. Мерзликин [и др.] // под ред. Н.В. Мерзликина. – Томск: Изд-во «Печатная мануфактура», 2013. - 468 с.

112. Мирходжаев И.А. Оптимизация методов хирургического лечения множественного и рецидивных форм эхинококкоза печени / И.А. 136 Мирходжаев, Х.Х. Иноятов, Ф.Х. Норов // Биология и интегративная медицина. 2016. № 1. С. 20-27.

113. Михин И.В. Гигантская эхинококковая киста левой доли печени у пациентки, ранее перенесшей эхинококкэктомию левого легкого / И.В. Михин, О.А. Косивцов, С.В. Пономарев // Волгоградский научно-медицинский журнал. - 2014. - №3(43). - С. 52-56.

114. Мовчун, А.А., Хирургическая тактика при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков / А.А. Мовчун А.Г. Абдуллаев, Р.М. Агаев// Хирургия. 2005. № 2. С. 38-42.

115. Муаззамов Б.Б. Осложнения после операций при эхинококкозе печени / Б.Б. Муаззамов, И.И. Шарипов // Инфекции в хирургии. 2018. Т. 16. № 1-2. С. 32.

116. Мукантаев Т.Е. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени, осложненном прорывом в брюшную полость / Т.Е.

- Мукантаев // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. 2017. № 1 (22). С. 43-47.
- 117.** Мукантаев Т.Е. Лапароскопическая эхинококкэктомия у пациентов с эхинококкозом печени / Т.Е. Мукантаев // Казанский медицинский журнал. - 2015. - №2. - С. 138-143.
- 118.** Мукантаев Т.Е. Сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов лапароскопической эхинококкэктомии из печени / Т.Е. Мукантаев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2014. - №1. - С. 31-35.
- 119.** Мусаев Г.Х. Гидатидозный эхинококкоз: диагностика и комплексное лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 41 с.
- 120.** Мусаев А.И. Органосохраняющие операции при эхинококкозе печени / А.И. Мусаев, Б.С. Абдисаматов, М.С. Айтназаров // Известия ВУЗов Кыргызстана. 2016. № 4. С. 12-14.
- 121.** Мусаев А.И. Хирургическое лечение больных с рецидивом эхинококкоза печени диафрагмальной локализации / А.И. Мусаев М.С. 137 Айтназаров, Н.Б. Касыев, Э.М. Мадаминов // Врач-аспирант. 2017. Т. 85. № 6.1. С. 168-173.
- 122.** Мусаев Г.Х. Современные тенденции в хирургическом лечении эхинококкоза печени / Г.Х. Мусаев, В.В. Левкин, Р.Х. Шарипов // Сеченовский вестник. 2018. № 4 (34). С. 78-84.
- 123.** Мусаев Г.Х. Тотальное поражение брюшной полости эхинококкозом / Г.Х. Мусаев, Р.Х. Шарипов, А.С. Фатьянова, В.В. Левкин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019. № 8. С. 79-84.
- 124.** Мусаев Г.Х. Химиотерапия в лечении больных эхинококкозом / Г.Х. Мусаев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2002. Т. 7, № 1. С. 323.
- 125.** Мусаев А.И. Частота осложнений и рецидивов эхинококкоза печени в зависимости от способа обеззараживания / А.И. Мусаев, Э. Максут, А.Ж. Акешов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2012. - №1. - С. 120-122.
- 126.** Мустафин А.Х. Оперативное лечение эхинококкоза /

А.Х. Мустафин [и др.] // Здоровоохранение Башкирдистана. Специальный выпуск. – 2000. – № 4. – С. 35.

127. Мустафин Р.Д. Билиарные осложнения эхинококкоза печени / Р.Д. Мустафин И.А. Малафеев С.А. Воробьев // В борнике: Актуальные вопросы современной медицины Материалы Международной конференции Прикаспийских государств. 2016. С. 167.

128. Назаров Ш.К. Видеолапароскопическая технология в лечении эхинококкоза печени / В.С. Ризоев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2016. № 4. С. 138-144.

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

130. Назыров Ф.Г. Классификация эхинококкоза печени / Ф.Г. Назыров, Ф.А. Ильхамов // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10, № 2. С. 121.

131. Назыров Ф.Г. Спорные вопросы и причины повторных операций при эхинококкозе / Ф.Г. Назыров, А.В. Девятов, У.М. Махмудов // Анналы хирургической гепатологии. 2007. № 1. С. 29-35.

132. Назыров Ф.Г. Хирургическое лечение больных сочетанным эхинококкозом сердца, легких и печени / Ф.Г. Назыров [и др.] // Хирургия. 2009. № 5. С. 23-26.

133. Назыров Ф.Г., Ильхамов Ф.А., Атабеков Н.С. Эхинококкоз в Узбекистане: состояние проблемы и пути улучшения результатов лечения. // медицинский журнал Узбекистана №2-3. Ташкент, 2002. - с. 2-5.

134. Нечаев В.А. Лучевые методы исследования в диагностике эхинококкоза позвоночника (обзор литературы и клиническое наблюдение) /В.А. Нечаев [и др.] // Радиология практика. 2014. № 4. С.73- 84.

135. Ничитайло М.Е. Хирургическое лечение эхинококкоза печени/ М.Е. Ничитайло [и др.]// Анналы хирургической гепатологии. 2001. Т. 6, № 1. С. 40-46.

