

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ  
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 РАҚАМЛИ  
ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**БЎТАБОЕВ ЖАСУРБЕК МАХМУДЖОНОВИЧ**

**ЭХИНОКОКК КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШНИНГ ГИГИЕНИК  
ВА ХИРУРГИК ЖИҲАТЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.07 – Гигиена**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТОШКЕНТ–2022**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Бўтабоев Жасурбек Махмуджонович**

Эхинококк касаллигини олдини олишнинг гигиеник ва хирургик  
жиҳатларини такомиллаштириш..... 3

**Бутабоев Жасурбек Махмуджонович**

Совершенствование гигиенических и хирургических аспектов  
профилактики эхинококковой болезни..... 21

**Butaboev Jasurbek Maxmudjonovich**

Improving the hygienic and surgical aspects of prevention  
for echinococcal disease..... 39

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 43

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ  
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 РАҚАМЛИ  
ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**БЎТАБОЕВ ЖАСУРБЕК МАХМУДЖОНОВИЧ**

**ЭХИНОКОКК КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШНИНГ ГИГИЕНИК  
ВА ХИРУРГИК ЖИҲАТЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

**14.00.07 – Гигиена**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТОШКЕНТ–2022**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2020.4.PhD/Tib1513 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.tma.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбарлар:**

**Шайхова Гули Исламовна**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Касимов Адхам Лутфуллаевич**  
тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Расмий оппонентлар:**

**Эрматов Низом Жумакулович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Хакимов Дилшодбек Мамадалиевич**  
тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Етакчи ташкилот:**

**Самарқанд давлат тиббиёт институти**

Диссертация химояси Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 рақамли Илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгашнинг 2022 йил «16» 02 соат 13<sup>00</sup> даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 100109 Тошкент, Олмазор тумани, Фаробий кўчаси 2-уй. Тел./факс: (+998 78) 150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru).

Диссертация билан Тошкент тиббиёт академияси Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (825 рақам билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100109, Тошкент шаҳри, Олмазор тумани, Фаробий кўчаси 2-уй. Тел./факс: (99878) 150-78-14).

Диссертация автореферати 2022 йил « 3 » 02 кунни тарқатилди.  
(2022 йил « 3 » 02 даги 3 рақамли реестр баённомаси)



Сар **Ф.И. Саломова**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, доцент

Д.Ш. **Д.Ш. Алимухамедов**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

Г.Т. **Г.Т. Исқандарова**  
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## **КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)**

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Дунёнинг бир қатор минтақаларида эхинококк касаллиги (ЭК) эндемик патология ҳисобланади. *Echinococcus granulosus* дан инфекцияланишнинг хавф омилларининг етакчиси бўлиб, санитар-гигиеник шароит, яшаш майдонида жойлашиш, шахсий гигиенага риоя қилмаслик ва овқатланишнинг бузилиши ҳисобланади. Эхинококк кисталари бемор организмдан оқсил, ёғ, витамин ҳамда микроэлементлар билан тўйинади ва витаминларнинг сўрилишини бузади «.....эхинококк касаллиги ривожланишига санитар-гигиеник шароит, овқатланиш рационининг бузилиши ва шахсий гигиенага риоя қилмаслик, эхинококкоз ташхисоти ва даволашда бир қатор масалалар ҳал қилинмаган бўлиб, касаллик асоратланган шакллариининг (25,4–84,65%) юқори улуши сақланиб қолмоқда, ташриҳдан кейинги асоратлар ва касалликнинг қайтталаниши 3–54%, ўлим эса 3,1-8,6% га ўзгариб туради...»<sup>1</sup>. Шундай қилиб, эндемик ўчоқ, асосан қишлоқ секторлари аҳолисининг касаллик ҳақида етарлича маълумотга эга эмаслиги, касалликнинг юқиш йўллари, профилактиканинг элементар усуллариини эътиборсиз қолдирилиши, овқатланиш гигиенасининг бузилиши эхинококк касаллиги кузатилган беморлар сонининг ошишига сабаб бўлади. Шу сабабли эхинококк касаллигининг олдини олишнинг гигиеник ва хирургик жиҳатларини такомиллаштириш энг муҳим муаммоли масалаларидан бири ҳисобланади.

Жаҳонда эхинококк касаллигининг олдини олишнинг гигиеник ва хирургик жиҳатларни такомиллаштириш мақсадида қатор илмий-тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада аҳоли орасида эхинококкоздан касалланиш даражасини, тиббий кўрув сифатини ошириш тадбирларини, эхинококк касаллигида профилактик тадбирлар ҳамда амалга оширилувчи гигиеник омиллар самарадорлиги ва сифатини, овқатланиш тартиби ва ҳақиқий овқатланишни, ташриҳдан олдинги ва кейинги даврда эхинококк касаллигини жарроҳлик даволаш билан бирга антипаразитар терапиянинг тактик-техник тамойиллари мажмуасида гигиеник ҳамда профилактик тадбирларни, беморларга даволаш-профилактик тадбирлар модели ва ташхисот алгоритмини ишлаб чиқиш, эхинококк касаллигининг асоратланган ва асоратланмаган шаклларида эхинококк кистасини такомиллаштирилган интраоперацион гермицид билан қайта ишлаш усулини ишлаб чиқишга қаратилган илмий тадқиқотларни олиб бориш муҳим илмий-амалий йўналишлар алоҳида ахамият касб этади.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, жумладан, овқатланиш билан боғлиқ касалликлар натижасида юзага келадиган овқатланиш статусини бузилишини натижасида эхинококкоз касаллигини ташхислаш, даволаш ва асоратларини олдини олишга қаратилган муайян чора-тадбирлар амалга

---

<sup>1</sup>Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Раҳманов К.Э., Давлатов С.С. Эхинококкоз печени: частота встречаемости, патогенез, классификация, диагностика и лечение //Клиническая и экспериментальная патология. - Украина. - 2018. - №3 (65) - Т.17. - С. 126-133.

оширилмоқда. 2017–2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясида «...аҳоли саломатлигини яхшилаш ва мустаҳкамлашга қаратилган комплекс чора-тадбирларни тадбиқ этиш, касалланиш даражасини камайтириш, овқатланиш билан боғлиқ бўлган касалликларни олдини олиш ва ҳаёт давомийлигини ошириш...»<sup>2</sup> каби вазифалар белгиланган. Шундан келиб чиққан ҳолда эхинококкоз касаллигининг олдини олишнинг гигиеник ва хирургик жиҳатларни такомиллаштиришни асослаш долзарб илмий йўналишлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2018 йил 18 декабридаги 4063-сон «Юқумли бўлмаган касалликларнинг профилактикасини, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва аҳолини жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2020 йил 10 ноябрдаги 4887-сон «Аҳолини соғлом овқатланишни таъминлаш бўйича кўшимча чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларга мослиги.** Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Сўнги йилларда Ўзбекистонда эхинококкознинг тарқалиши нафақат қишлоқ аҳолиси орасида, балки шаҳар аҳолиси орасида ҳам аниқланмоқда, бу маълум даражада соғлиқни сақлаш органлари ва санитария хизмати фаолияти ҳамда ҳолатининг қониқарсизлиги, аҳоли диспансеризациясининг паст даражаси ёки умуман йўқлиги, ҳал қилинмаган санитария-эпидемиологик ҳамда ижтимоий-иқтисодий муаммолар билан боғлиқ (Ш.И.Каримов ва ҳаммуал., 2017; Ш.М.Шамшиев, Ф.Г.Назыров ва ҳаммуал., 2018). Аҳолининг ўзгарувчан ижтимоий-иқтисодий турмуш шароити, хусусий мулкчиликнинг фаол жорий этилиши, фермерлик ва индивидуал ишлаб чиқаришнинг ривожланиши, яқин ва узоқ хориж давлатларидан аҳоли миграциясининг кучайиши, атроф муҳитда паразитларни кўзғалиш шароитида ўзгаришларга олиб келувчи антропоген табиатнинг ҳосил бўлиш жараёнлари интенсификацияси, паразитар касалликларининг олдини олиш бўйича мавжуд ёндашувларни кўриб чиқиш ҳамда тузатишга сабаб

---

<sup>2</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ–4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

бўлади (Amarir F.E., et.al 2020; Patermoster G., et. al; 2020). 2015 йилда ошқозон-ичак касалликлари эпидемиологияси бўйича (FERG) томонидан яратилган баҳолаш мезонлари бўйича дунёда эхинококкоз ҳар йили 19.300 ўлим ва ногиронликнинг сабаби бўлган. Дунё бўйича эхинококкоздан касалланган беморлар сони бир миллиондан ортиб кетган. Кистоз ҳосиллага нисбатан ташриҳдан кейинги ўлим ўртача 2,2%, ташриҳдан кейинги қайталаниш 6,5% ни ташкил қилган. ЖССТнинг тасдиқланган эхинококк касаллигига қарши курашишнинг самарали стратегияси билан фаолият олиб боради (ЖССТ, 2020).

Ўзбекистонда аҳолининг турли қатламлари орасида соғлом овқатланиш билан боғлиқ касалланиш ҳолатини баҳолашга қаратилган қатор илмий-тадқиқотлар амалга оширилиб келинмоқда (Шайхова Г.И., 2015, 2019; 2021; Алимухамедов Д.Ш., 2018; Худойберганов А.С., 2020; Эрматов Н.Ж., 2021, 2022;), бироқ, эхинококк касаллигининг олдини олишнинг гигиеник ва хирургик жиҳатлар такомиллаштириш борасида илмий изланишлар етарли даражада олиб борилмаган.

Сўнги ўн йилликда эхинококкоздан касалланишнинг ўсиши ва тарқалишининг географик чегараси кенгаймоқда. Эхинококкоз энг хавфли паразитар касалликлардан бири ҳисобланиб, жарроҳ амалиётида кўп учрайди, турли клиник кўринишлар билан характерланади. Эхинококкозни даволаш кўпинча мураккаб бўлиб, катта жарроҳлик аралашувини ва узок давомли даволашни талаб қилади. Шунинг учун, эхинококк касаллигининг олдини олиш ва даволашнинг мақбул усуллари ишлаб чиқиш учун кейинги тадқиқотлар зарурлигини тақозо этади.

**Тадқиқотнинг диссертация бажарилган олий таълим муассасанинг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ «Инсон касалликларини олдини олиш, ташхислаш, даволаш ва реабилитация қилиш» (2018–2022 йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** эхинококк касаллигини хирургик даволашнинг гигиеник ва профилактик чора-тадбирларини такомиллаштиришдан иборат.

#### **Тадқиқотнинг вазифалари:**

Фарғона водийси аҳолиси орасида эхинококкоз билан касалланиш даражасини аниқлаш ва тиббий кўрик сифатини ошириш бўйича тадбирлар ишлаб чиқиш;

ишлаб чиқилган анкета бўйича овқатланиш тартиби ва ҳақиқий овқатланишни, эхинококк касаллигида ўтказиладиган гигиеник ва профилактика тадбирларнинг сифати ва самарадорлиги баҳолаш;

операциядан олдинги ва кейинги даврда эхинококк касаллигини жарроҳлик даволаш билан бирга антипаразитар терапиянинг тактик-техник тамойиллари мажмуасида гигиеник ҳамда профилактик тадбирларни имконини баҳолаш;

эхинококк касаллигини ташхислаш алгоритми ва даволаш-профилактика тадбирлар моделини ишлаб чиқиш;

эхинококк касаллигининг асоратланган ва асоратланмаган шаклларида эхинококк кистасини интероперацион гермицидли қайта ишлашни такомиллаштирилган усулини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида 2010-2020 йиллардаги архив ва ҳисобот материаллари, текширув ва жарроҳлик билан даволаш таҳлили, шунингдек, эхинококкоз кузатилган 1280 нафар беморнинг ҳақиқий овқатланиши ва Андижон Давлат тиббиёт институтининг шифохонасида даволанган 486 нафар беморлар олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** бўлиб эхинококкоз касаллиги ташхисланган беморларда жарроҳлик аралашувлари ҳар хил турларининг яқин ҳамда узоқ йиллик натижалари асосида эхинококк билан хасталанган беморларнинг мутлоқ овқатланиш материаллари, кисталарнинг тарқалганлиги, кунлик овқатланиш тартибининг миқдор ва сифат кўрсаткичларини баҳолаш материаллари олинган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотда гигиеник, эпидемиологик, клиник, лаборатор, рентгенологик, ультратовуш, компьютер томография ва статистик тадқиқот усулларида фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

Фарғона водийсида эхинококк билан касалланган аҳоли ўртасида касалланиш даражаси, тузилиши ва динамикасини таҳлил қилиш асосида тарқалиш тенденциялари аниқланган ва тиббий кўрикдан ўтказиш тартиби такомиллаштирилган;

аҳоли ўртасида эхинококк касаллигининг олдини олиш бўйича чора-тадбирлар такомиллаштирилган;

эхинококк касаллигига чалинган аҳолининг ҳақиқий овқатланиш, овқатланиш тартиби, шунингдек, ишлаб чиқилган сўровнома бўйича гигиеник ва профилактика чоралари самарадорлиги баҳоланган;

жигар эхинококкозининг асоратланмаган ва асоратланган шакллари учун фиброз капсуласининг қолдиқ бўшлиғини паразитларга қарши ишлов беришнинг такомиллаштирилган усули ишлаб чиқилган;

ташкилий-тиббий ва даволаш тадбирлари асосида эхинококк касаллигини эрта ташхислаш алгоритми, даволаш-профилактика тадбирлар модели ишлаб чиқилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

Фарғона водийси аҳолиси орасида эхинококк касаллигини эрта ташхислаш дастур модели ишлаб чиқилган, бу даволаш-диагностик тадбирларнинг комплекс режасини амалга ошириш имконини берган;

табiiй иммунитетнинг пасайиши ҳамда эхинококкоздан зарарланишнинг ошишига олиб келувчи гигиенага риоя қилмаслик ва овқатланишнинг бузилиши эндемик ҳудудларда инсон инвазиясига сабаб бўлувчи омил сифатида баҳоланган;

эхинококк касаллигини даволаш ва олдини олишда асосий тадбирлар ҳайвон эхинококкозидан шикастланиш ва юқори даражада касалланиш билан ҳудудларда хавф омилларини англашда инвазия профилактикаси масаласи бўйича аҳолини гигиеник тарбиялаш дастури ишлаб чиқилган;

