



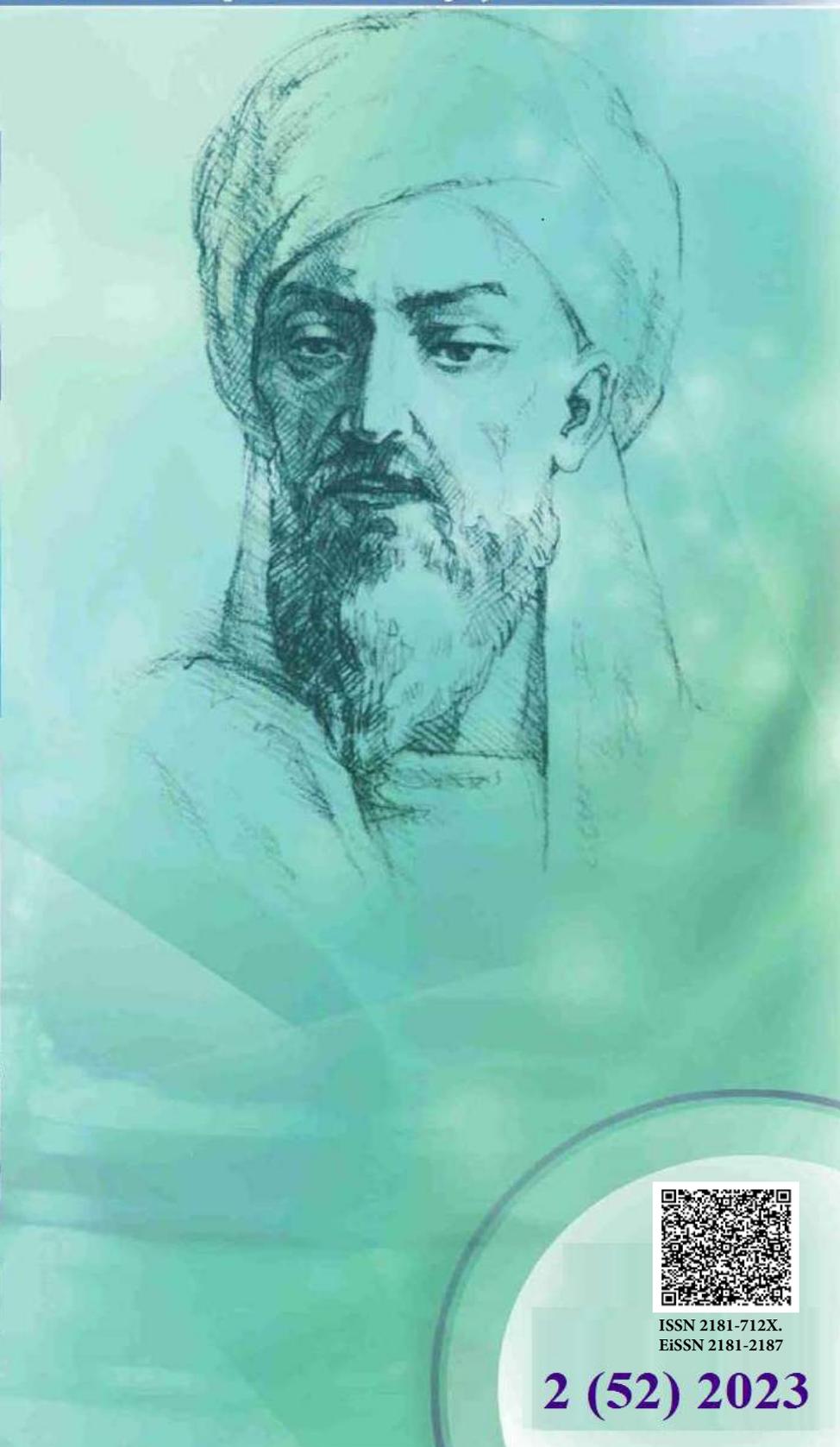
**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**2 (52) 2023**

**Сопредседатели редакционной  
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

**Ред. коллегия:**

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
С.И. ИСМОИЛОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал*

*Научно-реферативный,*

*духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**2 (52)**

**2023**

*февраль*

Received: 20.01.2023,  
Accepted: 10.02.2023,  
Published: 10.02.2023

УДК 616.36-002.951.21

## УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Мирходжаев И.А. <https://orcid.org/0000-0002-9387-0384>  
Ахророва Л.Б. <https://orcid.org/0009-0009-1753-1274>