- 136.** Нишанов Х.Т. Этиопатогенетические аспекты рецидивного эхинококкоза печени и его диагностика /Х.Т. Нишанов [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2011. - №2. - С. 91-94.
- 137.** Ниязов, Б.С. Радикальные и органосохраняющие операции при эхинококкозе печени и их эффективность / Б.С. Ниязов, М.Ж. Алиев, К.А. Гапуров, Т.А. Калыбеков Вестник // КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2018. № 3. С. 96-99.
- 138.** Новиков С.В. Минимально инвазивные методы лечения эхинококкоза печени / С.В. Новиков, М.Л. Рогаль, К.Р. Джаграев, В.С. Бояринов // Доказательная гастроэнтерология. 2018. Т. 7. № 1. С. 98.
- 139.** О заболеваемости эхинококкозом и альвеококкозом в Российской Федерации. // М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), 139 2016. – 20 июня, №01/7782-16-27.
- 140.** О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации в 2011 году: государственный доклад. //М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2012. – 316 с.
- 141.** Одишелашвили Г.Д. Обоснование применения нового способа облитерации остаточных полостей после операции по поводу эхинококкоза печени / Г.Д. Одишелашвили, Д.В. Пахнов, Л.Г. Одишелашвили // Астраханский медицинский журнал. - 2015. - Т. 10, №3. - С. 98-105.
- 142.** Одишелашвили Г.Д. Редкое сочетание локализации эхинококковых кист / Г.Д. Одишелашвили, В.А. Зурнаджьянц, Д.В. Пахнов, Л.Г.Одишелашвили // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019. № 7. С. 71-72.
- 143.** Одишелашвили Г.Д. Хирургические аспекты эхинококкоза печени / Г.Д. Одишелашвили, Л.Г. Одишелашвили // Новая наука: Современное состояние и пути развития. 2016. № 7-2. С. 54-56.
- 144.** 144. Онищенко, Г.Г. Об усилении мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний и элиминации малярии в РФ. Постановление главного государственного

санитарного врача РФ Г.Г. Онищенко от 25.12.07. / Г.Г. Онищенко // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2008. № 2. С. 59-62.

145. Осумбеков Б.З. Сравнительный анализ различных методов оперативного лечения осложненного эхинококкоза печени / Б.З. Осумбеков, У.У. Нуржан // Врач-аспирант. 2018. Т. 91. № 6. С. 10-16.

146. Пантелеев В.С. Способы ликвидации остаточной полости печени после закрытой эхинококкэктомии / В.С. Пантелеев [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2015. – Т. 10, № 5(59). – С. 81 - 88.

147. Петухов М.И. Эхинококкоз человека и его лечение: По материалам лечебных учреждений г. Куйбышева и области. / М.И. Петухов 140 // Автореф. дис. ... канд мед. наук. Куйбышев 1958. С. 19

148. Полетаева О.Г. Оптимизация серологической диагностики эхинококкоза цистного (однокамерного) /О.Г. Полетаева [и др.]// Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2010. № 1. С. 14- 17.

149. Поляков Н.В. Однокамерный (гидатидный) эхинококкоз / Н.В. Поляков, В.В. Ромих, Р.М. Сафаров, В.Е. Поляков // Исследования и практика в медицине. - 2015. - Т. 2, №1. - С. 27-35.

150. Пулатов А.Т. Прорыв эхинококковой кисты печени в плевральную полость /А.Т. Пулатов [и др.] // Детская хирургия. 2002. № 1. С. 41- 44.

151. Пышкин С.А. Эхинококкоз печени. / Пышкин С.А., [и др.]//Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии, 2012. № 4. С. 23-28.

152. Рабиев А.Р. Хирургическая тактика при прорыве эхинококковой кисты в желчные пути / А.Р. Рабиев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т.10, № 2. С. 126,

153. Разин М.П. Проблема эхинококкоза паренхиматозных органов в регионах с разной эндемичностью заболевания / М.П.

Разин, М.А. Аксельров, Е.О. Утенкова, А.В. Тадибе // Вятский медицинский вестник. 2018. № 2 (58). С. 10-14.

154. Салимов Ш.Т. Актуальные проблемы диагностики доклинических форм эхинококковой болезни. /Ш.Т. Салимов [и др.] // Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук. 2011. № 2(175). С. 100-105.

155. Салимов Ш.Т. Возможности хирургического лечения рецидивного эхинококкоза / Ш.Т. Салимов, Б.З. Абдусаматов, А.Ш. Вахидов // Детская хирургия. - 2015. - №3. - С. 9-12.

156. Сапаев Д.Ш. Современная диагностика и хирургическое лечение нагноившегося эхинококкоза печени / Д.Ш. Сапаев, Р.Ю. Рузибаев, Ф.Р. Якубов // Инфекции в хирургии. 2018. Т. 16. № 1-2. С. 10-11. 141

157. Сапаев Д.Ш. Современная комплексная диагностика и хирургическое лечение осложненных форм эхинококкоза печени / Д.Ш. Сапаев, Р.Ю. Рузибаев, Ф.Р. Якубов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2018. Т. 177. № 4. С. 19-22.

158. Сергиев В.П. Эхинококкоз цистный (однокамерный). Клиника, диагностика, лечение, профилактика / В.П. Сергиев [и др.] // Информационно-методическое пособие. 2008. 36 с.

159. Скипенко О.Г. Эхинококкоз печени: современные тенденции в хирургической тактике / О.Г. Скипенко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. -Т. 16, №4. -С. 34.

160. Соколова Я.О. Осложненный эхинококкоз печени / Я.О. Соколова, Н.А. Алехина, Т.Д. Калашникова, Д.С.Алексашина // Актуальные вопросы современной медицины. Материалы Международной конференции Прикаспийских государств. 2016. С. 197-198.

161. Солодова Ю.А. Современные подходы к диагностике и лечению эхинококкоза печени / Ю.А. Солодова О.А. Федосова // Мировая наука. 2019. № 5 (26). С. 645-648.

162. Стреляева А.В. Функциональное состояние печени и патогенетическая терапия при эхинококкозе / А.В. Стреляева [и

др.] // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2013. № 2. С. 27- 29.

163. Терновой С.К. Магнитно-резонансная томография в диагностике очаговых заболеваний печени / С.К. Терновой, С.В. Шахиджанова // Медицинская визуализация. 1999. № 6. С. 14-23

164. Тобохов А.В. Хирургическое лечение эхинококкоза легких и печени / А.В. Тобохов, П.А. Неустроев, В.Н. Николаев // Якутский медицинский журнал. 2017. № 1 (57). С. 34-36.

165. Толстокоров А.С. Лечение эхинококкоза диафрагмальной поверхности печени / А.С. Толстокоров, Ю.С.

Гергенретер // Современные проблемы науки и образования. - 2013. - №5. - С. 335.

166. Толстокоров А.С. Хирургическая тактика у больных эхинококко- 142 зом печени / А.С. Толстокоров, Ю.С. Гергенретер // Саратовский научно-медицинский журнал. 2009. Т. 5, № 4. С. 626-629.

167. Третьяков А.А. Закрытие остаточных полостей печени/ А.А. Третьяков [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2012. № 6. С. 97-99.