эхинококкоз билан боғлиқ мавжуд вазият, биринчи навбатда, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш бўйича чора-тадбирларнинг бажарилишини мониторинг қилиш ва аҳолининг овқатланиш гигиенаси бўйича баҳолаш мезонларини ишлаб чиқишни ўз ичига олган ахборот-таҳлилий ва профилактика ишларини янада такомиллаштиришни талаб қилиши исботланган;



ишлаб чиқилган усулга кўра, эхинококк кистасининг локализациясидан катъи назар, унинг қолдиқ бўшлиғини ишлов беришни эхинококк кисталарининг асоратларига қараб барча беморларга қўллаш мақсадга мувофиқлиги исботланган, бу эса мавжуд воситаларни эхинококкнинг барча элементларига ҳалокатли таъсири туфайли операциядан кейинги асоратлар сонини камайтирган;

операциядан олдинги ва кейинги кимётерапияни (албендазол) операциядан олдинги ва кейинги даврда гепатопротекторлар ва иммуностимуляторлар билан биргаликда қўллаш жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаши ва операциядан кейинги яқин асоратлар, қайталанишлар даражасини ҳамда узок муддатларда нохуш натижаларни сезиларли даражада камайтириш мумкинлиги исботланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир-бирини тўлдирувчи гигиеник, эпидемиологик, клиник, лаборатор, рентгенологик, ультратовуш, компьютер томография ва статистик усуллар ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, эхинококк касаллигининг олдини олишнинг гигиеник ва хирургик жиҳатларини такомиллаштиришда халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса, олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти Фарғона водийсида касалланиш даражаси, тузилиши ва динамикасини таҳлил қилиш, ҳақиқий овқатланиш ва овқатланиш тартибини баҳолаш асосида тарқалиш тенденциясини баҳолаш ва тиббий кўрикларнинг сифатини ошириш бўйича соғломлаштириш тадбирларни ишлаб чиқиш билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти аҳоли орасида эхинококк касаллигини эрта аниқлаш вақтини қисқартириш, олдини олиш чора-тадбирларини такомиллаштириш, профилактика чора-тадбирларини ва фиброз капсула бўшлиғини интероперацион гермицидлик ишлов беришнинг тактик-техник тамойилларини ишлаб чиқиш, ташкилий-тиббий ва даволаш чора-тадбирлар асосида эхинококк касаллигини жарроҳлик даволаш ва ташхислаш алгоритмларини ишлаб чиқиш билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Эхинококк касаллигининг олдини олишнинг гигиеник ва хирургик жиҳатларни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

эхинококк касаллигининг олдини олишнинг гигиеник ва хирургик жиҳатларни такомиллаштириш натижасида «Жигар эхинококкозининг асоратсиз ва асоратланган шаклларида эхинококк кистаси қолдиқ бўшлиғига антипаразитар ишлов бериш усули» ишлаб чиқилган (Интеллектуал мулк агентлигининг 2021 йил 27 июлдаги IAP 06587-сон ихтирога патенти). Натижада ушбу усул жигар эхинококкозининг асоратсиз ва асоратланган шаклларида эхинококк кистаси қолдиқ бўшлиғига антипаразитар ишлов бериш орқали хирургик даволаш тизимини яратишга имкон берган;

эхинококк касаллигининг олдини олишнинг гигиеник ва хирургик жиҳатларни такомиллаштиришга қаратилган илмий натижалар асосида ишлаб чиқилган «Эхинококк касаллигининг асоратланган ва асоратланмаган шаклларида фиброз капсуласининг қолдиқ бўшлиғини антипаразитар қайта ишлаш усули» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 17 сентябрдаги 8н-з/295-сон маълумотномаси). Натижада операциядан кейинги реабилитация даврида касалликка хос бўлган асоратларни камайтириш ва касаллик қайталанишининг кескин қисқартириш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган;

эхинококк касаллигининг олдини олишнинг гигиеник ва хирургик жиҳатларни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига жумладан, Андижон давлат тиббиёт институтининг шифохонаси, Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази жарроҳлик бўлимларининг клиник амалиётига татбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 25 декабрдаги 08-09/20871-сон маълумотномаси). Натижада эхинококк касаллигини жарроҳлик даволаш шароитида тавсия қилинган қайта ишлаш усули эрта операциядан кейинги даврда фиброз капсула қолдиқ бўшлиғининг ўзига хос санациясини қўшиш, операциядан кейинги йирингли-септик асоратларнинг 11,2% ва касаллик қайталанишининг 4,6% дан 0,4% га қисқартириш ҳамда беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертацияларни асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан, 5 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган, 1 та ихтиро патенти олинган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация таркиби кириш, бешта боб, хулоса, амалий тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертация ҳажми 120 бетни ташкил этган.

## **ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ**

**Диссертациянинг кириш қисмида** диссертация ишининг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқот мақсади, вазифалари шакллантирилган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилди, натижаларнинг илмий-амалий аҳамияти ва илмий янгилиги берилди, олинган натижаларининг назарий ҳамда амалий аҳамияти баён қилинди, тадқиқот натижаларининг амалиётга татбиқ этилганлиги бўйича маълумот берилди, иш натижаларининг нашр қилинганлиги ва апробацияси, диссертация ҳажми ҳамда тузилиши тақдим этилган.

Диссертациянинг «**Эхинококк касаллигининг олдини олишнинг гигиеник ва хирургик жиҳатларнинг замонавий талқини**» деб номланган

биринчи бобида эхинококк касаллигини (ЭК) олдини олиш, ташхислаш ва даволаш муаммоларини акс эттирувчи адабиётлар шарҳи берилган. Профилактик ва гигиеник тадбирларнинг замонавий методологик жиҳатларига бағишланган илмий нашрлар, шунингдек ЭК жарроҳлик билан даволаш усуллари, такрорий ташриҳдан кейин юзага келган асоратларнинг таҳлили ҳақидаги маълумотлар ёритилган. Кейинчалик ҳал қилинишни талаб қилувчи долзарб масалалар ўрганилган.

Диссертациянинг «**Эхинококк касаллигининг олдини олишнинг гигиеник ва хирургик жиҳатларини баҳолаш материал ва усуллари**» деб номланган иккинчи бобида тадқиқот объектлари, ҳажми ва усуллари тавсифи берилган. Тадқиқот асосида ЭК билан 1280 нафар беморнинг даволаш ва тадқиқот натижалари берилган, жумладан, эхинококкоздан касалланиш, Андижон вилояти туманлари кесимида гигиеник ва даволаш-профилактик тадбирларнинг олиб борилиши, 2010 йилдан 2020 йилгача бўлган даврларда асосий параметрлар: касалланиш даражаси ва тузилиши; касалланишнинг кўп йиллик динамикаси; ҳар хил ёш ҳамда ижтимоий-касб эгалари гуруҳларида эпидемиологик намоён бўлишнинг интенсивлиги бўйича уларнинг турли иқлим шароитлари ҳамда қишлоқ хўжалиги йўналишлари тавсифи (Асака, Шахрихон) берилган.

2010-2020 йилларда АДТИ клиникаси жарроҳлик бўлимларида текширилган ва даволанган ҳар хил жойларда жойлашган эхинококкоз кузатилган 486 нафар беморнинг ҳақиқий овқатланишини ўрганиш бўйича таҳлил олиб борилди.

Зарарсизлантирувчи воситалар таъсири ёрдамида янги пайдо бўлган элементларни нобуд бўлиш муддатини аниқлаш цитологик текширув ҳамда ЭК кузатилган беморларнинг ҳақиқий овқатланишини текшириш билан гигиеник, клиник, махсус инструментал усуллардан фойдаланилди.

Барча беморлар 2 гуруҳга бўлинди: қиёслаш гуруҳига Андижон вилоятида эхинококкоздан касалланган 658 нафар бемор киритилди, ушбу гуруҳ яна икки кичик гуруҳга бўлинди: А кичик гуруҳига эхинококкоз кузатилган 402 нафар беморларда касалланиш таҳлил қилинди, 2010-2017 йиллар давомида эхинококкок касаллиги бўйича санитар-гигиеник тадбирлар самарадорлиги ўрганилди; Б кичик гуруҳига АДТИ клиникаси жарроҳлик кафедраси базасида 2010-2017 йилларда 256 нафар эхинококкоздан ташриҳ қилинган, стационарда стандарт даволаш-диагностик ва профилактик даволанган беморлар киритилган.

Асосий гуруҳни юқорида кўрсатилган туманларда (Асака, Шахрихон, Пахтаобод, Избоскан, Олтинқўл и Андижон туманлари) яшовчи беморлар ташкил қилиб, бу гуруҳ беморлари ҳам яна икки кичик гуруҳларга бўлинган: А кичик гуруҳига—392 нафар эхинококк касаллигига чалинган беморлар киритилиб, гуруҳда 2018-2020 йилларда аҳолини тўғри оватланиши ва овқатланиш хатти-ҳаракатларини ўрганиш билан аҳоли орасида эхинококк касаллигининг олдини олиш ва тиббий кўрик сифатини ошириш бўйича тадбирлар ўтказилган; Б кичик гуруҳига АДТИ клиникаси жарроҳлик кафедраси базасида 2018-2020 йилларда эхинококк касаллигидан ташриҳ

қилинган 230 нафар бемор киритилган бўлиб, махсус ишлаб чиқилган анкета-сўровнома асосида эхинококк касаллигида индивидуал тарзда тўғри овқатланиш юзасидан гигиеник ва профилактик, шунингдек, даволаш усулларини такомиллаштириш билан бирга антипаразитар терапиянинг тактик-техник тамойиллари бўйича тадбирлардан фойдаландик.

Эхинококкоздан касалланиш частотаси ва давомийлиги беморларнинг яшаш жойлари, яъни, қишлоқ аҳолисида эхинококкдан зарарланиши устунлик қилганлиги таҳлил қилинди. ЭК кузатилган ўрганилаётган беморлар қиёслаш гуруҳида фақат 62 нафар беморда (А кичик гуруҳда 15,4%) ва 22 нафар беморда (Б кичик гуруҳда 8,6%) ташрих вақтидан 1 йилни ташкил қилди. Бунда ЭК муддати 1 йилдан 5 йилни 186 нафар беморда (А кичик гуруҳда 46,25%) ва 139 нафар (Б кичик гуруҳда 54,2%), 5 йилдан ортиқроқ 154 нафар беморда (А кичик гуруҳда 38,3%) ва 95 нафар беморда (Б кичик гуруҳда 37,1%) аниқланди.

Шу билан бирга 1 йилдан 5 йилгача ва ундан ортиқроқ муддат кўпроқ қишлоқ аҳолиси орасида кузатилди: қиёслаш гуруҳида 238 нафар бемор (А-кичик гуруҳида - 59,2%) ва 146 нафар бемор (Б-кичик гуруҳида - 57,1%), ЭК нинг 1 йилдан 5 йилгача давом этиши асосий гуруҳда 236 нафар (А-кичик гуруҳда - 60,2%) ва 114 (Б-кичик гуруҳда - 49,6%) нафар беморда кузатилди, бу қишлоқ аҳолисининг касалликдан етарлича хабардор эмаслигини кўрсатади.

Тадқиқот натижалари MS Excel 2007, Statistica 6,0 дастури ёрдамида статистик қайта ишланган. Статистик аҳамиятли ўзгаришлар  $P < 0,05$  ишончли даражада қабул қилинди.

**Диссертациянинг «Эхинококк касаллигининг эпидемиологик жиҳатлари, гигиеник ва профилактик комплекс тадбирларини оптималлаштириш»** деб номланган учинчи бобида эхинококк касаллигининг Фарғона водийсида тарқалганлиги, аҳолининг ҳақиқий овқатланишининг таҳлил ўрганилган.

Умуман Фарғона водийси ва унинг субъектларида эхинококкоздан касалланиш таҳлил қилинганда маълум бўлдики, 2010-2020 йилларда Андижон вилояти аҳолисининг эхинококкоздан касалланишининг ўртача кўп йиллик кўрсаткичи 100 минг аҳолига  $2,8 \pm 0,1$  га тенг бўлди, 100 минг нафар кишига  $0,4 \pm 0,1$  ни ташкил қилди ( $\chi^2 = 112,3$ ;  $p < 0,05$ ). №003/у шакли маълумотларини таҳлил қилиб, қуйидагиларни аниқладик, 2010-2020 йилларда вилоят аҳолисининг эхинококкоздан касалланишининг кўп йиллик кўрсаткичи 100 минг аҳолига  $3,4 \pm 0,4$  ҳолатни ташкил қилди ва 2- шакл маълумотлари бўйича кўрсаткич 1,2 марта ортиб кетди ( $\chi^2 = 18,2$ ;  $p < 0,05$ ), вилоят аҳолиси касалланишининг ўсишга олдиндан мойиллиги борлиги ( $\chi^2 = 4,1$ ;  $p < 0,05$ ).

Олинган натижалар асосида ўрганилаётган ҳудудларда эхинококкоздан заҳарланиш шахсий хўжалигида ҳайвонлар кўпайтирганда, инвазия манбаси –итлар ҳамда гигиеник тадбирлар ва овқатланиш қоидаларига риоя қилмаганда кўпайганлиги аниқланган. ЭКга чалинган 124 нафар беморларнинг санитар-гигиеник яшаш шароитларини ўрганишда, 2,4% бемор тизимли тарзда ташиб келинган сувдан, 97,6% - марказлашган ичимлик сув таъминотидан ва 4,8% - очик сув ҳавзаларидаги сувдан фойдаланган.

Сўровнома ўтказишда ЭК дан касалланган беморларнинг овқатланиш рациона гигиеник талабларга мос келмайди (1–жадвалга қаранг).

### 1-жадвал

#### Шифохонага қабул қилинган эхинококк касаллиги кузатилган беморларнинг овқатланиш рационини текшириш натижалари

Кўрсаткичлар	ф/м, г	Қабул қилингандаги кўрсаткичи	
		абс., г	таъминланганлик, %
Энергетик қиймати, ккал	2400	1839,4±32,4***	76,6
Умумий оқсил, г	80,5	62,3±11,4**	77,4
ҳайвон оқсил	49	29,5±4,9**	60,2
Ёғлар, г	80	46,7±5,3**	58,4
Углеводлар, г	340	308,9±12,3***	90,9
Кальций, мг	1100	729,5±17,1**	66,3
Фосфор, мг	1650	1059,6±18,9***	64,2
Магний, мг	250	220,1±8,8*	88,0
Темир, мг	12	10,9±3,2**	90,8
Витамин С, мг	60	58,0±7,7*	96,7
Витамин А, мкг	700	162,1±10,4***	23,2
Витамин В <sub>1</sub> , мг	1,2	1,06±0,02*	88,3
Витамин В <sub>2</sub> , мг	1,4	1,27±0,03*	90,7
Витамин РР, мг	15	13,0±2,5*	86,7

Изоҳ: \* - фарқлар физиологик меъёр гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан аҳамиятли (\* - P<0,05, \*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001)

Ташриҳдан олдин ЭК кузатилган беморларнинг овқатланиш рационада гўшт, балиқ, сут маҳсулотлари, хом мева ва сабзавотлар микдорининг етишмаслиги натижасида оқсил, ёғ, витамин, микро- ва макроэлементлар, етишмаслиги, карбонсувлар микдорининг ортиқчалиги аниқланди. Шундай қилиб, беморларнинг овқатланиши ташриҳдан олдинги даврда физиологик меъёрдан камлиги аниқланди, бу эса ташриҳ қилинган беморлар овқатини оптималлаштириш бўйича чоралар тизимини ишлаб чиқишни талаб қилади.