Бухарский государственный медицинский институт г.Бухара, А.Навои ул. 1  
Тел: +998 (65) 223-00-50 эл почта: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

*В статье проанализированы результаты оперативного лечения 67 больных с множественным и рецидивным эхинококкозом печени. Выполнены следующие вмешательства: идеальная эхинококкэктомия у 8(17,4%), цистпериксэктомия у 6(13%), полужакрытая эхинококкэктомия у 24(52,2 %) больных. Остаточная полость печени обработана бетадином с экспозицией  $5 \pm 0,2$ ; который в 98 % случаев привело к гибели сколексов и протесколексов паразита. В послеоперационном периоде данный препарат вводился через дренажную трубку в остаточную полость, что в 21 случаях позволило провести профилактику рецидива заболевания. В раннем и отдаленном послеоперационном периоде у оперированных больных рецидивов заболевания не наблюдались.*

*Ключевые слова: эхинококк, сколексоцид, бетадин, рецидив.*

## IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT METHODS FOR MULTIPLE AND RECURRENT FORMS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Mirhodjaev I.A, Akhrorova L.B.

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

### ✓ Resume

*In article results of the operative treatment 67 sick with plural Echinococcus liver. They Are Executed following interference: Ideal Echinococctomy beside 8(17,4%), cistperiectomy beside 6(13%), Echinococctomy beside 24(52,2%) sick. The Remaining cavity liver is processed betadin with exposure  $5 \pm 0,2$ ; which in 98 % events has brought about ruins scolex parasite. At postoperative period given preparation was entered through drenaj tube in remaining cavity that has allowed to conduct the preventive maintenance of the relapse of the disease. In early and remote postoperative period beside handled sick relapse of the disease did not exist.*

*Keywords: echinococcus liver, scolecsizid, betaden, relapse*

## JIGAR EXINOKOKKKOZINI KO'P VA TAKRORIB SHAKLLARINI JARROR YO'LDA DAVOLASH USULLARINI TAKMILLATISH

Mirxo'jaev I.A., Axrorova L.B.

Buxoro davlat tibbiyot instituti Buxoro, Uzbekiston

✓ **Rezyume**

*Maqolada ko'p va takroriy jigar exinokokkozi bilan og'rigan 67 nafar bemorni jarrohlik davolash natijalari tahlil qilingan. Quyidagi tadbirlar amalga oshirildi: 8 (17,4%) bemorda ideal echinokokkektomiya, 6 (13%) bemorda sistoperistsitektomiya, 24 (52,2%) bemorda yarim yopiq exinokokkektomiya. Jigarning qoldiq bo'shlig'i  $5 \pm 0,2$  ta'sir qilish bilan betadin bilan davolandi; bu 98% hollarda parazitning skoleks va protekoleks o'limiga olib keldi. Operatsiyadan keyingi davrda ushbu preparat drenaj trubkasi orqali qoldiq bo'shliqqa kiritildi, bu 21 holatda kasallikning qaytalanishini oldini olishga imkon berdi. Operatsiya qilingan bemorlarda operatsiyadan keyingi erta va kechki davrda kasallikning qaytalanishi kuzatilmadi.*

*Kalit so'zlar: echinokokk, skoleksotsid, betadin, relaps.*

### Актуальность

Наиболее радикальным и современным методом лечения больных эхинококкозом печени (ЭП) является хирургический [1,5,4]. Традиционно выполняемый метод открытой эхинококкэктомии в полной мере не удовлетворяет хирургов, ибо частота развивающихся послеоперационных осложнений остается высокой, достигая от 35% до 40% [2,6,9]. Множественные поражения эхинококковыми кистами печени (МЭП) встречается в 6,4- 28% случаев [3,7,8], чаще рецидивирование приходится именно на долю множественных форм ЭП.

**Цель исследования.** Целью данного исследования является изучение результатов хирургического лечения множественных и рецидивных форм ЭП, разработать пути улучшения результатов.