168. Удовикова О.И. Эхинококкоз в практике врача / О.И. Удовикова [и др.] // Земский врач. - 2015. - №2(26). - С. 51-54.

169. Усаров Ш.Н. Дифференцированная тактика хирургического лечения эхинококкоза печени / Ш.Н. Усаров, Х.А. Умиров, Д.Б.К. Юсупалиева, Ю.М.К. Тилавова // Вопросы науки и образования. 2019. № 2 (45). С. 103-110.

170. Хаджибаев А.М. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути / А.М. Хаджибаев, Х.Э. Анваров, М.А. Хашимов. // Вестник экстренной медицины. 2010. № 4. С. 15-18.

171. Хамидов А.И. Динамика редукции остаточных полостей после эхинококкэктомии печени/ А.И. Хамидов [и др.] // Анналы хирургии. 2000. № 5. С. 38-41.

172. Харнас С.С. Ультразвуковая семиотика и классификация эхинококкоза печени /С.С. Харнас [и др.] // Медицинская визуализация. 2006. № 4. С. 46-51.

173. Харнас С.С. Ультразвуковая семиотика в определении хирургической тактики у больных эхинококкозом печени / С.С. Харнас, Г.Х. Мусаев, А.В. Пахомова, П.С. Харнас // Медицинская визуализация, М , 2006, № 4, стр 24-30

174. Харнас С.С. Эхинококкоз печени, осложненный цистобилиарными свищами: диагностика и тактика лечения / С.С. Харнас, Г.Х. Мусаев, Д.А. Джабраилов // Анналы хирургии. 2008. № 4. С. 5-9.

175. Хацко, В.В. Комплексная диагностика гидатидозного эхинококкоза печени / В.В. Хацко / [и др.] //

Вестник гигиены и эпидемиологии. 2018. Т. 22. № 1. С. 60-63. 143

176. Черкасов М.Ф. Нерешенные вопросы хирургического лечения эхинококкоза печени (обзор литературы) / М.Ф. Черкасов, С.Г. Меликова, Ю.М. Старцев, Д.М. Черкасов // Consilium Medicum. 2016. Т. 18. № 8. С. 96-100.

177. Черникова Е.А., Ермакова Л.А., Козлов С.С. Эхинококкозы: подходы к лечению /Е.А. Черникова, Л.А. Ермакова, С.С. Козлов // Инфекционные болезни. 2014. № 1. С. 52-56.

178. Черноусов А.Ф. Противорецидивная химиотерапия эхинококкоза печени / А.Ф. Черноусов, Т.Е. Мукантаев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2016. № 4. С. 31-36.

179. Черноусов А.Ф. Эхинококкоз: стратегия и тактика / А.Ф. Черноусов, Г.Х. Мусаев, А.С. Фатьянова // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2013. - №4. - С. 5-10.

180. Чернышев В.Н. Лечение гидатидного эхинококкоза печени / В.Н. Чернышев К.А. Панфилов, В.Е. Богданов // Хирургия. 2005. № 9. С. 39-44.

181. Чернышев В.Н. Хирургия эхинококкоза печени: монография В.Н. Чернышев, С.А. Иванов. – Самара: Самарабланкиздат, 2005. – 196 с.

- 182.** Чжао А.В. Хирургическое лечение эхинококкоза печени / А.В. Чжао, Р.З. Икрамов // Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2016. № 2. С. 15-17.
- 183.** Чокотаев М.А. Результаты оперативного лечения эхинококкоза печени лапароскопическим и открытым способом / М.А. Чокотаев // Врач-аспирант. 2018. Т. 90. № 5. С. 23-31.
- 184.** Чокотаев М.А. Сравнительная оценка послеоперационных результатов лапароскопической эхинококкэктомии с позиции классификации clavien-dindo / Чокотаев М.А. // Врач-аспирант. 2018. Т. 91. № 6. С. 16-22.
- 185.** Чубирко М.И. Использование метода иммуноферментного анализа в диагностике паразитарных заболеваний / М.И. Чубирко, Ю.А. 144 Березина, И.К. Азаренкова // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2014. - №58. - С. 122-126.
- 186.** Шабунин А.В. Роль перицистэктомии в лечении больных эхинококкозом печени / А.В. Шабунин / [и др] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2019. № 1. С. 35-40.
- 187.** Шамсиев А.М. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза у детей / Шамсиев А.М. Боймуродов Н.С. Гариб Ф.Ю. // материалы третьего российского форума «Хирургия-2001» достижение современной хирургий. М., 2001 с. 367-369
- 188.** Шамсиев А.М. Реакция антигенсвязывающих лейкоцитов в диагностике эхинококкоза у детей / Шамсиев А.М. Боймуродов Н.С. Атакулов Д.О. // Проблемы биологий и медицины, № 3 (36) 2004, С. 129-132.
- 189.** Шамсиев А.М. Сравнительная оценка способов обработки полости эхинококковой кисты в эксперименте / Шамсиев А.М. [и др.] // Детская хирургия. 2008. № 5. С. 48-52.
- 190.** Шамсиев Ж.А. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени / Ж.А. Шамсиев, К.Э. Рахманов С.С. Давлатов Ф.Ф. Жураева // European Science. 2017. № 7 (29). С. 4954.