Моддалар алмашинуви кўрсаткичлари таҳлилида шифохонага ётқизилган беморларнинг 50% да овқатланишдаги камчилликлар оқибатида юзага келувчи овқатланиш статусининг бузилиши аниқланган. 20% беморда ортиқча овқатланиш, 50%да липид алмашинувининг бузилиши, 90% бемор гипо- ва авитаминоз белгилари, 50% атрофидаги бемор иммун статусининг ўзгариши кузатилган бўлса, 20%да рациондаги камчилликлар аниқланган.

Шундай қилиб, ЭК кузатилган беморларда хавф омилларини аниқлашда ижтимоий-гигиеник омиллар етакчи ўринда бўлиб, хавф омилларига салбий

турмуш тарзи, овқатланишнинг бузилиши ва шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик биринчи ўринни эгаллайди.

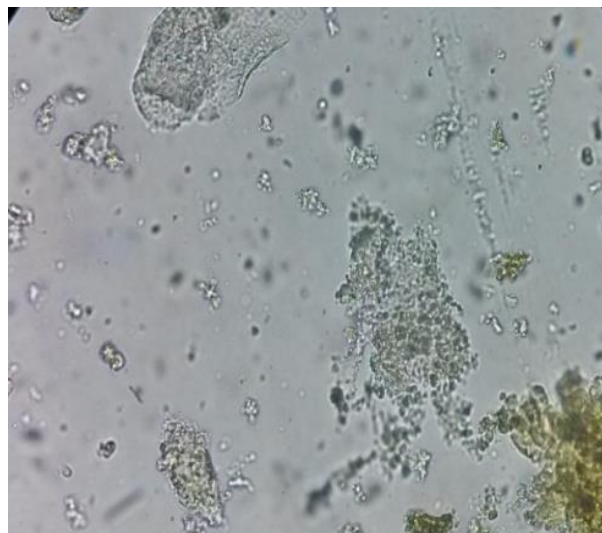
Диссертациянинг «**Эхинококк касаллигининг олдини олиш ва даволашнинг хирургик жиҳатларини такомиллаштириш**» деб номланган тўртинчи бобида жарроҳлик билан даволаш натижаларига таъсир қилувчи асосий муаммолар бўйича тавсия қилинган ишланмаларга бағишланган. Жарроҳлик тактикаси қорин бўшлиғи ва бошқа аъзолар билан кўкрак бўшлиғида эхинококкнинг жойлашиши, асоратлари ва бирикиши ҳисобига аниқланади. Айнан жигарда ҳамда қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари ва кўкрак бўшлиғида кистанинг жойлашиши жирроҳлик билан киришни танлашда маълум аҳамиятга эга. Ҳар иккала гуруҳда ЭКнинг жигарда жойлашиши 304 нафар, жигар ва кўкрак қафаси аъзоларининг биргаликда шикастланиши 62 нафар беморда жуда кўп кузатилди. Бундан ташқари, жигар ва кўкрак қафаси аъзоларининг биргаликда эхинококк шикастланиши сезиларли даражада кўп - 80 нафар беморда учради. Эхинококк кистаси энг кўп жигарнинг ўнг қисми VIII, VII-VIII ва V-VI-VII сегментларида биргаликда, 40 нафар беморда эхинококк кистаси ўпкада жойлашган. Ягона кисталар қиёслаш гуруҳидан 147 нафар ва асосий гуруҳдан 137 нафар беморда аниқланди (57,4% ва 59,5%), иккита киста назорат гуруҳидан 69 (26,9%) нафар ва асосий гуруҳдан 56 нафар (24,3%) беморда, учта киста назорат гуруҳидан 23 (8,9%) нафар ва асосий гуруҳдан 19 (8,2%) нафар беморда, учтадан кўп киста назорат гуруҳидан 17 (6,6%) нафар ва асосий гуруҳдан 18 (7,8%) нафар беморда кузатилди. Кисталар ўлчами (ҳажми) бўйича қиёслаш гуруҳида майда кисталар 22 (8,5%), ўртача кисталар 144 (56,2%), катта кисталар 68 (26,5%) ва йирик кисталар—22 (8,5%) нафар беморларда аниқланди. Асосий гуруҳда майда кисталар 13 (5,6%), ўртача кисталар 137 (59,5%), катта кисталар—48 (20,8%) ва йирик кисталар 32 (13,9%) нафар беморда кузатилди. Ундан ташқари, майда ва ўрта кисталар биргалиги, ўрта ва катта кисталар биргалиги қиёслаш гуруҳида 23 (8,9%) ва асосий гуруҳда 33 (14,3%) нафар беморда аниқланди. Битта дренаж найчаси қолдиқ бўшлиғини дренажлаш билан очик эхинококкэктомия эхинококк киста диаметри 6-10 см бўлган 18 (32,5%) нафар, киста диаметри 11-20 см ва ундан катта бўлган 24 (9,4%) нафар беморда ўтказилди, бу кейинчалик ташриҳдан кейинги йиринглаш ва бошқа асоратлар келиб чиқишига сабаб бўлди. Асосий гуруҳда очик эхинококкэктомия 18 (7,8%) нафар беморда иккита дренаж найча билан дренажлаш билан ўтказилди. Эхинококкэктомиянинг комбинацияланган усули қиёслаш гуруҳида 13(5,1%) нафар ва назорат гуруҳида 17 (7,4%) – нафар беморда ўтказилди.

Тадқиқотнинг махсус боби сколекслар мавжудлигида таркибий киста цитологияси ва цитологик текширув Папаниколау методикаси бўйича олиб борилди, чунки бу усул зарарсизлантиришда самарадорликка эга деган фикрга келишга имкон беради.

Фурацилиннинг антисептик эритмаси ва гипертоник эритма билан бирга қўлланганда 5 дақиқагача сколексларни нобуд қиладиган таъсир кўрсатмади, экспозициядан 10 дақиқа ўтгач 90% сколексларнинг нобуд бўлгани, илгаклар кузатилмади ва ички тузилиш қуйиқлашмади (1 ва 2-расмлар қаранг).



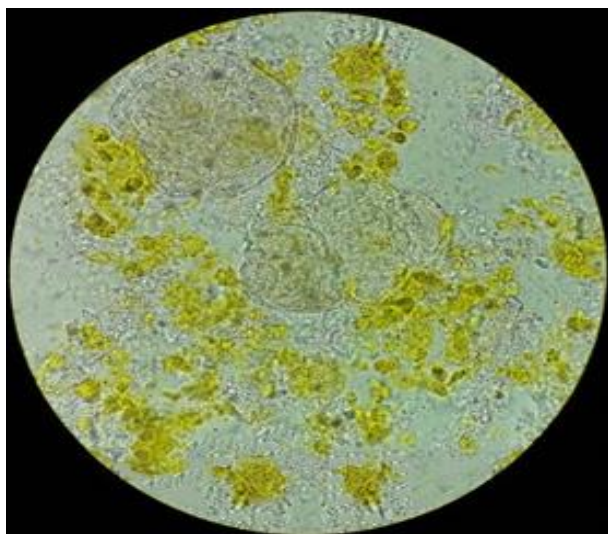
**1-расм. Фурацилин ва гипертоник эритма билан қайта ишлангунгача тирик сколекс**



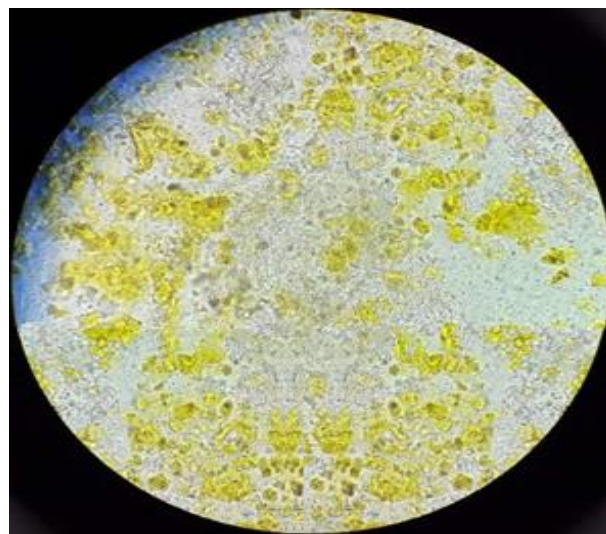
**2-расм. Фурацилин ва гипертоник эритма экспозициясидан кейин 5 дақиқа ўтгач**

Асосий гуруҳда қолдиқ бўшлиқни интраоперацион антипаразитар қайта ишлов бериш учун эхинококк касаллигининг асоратланмаган шаклларида 80% глицерин эритмасидан фойдаланилди. Шу билан бирга экспозициянинг учинчи дақиқасидаёқ 90% сколекслар нобуд бўлгани кузатилди, экспозициянинг 5- дақиқасида хужайравий тузилманинг қуйиқлашиши билан герминтатив қаватнинг парчаланиши ва қисман қорамтир рангда бўялган.

Ўт оқмаси туридаги асоратда 80% глицерин 0,02% декасан эритмаси билан бирга қўлланилган. Экспозициянинг учинчи дақиқасида сколекс шаклининг бир томонга эгилиши, хужайра мембранасининг бўкиши аниқланган ҳамда экспозициянинг бешинчи дақиқасида хужайра тузилишининг қуйиқлаши билан герминтатив қобик парчаланган ва қисман қорамтир рангда бўялган (3 ва 4-расмларга қаранг).



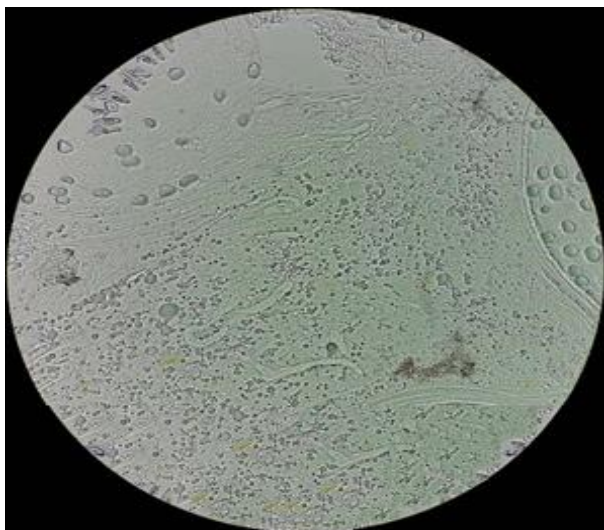
**3-расм. Глицерин ва декасан билан қайта ишлашгача тирик сколекс**



**4-расм. Глицерин ва декасан экспозициясидан кейин 3 дақиқа ўтгач**

Асоратланган эхинококккознинг йиринглаш тури кузатилганда 80% глицерин эритмаси 0,02% декасан ва 10% бетадин эритмасидан фойдаланилди. Йиринглаган холларда 80% глицерин ҳамда 0,02% декасан ва 10% бетадин

эритмаларидан фойдаланилди. Бунда 5-10 дақиқали экспозицияда олиб борилган текширувда сезиларли тафовут аниқланмади, барча сколекслар нобуд бўлганлигини кўриш мумкин (5 ва 6-расмларга қаранг).



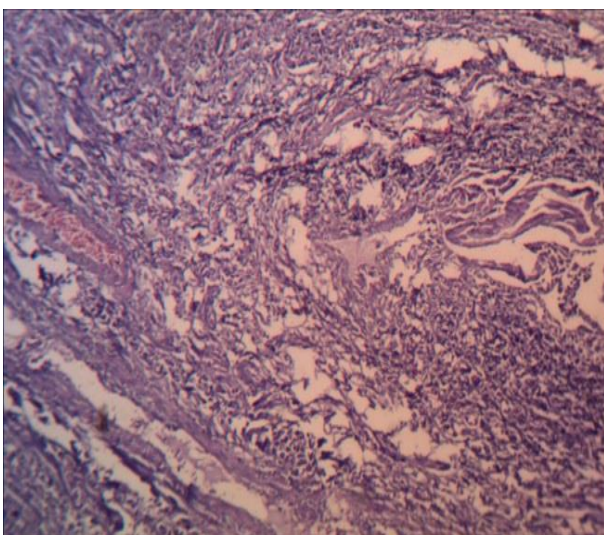
**5-расм. Глицерин, декасан ва бетадин экспозициясидан кейин 5 дақиқа ўтгач**



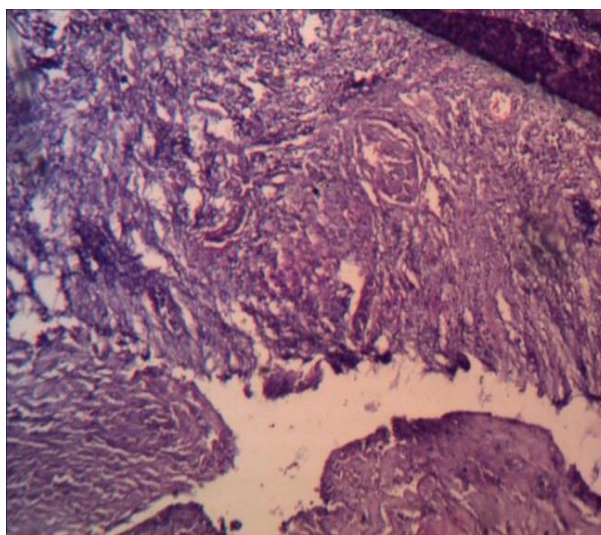
**6-расм. Глицерин, декасан ва бетадин экспозициясидан кейин 10 дақиқа ўтгач**

Мазкур текширилаётган гуруҳ беморларида фиброз капсулани морфологик текширишга эътибор қаратдик, 80% глицерин эритмаси, 0,02% декасан ва 10% бетадин эритмалари билан фиброз капсула зарарсизлантирилгунча ва ишлов беришдан кейин ўрганилди.