### Материал и методы

Проанализированы результаты оперативного лечения 67 больных с множественными ЭП. У 46 больных с первично множественным ЭП локализация кист в правой доли печени наблюдались у 20 (43%) больных, в левой доле печени у 8 (17%), в обеих долях печени у 21 больного. Неосложненные формы МЭП встречались у 28 больных, осложненные формы у 18 больных. В дооперационном периоде наблюдались нижеследующие осложнения: прорыв кисты в билиарные пути у 4(22%), прорыв в брюшную полость у 1(5,6%), прорыв в плевральную полость у 2(11%), сдавление желчных путей с развитием клиники механической желтухи у 5 (28%), обызвествление кисты у 2 (11%), нагноение кист у 4(22%) больных. При множественных эхинококках печени выполнены следующие оперативные вмешательства: идеальная эхинококкэктомия у 8(17,4%), цистперистэктомия у 8(17,4%), эхинококкэктомия + цистперистэктомия у 6(13%), полузакрытая эхинококкэктомия у 24(52,2%) больных. Наибольший процент операций составили 23больных с наружным дренированием остаточной полости, а в 17 случаях были использованы варианты уменьшения остаточных полостей (частичная перистэктомия, инвагинация, капитонаж). Остаточная полость печени обработаны бетатином, губительно действующий на зародышевые элементы паразита. В 100 мг бетадина состоящий из активного йода в количестве 10 мг – при обработке остаточной эхинококковой полости с экспозицией  $5 \pm 0,2$  обеспечивает в 98% случаев надежный обеззараживающий эффект на все элементы эхинококковой кисты.

В отличие от множество других антисколексоцидных препаратов, используемых в клинической практике хирургии эхинококкоза печени являющиеся гепатотоксичными, бетадин лишён подобных недостатков. Используя в послеоперационном периоде введением бетадина через дренажную трубку в остаточную полость печени позволило минимизировать случаи нагноения остаточной полости, и послужило надежным гермицидом в профилактике рецидива заболевания. В 4 случаях при осложненном ЭП произошел прорыв содержимого кисты в билиарный тракт. Этим больным выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), санация внепеченных желчных путей декасаном + открытая эхинококкэктомия печени с дренированием остаточной полости. В послеоперационном периоде проведена антипаразитарная и гепатотропная терапия. После операции традиционной эхинококкэктомии печени в раннем послеоперационном периоде развились нижеследующие осложнения: экссудативный плеврит в 3 (6,5%) случаях, аллергическая реакция у 2(4,3%), и формирование желчного свища у 6 (13%) больных. Локальный абсцесс брюшной полости развился в одном

случае (2%). Чаще всего при под диафрагмальной локализации эхинококковых кист печени наблюдается реактивного характера скопление жидкости в правой плевральной полости. В диагностике экссудативного плеврита наряду с полипозиционным рентгенологическим исследованием особое значение представляет УЗИ плевральной полости. Преимущество метода УЗИ является то, что в плевральной полости скопление жидкости объемом около 10 мл четко визуализируется данным методом, тогда как при рентгеноскопии жидкость в плевральной полости выявляется лишь при объеме более 100 мл. Под контролем УЗИ можно определить глубину, локализацию и возможность повторных пункций без повреждения внутренних органов. Всем трем больным с реактивным плевритом производилась ежедневная пункция плевральной полости с последующим использованием антибиотика широкого спектра действия в течении 5-7 дней. Критерием эффективности пункционной санации полости служила ликвидация проявлений интоксикации и отсутствие накопления экссудата в плевральной полости.

Желчи истечение при наружном дренировании остаточных полостей печени наблюдались у 6 больных, которые прекратились к 15-16 суткам после консервативного лечения. В послеоперационном периоде для контроля регрессии остаточных полостей печени выполняли программные динамические УЗИ. Полная редукция остаточных полостей у оперированных больных наступила к  $26 \pm 5,6$  суткам. В 6 случаях после операции по поводу МЭП наблюдался рецидив заболевания, которое успешно удалось вылечить путем пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под контролем ультразвукографии. После традиционной и мини инвазивных методов лечения МЭП проведен 3 курса противопаразитарной терапии альбендазолом (10-12 мг/ на кг веса больного) в течении 28 дней с интервалом перерыва 1 месяц.

Из 21 рецидивными формами МЭП кисты локализовались в основном VII, VIII сегментах печени. Диагноз устанавливали на основании УЗИ, КТ, МРТ и по высоким титрам/ антител-400 и более, иммуноферментного анализа (ИФА). Всем больным выполняли чрескожные минимально инвазивные хирургические вмешательства – минилапаротомия. Показаниями к подобным вмешательствам явились сонографические картины эхинококковых кист II, III типов по Н.С. Garbi, нагноение паразитарных полостей печени размером 8-10 см, тяжесть общего состояния больных. Техника выполнения чрескожных вмешательств из мини доступа под УЗ-контролем была следующая: все манипуляции выполнялись под внутривенным кетаналевым обезболиванием. Перед вмешательством проводили УЗИ, определяли место выполнения мини лапаротомии, соблюдая принципа и анти паразитарности. Пунктировали кисту или же остаточную полость, эвакуировали жидкость, по ходу иглы расширяли рану, санировали и дренировали остаточную полость полихлорвиниловыми дренажами. Антипаразитарную обработку остаточной полости осуществляли раствором бетадина с экспозицией 15 мин. Сроки дренирования полостей составили в среднем  $16,8 \pm 4,2$  дней.