- 191.** Шамсиев Ж.А. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза печени / Ж.А. Шамсиев, К.Э. Рахманов, Ж.З. Шамсиев // European Science. 2018. № 6 (38). С. 47-51.
- 192.** Шамсиев А.М. Экспериментальное основание нового оперативного вмешательства на овцах Шамсиев А.М. Боймуродов Н.С. Кобиллов Э.Э. Одилов Х.А. Гафаров У.Б. Садыков В.М // В книге: «эхинококкоз органов брюшной полости и редких локализаций». Глава 4. М., Медицина, 2004, с. 100-124.
- 193.** Шамсиев А.М. Клинические результаты новых оперативных вмешательств / Шамсиев А.М. Боймуродов Н.С. Одилов Х.А. Кобиллов Э.Э. Гафаров У.Б. Садыков В.М. Мухитдинов Ш. // В книге: «эхинококкоз органов брюшной полости и редких локализаций». Глава 4. М., Медицина, 2004, с. 100-124.
- 194.** Шамсиев А.М. Множественный эхинококкоз печени / Шамсиев А.М. Боймуродов Н.С. // В книге: «эхинококкоз органов брюшной полости и редких локализаций». Глава 4. М., Медицина, 2004, с. 100-124.
- 195.** Шаталов А.Д. Ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография в диагностике очаговых образований печени / А.Д. Шаталов // Вопросы экспериментальной и клинической медицины: сборник статей. 2008. Вып. 12, Т.1. С. 323-328.
- 196.** Шевченко Ю.Л. Противорецидивная терапия в хирургическом лечении больных эхинококкозом печени/ Ю.Л. Шевченко [и др.] // Анналы хирургии. 2007. № 5. С. 35-38.
- 197.** Шевченко Ю.Л. Современные аспекты хирургии осложненного эхинококкоза печени / Ю.Л. Шевченко, Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, Е.М. Сайдазимов К.К. Сирожитдинов // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2018. № 4. С. 29-34.
- 198.** Шевченко Ю.Л. Химиотерапия эхинококкоза / Ю.Л. Шевченко [и др.] // Анналы хирургии. 2005. № 2. С. 15-20
- 194.** Шевченко, Ю.Л. Хирургия эхинококкоза / Ю.Л. Шевченко, Ф.Г. Назыров. – М. Династия, 2016. – С. 289 145

- 199.** Шевченко Ю.Л. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени // Ю.Л. Шевченко [и др.] // Хирургия. 2004. № 7. С. 49-55.
- 200.** Эхинококкоз: ВОЗ, 2016 г./ Информационный Бюллетень №377, Апрель 2016 Г.
- 201.** Akhan O, Salik AE, Ciftci T, et al. Comparison of long-term results of percutaneous treatment techniques for hepatic cystic echinococcosis types 2 and 3b. *AJR Am J Roentgenol* 2017; 208: 878–884
- 202.** A novel zoonotic genotype related to *Echinococcus granulosus sensu stricto* from southern Ethiopia / M. Wassermann [et al.] // *Int. J. Parasitol.* – 2016. – Vol. 46, №10. – P. 663-668.
- 203.** Akil M, Ozkeklikci A, Ozturk EA, et al. Evaluation of usefulness of three serological tests using native crude antigen in diagnosis of hepatic cystic echinococcosis patients. *Open J Med Microbiol* 2021; 11: 69–79.
- 204.** Abdelaal, A.M. Hydatid disease of the liver: laparoscopic approach, initial result in Egypt/ A.M. Abdelaal, H. Dabbousdl // *Journal of the Egyptian Society of Parasitology.* – 2014. – Vol. 44, № 3. – P. 619–625.
- 205.** Abdel-Moein, K.A. Norway rat (*Rattus norvegicus*) as a potential reservoir for *Echinococcus granulosus*: A public health implication / K.A. Abdel-Moein, D.A. Hamza // *Acta Parasitol.* - 2016. - Vol. 61, №4. - P. 815-819.
- 206.** Agayev RM, Agayev BA: Hepatic hydatid disease: Surgical experience over 15 years. *Hepatogastroenterology* 2008;55: 1373–1379.
- 207.** Akbulut, S., Senol A., Sezgin A. Cakabay B., Dursun M., Satici O. Radical vs conservative surgery for hydatid liver cysts: experience from single center. *World J Gastroenterol* 2010; 16 (8): 953—959.

- 208.** Akkaya, H. Hydatid disease involving some rare sites in the body / H. Akkaya, B. Akkaya, S. Gonulcu // Turkish Society for Parasitology. – 2015. – Vol. 39, № 1. – P. 78–82.
- 209.** Albendazole-praziquantel interaction in healthy volunteers: kinetic disposition, metabolism and enantioselectivity / R.M. Lima [et al.] // Br. J. 146 Clin. Pharmacol. – 2011. – Vol. 71, №4. – P. 528–535.
- 210.** Albendazole-sulphoxide concentrations in plasma and hydatid cyst and prediction of parasitological and clinical outcomes in patients with liver hydatidosis caused by *Echinococcus granulosus* / T. Skuhala [et al.] // Croat. Med. J. – 2014. – Vol. 55, №2. – P. 146–155.
- 211.** Ahmad, Z.; Uddin, N.; Memon, W.; Abdul-Ghafar, J.; Ahmed, A. Intrahepatic biliary cystadenoma mimicking hydatid cyst of liver: A clinicopathologic study of six cases. J. Med. Case Rep. 2017, 11, 317.
- 212.** Ali, A.; Butler, K.M.; Brenner, C.; Paran, S.; Gallagher, T.; El Delaimi, F.; Chiodini, P.L.; Leahy, T.R. Hepatic Cystic Echinococcosis (Hydatid Cyst) in a Six Year Old. Ir. Med. J. 2020, 113, 61.
- 213.** Bakal, U. Surgical and Molecular Evaluation of Pediatric Hydatid Cyst Cases in Eastern Turkey / U. Bakal, S. Simsek, A. Kazez // Korean J. Parasitol. – 2015. – Vol. 53, №6. – P. 785–788.
- 214.** Bauomi, I. R. Evaluation of purified 27.5 kDa protoscolex antigenbased ELISA for the detection of circulating antigens and antibodies in sheep and human hydatidosis // I.R. Bauomi, A. M. ElAmir, A.M. Fahmy, R.S. Zalat, T.M. Diab // Journal of helminthology. – 2015. – Vol. 89, № 5. – P. 577–583.
- 215.** Bulakci, M.; Ilhan, M.; Bademler, S.; Yilmaz, E.; Gulluoglu, M.; Bayraktar, A.; Asik, M.; Guloglu, R. Efficacy of ultrasound-guided core-needle biopsy in the diagnosis of hepatic alveolar echinococcosis: A retrospective analysis. Parasite 2016, 23, 19. Carlos, M. Infected Hepatic Echinococcosis: Results of Surgical Treatment of a Consecutive Series of Patients / M. Carlos, U. Sebastian // Surg. Infect. - 2015. - Vol. 16, №5. - P. 553-557.