Тадқиқот 10 нафар беморда ўтказилди, гистологик таҳлил учун материал бўшлиққа қайта ишлов беришдан олдин ва кейин фиброз капсула деворларидан 1,0x1,0 см ўлчамда бўлакларни кесиш билан олинди (7 ва 8-расмларга қаранг).



**7-расм. Фиброз капсуланинг -декасан ва бетадин билан қайта ишлагунга, гематоксин-эозин билан бўялгангунга қадар х64 катталаштирилгани**



**8-расм. Фиброз капсуланинг декасан ва бетадин билан қайта ишланганидан, гематоксин-эозин билан бўялганидан кейин х64 катталаштирилгани**

Морфологик текширувлар кўрсатишича, 80% глицерин эритмаси, 10% бетадин эритмаси билан бирга 0,02% декасан эритмасида фиброз капсула қайта ишланганидан 3 дақиқа кейин экспозицияда томирлар атрофида қон



куйилиши, томирлар гиперемияси, гемодинамиканинг бузилиш белгилари билан ўртача яллиғланган инфльтрация аниқланган.

Асоратланган беморларнинг умумий сони қиёсий гуруҳда ҳам тафовутланди (асосий –қиёслаш гуруҳи: 12 (5,2%) - 43 (16,4%)).

Ташриҳдан кейинги асоратлар 12 (5,2%) нафар беморда ташхисланди. Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши 5 (2,1%) нафар беморда аниқланди, бунда асоратларнинг энг кўп миқдори ёпик ва ярим ёпик эхинококкэктомия (ЭЭ) кузатилди.

Қолдиқ бўшлиқни тавсия этилган антисептиклар билан ўз вақтида дифференциал қайта ишлаш, йирингли жараёни–декасан+бетадин +глицерин билан бартараф этиш яхши натижага эришишга олиб келди.

Шундай қилиб, жарроҳлик билан даволашнинг яқин натижаларини қиёсий баҳолаш кўрсатишича, асосий гуруҳда ташриҳдан кейинги маҳаллий характердаги асоратнинг ёпик эхинококкэктомиядан кейин (капитонаж) ўт оқмаси, қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши ва яралар сезиларли даражада жуда 11,2% кам кузатилади.

Ташриҳдан олдинги ва кейинги даврда беморларни соғлом овқатланиш талабаларига, эхинококк кистасининг тарқалганлиги ва диаметри, уни бартараф этиш, тадқиқотнинг техник усуллари ва такомиллаштирилган методларидан фойдаланиш, шунингдек, қолдиқ бўшлиқни тавсия қилинган усул билан қайта ишлаш (бетадин+декасан+глицерин) ва кимётерапия асоратларни 16,4% дан 5,2% га камайтириш имконини берди.

Шундай қилиб, соғлом овқатланиш талабларига риоя қилиш, ЭКни комплекс жарроҳлик билан даволашнинг тавсия қилинган қиёсланган тактикаси ташриҳдан олдинги ва кейинги даврларда зарарланиш характерига боғлиқликда овқатланиш ҳамда иммун аралашмалар ташриҳдан кейинги даврда асоратлар кузатилмаганда беморлар улушини 83,2% дан 94,7% га (асоратларнинг пасайиши 16,4% дан 5,2% гача) ошириш ва ўлим даражасини 1,2% дан 0,4% га камайтириш, тақрорий анъанавий аралашувлар заруратини 6,6% дан 2,1%га, узоклашган даврда 10,4% дан 1,2%га қисқартириш имконини берди ( $P=0,005$ ).

Диссертациянинг «**Эхинококкозни жарроҳлик билан даволашнинг яқин ва узок натижаларини баҳолаш**» деб номланган бешинчи бобида эхинококк касаллигида турли жарроҳлик аралашувлари натижаларини келтирилган. Бунинг учун ташриҳдан кейинги асоратлар кузатилган беморлар икки кичик гуруҳларга ажратилди.

Назорат гуруҳида жароҳат инфилтрати (1) ва йиринглаши (1) 3 (1,1%) нафар беморда ташхисланган. 1(0,4%) нафар кекса ёшдаги беморда ташриҳдан кейинги 5-куни нисбатан яхши ҳолатида ўпка артерияси тромбоземболияси ўлимга сабаб бўлди. Ташриҳдан кейинги даврда жигар-буйрак етишмовчилиги қиёслаш гуруҳидаги 3 (1,1%) бемордан, 2 (0,7%) нафарида ривожланиб ўлимга олиб келди.

Шундай қилиб, жарроҳлик билан даволашнинг яқин натижаларини қиёсий баҳолаш кўрсатишича, қиёслаш гуруҳида ташриҳдан кейинги маҳаллий характердаги эхинококк кистасининг асоратлари қолдиқ бўшлиқни бартараф этиш усуллари ва ҳар хил турларидан сўнг (ёпик, ярим ёпик,

аралаш ЭЭ) ўт оқмаси, қолдиқ бўшлиқ ва яраларнинг йиринглаши сезиларли даражада кўп 12,5% кузатилди.

Асосий гуруҳда қолдиқ бўшлиқни бартараф қилиш усулини танлаш қиёсланди ва бунда асоратнинг жойлашиши, ҳажми, кисталар сони ва характеридан келиб чиқди. Жигарнинг асоратланмаган эхинококк кистаси 12 (5,2%) нафар беморда қолдиқ бўшлиқни бартараф қилиш мақсадида ёпиқ ЭЭда Бобров методи бўйича капитонаж вариантыдан фойдаланилди ҳамда 9 (3,9) нафар беморда ярим ёпиқ ЭЭда хавфсизлик микроирригатори қолдирилди. Бироқ, ушбу усул хавфсиз бўлмади, бу ёпиқ ЭЭ дан кейин 1 (0,4%) нафар ва ярим ёпиқ ЭЭ дан кейин 2 (0,8%) нафар беморда кузатилувчи кисет чокини кўйиш жараёнида ўт оқими ҳамда қон томир жароҳатланиш эҳтимолига боғлиқ.

Ташриҳдан кейинги асорат 12 (5,2%) нафар беморда ташхисланди. Қолдиқ бўшлиқ йиринглаши 5 (2,1%) нафар беморда аниқланди, асоратларнинг кўп қисми ёпиқ ва ярим ёпиқ ЭЭ да кузатилди.

Анъанавий жарроҳлик аралашувларидан кейин қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаш сабаблари маълумотларимизга кўра қуйидагилардир: ногерметик тикилмаганлиги ва аниқланмаган билиар оқмалар, анча катта ҳажм қолдириш ҳамда қолдиқ бўшлиқни ўзига хос бўлмаган ҳолда бартараф этиш, қатор беморларда эса уни етарлича дренажланмаганлиги ва қолдиқ бўшлиқни капитонаж усулида, инвагинацион усулда бартараф этилганда, ҳамда оментопластикада, кетгутдан фойдаланиш, уни муддатидан олдин сўрилишига олиб келган.

Асосий гуруҳда ўпкадан ЭЭ да плеврит асорати 2 (0,8%) нафар, жигар диафрагмал юзадан ЭЭ да 1 (0,4%) нафар беморда кузатилди. Ўт оқмаси 4 (1,7%) нафар беморда ташхисланди, уларнинг аксарияти ёпиқ ЭЭ ўтказилган ташриҳлардан сўнг аниқланди. Инфильтрат ва яра йиринглашиши асосий гуруҳда 1 (0,4%) нафар беморда ташхисланди.

Шундай қилиб, жарроҳлик билан даволашни яқин натижаларининг қиёсий баҳоси кўрсатишича, ёпиқ эхинококкэктомиядан (капитонаж) кейин асосий гуруҳда ўт оқмаси, қолдиқ бўшлиқ ва яраларнинг йиринглаши туридаги маҳаллий характердаги ташриҳдан кейинги асоратлар сезиларли даражада 11,2% кам кузатилди.

Ташриҳдан олдинги ва кейинги даврларда беморларни соғлом ва хавфсиз овқатланиш талабларига, эхинококк кистасининг тарқалганлиги ва диаметри, уни бартараф этиш ҳисоби, ташриҳларнинг такомиллаштирилган техник усуллари ва методларидан фойдаланиш, шунингдек, қолдиқ бўшлиқни тавсия қилинган усул билан қайта ишлаш (бетадин+декасан+глицерин) ва кимётерапия асоратларни 16,7% дан 5,2% га камайтириш имконини берди. Қиёслаш гуруҳида ташриҳдан кейинги 6 ойдан 5 йилгача бўлган узоқлашган муддатда касалликнинг қайталаниши 12 нафар беморда (5,1%): капитонаждан кейин-2 нафар, инвагинацион метод - 2 нафар беморда, қолдиқ бўшлиқ абдоминализацияси билан биргаликда оментопластика ва парциал цистоперицистэктомиядан кейин 1 ҳолатда кузатилди. 18 нафар беморда ўтказилган консерватив кимётерепиядан кейин узоқлашган муддатда 5 нафарда эхинококк кистасининг йиринглаши, 3 нафарда эхинококк кистасининг

катталашганлиги аниқланди. Қолдиқ бўшлиқнинг йиринглаши билан суёқлик тўпланиши - 15 (5,8%), ўт оқмаси - 7 (2,7%) узок муддатли дренажлаш 23 (8,9%) нафар беморда кузатилди.

Асосий гуруҳда ташриҳдан кейин 6 ойдан 3 йилгача бўлган узоклашган муддатда 2 нафар беморда (0,8%): аралаш ЭЭдан кейин 1 нафар беморда ва инвагинацион методдан кейин 1 нафар беморда касалликнинг қайталаниши кузатилди. Қолдиқ бўшлиқнинг шаклланиши ва унинг йиринглаши билан унда суёқлик тўпланиши асосий гуруҳдаги 1 (0,4%) нафар, ўт оқмаси 2 (0,8%) нафар беморда кузатилди, қолдиқ бўшлиқни узок вақт дренажлашни фақат 1 (0,4%) нафар беморда талаб қилди.

Кимёвий терапия ўтказган беморларда узоклашган муддатда эхинококк йиринглаши 1 нафар, қолган 12 нафар беморда эхинококк кистаси ҳажми йўқолиб кетадиган даражада кичрайган.

Маълумотлардан кўринадики, қиёслаш гуруҳи беморларида энг юқори кўрсаткичлардаги ташриҳдан кейинги асоратларнинг унча юқори бўлмаган натижалари аниқланди.

Демак, эхинококк касаллигини комплекс жарроҳлик билан даволашнинг тавсия қилган дифференцияланган тактикамиз ташриҳдан олдин ва кейинги даврда соғлом овқатланиш талаблари, юқори энергетик қийматга эга овқатланиш рационини қўллаш ташриҳдан кейинги эрта даврда асоратлар кузатилмаган беморлар улушини 83,2% дан 94,7% гача (асоратларни 16,4% дан 5,2% гача камайтириш) ошириш, ўлим даражасини 1,2% дан 0%гача камайтириш, эрта ташриҳдан кейинги даврда такрорий анъанавий аралашувларга заруратни 6,6% дан 2,1% га, узоклашган даврда 10,4% дан 1,2% га ( $P=0,005$ ) қисқартириш имконини берди.

Асосий гуруҳда жарроҳлик билан даволашнинг узоклашган натижалари 145 (63,0%) беморда аъло, 70 (30,4%) беморда яхши, 10 (4,4%) беморда қониқарли, 5 (2,2%) беморда қониқарсиз натижани кўрсатди. Қиёслаш гуруҳида узоклашган муддат натижалари 98 (38,2%) нафарда аъло, 35 (13,7%) беморда яхши, 88 (34,4%) беморда қониқарли ва 35 (13,7%) беморда қониқарсиз натижа аниқланди (2-жадвалга қаранг).

## 2-жадвал

### Текширилаётган гуруҳларда ташриҳдан кейинги узоклашган натижалар

Ташриҳ натижалари	Қиёслаш гуруҳи (n=256)		Асосий гуруҳ (n=230)	
	абс	%	абс	%
I гуруҳ – аъло	98	38,2	145	63,0
II гуруҳ – яхши	35	13,7	70	30,4
III гуруҳ – қониқарли	88	34,4	10	4,4
IV-A гуруҳ – ёмон	35	13,7	5	2,2
Жами	256	100	230	100

Қиёсий гуруҳдаги қониқарсиз натижалар айрим тадқиқотчилар фикрларини тасдиқлайди, у ёки бу асоратлар ташриҳдан олдинги тайёрлов тактикаси,

гигиеник тадбирлар ўтказиш ҳамда аралашувларнинг апаразитарлик ва антипаразитарлик қоидаларига тўлиқ амал қилмаслик билан умумийликка эга.

Шундай қилиб, асосий гуруҳ беморларида узоқлаштирилган натижалар киришнинг оптималлаштирилган усуллари, қайта ишлашнинг такомиллаштирилган усуллари ва жигарнинг қолдиқ бўшлиғини бартараф этиш стандарт даволаш-диагностик усуллар, шунингдек, эхинококкэктомиянинг анъанавий тактик-техник тамойиллари қўлланган қиёсий гуруҳ беморларига нисбатан сезиларли даражада яхши бўлган. Амбулатор ва стационар текширув учун турли ташриҳлардан кейин ҳар хил муддатларда сўровнома маълумотлари бўйича натижаларни ўрганиш асосланган ва рационал ҳисобланади.

## ХУЛОСАЛАР

«Эхинококк касаллигининг олдини олишнинг гигиеник ва хирургик жиҳатларни такомиллаштириш» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Эпидемиологик тадқиқот натижасида Андижон вилоятининг эндемик ҳудудларини ҳисобга олган ҳолда эхинококкоз билан касалланиш даражаси бўйича Фарғона водийси ҳудудлари дифференциация ўтказилди, у ерда 10 йил ичида касалланишнинг мутлоқ ўсиши 1,79% ни, касалланишнинг ўртача мутлоқ ўсиши 0,20% ни ташкил этди.

2. Ишлаб чиқилган анкета-сўровнома касалликнинг клиник белгилари ва асосий сабабларини ўз вақтида аниқлашга, шунингдек, ташриҳ қилинган беморлар ҳолатини сифатли баҳолашга имкон берди, шунингдек, ушбу патологиядан хасталанган беморларни ташхислаш ва даволашнинг барча босқичларида эхинококк касаллигидан юқори касалланиш кузатилган минтақаларда профилактик, гигиеник ва жарроҳлик тадбирларини ўтказиш режасини ўз вақтида ҳамда мақсадга йўналтирилган ҳолда тузишга имкон яратди.