### **Результат и обсуждения**

После мини инвазивных вмешательств под контролем УЗИ у 2 больных по поводу реактивного плеврита выполнены пункционные способы извлечения жидкости из плевральной полости. Других осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде не наблюдали. Больным с рецидивным ЭП в послеоперационном периоде проводили химиотерапию альбендазолом в дозе 10-12 мг/кг в сутки, рекомендованная ВОЗ (1996). Согласно ей, пациентам с живым паразитом и тонкостенной кистой (I и II тип кисты по Garbi) лечение начинали за 4 суток до оперативного вмешательства и продолжали в течении 2 недель после операции в суточной дозе до 200 мг. Препарат альбендазол при выраженном фиброзе и кальцинозе кисты (III и IV тип кисты по Garbi) старались начать лечение раньше и увеличивали предоперационную суточную дозу альбендазола до 300 мг, а в послеоперационном периоде прием данного препарата оставался без изменений. При интраоперационных трудностях и сомнениях в соблюдении принципа апаразитарности этапов операции, увеличивали химиотерапевтическую послеоперационную суточную дозу альбендазола до 300 мг и удлиняли курс лечения до 1 месяца. При этом осложнений химиотерапии не наблюдалось.

Проведенный анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени у больных показал, что интраоперационные осложнения не столь значительные (4,2%). Отмечены явные

преимущества наружного дренирования не уменьшенной фиброзной полости перед вариантом дренирования с уменьшенной остаточной полости-оментопластика, капитонажный и инвагинационные способы.

### Заключение

Таким образом, наиболее эффективными методами оперативного лечения эхинококкоза печени следует считать цистперцистэктомия, идеальную эхинококкэктомия, при которых риск рецидивирования заболевания сведен к нулю, а из открытых методов эхинококкэктомия – наружное дренирование остаточной полости с неоднократной обработкой остаточной полости бетадином.

Эхинококкэктомия печени из мини доступа при рецидиве заболевания создают благоприятные условия для выполнения соблюдения принципов апаразитарности и антипаразитарности, являясь малотравматичной операции строго соблюдая принципы апаразитарности и антипаразитарности при этом сроки прибивания больной в стационаре редко сокращаются, развитие послеоперационных осложнений не наблюдались.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахметов ДГ. Радикальные операции при гидатидозном эхинококкозе печени - *Анналы хирургической гепатологии*, 2007;12(3):41.
2. Ахмедов РМ., Хамдамов БЗ., Мирходжаев ИА., Очилов УБ. (2016). Хирургия осложненного эхинококкоза. *Монография*, г. Бухара.
3. Гончаров АБ, Коваленко ЮА, Икромов РЗ. “Сложный” эхинококкоз печени *Ж.Анналы хирургической гепатологии* 2021; 26(4):32-40.
4. Киртанасов ЯП. Чрезкожные вмешательства в лечении больных многокамерных гидатидным эхинококкозом печени *Ж.Вестник новых медицинских технологий* 2019; 2:23-32.
5. Панфилов КА, Иванов СА. Выбор способа и анализ результатов применения малоинвазивных методов лечения гидатозного эхинококкоза печени *Ж. Вестник экспериментальной и клинической хирургии* 2019; 11(4):222-229.
6. Мирходжаев ИА, Комилов СО. Прогностическое значение цитокинового профиля при множественном эхинококкозе живых организмов // *Новый день в медицине* 2020; (32):730-732 <https://newdaymedicine.com/index.php/2021/01/18/206-4-32-4-2020>
7. Мирходжаев ИА, Хикматов ЖС. Новое в химиотерапии эхинококкоза печени // *Биология и интегративная медицина*. 2021; 1(48):78-88.
8. Хамдамов БЗ. и др. Лазерная фотодинамическая терапия как метод обработки остаточной полости после эхинококкэктомии печени // *Журнал биомедицины и практики*. 2022; 7(4).
9. Хикматов ЖС. Хирургияда ҳаёт сифатини баҳолашда MOS SF-36 сўровномадан фойдаланиш // *O'zbekistonda fanlararo innovatsiyalar va ilmiy tadqiqotlar jurnali*. 2022; 2(14):153-163.

Поступила 20.01.2023