- 216.** Chronic Hydatid Cyst in Malaysia: A Rare Occurrence / P.S. Hayati, C.B.T. Eugene, B.J. Jin, I.M. Rose // Malays J. Med. Sci. – 2015. – Vol. 22, №1. – P. 79–83. 147
- 217.** Comparison of surgical procedures and percutaneous drainage in the treatment of liver hydatid cysts: a retrospective study in an endemic area / S. Akkucuk [et al.] // Int. J. Clin. Exp. Med. – 2014. – Vol. 7, №8. - P. 2280–2285.
- 218.** Concha, F., Maguiña, C., Seas, C. Disseminated intra-abdominal hydatidosis // Am. J. Trop. Med. Hyg. 2013. V. 89 (3). P. 401-402.
- 219.** Calame, P.; Doussot, A.; Turco, C.; Colpart, P.; Heyd, B.; Delabrousse, E. Local invasion of hepatic alveolar echinococcosis should not be underestimated: Lessons learned from imaging-pathologic correlation. Diagn. Interv. Imaging 2021, 102, 189–192.
- 220.** Castro, A.R.; Hyppolito, E.B.; Valenca-Junior, J.T.; Coelho, G.R.; Garcia, J.H.P. Preliminary Data on Liver Transplantation in Hydatidosis Disease. Arq. Bras. Cir. Dig. 2022, 35, e1667.
- 221.** Cystic echinococcosis: epidemiological and clinical aspects of Latvian population and review of the literature / S. Laivacuma, A. Ivanovs, A. Derovs, L. Viksna // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2015. - №7(119). - С. 24-30.
- 222.** Cystic echinococcosis: Future perspectives of molecular epidemiology / A. Ito [et al.] // Acta Tropica. – 2017. – Vol. 165, SI. – P. 3-9.
- 223.** Djuricic, S.M.; Grebeldinger, S.; Kafka, D.I.; Djan, I.; Vukadin, M.; Vasiljevic, Z.V. Cystic echinococcosis in children—The seventeen-year experience of two large medical centers in Serbia. Parasitol. Int. 2010, 59, 257–261
- 224.** Da Silva, A.M. Human echinococcosis: A neglected disease. Gastroenterol. Res. Pract. 2010, 583297.

- 225.** Eckert, J.; Deplazes, P. Biological, epidemiological, and clinical aspects of echinococcosis, a zoonosis of increasing concern. *Clin. Microbiol. Rev.* 2004, 17, 107–135.
- 226.** Erzurumlu K, Dervisoglou A, Polat C et al: Intrabiliary rupture: An algorithm in the treatment of controversial complication of hepatic hydatidosis. *World J Gastroenterol* 2005;11:2472–2476.
- 227.** Efficacy of *Myrtus communis* L. to Inactivate the Hydatid Cyst Protoscoleces / M. Hossein [et al.] // *J. Investig. Surg.* – 2016. – Vol. 29, №3. – P. 137-143.
- 228.** Efficacy of radical and conservative surgery for hepatic cystic echinococcosis: a meta-analysis / Y.B. He [et al.] // *Int. J. Clin. Exp. Med.* – 2015. – Vol. 8, №5. – P. 7039–7048.
- 229.** El Malki, H.O., El Mejdoubi, Y. Souadka, A. Zakri, B. Mohsine, R. Ifrine, L. Abouqal, R., Belkouchi, A. Does primary surgical management of liver hydatid cyst influence recurrence? *J Gastrointest Surg* 2010; 14 (7): 1121—1127.
- 230.** El Malki, H.O. Postoperative recurrence of cystic hydatidosis: What are the predictive factors? / H.O. El Malki, A. Souadka // *Can. J. Surg.* – 2013. – Vol. 56, №3. – P. E44.
- 231.** El Malki HO, El Mejdoubi Y, Mohsine R et al: Intrapерitoneal perforation of hepatic hydatid cyst. *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30:1214–1216.
- 232.** Evaluation and Comparison of the Early Outcomes of Open and Laparoscopic Surgery of Liver Hydatid Cyst / A.J. Nooghabi [et al.] // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* – 2015. – Vol. 25, №5. – P. 403-407.
- 233.** Excretory/secretory products in the *Echinococcus granulosus* metacestode: is the intermediate host complacent with infection caused by the larval form of the parasite? / G.B. dos Santos [et al.] // *Int. J. Parasitol.* - 2016. - Vol. 46, №13-14. - P. 843-856.

- 234.** Fatin, R. Hydatid Cyst: Open or Laparoscopic Approach? A Retrospective Analysis / R. Fatin, M.D. Polat // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 2012. – Vol. 22, №3. – P. 264–266.
- 235.** Genetic variability of *Echinococcus granulosus* complex in various geographical populations of Iran inferred by mitochondrial DNA sequenc- 149 es / A. Spotin [et al.] // Acta Tropica. – 2017. – Vol. 165, SI. – P. 10-16.
- 236.** Giri, S. A review on diagnostic and preventive aspects of cystic echinococcosis and human cysticercosis / S. Giri, S.C. Parija // Trop. Parasitol. – 2012. – Vol. 2, №2. – P. 99–108.
- 237.** Hepatic echinococcosis: Clinical and therapeutic aspects / G. Nunnari [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2012. – Vol. 18, №13. – P. 1448– 1458.
- 238.** High-resolution phylogeography of zoonotic tapeworm *Echinococcus granulosus* sensu stricto genotype G1 with an emphasis on its distribution in Turkey, Italy and Spain / L. Kinkar Laurimae [et al.] // Parasitology. – 2016. – Vol. 143, №13. – P. 1790-1801.
- 239.** Hydatidosis of the liver and posterior mediastinum / J.F. Quail [et al.] // Int. J. Surg. – 2015. – Vol. 7. – P. 26-28.
- 240.** Illuri HR, Souza CD, Dias EAI, et al. Hydatid disease: a 2 years retrospective study in a tertiary care center in South India. Int Surg J 2018; 5: 602.
- 241.** Intrabiliary Rupture of Hepatic Hydatid Cysts: Diagnostic Accuracy of MR Cholangiopancreatography / A. Erden [et al.] // AJR. 2007. V. 189. P. 84-89.
- 242.** Intra-cystic concentrations of albendazole-sulphoxide in human cystic echinococcosis: a systematic review and analysis of individual patient data / F. Loetsch [et al.] // Parasitol. Res. – 2016. – Vol. 115, №8. – P. 2995-3001.
- 243.** Jani, K. Spillage-free laparoscopic management of hepatic hydatid disease using the hydatid trocar canula / K. Jani // J. Minim. Access. Surg. – 2014. – Vol. 10, №3. – P. 113–118.