3. Таркибида етарли миқдорда оқсил, ёғ, минерал ва витаминларни ўз ичига олган озуқавий аралашмалар билан сифатли ва мувозанатлашган овқатланиш бўйича ишлаб чиқилган сўровномада ҳақиқий овқатланиш ҳамда овқатланиш тартибини ўрганиш кунлик овқатланишдаги камчилликларни тўлдириш ва овқат моддаларининг энергетик қийматни 76,6% дан 81,9% га кўтариш имконини берди.

4. Эхинококк касаллигида жарроҳлик тактиканинг ишлаб чиқилган алгоритми профилактик тадбирларнинг мақбул усулини танлаш имконини берди, аъло натижалар даражаси 38,2% дан 63,1% гача, яхши натижалар 13,6% дан 30,5% гача ошганини ва даволашнинг қониқарсиз натижалари улушини 13,6% до 5,2 қисқаришини кўрсатди.

5. Эхинококкэктомияда қолдиқ бўшлиқни дренажлаш, жойлашиши ва антипаразитар қайта ишлаш натижасида ишлаб чиқилган усули ташриҳдан кейинги йирингли-септик асоратлар даражасини 11,2% ҳамда касаллик қайталанишини 4,6% дан 0,4% га сезиларли даражада камайтирди.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ НА ОСНОВЕ НАУЧНОГО СОВЕТА  
DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03. ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ  
ПРИ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

---

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**БУТАБОЕВ ЖАСУРБЕК МАХМУДЖОНОВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ  
АСПЕКТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ**

**14.00.07 – Гигиена**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**ТАШКЕНТ – 2022**

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2020.4.PhD/Tib1513.

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.tma.uz) и Информационно-образовательного портала «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

**Научный руководители:**

**Шайхова Гули Исламовна**  
доктор медицинских наук, профессор

**Касимов Адхам Лутфуллаевич**  
доктор медицинских наук, доцент

**Официальные оппоненты:**

**Эрматов Низом Жумакулович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Хакимов Дилшодбек Мамадалиевич**  
доктор медицинских наук, доцент

**Ведущая организация:**

**Самаркандский государственный медицинский институт**

Защита диссертации состоится «16» 02 2022 г. в 13<sup>00</sup> часов на заседании разового научного совета на основе Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.30.03 при Ташкентской медицинской академии. (Адрес: 100109, г. Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби, дом 2. Тел./факс: (+99878) 150-78-25; e-mail: tta2005@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентской медицинской академии (зарегистрирована за 825). (Адрес: 100109, г. Ташкент, Алмазарский район, улица Фароби, дом 2. Тел./факс: (+99878) 150-78-14).

Автореферат диссертации разослан «3» 02 2022 года.

(реестр протокола рассылки № 3 от «3» 02 2022 года)



*Сол*  
**Ф.И. Саломова**  
председатель разового Научного совета на основе научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

*Д.Ш.*  
**Д.Ш. Алимухамедов**  
ученый секретарь разового Научного совета на основе научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук

*Искандарова*  
**Г.Т. Искандарова**  
председатель научного семинара при разовом Научном совете на основе научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** В ряде регионов мира эхинококковое заболевание считается эндемичной патологией. Среди факторов риска заражения от *Echinococcus granulosus* причинами является нарушение санитарно-гигиенических условий, размещение в жилом помещении, несоблюдение правил личной гигиены и питания. Эхинококковые кисты (ЭК) насыщаются из организма больного белками, жирами, витаминами, микроэлементами и нарушают всасывание витаминов. Однако «...не решен ряд вопросов в диагностике и лечении эхинококкоза, в развитии эхинококковой болезни (ЭБ), санитарно-гигиенических условий, нарушении рациона питания и несоблюдении личной гигиены, сохраняется высокий процент осложненных форм (25,4–84,65%), осложнения после диагностики и рецидивы заболевания варьируются от 3 до 54%, а смерть от 3,1 до 8,6% ...»<sup>1</sup>. Таким образом, эндемический очаг, недостаточное информирование населения сельских секторов, не имеет достаточной информации о заболевании, путях передачи заболевания, оставление без внимания элементарных методов профилактики, нарушение гигиены питания приводит к увеличению количества больных с наблюдаемым эхинококковым заболеванием. Поэтому совершенствование гигиенических и хирургических аспектов профилактики эхинококковой болезни является одним из важнейших проблемных вопросов.

В мире проводится ряд научных исследований в целях улучшения гигиенических и хирургических аспектов профилактики эхинококковой болезни. В связи с этим, необходима разработка гигиенических и профилактических мероприятий в комплексе тактико-технических принципов противопаразитарной терапии до и послеоперационном периоде, а также модели лечебно-профилактических мероприятий для пациентов и алгоритма диагностики, наряду по повышению мер качества медицинских осмотров, уровня заболеваемости от эхинококкоза среди населения, профилактических мероприятий при эхинококковой болезни, а также эффективности и качества гигиенических факторов, режима питания и фактического питания, важное значение имеют научно-практические направления при проведении научных исследований, направленных на разработку способа обработки эхинококковой кисты улучшенным интраоперационным гермицидом при осложненных и неосложненных формах эхинококковой болезни (ЭБ).

В нашей стране предпринимаются конкретные меры, направленные на развитие медицинской сферы, адаптации медицинской системы к мировым стандартам, включая диагностику, лечение и профилактику осложнений эхинококкоза в результате нарушений пищевого статуса в результате заболеваний, связанных с питанием. В Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017–2021 годы определены следующие задачи по «...реализация комплексных мер,

---

<sup>1</sup>Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Эхинококкоз печени: частота встречаемости, патогенез, классификация, диагностика и лечение // Клиническая и экспериментальная патология. Украина, 2018, № 3 (65), Т.17. – С. 126–133.

направленных на улучшение и укрепление здоровья населения, снижение уровня заболеваемости, профилактику заболеваний, связанных с питанием, и увеличение продолжительности жизни...»<sup>2</sup>. Исходя из этого, обоснование совершенствования гигиенических и хирургических аспектов профилактики эхинококковой инфекции считается одним из актуальных научных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указах Президента Республики Узбекистан № УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года, № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, в Постановлениях Президента Республики Узбекистан № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021 годы» от 20 июня 2017 года, № ПП-4063 «О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения» от 18 декабря 2018 года, № ПП-4887 «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения», а также в других нормативно-правовых документах, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Данная диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан: VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** В последние годы в Узбекистане отмечается повышение распространенности эхинококкоза не только среди населения сельской местности, но и городского населения, что в определенной степени связано с неудовлетворительной деятельностью органов здравоохранения и санитарных служб, низким качеством диспансеризации населения или ее отсутствием, нерешенными санитарно-эпидемиологическими, а также социально-экономическими проблемами (Каримов Ш.И. и соавт., 2017; Шамшиев Ш.М., Назыров Ф.Г. и соавт., 2018). Изменчивые социально-экономические условия жизни населения, активное внедрение частной собственности, развитие фермерства и индивидуального производства, усиление миграции из ближнего и дальнего зарубежья, интенсификации процессов формирования антропогенной природы, в условиях распространения и увеличения паразитов в окружающей среде приведут к пересмотру и корректировке существующих подходов по профилактике паразитарных заболеваний (Amarir F.E. et.al., 2020; Paternoster G. et.al., 2020). По оценкам созданной в 2015 году справочной группы по эпидемиологии бремени болезней пищевого происхождения (FERG), в мировом масштабе эхинококкоз ежегодно выступает причиной 19.300 случаев смерти и инвалидности. Количество больных, страдающих эхинококкозом в мире превышает один миллион человек.

---

<sup>2</sup>Указ Президента Республики Узбекистан № УП-4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года.



В отношении кистозного образования коэффициент послеоперационной смертности хирургических пациентов составляют в среднем 2,2%, после операции рецидивы составляют 6,5%. Работает с эффективной стратегией борьбы с эхинококкозом, одобренной ВОЗ (ВОЗ, 2020).

В Узбекистане проводится ряд исследований направленных на оценку заболеваемости связанную со здоровым питанием среди различных слоев населения (Шайхова Г.И., 2015, 2019, 2021; Худойбергенов А.С., 2020; Эрматов Н.Ж., 2021, 2022; Алимухамедов Д.Ш., 2018). Однако, по совершенствованию гигиенических и хирургических аспектов профилактики эхинококковой болезни было проведено недостаточно научных исследований.

В последнее десятилетие отмечается рост заболеваемости эхинококкозом и расширение географических границ болезни. Эхинококкоз является одним из наиболее опасных паразитарных заболеваний и часто встречается в хирургической практике, характеризуется разнообразными клиническими проявлениями. Лечение эхинококкоза часто бывает весьма сложным, может требовать обширных хирургических вмешательств и продолжительной лекарственной терапии. Поэтому необходимы дальнейшие исследования для разработки оптимальных методов профилактики и лечения эхинококкоза.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института в рамках темы «Разработка новых технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний человека» (2018–2022).

**Целью исследования** является совершенствование профилактических и гигиенических мероприятий хирургического лечения эхинококковой болезни.

**Задачи исследования:**

установить частоту заболеваемости эхинококкозом среди населения Ферганской долины и разработать мероприятия по повышению качества медицинских осмотров;

оценить режим питания и фактическое питание, качество и эффективность выполняемых гигиенических и профилактических мероприятий при эхинококковой болезни по разработанной анкете;

оценить возможность проведения гигиенических и профилактических мероприятий в комплексе с тактико-техническими принципами антипаразитарной терапии в пред- и послеоперационном периоде, в сочетании с хирургическим лечением эхинококковой болезни;

разработать алгоритм диагностики и модель лечебно-профилактических мероприятий при эхинококковой болезни;

разработать совершенствованный способ интраоперационной гермицидной обработки эхинококковых кист при осложненных и неосложненных формах эхинококковой болезни.

**Объектом исследования** явились архивные и отчетные материалы за 2010–2020 годы, анализ обследования и оперативного лечения, а также фактического

питания 1280 больных эхинококкозом и 486 больных, находившихся на лечении в стационаре Андижанского государственного медицинского института.

**Предметом исследования** взяты материалы абсолютного питания больных эхинококкозом на основе ближайших и многолетних результатов различных видов хирургических вмешательств у больных с диагнозом эхинококкоз, распространенность кист, материалы оценки количественных и качественных показателей суточного рациона питания.

**Методы исследований.** В исследовании использованы гигиенические, эпидемиологические, клинические, лабораторные, рентгенологические, ультразвуковые, компьютерная томография и статистические методы исследований.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

на основании анализа уровня, структуры и динамики заболеваемости в Ферганской долине среди населения, страдающего эхинококковой болезнью, определены тенденции распространенности и совершенствован порядок проведения медицинских осмотров;

усовершенствованы мероприятия по профилактике эхинококковой болезни среди населения;

оценены фактическое питание, режим питания населения страдающих эхинококковой болезнью, а также эффективность гигиенических и профилактических мероприятий по разработанной анкете;

разработан усовершенствованный способ антипаразитарной обработки остаточной полости фиброзной капсулы при неосложненных и осложненных формах эхинококкоза печени;

на основе организационно-медицинских и лечебных мероприятий разработан алгоритм ранней диагностики и модель лечебно-профилактических мероприятий при эхинококковой болезни.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

разработана программная модель ранней диагностики эхинококкоза среди населения Ферганской долины, которая позволила реализовать комплексный план лечебно-диагностических мероприятий;

дана оценка снижению иммунитета, а также несоблюдения гигиены и нарушении питания как фактора инвазии человека в эндемичных регионах, которое приводит к снижению естественного иммунитета и повышению заражения эхинококкозом;

разработана программа гигиенического просвещения населения по профилактике инвазивности в понимании факторов риска на территориях с пораженностью и высокой заболеваемостью от эхинококкоза животных, как основные мероприятия в лечении и профилактике эхинококкоза;

доказано, что современная ситуация, связанная с эхинококкозом, требует дальнейшего совершенствования информационно-аналитической и профилактической работы, включающей в первую очередь мониторинг выполнения мер по охране окружающей среды и разработки критериев оценки гигиены питания населения;

доказано, что по разработанной методике, независимо от локализации эхинококковой кисты, обработку остаточной ее полости целесообразно применять всем больным в зависимости от осложнений эхинококковых кист, что уменьшило количество послеоперационных осложнений за счет деструктивного воздействия существующих средств на все элементы эхинококка;

доказано, что применение пред- и послеоперационной химиотерапии (альбендазолом) в сочетании с применением гепатопротекторов и иммуностимуляторов до- и послеоперационном периодах, позволяет улучшить результаты хирургического лечения и существенно снизить частоту ближайших послеоперационных осложнений, рецидивов, а также неблагоприятных результатов в отдалённые сроки.

**Достоверность результатов исследования** подтверждается применением в научном исследовании теоретических подходов и методов, достаточного количества обследованных больных, применением современных взаимодополняющих гигиенических, эпидемиологических, клинических, лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых исследований, компьютерной томографии, статистических методов исследования, а также сопоставлением с результатами зарубежных и отечественных исследований при совершенствовании гигиенических и хирургических аспектов профилактики эхинококковой болезни, заключение, полученные результаты были подтверждены уполномоченными учреждениями.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.** Научная значимость результатов исследования заключается в том, что оценки тенденции распространения и разработки оздоровительных мероприятий по повышению качества медицинских осмотров обоснованы на основании анализа уровня, структуры и динамики заболеваемости в Ферганской долине, оценке фактического питания и режима питания.

Практическая значимость результатов исследования заключается в сокращении сроков раннего выявления, совершенствовании мероприятий по профилактике эхинококковой болезни среди населения, разработке профилактических мероприятий и тактико-технических принципов интраоперационной гермицидной обработки полости фиброзной капсулы, разработки алгоритмов хирургического лечения и диагностики эхинококкоза на основе организационно-лечебных и лечебных мероприятий.

**Внедрение результатов исследования.** На основе полученных научных результатов по совершенствованию гигиенических и хирургических аспектов профилактики эхинококковой болезни:

в результате совершенствования гигиенических и хирургических аспектов профилактики эхинококкоза был разработан «Способ антипаразитарной обработки остаточной полости эхинококковых кист при неосложненных и осложненных формах эхинококкоза печени» (патент на изобретение № IAP 06587 от 27 июля 2021 года). Этот метод позволил создать систему оперативного лечения путем противопаразитарной обработки остаточной полости эхинококковых кист при неосложненных и осложненных формах эхинококкоза печени;

на основе результатов исследований, направленных на совершенствование гигиенических и хирургических аспектов профилактики эхинококковой болезни утверждены методические рекомендации «Способ антипаразитарной обработки остаточной полости фиброзной капсулы при неосложненных и осложненных формах эхинококковой болезни» (заключение № 8н-з/295 Министерства здравоохранения от 17 сентября 2021 года). В результате в послеоперационном реабилитационном периоде удалось улучшить качество жизни больных за счет уменьшения специфических для заболевания осложнений и резкого снижения рецидивов заболевания;

научные результаты совершенствования гигиенических и хирургических аспектов профилактики эхинококкоза внедрены в практику здравоохранения, в том числе в клиническую практику стационара Андижанского государственного медицинского института, хирургических отделений Андижанского областного многопрофильного медицинского Центра. (заключение № 08-09/20871 Министерства здравоохранения от 25 декабря 2021 года). В результате рекомендуемым методом хирургического лечения эхинококкоза является дополнение специфической санации остаточной полости фиброзной капсулы в раннем послеоперационном периоде, позволяющее снизить послеоперационные гнойно-септические осложнения на 11,2% и рецидивов заболевания с 4,6% до 0,4% и улучшить качество жизни пациентов.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях, в том числе на 2-х международных и 2-республиканских научно-практических конференциях.

**Опубликованность результатов исследований.** По теме диссертации опубликовано всего 16 научных работ, в том числе 6 статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций, из них 5 в республиканских и 1 в зарубежных изданиях, получен 1 патент на изобретение.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, списка использованной литературы и приложений. Объем диссертации составляет 120 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обоснованы актуальность и востребованность проведенных исследований, сформулированы цель, задачи исследования, указано соответствие данных исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, приведены научно-практическая значимость результатов и научная новизна исследования, изложены теоретическая и практическая значимость полученных результатов, даны сведения по внедрению в практику результатов исследований, опубликованных работ и апробации результатов работы, а также объем и структура диссертации.

В первой главе диссертации «**Современная интерпретация гигиенических и хирургических аспектов профилактики эхинококковой болезни**» представлен обзор литературы, отражающий проблему профилактики,

диагностики и лечения больных эхинококковой болезнью (ЭБ). Освещены данные научных публикаций, посвященные современным методологическим аспектам профилактических и гигиенических мероприятий, а также сведения о методах хирургического лечения ЭБ, анализ осложнений, возникающих после повторной операции. Изучены актуальные вопросы, требующие своего дальнейшего решения.

Во второй главе диссертации **«Материалы и методы оценки гигиенических и хирургических аспектов профилактики эхинококковой болезни»** дана характеристика объектов, объема и методов исследований. В основу работы положен анализ результатов исследования и лечения 1280 больных ЭБ, в частности проведён анализ заболеваемости эхинококкозом, эффективности проведения гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий в разрезе районов Андиганской области, за период с 2010 по 2020 годы дана характеристика различных климатических условий и сельскохозяйственной направленности (Асака, Шахрихан) по следующим основным параметрам: уровень и структура заболеваемости; многолетняя динамика заболеваемости; интенсивность эпидемических проявлений в различных возрастных и социально-профессиональных группах населения.

В 2010–2020 гг. проведен анализ фактического питания 486 больных эхинококкозом, обследованных и находящихся на лечении в хирургических отделениях клиники АГМИ.

Применяли гигиенические, клинические, специальные инструментальные методы для определения продолжительности гибели новообразованных элементов под действием дезинфицирующих средств путем цитологического исследования и изучения фактического питания наблюдаемых больных ЭБ.

Все пациенты были разделены на 2 группы: группу сравнения составили 658 людей эхинококковой болезнью в Андиганской области, перенесших эхинококковую болезнь, данная группа была разделена на 2 подгруппы: подгруппа А – в котором был проведён анализ заболеваемости 402 больных эхинококкозом с изучением эффективности проведенных санитарно-гигиенических мероприятий по профилактике эхинококковой болезни за период 2010–2017; подгруппа Б – 256 больных, прооперированных на базе кафедры хирургии клиники АГМИ за период 2010–2017 гг., больные, пролеченные в стационаре со стандартным лечебно-диагностическим и профилактическим лечением.

Основную группу составили больные, проживающих в указанных выше районах (Асакинском, Шахриханском, Пахтаабадском, Избасканском, Алтинкульском, Андиганском районах). Перечисленные группы/города также был разделены на 2 подгруппы: в подгруппу А были включены 392 больных с ЭБ, которым были проведены мероприятия по повышению качества медицинских осмотров и профилактики эхинококковой болезни среди населения, с проведением и изучением фактического питания и пищевого поведения в период с 2018 по 2020 гг.; в подгруппу Б были включены 230 больных ЭБ, которым применены разработанные гигиенические и профилактические мероприятия с индивидуализацией фактического питания при эхинококковой болезни по специально разработанной анкете, а также

тактико-технические принципы антипаразитарной терапии в сочетании с совершенствованными методами лечения на базе кафедры хирургии клиники АГМИ за период 2018–2020 гг.

Проведен анализ длительности и частоты заболеваемости эхинококкозом в зависимости от места проживания, где отмечено весомое превалирование эхинококкового поражения жителей сельской местности: в группе сравнения лишь у 62 (подгруппа А 15,4%) и 22 (подгруппа Б 8,6%) исследуемых больных с ЭБ длительность заболевания к моменту операции составило до 1 года; ЭБ сроком от 1 до 5 лет составило у 186 (подгруппа А 46,25%) и 139 (подгруппа Б 54,2%); более 5 лет – у 154 (подгруппа А 38,3%) и 95 (подгруппа Б 37,1%) больных.

При этом от 1 до 5 лет и более наибольшее количество составили больные сельской местности: в группе сравнения 238 (подгруппа А 59,2%) и 146 (подгруппа Б 57,1%) больных, а в основной группе – 236 (подгруппа А 60,2%) и 114 (подгруппа Б 49,6%) больных, что объясняет недостаточную осведомленность населения сельской местности.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью стандартных прикладных программ MS Excel 2007, Statistica 6,0. За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности  $P < 0,05$ .

В третьей главе диссертации **«Эпидемиологические аспекты эхинококковой болезни, оптимизация гигиенических и профилактических мероприятий»** были изучены распространенность эхинококковой болезни в Ферганской долине и анализ фактического питания населения.

При анализе заболеваемости эхинококкозом в Ферганской долине в целом и ее субъектах выявили, что средний многолетний показатель заболеваемости эхинококкозом населения Андижанской области за период 2010–2020 гг. был равен  $2,8 \pm 0,1$  на 100 тыс населения, составивший  $0,4 \pm 0,1$  на 100 тыс ( $\chi^2 = 112,3$ ;  $p < 0,05$ ). Проведя анализ данных формы № 003/у, выявили, что средний многолетний показатель заболеваемости эхинококкозом жителей области за 2010–2020 гг. составил  $3,4 \pm 0,4$  случая на 100 тысяч населения (на 100 тыс) и превышал таковой показатель по данным формы № 2 в 1,2 раза ( $\chi^2 = 18,2$ ;  $p < 0,05$ ), определена достоверная тенденция к росту заболеваемости населения области ( $\chi^2 = 4,1$ ;  $p < 0,05$ ).

На основании полученных результатов можно предположить, что на изучаемой территории преобладает заражение эхинококкозом в условиях разведения сельскохозяйственных животных в личных хозяйствах при наличии источника инвазии – собаки и не соблюдении гигиенических мероприятий и питания. При изучении санитарно-гигиенических условий проживания 124 больных, страдающих ЭБ, установлено, что 2,4% больных временами пользовались привозной водой, 97,6% из водопровода и 4,8% из открытого водоема. На момент опроса рацион больных с ЭБ не соответствует гигиеническим требованиям (смотрите таблицу 1).

Анализ протоколов питания у больных ЭБ в предоперационном периоде выявило недостаточное содержание белков, витаминов, микро- и макроэлементов, мясо, рыба, молочных продуктов, сырых фруктов и овощей. Таким образом, питание больных ЭБ в предоперационном периоде являлось

недостаточно рациональным и дефицитным, а это требует к разработке системы мер по оптимизации питания у оперированных больных.

Таблица 1

**Результаты исследования фактического питания у больных с эхинококковой болезнью при поступлении**

Пищевые вещества	Ф/м, г	Показатели при поступлении	
		абс., г	% к норме
Энергетическая ценность, ккал	2400	1839,4±32,4***	76,6
Белки общие, г	80,5	62,3±11,4**	77,4
в.т.ч. животного происхождения	49	29,5±4,9**	60,2
жиры, г	80	46,7±5,3**	58,4
Углеводы, г	340	308,9±12,3***	90,9
Кальций, мг	1100	729,5±17,1**	66,3
Фосфор, мг	1650	1059,6±18,9***	64,2
Магний, мг	250	220,1±8,8*	88,0
Железо, мг	12	10,9±3,2**	90,8
Витамин С, мг	60	58,0±7,7*	96,7
Витамин А, мкг	700	162,1±10,4***	23,2
Витамин В <sub>1</sub> , мг	1,2	1,06±0,02*	88,3
Витамин В <sub>2</sub> , мг	1,4	1,27±0,03*	90,7
Витамин РР, мг	15	13,0±2,5*	86,7

Примечание: \*–соотношение достоверное различия от физиологических нормы групп (\*– $P<0,05$ , \*\*– $P<0,01$ , \*\*\*– $P<0,001$ )

При анализе показателей обмена веществ установлено, что более чем у 50% госпитализированных больных выявлены выраженные нарушения питательного статуса, возникающие вследствие недостаточности питания. У 20% больных диагностируют истощение и недоедание, у 50% – нарушения липидного обмена, до 90% имеют признаки гипо- и авитаминоза, более чем у 50% обнаруживают изменения иммунного статуса и у 20% больных выявлен недостаток рациона.

Таким образом, при выявлении факторов риска у больных ЭБ ведущую роль играют социально-гигиенические факторы, а к факторам риска относят негативный образ жизни, нарушения пищевого поведения и несоблюдение правил личной гигиены.

Четвертая глава диссертации «**Совершенствование хирургических аспектов лечения и профилактики эхинококковой болезни**» посвящена предлагаемыми разработкам по ключевым проблемам, влияющих на результаты хирургического лечения. Хирургическая тактика определялась с учетом локализации, осложнения и сочетания эхинококкоза органов брюшной и грудной полости с другими органами. Именно локализация кист в печени и других органах брюшной и грудной полости играли определяющую роль в выборе хирургического доступа. В обеих группах наиболее часто встречалась локализация ЭК в печени у 304 пациентов, сочетанное поражение печени и органов грудной клетки отмечено у 62 пациентов. Отмечено весомое превалирование сочетанного эхинококкового поражения печени и органов брюшной полости – 80 случаев. При этом наиболее часто ЭК располагались в VIII, сочетаниях VII-VIII и V- VI-VII

сегментов правой доли печени. Локализация эхинококковых кист в легких отмечено у 40 больных. Одиночные кисты обнаружены у 147 больных контрольной группы и 137 больных основной группы (57,4 и 59,5%); две кисты – у 69 (26,9%) больных контрольной и у 56 (24,3%) основной группы; 3 кисты – у 23 (8,9%) контрольной и у 19 (8,2%) больных основной группы; более 3-х кист выявлено у 17 (6,6%) больных контрольной и у 18 (7,8%) основной группы больных. Что же касается размеров кист, то малые кисты были у 22 (8,5%), средние – у 144 (56,2%), большие – у 68 (26,5%) и гигантские – у 22 (8,5%) больных группы сравнения. В основной группе малые кисты были у 13 (5,6%), средние – у 137 (59,5%), большие – у 48 (20,8%) и гигантские – у 32 (13,9%) больных. Кроме того, сочетание малых и средних кист и сочетание средних и больших имели место у 23 (8,9%) больных контрольной и у 33 (14,3%) больных основной группы. Открытая эхинококкэктомия (ЭЭ) с дренированием ОП одной дренажной трубкой в группе сравнения у 18 (32,5%) больных с диаметром ЭК 6–10 см, а при диаметре 11–20 см и более у 24 (9,4%) больных, что в последующем стало причиной возникновения послеоперационных нагноительных и других осложнений.

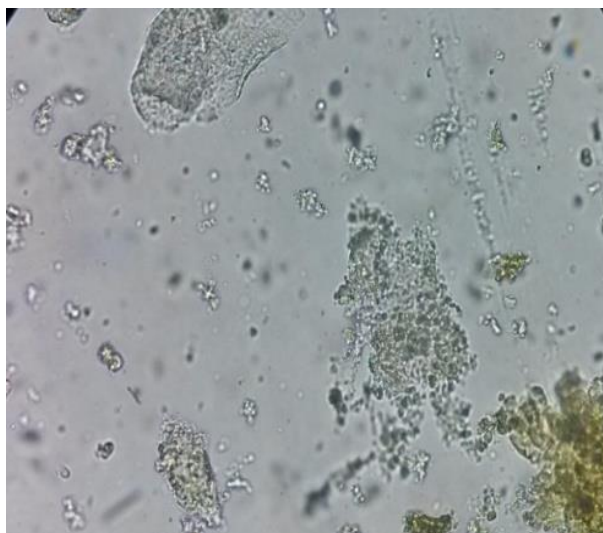
В основной группе открытая ЭЭ в основном выполнена с дренированием двумя дренажными трубками у 18 (7,8%) больных. Комбинированные методы ЭЭ в группе сравнения произведены у 13 (5,1%) больных в основной и у 17 (7,4%) – контрольной групп.

Специальным разделом исследований являлась цитология содержимого кист на наличие сколексов и определения сроков гибели зародышевых элементов под влиянием обеззараживающих средств по Папаниколау, которая позволяет судить об эффективности метода обеззараживания.

Применение раствора фурацилина в сочетании гипертоническим раствором, в группе сравнения до 5 минут не оказывало губительного действия на сколексы и только через 10 минут экспозиции выявлено всего 90% погибших сколексов, с отсутствием крючьев и сгущения внутренней структуры (смотрите рисунок 1 и 2).