- 244.** Julien C, Le Treut YP, Bourgouin S, et al. Closed cyst resection for liver hydatid disease: a new standard. *J Gastrointest Surg* 2021; 25: 436–446.
- 245.** Khuroo, M.S. Percutaneous Drainage in Hepatic Hydatidosis-The PAIR Technique: Concept, Technique, and Results. *J. Clin. Exp. Hepatol.* 2021, 11, 592–602.
- 246.** Keong B, Wilkie B, Sutherland T, et al. Hepatic cystic echinococcosis in Australia: an update on diagnosis and management. *ANZ J Surg* 2018; 88: 26–31.
- 247.** Laparoscopic approach for total cystectomy in treating hepatic cystic echinococcosis / H. Li [et al.] // *Parasite.* – 2014. - Vol. 21. – P. 65.
- 248.** *Laparoscopic Drainage of a Hepatic Echinococcal Cyst: A Case Report* / S.B. Goldin, J.L. Mateka, M.J. Schnaus, S. Dahal // *Rep. Gastrointest. Med.* – 2011. – Vol. 2011. – P. 107087.
- 249.** Laparoscopic Management of Hydatid Cyst of Liver with Palanivelu Hydatid System over a Period of 3 Years: A Case Series of 32 Patients / D.S. Samala [et al.] // *Ind. J. Surg.* - 2015. - Vol. 77, №3. – P. S918- S922.
- 250.** Laparoscopic Operation of Hepatic Hydatid Cyst with Intraabdominal Dissemination – A Case Report and Literature Review/Bushic Zeljco [et al.] // *Coll. Antropol.* 2009. N 33, Suppl. 2.
- 251.** Laparoscopic simultaneous partial pericystectomy and total cystectomy for hydatid liver cysts – case report / B. Stancu [et al.] // *Clujul Med.* – 2015. – Vol. 88, №3. – P. 415–419.
- 252.** Laparoscopic versus open surgery for hydatid disease of the liver. A single center experience / B. Ozgur [et al.] // *Ann. Ital. Chirug.* - 2016. - Vol. 87, №3. - P. 237-241.
- 253.** Li, W. Multiorgan resection with inferior vena cava reconstruction for hepatic alveolar echinococcosis. A case report and literature review / W. Li, H. Wu // *Medicine.* – 2016. – Vol. 95. – P. 23 (e3768).

254. Long-term outcomes of intraoperative and perioperative albendazole treatment in hepatic hydatidosis: single center experience / K. Karabulut [et al.] // Ann. Surg. Treat. Res. – 2014. – Vol. 87, №2. – P. 61–65.

255. Minaev, S.V.; Gerasimenko, I.N.; Kirgizov, I.V.; Shamsiev, A.M.; Bykov, N.I.; Shamsiev, J.A.; Mashchenko, A.N. Laparoscopic Treatment in Children with Hydatid Cyst of the Liver. World J. Surg. 2017, 41, 3218–3223.

256. Major liver resection for recurrent hydatid cyst of the liver after suboptimal treatment / V. Giovanni [et al.] // Updat. Surg. Ital. – 2016. – Vol. 68, №2. – P. 179-184.

257. Manterola, C. Risk factors of postoperative morbidity in patients with uncomplicated liver hydatid cyst / C. Manterola, T. Otzen, S. Urrutia // Int. J. Surg. – 2014. – Vol. 12, №7. – P. 695–699.

258. Mönnink GLE, Stijns C, van Delden OM, et al. Percutaneous versus surgical interventions for hepatic cystic echinococcosis: a systematic review and meta-analysis. Cardiovasc Intervent Radiol 2021; 44: 1689–1696.

259. Medical treatment versus “Watch and Wait” in the clinical management of CE3b echinococcal cysts of the liver / F. Rinaldi [et al.] // BMC Infect. Dis. – 2014. - Vol. 14. – P. 492.

260. M.B. García, J.P. Lledías, I.G. Pérez, V.V. Tirado, L.F. Pardo, L.M. Bellvís, et al., Primary super-infection of hydatid cyst-clinical setting and microbiology in 37 cases, Am. J. Trop. Med. Hyg. 82 (2010) 376–378.

261. Nunnari, G.; Pinzone, M.R.; Gruttadauria, S.; Celesia, B.M.; Madeddu, G.; Malaguarnera, G.; Pavone, P.; Cappellani, A.; Cacopardo, B. Hepatic echinococcosis: Clinical and therapeutic aspects. World J. Gastroenterol. 2012, 18, 1448–1458.

262. Nasser-Moghaddam, S., Abrishami, A., Taefi, A., Malekzadeh, R. Percutaneous needle aspiration, injection, and reaspiration with or

without benzimidazole coverage for uncomplicated hepatic hydatid cysts. Cochrane Database Syst Rev 2011; 19 (1): CD003623.

263. Nazligul, Y. Role of Chemotherapeutic Agents in the Management of Cystic Echinococcosis / Y. Nazligul, M. Kucukazman, S. Akbulut // Int. Surg. – 2015. – Vol. 100, №1. – P. 112-114.

264. Non-surgical and non-chemical attempts to treat echinococcosis: do they work? / F. Tamarozzi [et al.] // Parasite. – 2014. - Vol. 21. – P. 75.

265. Novel PCRs for differential diagnosis of cestodes / J.H. Roelfsema [et al.] // Exp. Parasitol. – 2016. – Vol. 161. – P. 20-26.

266. Open or laparoscopic treatment for hydatid disease of the liver? A 10- year single-institution experience / F. Zaharie [et al.] // Surg. Endosc. – 2013. – Vol. 27, №6. – P. 2110–2116.

267. Petropoulos, A.S.; Chatzoulis, G.A. Echinococcus Granulosus in Childhood: A Retrospective Study of 187 Cases and Newer Data. Clin. Pediatr. 2019, 58, 864–888.

268. Pazarci, O.Z. Treatment of Bifocal Cyst Hydatid Involvement in Right Femur with Teicoplanin Added Bone Cement and Albendazole / O.Z. Pazarci, O.B. Oztemur, O. Bulut // Case Rep. Orthop. – 2015. – P. 824824.

269. Percutaneous drainage for giant pyogenic liver abscess-is it safe and sufficient? / S. Ahmed, C.L. Chia, S.P. Junnarkar [et al.] // Am. J. Surg. -2016. – Vol. 211. – P. 95.

270. Peritoneal and hepatic hydatid disease causing major bile duct destruction / V. Vieira, H. Alexandrino, E. Furtado, F. Martinho // J. Surg. Case Rep. – 2012. – Vol. 4. – P. 6.

271. Polat, F.R. Hydatid Cyst: Open or Laparoscopic Approach? A Retrospective Analysis / F.R. Polat // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 2012. – Vol. 22, №3. – P. 264-267.

272. Pakala, T.; Molina, M.; Wu, G.Y. Hepatic Echinococcal Cysts: A Review. J. Clin. Transl. Hepatol. 2016, 4, 39–46.

- 273.** Pantelev, V.; Nartaylakov, M.; Mustafin, A.; Abdeyev, R.; Salimgareyev, I.; Samorodov, A.; Musharapov, D. Surgical treatment of liver echinococcosis and alveococcosis. *Infez. Med.* 2019, 27, 422–428.
- 274.** Predictive factors of morbidity after surgical treatment of hepatic hydatid cyst/ H. Bedioui [et al.] // *Pan. Afr. Med. J.* 2012. V. 13: 29. Epub. 2012 Oct. 12.
- 275.** Predictors of therapy failure in a series of 741 adult pyogenic liver abscesses / J.Z. Lo, J.J. Leow, P.L. Ng [et al.] // *J. Hepatobil. Pancreat. Sci.* – 2014. – Vol. 22.
- 276.** Primary Hydatid Cyst of Umbilicus, Mimicking an Umbilical Hernia / 153 T. Mohammadreza [et al.] // *Case Rep. Surg.* – 2016. - №9682178.
- 277.** Proceedings of the International Symposium. Innovation for the Management of Echinococcosis Besançon / D.A. Vuitton [et al.] // *Parasite.* – 2014. – Vol. 21. – P. 28.
- 278.** Puncture, Aspiration, Injection and Re-aspiration – an option for the treatment of Cystic Echinococcosis / E. Brunetti [et al.] // World Health Organization, Department of Communicable Diseases, Surveillance and Response. – 2001. – WHO/CDR/CSR/APH/ - 2001.6.
- 279.** Raimkylov, K.M. Epidemiological analysis of the distribution of cystic and alveolar echinococcosis in Osh Oblast in the Kyrgyz Republic, 2000–2013 / K.M. Raimkylov, O.T. Kuttubaev, V.S. Toigombaeva // *J. Helminthol.* – 2015. – Vol. 89, №6. – P. 651–654.
- 280.** Rare cystic liver lesions: a diagnostic and managing challenge / A. Bakoyiannis[et al.] // *World J. Gastroenterol.* 2013. Nov 21. V. 19(43). P. 7603-7619.
- 281.** Repurposing drugs for the treatment and control of helminth infections / G. Panic, U. Duthaler, B. Speich, J. Keiser // *Int. J. Parasitol. Drugs Drug Resist.* – 2014. – Vol. 4, №3. – P. 185–200.
- 282.** Review of the treatment of liver hydatid cysts / C.G. Gavara [et al.] // *World J. Gastroenterol.* – 2015. – Vol. 7, №21. – P. 124–131.

- 283.** Risk factors and clinical outcomes for spontaneous rupture of pyogenic liver abscess / C.H. Jun, J.H. Yoon, J.W. Wi [et al.] // J. Dig. Dis. – 2015. -Vol. 16. – P. 31.
- 284.** R. Lissandrin, F. Tamarozzi, L. Piccoli, C. Tinelli, A. Silvestri, M. Mariconti, et al., Factors influencing the serological response in hepatic Echinococcus granulosus infection, Am. J. Trop. Med. Hyg. 94 (2016) 166–171
- 285.** Rashid MM, Rabbi H, Ahmed AT, et al. Outcome of surgically treated 79 patients of hepatic hydatidosis: a single center tertiary care hospital experience in Bangladesh. J Surg Sci 2020; 22: 118–124.
- 286.** Safety of the Combined Use of Praziquantel and Albendazole in the Treatment of Human Hydatid Disease / L. AlvelaSuárez [et al.] // Am. 154 J. Trop. Med. Hyg. – 2014. – Vol. 7, №90. – P. 819–822.
- 287.** Shams-Ul-Bari, Arif, S.H., Malik, A.A., Khaja, A.R., Dass, T.A., Naikoo, Z.A. Role of albendazole in the management of hydatid cyst liver. Saudi J Gastroenterol 2011; 17 (5): 343—347.
- 288.** Single hydatid cyst of liver managed with laparoscopy – a case study / P. Osemek, A. Chmieliński, K. Paśnik, R. Kidziński // Wideochir. Inne Tech. Maloinwazyjne. – 2011. – Vol. 6, №4. – P. 264–267.
- 289.** Sulima, M.; Nahorski, W.; Gorycki, T.; Wolyniec, W.; Waz, P.; Felczak-Korzybska, I.; Szostakowska, B.; Sikorska, K. Ultrasound images in hepatic alveolar echinococcosis and clinical stage of the disease. Adv. Med. Sci. 2019, 64, 324–330.
- 290.** Slaughterhouse survey of cystic echinococcosis in cattle and sheep from the Republic of Moldova / O. Chihai [et al.] // J. Helminthol. – 2016. – Vol. 90, №3. – P. 279-283.
- 291.** Sozuer, E. Open Surgery for Hepatic Hydatid Disease / E. Sozuer, M. Akyuz, S. Akbulut // Int. Surg. – 2014. – Vol. 99, №6. – P. 764–769.
- 292.** Specific serum Jg G, but not Jg A, 97ntibody against purified Opisthorchis viverrini antigen associated with hepatobiliary disease

- and cholangiocarcinoma / P. Pinlaor, P. Pongsamart, N. Hangsrichan et al. // *Parasitol. Ins.*-2012.-Vol. 61. – P. 212-216.
- 293.** Schoenfeld, L.; Scheper, T.; Warnecke, J.M.; Gottstein, B. A Newly Developed Membrane-Based Assay for Simultaneous Serologic Screening and Differentiation of Echinococcoses. *Euroimmun. Ag.* 2022, 11, 518.
- 294.** Surgical management of hydatid liver disease / G.K. Georgiou [et al.] // *Int. J. Surg.* – 2015. – Vol. 20. – P. 118-122.
- 295.** Surgical Resection of Hepatic Cystic Echinococcosis Impaired by Preoperative Diagnosis / T. Yasuda [et al.] // *Case Rep. Med.* – 2013. – P. 271256.
- 296.** Stojkovic, M.; Weber, T.F.; Junghanss, T. Clinical management of cystic echinococcosis: State of the art and perspectives. *Curr. Opin. Infect. Dis.* 2018, 31, 383–392.
- 297.** Tagliacozzo, S. Surgical treatment of hydatid disease of the liver / 155 S.Tagliacozzo, M. Miccini, S.A. Bonapasta [et al.] // *American Journal of Surger.* -2011.-V. 201, №6.-P. 797-805.
- 298.** Tagliacozzo, S., Miccini M., Amore Bonapasta S., Gregori M., Tocchi A. Surgical treatment of hydatid disease of the liver: 25 years of experience. *Am J Surg* 2011; 201 (6): 797—804.
- 299.** The Comparison of 2 New Promising Weapons for the Treatment of Hydatid Cyst Disease: PAIR and Laparoscopic Therapy / X. Chen [et al.] // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Techn.* – 2015. – Vol. 25, №4. – P. 358-362.
- 300.** The first meeting of the European Register of Cystic Echinococcosis (ERCE) / P. Rossi [et al.] // *Heracles Extended Network. Parasites & Vectors.* – 2016. – Vol. 9. – P. 243.
- 301.** Tamarozzi F, Akhan O, Cretu CM, et al. Prevalence of abdominal cystic echinococcosis in rural Bulgaria, Romania, and Turkey: a cross-sectional, ultrasound-based, population study from the HERACLES project. *Lancet Infect Dis* 2018; 18: 769–778.

- 302.** The results of surgical treatment for hepatic hydatid disease / S. Sözen, S. Emir, M. Tükenmez, Ö. Topuz // Hippokratia. – 2011. – Vol. 15, №4. – P. 327–329.
- 303.** Turgut B and Öncü F. The conversion time of cysts to inactive form after percutaneous treatment of hepatic hydatid disease and predisposing factors in this process. Haseki Tip Bul 2020; 58: 286–292.
- 304.** The symposium on management of liver hydatid cyst – Current prospective: An addendum / A.K. Pujahari [et al.] // Med. J. Armed Forces India. – 2013. – Vol. 69, №1. – P. 100–100.
- 305.** Treatment of echinococcosis: albendazole and mebendazole – what else? / A. Hemphill [et al.] // Parasite. – 2014. – Vol. 21. – P. 70.
- 306.** Treatment of hepatic hydatid disease complications using endoscopic retrograde cholangiopancreatography procedures/ M. Akaydin [et al.] // Can. J. Surg. 2012. V. 55(4). P. 244-248.
- 307.** U. Karaman, O. Mman, M. Kara, Y. Gicik, O.M. Aycan, et al., Hydatid cyst prevalence in the region of Kars, Turk. Parazitoloji Derg. 29 (2005) 238–240.
- 308.** Unusual locations of hydatid disease: a 33 years' experience analysis on 156 233 patients / G.D. Lianos [et al.] // Updat. Surg. Ital. – 2015. – Vol. 67, №3. – P. 279-282. 212.
- 309.** Unusually located primary hydatid cyst / A. Nihat [et al.] // Turk. J. Surg. - 2016. - Vol. 32, №2. - P. 130-133.
- 310.** Waghlikar, D. Surgical management of complicated hidatid cyst of the liver / D. Waghlikar, S.S. Sikora, A. Kumar // Trop. Gastroenterol. - 2010. -Vol. 23, №1.-P. 35-37.
- 311.** Walker // Methods in Molecular Biology. - New York; London, 1984. – Vol. 2. – P. 31-34. 214. World review of laparoscopic treatment of liver cystic echinococcosis – 914 patients / T. Tuxun [et al.] // Int. J. Infect. Dis. - 2014. - Vol. 24. - P. 43–50.

- 312.** Wen, H.; Vuitton, L.; Tuxun, T.; Li, J.; Vuitton, D.A.; Zhang, W.; McManus, D.P. Echinococcosis: Advances in the 21st Century. *Clin. Microbiol. Rev.* 2019, 32
- 313.** Yoshida, T.; Kamiyama, T.; Okada, T.; Nakanishi, K.; Yokoo, H.; Kamachi, H.; Matsushita, M.; Sato, N.; Sasaki, F.; Todo, S. Alveolar echinococcosis of the liver in children. *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci.* 2010, 17, 152–157.
- 314.** Xiao, N.; Qiu, J.; Nakao, M.; Li, T.; Yang, W.; Chen, X.; Schantz, P.M.; Craig, P.S.; Ito, A. *Echinococcus shiquicus* n. sp., a taeniid cestode from Tibetan fox and plateau pika in China. *Int. J. Parasitol.* 2005, 35, 693–701.

SHARTLI QISQARTMALAR RO'YXATI

AlAT	-	alaninaminottransferaza
AsAT	-	aspartataminottransferaza
KT	-	komputer tomografiya
TY	-	tibbiyot yelimi
QB	-	qoldiq bo'shlig'i
PHFA	-	bilvosita gemagglyutinatsiya reaktsiyasi
UTT	-	ultra tovushli tekshiruv
TK	-	tolali kapsula

MUNDARIJA

KIRISH	3
I-BOB. Bolalarda jigar echinokokkozini jarrohlik davolashning zamonaviy usullari samaradorligini tahlil qilish.....	4
II-BOB. Materiallar va tadqiqot usullari.....	13
2.1. Klinik materialning xususiyatlari.....	13
2.2. Eksperimental materialning xususiyatlari.	16
2.3. Tadqiqot usullari.....	17
III BOB. Jigar exinokokkektomiyasidan keyin qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish bo'yicha yangi operativ yondashuvni eksperimental asoslash.....	19
IV BOB. Bolalarda jigar exinokokkozini jarrohlik yo'li bilan davolashning yangi yo'nalishi.....	32
4.1. Jigarning yagona gidatid kistalari	32
4.2. Jigarning ko'p exinokokkozi	43
V BOB. Bolalarda jigar exinokokkozini uzoq muddatli davolash natijalari	53
XULOSA.....	58
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI.....	66
SHARTLI QISQARTMALAR RO'YXATI.....	101