**Рис. 1. Живой сколекс до обработки фурацилином и гипертоническим раствором**

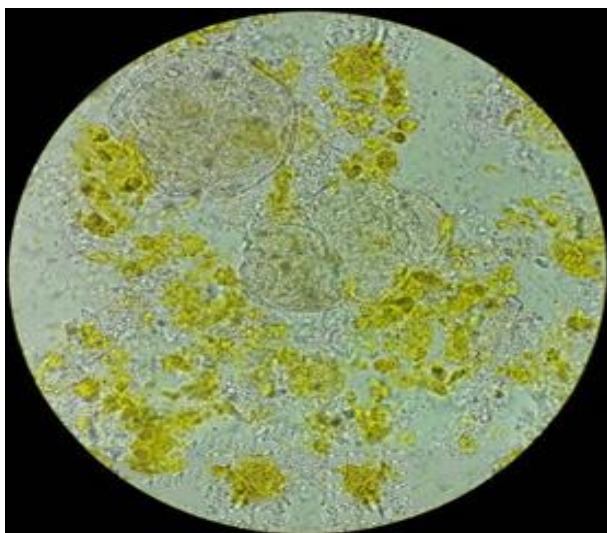


**Рис. 2. Живой сколекс после экспозиции фурацилином и гипертоническим раствором через 5 минут**

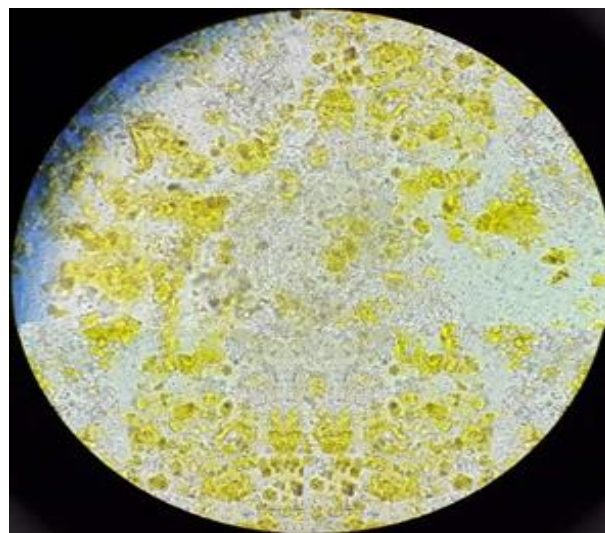


В основной группе больных мы при неосложнённых формах эхинококковой болезни для интраоперационной антипаразитарной обработки остаточной полости мы использовали 80% раствор глицерина. При этом уже на 3 минуте было выявлено 90% погибших сколексов, на 5 минуте экспозиции наблюдалось разрушение герминативной оболочки со сгущением клеточной структуры и с частичным окрашиванием в бурый цвет.

При осложнении в виде желчного свища применяли 80% глицерин в сочетании с 0,02% раствором декасана. На третьей минуте экспозиции определялась изменения формы сколекса в сторону вытягивания и набухания клеточной мембраны, на 5 минуте экспозиции наблюдалось разрушение герминативной оболочки со сгущением клеточной структуры и с частичным окрашиванием в бурый цвет (смотрите рисунок 3 и 4).

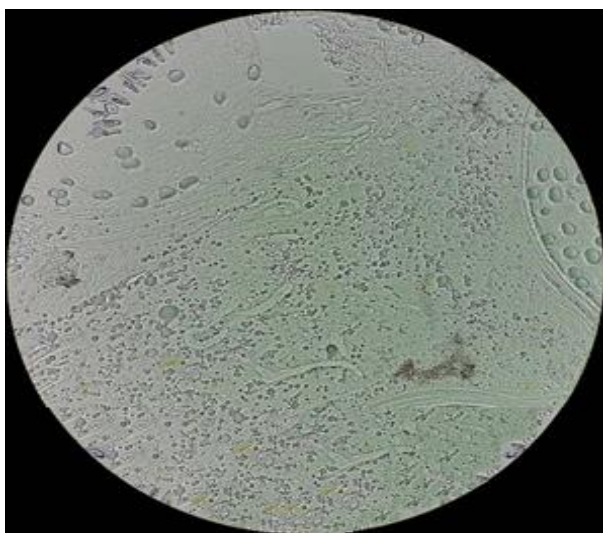


**Рис. 3. Живой сколекс до обработки глицерином и декасаном**



**Рис. 4. Через 3 минуты после экспозиции глицерином и декасаном**

При нагноении ЭК применяли 80% глицерин в сочетании с 0,02% раствором декасана и 10% бетадина. При этом можно было увидеть, что при экспозициях с пятой по десятую минуту, существенных различий не выявили, все сколексы были погибшими (смотрите рисунок 5 и 6).



**Рис. 5. Через 5 минуту после экспозиции глицерином, декасаном и бетадином**

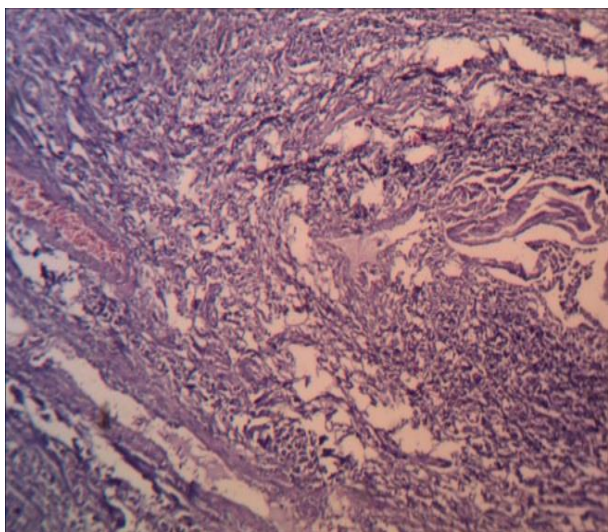


**Рис. 6. Через 10 минуту после экспозиции глицерином, декасаном и бетадином**

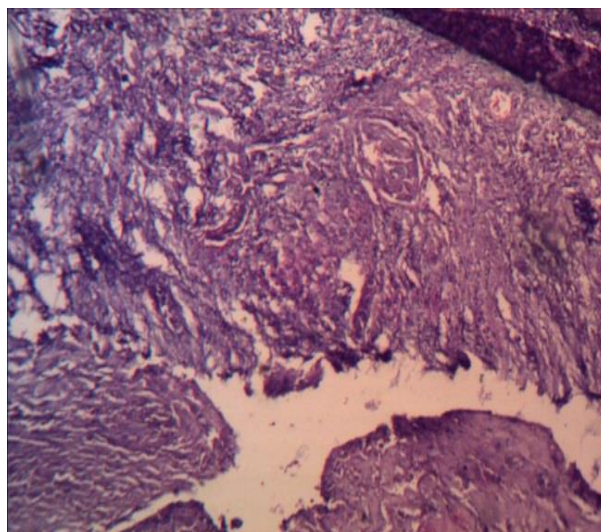
В данной исследуемой группе больных, важное значение мы придавали морфологическим исследованиям фиброзной капсулы до обеззараживания и после обработки 80% раствором глицерина, 0,02% раствором декасана и 10% раствором бетадина.

Исследования были проведены у 10 больных, для гистологического анализа брали материал путем иссечения кусочков стенки фиброзной капсулы размерами 1,0x1,0 см. до и после обработки полости (смотрите рисунок 7 и 8).

Морфологические исследования показали, что после экспозиции в 3 минуты после обработки фиброзной капсулы 80% раствором глицерина, 0,02% декасана и 10% раствором бетадина ведет к разрыхлению коллагеновых волокон, образованию щелей. Это способствует проникновению растворов в периваскулярную ткань печени, что способствует максимальному обеззараживанию капсулы.



**Рис. 7. Фиброзная капсула до обработки декасаном и бетадином окраска гематоксилин-эозином, ув. х64.**



**Рис. 8. Фиброзная капсула после обработки декасаном и бетадином окраска гематоксилин-эозином, ув. х64.**

Общее количество больных с осложнениями также отличалось в группах сравнения (основная – группа сравнения: 12 (5,2%) – 43 (16,4%) соответственно).

Послеоперационные осложнения диагностированы у 12 (5,2%) больных. Нагноение остаточной полости выявлено у 5 (2,1%) больных, при чем наибольшее количество осложнений наблюдались при закрытой и полужакрытой ЭЭ.

Своевременная дифференцированная обработка ОП предложенная нами антисептиками, а после ликвидации гнойного процесса – декасан + бетадин + глицерин привели к благоприятному исходу.

Таким образом, сравнительная оценка ближайших результатов хирургического лечения показала, что после закрытой эхинококкэктомии (капитонаж) послеоперационные осложнения местного характера в основной группе в виде желчных свищей, нагноения остаточной полости и ран наблюдаются значительно реже – на 11,2%.

Соблюдение пациентами принципа здорового питания до и послеоперационном периоде, учёт локализации, распространённости и

диаметра эхинококковых кист, применение усовершенствованных методик и технических приёмов операций, предложенный способ обработки (бетадин+декасан+глицерин) остаточной полости и химиотерапия позволили снизить частоту ближайших осложнений с 16,4 до 5,2%.

Таким образом, предложенная дифференцированная тактика комплексного хирургического лечения ЭБ с соблюдением гигиены питания и применения в до и послеоперационном периоде питательных и иммунных смесей позволили увеличить долю больных с отсутствием осложнений в раннем послеоперационном периоде с 83,2% до 94,7% (снижение осложнений 16,4% до 5,2%), снизить частоту летальности с 1,2% до 0,4% и сократить необходимость повторных традиционных вмешательств в раннем послеоперационном периоде с 6,6% до 2,1%, а в отдаленном периоде с 10,4% до 1,2% ( $P=0,005$ ).

В пятой главе диссертации **«Оценка ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза»** проведен анализ ближайших и отдаленных результатов после хирургического лечения в группах больных. Для этого больных с послеоперационными осложнениями разделили на две подгруппы.

Инфильтрат (1) и нагноение раны (1) в контрольной группе диагностированы у 3 (1,1%) больных, у 1 – с ожирением 2-й степени. У 1 (0,4%) больного пожилого возраста на 5-е сутки послеоперационного периода на фоне относительно благополучного состояния возникла тромбоэмболия лёгочной артерии с летальным исходом. Печёночно-почечная недостаточность в раннем послеоперационном периоде развилась у 3 (1,1%) больных группы сравнения, у 2 (0,7%) из которых наступил летальный исход.

Таким образом, сравнительная оценка ближайших результатов хирургического лечения показала, что после различных видов (закрытая, полужакрытая, комбинированная ЭЭ) и методов ликвидации остаточной полости эхинококковой кисты послеоперационные осложнения местного характера в группе сравнения в виде желчных свищей, нагноения остаточной полости и ран наблюдались значительно чаще – в 12,5%.

В основной группе выбор способа ликвидации остаточной полости у нас был дифференцированным, и при этом исходили из локализации, размеров, числа кист и характера осложнений. При неосложнённых эхинококковых кистах печени у 12 (5,2%) больных с целью ликвидации остаточной полости использован вариант капитонажа по Боброву при закрытой ЭЭ и оставлением страховочного микроирригатора при полужакрытой ЭЭ у 9 (3,9). Однако данный способ оказался небезопасным, в связи с возможностью ранения кровеносных сосудов и жёлчных протоков в процессе наложения кисетных швов, которое наблюдали у 1 (0,4%) пациента после закрытой ЭЭ и у 2 (0,8%) – после полужакрытой ЭЭ.

Послеоперационные осложнения диагностированы у 12 (5,2%) пациентов. Нагноение ОП выявлено у 5 (2,1%) больных, при этом большинство осложнений наблюдалось при закрытых и полужакрытых ЭЭ.

Причинами нагноения остаточной полости после традиционных оперативных вмешательств по нашим данным явились: негерметичное

ушивание и незамеченные билиарные свищи, оставление довольно большого объёма и неадекватное устранение остаточной полости, а у ряда больных – недостаточное её дренирование, использование кетгута и его преждевременное рассасывание при операциях капитонажа, инвагинационного способа и оментопластики.

В основной группе плеврит при ЭЭ из легких наблюдали у 2 (0,8%) больных, при ЭЭ из диафрагмальной поверхности печени – у 1 (0,4%) больных. Желчный свищ был диагностирован у 4 (1,7%) пациентов и больше всего – при закрытой ЭЭ.

Таким образом, сравнительная оценка ближайших результатов хирургического лечения показала, что после закрытой эхинококэктомии (капитонаж) послеоперационные осложнения местного характера в основной группе в виде желчных свищей, нагноения остаточной полости и ран наблюдались значительно реже – на 11,2%.

Соблюдение принципа здорового и безопасного питания пациентов в до- и послеоперационном периодах, учёт локализации, распространённости и диаметра эхинококковых кист, применение усовершенствованных методик и технических приёмов операций, а также предложенный способ обработки (бетадин+декасан+глицерин) остаточной полости и химиотерапия, позволили снизить частоту ближайших осложнений с 16,7% до 5,2%.

В основной группе сравнения после операции в отдалённые сроки от 6 мес до 5 лет рецидивы заболевания наблюдали у 12 больных (5,1%): после капитонажа – у 2, инвагинационного метода – у 2, по 1 случаю после оментопластики и парциальной цистоперицистэктомии в сочетании с абдоминализацией остаточной полости. У 18 больных, которым была проведена консервативная ХТ в отдалённом сроке отмечали нагноение ЭК у 5, увеличение ЭК – у 3 больных. Скопление жидкости в ОП с нагноением наблюдали у 15 (5,8%) больных, желчный свищ был отмечен у 7 (2,7%) пациентов, длительное дренаже носительство – у 23 (8,9%) больных.

В основной группе после операции в отдалённые сроки от 6 мес до 3 лет рецидивы заболевания наблюдали только у 2 больных (0,8%): после комбинированной ЭЭ у 1 и инвагинационного метода – у 1. Формирование остаточной полости и скопление в ней жидкости с нагноением наблюдали у 1 (0,4%) больного основной группы, желчный свищ был отмечен у 2 (0,8%) пациентов, длительное дренирование остаточной полости потребовалось только у 1 (0,4%) больного. У больных, которым была проведена химия терапия, в отдалённые сроки отмечали нагноение ЭК у 1, у остальных 12 отмечено в динамике уменьшение размеров ЭК вплоть до ее исчезновения.

Итак, предложенная нами дифференцированная тактика комплексного хирургического лечения ЭБ с соблюдением гигиены питания и применения в до- и послеоперационном периоде питательных веществ позволили увеличить долю больных с отсутствием осложнений в раннем послеоперационном периоде с 83,2% до 94,7% (снижение осложнений 16,4% до 5,2%), снизить частоту летальности с 1,2% до 0% и сократить необходимость в повторных

традиционных вмешательствах в раннем послеоперационном периоде с 6,6% до 2,1%, а в отдаленном периоде – с 10,4% до 1,2% (P=0,005).

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения в основной группе показывает, что в целом оно обеспечило отличные результаты у 145 (63,0%), хорошие – у 70 (30,4%), удовлетворительные – у 10 (4,4%), а неудовлетворительные – у 5 (2,2%) больных. В группе сравнения отличные отдаленные результаты были отмечены у 98 (38,2%), хорошие – у 35 (13,7%), удовлетворительные – у 88 (34,4%), а неудовлетворительные результаты – у 35 (13,7%) больных (смотрите Таблицу 2).

**Таблица 2**

**Отдаленные результаты после операции в исследуемых группах**

Результаты операции	группа сравнения (n=256)		основная группа (n=230)	
	абс	%	абс	%
I группа – отличный	98	38,2	145	63,0
II группа – хороший	35	13,7	70	30,4
III группа – удовлетворительный	88	34,4	10	4,4
IV-A группа – плохой	35	13,7	5	2,2
Всего	256	100	230	100

Следовательно, неудовлетворительные результаты в группе сравнения, подтвердили мнение отдельных исследователей, что возникновение тех или иных осложнений имеет много общего с тактикой предоперационной подготовки, проведением гигиенических мероприятий и неполноценным соблюдением правил апаразитарности и антипаразитарности вмешательств.

Таким образом, отдаленные результаты в основной группе больных были достоверно лучше, чем в группе больных при использовании оптимизированных способов доступа, усовершенствованных методов обработки и стандартных лечебно-диагностических методов удаления остаточной полости печени, а также традиционных тактико-технических принципов эхинококкэктомии. Целесообразным и рациональным считается изучение результатов по данным анкетирования в разные сроки после различных операций для амбулаторного и стационарного обследования.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В результате проведенных исследований по диссертационной работе доктора философии (PhD) на тему «Совершенствование гигиенических и хирургических аспектов профилактики эхинококкоза» сформулированы следующие выводы:

1. В результате эпидемиологических исследований проведена дифференциация территорий Ферганской долины по уровню заболеваемости эхинококкозом с учетом эндемичных зон Андижанской области, где

абсолютный прирост заболеваемости за 10 лет составил 1,79%; средний абсолютный прирост заболеваемости – 0,20%.

2. Разработанная карта-анкета позволила своевременно выявить основные причины и клинические признаки заболевания, а также качественно оценить состояние оперированных больных, дала возможность своевременно и целенаправленно составить план проведения профилактических, гигиенических и хирургических мероприятий в регионах с высоким уровнем заболеваемости эхинококковой болезнью, а также на всех этапах диагностики и лечения больных, страдающих данной патологией.

3. Изучение фактического питания и режима питания по разработанной анкете по сбалансированному и качественному питанию питательными смесями содержащих в достаточном количестве белки, липиды, минеральные вещества и витамины, позволило восполнить недостающие элементы питания и повысить энергетическую ценность пищевых веществ с 76,6% до 81,9%.

4. Разработанный алгоритм хирургической тактики при эхинококковой болезни позволил выбрать наиболее оптимальный способ профилактических мероприятий и показал увеличение частоты отличных результатов с 38,2% до 63,1%, хороших результатов с 13,6% до 30,5% и сокращение доли неудовлетворительных результатов лечения с 13,6% до 5,2.

5. Разработанный способ антипаразитарной обработки, ликвидации и дренирования остаточных полостей при эхинококкэктомии значительно уменьшил частоту гнойно-септических послеоперационных осложнений на 11,2% и рецидивов заболевания – с 4,6% до 0,4%.

**ONE SCIENTIFIC COUNCIL ON THE BASIS OF THE SCIENTIFIC  
COUNCIL DSc.04 / 30.12.2019.Tib.30.03 ON AWARDING SCIENTIFIC  
DEGREES AT THE TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

---

**ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE**

**BUTABOEV JASURBEK MAXMUDJONOVICH**

**IMPROVEMENT OF HYGIENIC AND SURGICAL ASPECTS OF  
PREVENTION OF ECHINOCOCCAL DISEASE**

**14.00.07 – Hygiene**

**14.00.27 – Surgery**

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION  
OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) IN MEDICAL SCIENCES**

**TASHKENT – 2022**

The theme of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) was registered by the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under № B2020.4.PhD/Tib1513.

The dissertation was completed at the Andijan State Medical Institute.

The dissertation abstract was posted in three (uzbek, russian, english (resume)) languages on the website of the Scientific Council at (www.tma.uz) and on the website of «ZiyoNet» information-educational portal at (www.ziynet.uz).

**Scientific advisers:**

**Shaykhova Guli Islamovna**  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**Kasimov Adkham Lutfullaevich**  
Doctor of Medical Sciences, Assistant professor

**Official opponents:**

**Ermatov Nizom Jumakulovich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**Khakimov Dilshodbek Mamadalievich**  
Doctor of Medical Sciences, Assistant professor

**Leading organization:**

**Samarkad State Medical Institute**

The defence of the dissertation will be held on «16» 02 2022, at 13<sup>00</sup> at the meeting of the One-time Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.30.02 at Tashkent Medical Academy (Address: 2 Farobi str., Almazar district, 100109 Tashkent. Tel./Fax (+99878) 150-78-25, e-mail: tta2005@mail.ru).

The dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of Tashkent Medical Academy (registered under No. 825). Address: 2 Farobi str., Almazar district, 100109 Tashkent. Tel./Fax (+99878) 150-78-14.

The abstract of dissertation was distributed on «3» 02 2022 y.

(Registry record No. 3 dated «3» 02 2022 y.)



*F.I. Salomova*

**F.I. Salomova**  
Chairman of the One-time Scientific Council  
for the Award of Scientific Degrees, Doctor of  
Medical Sciences, Assistant professor

*D.Sh. Alimukhamedov*

**D.Sh. Alimukhamedov**  
Scientific Secretary of the One-time Scientific  
Council for the Award of Scientific Degrees,  
Doctor of Medical Sciences

*G.T. Iskandarova*

**G.T. Iskandarova**  
Chairman of the One-time Scientific Seminar  
at the Scientific Council for the Award of  
Scientific Degrees, Doctor of Medical  
Sciences, Professor



## INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

**The purpose of the study** is to improve preventive and hygienic measures for the surgical treatment of echinococcal disease.

**Object research** included archival and reporting materials for 2010-2020, analysis of the examination and surgical treatment, as well as the actual nutrition of 1280 patients with echinococcosis and 486 patients who were treated in the hospital of the Andijan State Medical Institute.

### **Scientific novelty of research is as follows:**

Based on the analysis of the level, structure and dynamics of morbidity in the Fergana Valley among the population suffering from echinococcal disease, prevalence trends were determined and the procedure for conducting medical examinations was improved;

Improvement of measures for the prevention of echinococcal infection among the population;

According to the developed questionnaire, the actual nutrition, diet of the population with echinococcal infection, as well as the effectiveness of hygienic and preventive measures were evaluated;

Developed an improved method of antiparasitic treatment of the residual cavity of the fibrous capsule in uncomplicated and complicated forms of liver echinococcosis;

On the basis of organizational, medical and therapeutic measures, an algorithm for early diagnosis and a model of therapeutic and preventive measures for echinococcal infection have been developed.

**Implementation of the research results.** Based on the obtained scientific results on the improvement of hygienic and surgical aspects of the prevention of echinococcal infection:

As a result of improving the hygienic and surgical aspects of the prevention of echinococcosis, a «Method of antiparasitic treatment of the residual cavity of echinococcosis cysts in uncomplicated and complicated forms of liver echinococcosis» was developed (patent for invention No. IAP 06587 dated 27.07.2007). 2021). This method made it possible to create a system of surgical treatment by antiparasitic treatment of the residual cavity of echinococcal cysts in uncomplicated and complicated forms of liver echinococcosis;

Based on the results of studies aimed at improving the hygienic and surgical aspects of preventing echinococcosis, the methodological recommendations «Method of antiparasitic treatment of the residual cavity of the fibrous capsule in uncomplicated and complicated forms of echinococcosis» were approved (conclusion No. 8n-z / 295 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated September 17, 2021). As a result, in the postoperative rehabilitation period, it was possible to improve the quality of life of patients by reducing disease-specific complications and a sharp decrease in relapses of the disease;

The scientific results of improving the hygienic and surgical aspects of echinococcosis prevention have been introduced into healthcare practice, including into the clinical practice of the hospital of the Andijan State Medical Institute, the

surgical departments of the Andijan Regional Multidisciplinary Medical Center. (Conclusion No. 08-09/20871 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated December 25, 2021) As a result, the recommended method of surgical treatment of echinococcosis is the addition of a specific sanitation of the residual cavity of the fibrous capsule in the early postoperative period, which reduces postoperative purulent-septic complications by 11,2% and the frequency of recurrence of the disease. from 4,6% to 0,4% and improve the quality of life of patients

**The structure and scope of the thesis.** The dissertation consists of an introduction, five chapters, conclusions, a list of cited literature and appendices. The volume of the thesis is 120 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; I part)**

1. Бутабоев Ж.М., Касимов А.Л., Шайхова Г.И., Салахидинов С.З., Отакузиев А.З., Имомов Х.М., Бутабаев М.Т., Усмонов Х.К. Способ антипаразитарной обработки остаточной полости эхинококковой кисты при неосложненных и осложненных формах эхинококкоза печени. Патент № IAP 06587.

2. Касимов А.Л., Бутабоев Ж.М., Отакузиев А.З., Салахидинов С.З., Бутабоева М.М. Диагностические критерии эхинококкоза печени и меры профилактики его послеоперационных осложнений // Journal of Biomedicine and Practice. Ташкент, 2019, № 3. – С. 92–102. (14.00.00; № 24).

3. Шайхова Г.И., Касимов А.Л., Бутабоев Ж.М., Салахидинов С.З., Отакузиев А.З., Хайруллаев М.А., Бутабаева М.М. Значение «карты-анкеты» в раннем выявлении и проведении профилактических мероприятий при эхинококковой болезни // Новый день в Медицине. Ташкент, 2020, № 3. – С. 645–650 (14.00.00; № 22).

4. Шайхова Г.И., Касимов А.Л., Бутабоев Ж.М., Азимов А.А. Совершенствование гигиенических и лечебно-диагностических комплексных мероприятий эхинококковой болезни // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2020, № 4,1. – С. 34–44. (14.00.00; № 19).

5. Шайхова Г.И., Касимов А.Л., Бутабоев Ж.М. Optimising hygienic and surgical aspects of prevention, early diagnosis and treatment of echinococcal disease // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research (ISSN–2689-1026) Published: March 30, 2021 Pages: 32-44 Doi: <https://doi.org/10.37547/TAJMSPR/Volume03Issue03-04> ИМПАКТ ФАКТОР 2021: 5.64 OCLC – 1121105510.

6. Бутабоев Ж.М., Касимов А.Л., Имомов Х.М., Тургунова Д.А. Морфологическое и цитологическое обоснование эффективности способов антипаразитарной обработки остаточной полости фиброзной капсулы при неосложненных и осложненных формах эхинококковой болезни // Новый день в Медицине. Ташкент, 2021, № 2. – С. 398–409. (14.00.00; № 22).

7. Бутабоев Ж.М., Касимов А.Л., Отакузиев А.З., Салахидинов С.З. Оценка эффективности способов обеззараживания остаточной полости фиброзной капсулы эхинококковой кисты // Журнал теоретической и клинической медицины. Ташкент, 2021, № 4. – С. 73–77. (14.00.00; № 4).

**II бўлим (II часть; II part)**

8. Шайхова Г.И., Касимов А.Л., Бутабоев Ж.М., Отакузиев А.З., Хайруллаев М.А. Разработка комплексных лечебно-профилактических и гигиенических мероприятий по раннему выявлению эхинококковой болезни

// Журнал биомедицины и практики. – Ташкент, 2020, Специальный выпуск, № 2. – С. 937–943.

9. Шайхова Г.И., Касимов А.Л., Бутабоев Ж.М., Отакузиев А.З. Комплексная диагностика и лечения эхинококковой болезни // Polish science journal, issue 3(36) part 3., 2021, isbn 978-83-949403-4-8 p.197–201.

10. Бутабоев Ж.М. Role and place of the questionnaire card in early identification of echinococca disease // Materialien der XVI internationalen wissenschaftlichen und praktischen konferenz. 30 april-7mai 2020 Volume 12, page 59–62.

11. Бутабоев Ж.М. Methods for disinfecting the residual cavity of fibrous capsule in liver echinococsectomy // Materialien der XVI internationalen wissenschaftlichen und praktischen konferenz. 30 april-7mai 2020 Volume 12, page 59–62.

12. Касимов А.Л., Бутабоев Ж.М., Ахмадалиев С.М., Хайруллаев М.А., Корихонов Д.И., Абдурахимов И. Оценка эффективности методов обеззараживания остаточной полости фиброзной капсулы при эхинококкэктомии печени // «Фан, тиббиёт ва инновациялар» мавзусидаги Республика илмий-амалий онлайн конференция. Тошкент, 16 апрель 2020. – С. 30-31.

13. Бутабоев Ж.М., Касимов А.Л., Хайруллаев М.А., Корихонов Д.И., Комилов К. Профилактика и лечение рецидива эхинококкоза печени в ближайшие и отдаленные сроки после хирургического лечения // «Фан, тиббиёт ва инновациялар» мавзусидаги Республика илмий-амалий онлайн конференция. Тошкент, 16 апрель 2020. – С. 55-56.

14. Бутабоев Ж.М., Касимов А.Л., Хайруллаев М., Абдупаттоев Д., Бутабоева М. Рецидив эхинококковой болезни: патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение // «Фан, тиббиёт ва инновациялар» мавзусидаги Республика илмий-амалий онлайн конференция. Тошкент, 16 апрель 2020. – С. 57-58.

15. Шайхова Г.И., Касимов А.Л., Бутабоев Ж.М., Салахиддинов С.З., Отакузиев С.З., Хайруллаев М. Карта анкета (вопросник) для проведения гигиенических и хирургических мероприятий, фактического питания населения страдающих эхинококкозом // Андижанский государственный медицинский институт. Рационализаторское предложение № 25 – 25.01.2020.

16. Бутабоев Ж.М., Касимов А.Л., Отакузиев А.З. Способ антипаразитарной обработки остаточной полости фиброзной капсулы при неосложненных и осложненных формах эхинококковой болезни / Методические рекомендации. – Ташкент, 2021.– 36 с.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали тахририятида тахрирдан ўтказилди.



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

---

Разрешено к печати: 28 января 2022 года  
Объем – 2,4 уч. изд. л. Тираж – 70. Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «Times New Roman»  
Заказ № 1348-2022. Отпечатано РИО ТМА  
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru