



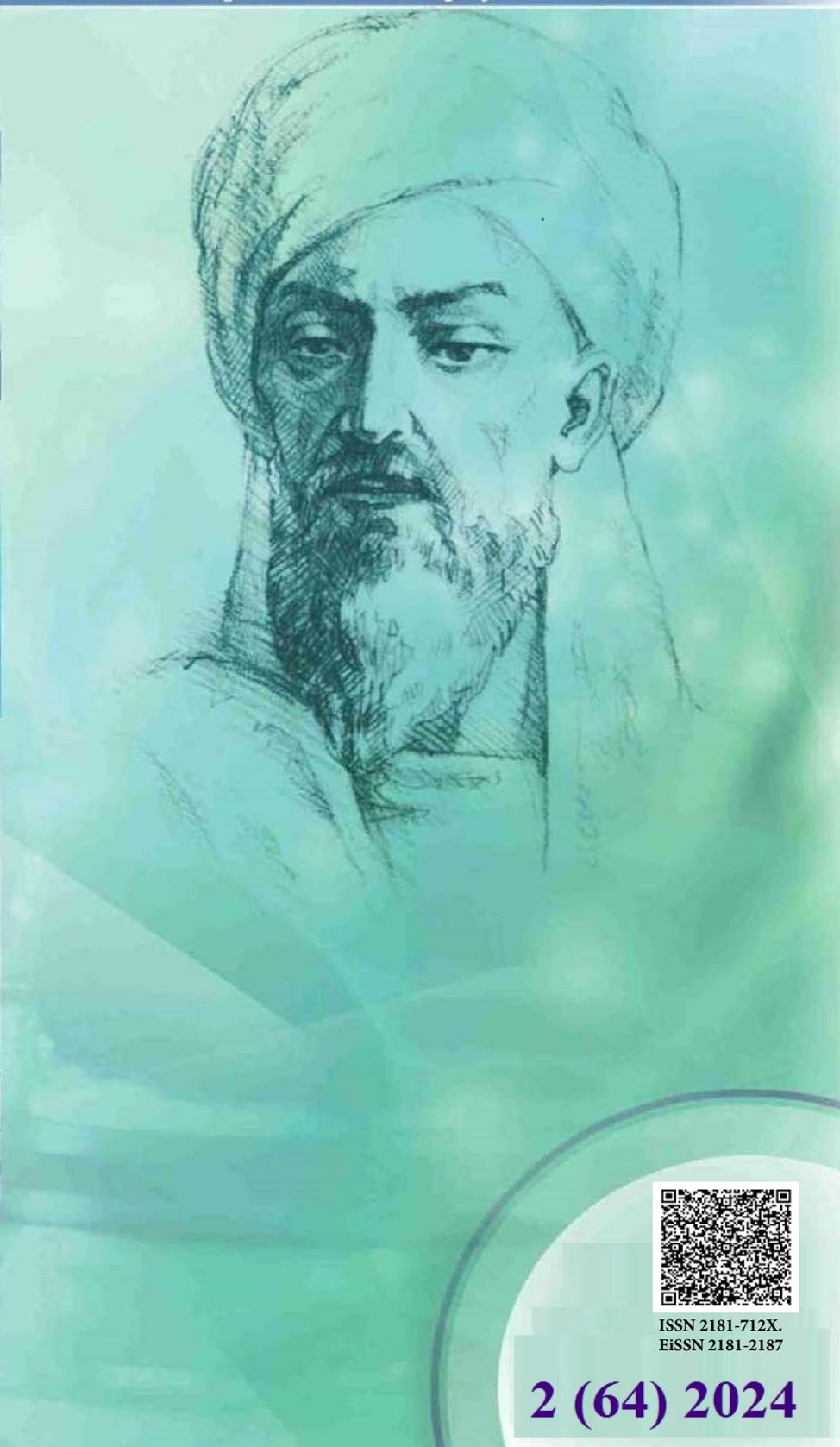
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (64) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
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)

**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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (64)

2024

февраль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.36-002.951.21-089

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ботиров А.К. <https://orcid.org/0009-0006-9341-9303>

Отакузиев А.З. <https://orcid.org/0000-0001-7317-6208>

Абдулхаева Б.Х. <https://orcid.org/0000-0003-3810-9741>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон, Андижон,
Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Резюме

Авторы проанализировали результаты хирургического лечения 87 больных с диссеминированным эхинококкозом органов брюшной полости. Все пациенты были разделены на 2 группы: группа сравнения - 51 (58,6%) больной которые получали лечение в 2011 - 2017 гг. традиционными методами; основная - 36 (41,3%) больной, которые получали стационарное лечение с 2018 по 2022 гг. усовершенствованными методами лечения.

В группе сравнения первично-диссеминированный эхинококкоз диагностирован у 22 (43,1%) больных, вторично-диссеминированный - у 13 (25,4%), третично-диссеминированная - у 16 (31,3%) больных. В основной группе первично-диссеминированный эхинококкоз диагностирован у 20 (55,5%) больных, вторично-диссеминированный - у 7 (19,4%), третично- диссеминированная - у 9 (23,1%) больных.

Авторы заключают, что при диссеминированном эхинококкозе органов брюшной полости важное значение имеет своевременная диагностика, правильный выбор операционного доступа и ликвидация остаточных полостей, позволяющий существенно снизить количество послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: диссеминированный эхинококкоз, эхинококкоз органов брюшной полости, остаточная полость, химиотерапия.

FEATURES OF SURGICAL TACTICS IN DISSEMINATED ECHINOCOCCOSIS OF THE ABDOMINAL ORGANS

Botirov A.K., Otakuziev A.Z., Abdulkhaeva B.Kh.

Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1 Tel:(0-374)223-94-60. E.mail:info@adti

✓ Resume

The authors analyzed the results of surgical treatment of 87 patients with disseminated echinococcosis of the abdominal cavity. All patients were divided into 2 groups: a comparison group of 51 (58.6%) patients who received treatment in 2011-2017. traditional methods; the main one - 36 (41.3%) patients who received inpatient treatment from 2018 to 2022. improved methods of treatment.

In the comparison group, primary disseminated echinococcosis was diagnosed in 22 (43.1%) patients, secondary disseminated - in 13 (25.4%), tertiary disseminated - in 16 (31.3%) patients. In the main group, primary disseminated echinococcosis was diagnosed in 20 (55.5%) patients, secondary disseminated - in 7 (19.4%), tertiary disseminated - in 9 (23.1%) patients.

The authors conclude that in case of disseminated echinococcosis of the abdominal organs, timely diagnosis, the correct choice of surgical access and the elimination of residual cavities are important, which can dramatically reduce the number of postoperative complications.

Key words: disseminated echinococcosis, echinococcosis of the abdominal organs, residual cavity, chemotherapy.

QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING DISSEMINATSIYALANGAN EXINOKOKKOZIDA JARROHLIK TAKTIKASINING XUSUSIYATLARI.

Botirov A.K., Otakziev A.Z., Abdulxaeva B.X.

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1 Тел:(0-374)223-94-60.
E-mail: info@adti

✓ *Rezyume*

Mualliflar qorin bo'shligining tarqalgan ehinokokkozili 87 nafar bemorni jarroxlik davolash usullarini tahlil qilganlar. Barcha bemorlar 2 guruhga bo'lingan: 2011-2017 yillar davomida an'anaviy usullarda davolangan 51 (58,6%) bemorlar taqqoslash guruhini, asosiy guruhini esa 2018-2022 yillarda takomilastirilgan davolash usullarida davolangan 36 (41,3%) bemor tashkil etgan.

Taqqoslash guruhida birlamchi tarqalgan ehinokokkoz 22 (43,1%) bemorda, ikkilamchi tarqalgani - 13 (25,4%), birinchi darajali - 16 (31,3%) bemorda aniqlangan. Asosiy guruhda birlamchi tarqalgan ehinokokkoz 20 (55,5%) bemorda, ikkilamchi tarqalganu - 7 (19,4%), birinchi darajali tarqalgan - 9 (23,1%) bemorda aniqlangan.

Mualliflar qorin bo'shlig'i a'zolarining tarqalgan ehinokokkoziga o'z vaqtida tashxis qo'yish, jarroxlik usulini to'g'ri tanlash va qoldiq bo'shliqlarni yo'q qilish muhim ahamiyatga ega, bu operatsiyadan keying asoratlarni keskin kamaytirishi mumkin degan hulosaga kelganlar.

Kalit so'zlar: disseminirlangan ehinokokkoz, qorin bo'shlig'i a'zolarining ehinokokkozi, qoldiq bo'shliq, kimyoterapiya.

Актуальность

хирургическое лечение эхинококкоза, тем более диссеминированного эхинококкоза (ДЭ) органов брюшной полости, связано в основном объемом предоперационной подготовки, вопросов этапности оперативных вмешательств, определением тактики по отношению к доступу и выбора наиболее подходящего метода ликвидации остаточной способа обработки остаточной полости (ОП) [2, 5, 6, 17].

В связи с этим, разработка высокоинформативных диагностических мероприятий, выбор оптимального доступа при наличии сочетанных и множественных форм поражения органов, решение проблем ликвидации и обработка остаточных полостей (ОП) [2, 11, 12, 13], делают проблему хирургического лечения диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости весьма актуальной в эндемических регионах, чем обусловлено большое количество научных работ, опубликованных в последние годы [1, 3, 4, 7, 9, 10, 14, 16].

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения диссеминированного эхинококкоза органов брюшной полости путем дифференцированного подхода применения хирургических вмешательств.

Материал и методы

Нами проанализированы результаты лечения 87 больных с ДЭ органов брюшной полости, для адекватной оценки результатов лечения, больные разделены на 2 группы.

- группа сравнения – 41 (47,1%) больной, которые подлежали хирургическому лечению придерживаясь «традиционных» подходов с 2011 по 2017 гг. (ретроспективное исследование).

- основная группа - 46 (52,9%) больных, которые подлежали хирургическому лечению придерживаясь оптимизированной хирургической тактики с 2018 по 2022 гг. (проспективное исследование).

Частота случаев ДЭ органов брюшной полости увеличивается с 20-летнего возраста пациентов. В группе сравнения и основной группах ДЭ брюшной полости чаще диагностирован у больных в возрасте 19-44 лет: в группе сравнения у 34 (66,7%) больных и в основной – у 21 (58,3%). Частота данного заболевания в возрасте 45-59 лет составила 11 (21,5%) и 10 (27,7%), а в пожилом в 6 (11,8%) и 5 (13,9%) случаев, соответственно.

Были проанализированы результаты хирургического лечения больных с диссеминированной формой эхинококкоза (поражение органов брюшной полости более тремя и четырьмя кистами,

включая тотальное поражение органов брюшной полости), с первично-диссеминированной формой (распространенное поражение эхинококкозом органов брюшной полости выявленных первично, при обследовании поступивших больных в стационар), а также с вторично-диссеминированной формой (поражение органов брюшной полости после перенесенной операции эхинококкэктомия) эхинококкоза органов брюшной полости.

При этом в группе сравнения первично-диссеминированный эхинококкоз диагностирован у 22 (43,1%) больных, вторично-диссеминированный - у 13 (25,4%), третично- диссеминированная - у 16 (31,3%) больных. В основной группе первично-диссеминированный эхинококкоз диагностирован у 20 (55,5%) больных, вторично-диссеминированный - у 7 (19,4%), третично- диссеминированная - у 9 (23,1%) больных.

Клиника ДЭ в отличие от первичного эхинококкоза органов брюшной полости, главным образом были связаны с числом имевших место осложнений заболевания. Клиника ДЭ, чаще всего (64,7%) характеризовалась дальнейшим прогрессированием осложнений. В частности, при ДЭ органов брюшной полости клинические проявления полости зависели от количества и величины кист, степени поражения ими отдельных органов и характера развившихся осложнений. Часто характеризовались общими симптомами: слабостью, утомляемостью, похуданием, снижением работоспособности, отсутствием аппетита. При вскрытии кисты в свободную брюшную полость развивается картина острого живота. Наиболее частыми симптомами ДЭ являлись общее недомогание, боли в животе, наличие пальпируемой «опухоли» или просто увеличение размеров живота. Иногда при нескольких крупных кистах, расположенных поблизости, живот при пальпации как будто «набит булыжниками».

С целью рационального использования различных методов диагностики ДЭ органов брюшной полости проведена комплексная диагностика с использованием лабораторных и инструментальных методов (УЗИ, КТ, МСКТ, МРТ).

Компьютерная томография проведена у всех 36 больных основной группы с достоверностью диагноза 94,7%. Включение КТ в обследование пациентов считаем основным в диагностике ДЭ, а в случаях выявления на УЗИ кист печени неясного генеза и особенно при обследовании пациентов на дооперационном этапе сочетание с КТ позволяло выявить морфологические особенности и определить варианты развития паразита, что определяет выбор типа и объема оперативного вмешательства.

Все больные, были подвергнуты к оперативному лечению.

Одним из важных этапов операции при диссеминированном эхинококкозе органов брюшной полости является выбор доступа в зависимости от локализации ЭК.

В группе сравнения при локальной форме поражения ЭК лапаротомия верхнесрединным доступом выполнена 11 (21,5%) больным. При этом наиболее часто отмечали поражение тремя кистами у 2 (3,9%), четырьмя кистами у 2 (3,9%) и у 3 (5,8%) пятью кистами. Петли кишечника, малый таз и большой сальник был поражен в 1,9% случаев соответственно.

При распространенной форме данный доступ выполнен у 24 (47,0%) больных. При этом диссеминированное поражение печени, селезенки и малого таза в 6 (11,8%) случаях, из них у 2 (3,9%) больных диагностировано поражение двумя кистами, у 1 (1,9%) тремя кистами, у 2 (3,9%) четырьмя кистами и у 1(1,9%) пятью кистами. При генерализованной форме верхнесрединный доступ был выполнен 14 (47,0%) больным. При этом в количественном отношении у 7 (13,7%) больных было три кисты, у 3 (5,8%) четыре кисты, у 2 (3,9%) пять кист.

Косой правоподреберный доступ применен 2 (3,9%) больным. Из них в 1 (1,9%) случае при диссеминированном поражении тремя кистами всей правой доли печени и в 1 (3,8%) - при диссеминированном поражении печени пятью кистами. Именно локализация кист в печени и других органах брюшной полости играли определяющую роль в выборе хирургического доступа.

В основной группе при локальной форме поражения ДЭ органов брюшной полости лапаротомия верхнесрединным доступом выполнена у 5 (13,8%) больных. При этом, наиболее часто отмечали поражение тремя кистами - у 1 (2,7%) больного, четырьмя кистами - у 3 (8,3%). Большой сальник был поражен – у 1 (2,7%) больного. При распространенной форме ДЭ органов брюшной полости данный доступ выполнен у 17 (30,5%) больных. При этом диссеминированное поражение печени, селезенки и малого таза диагностировано у 5 (13,8%) больных, из них диагностировано поражение тремя кистами - у 2 (5,5%) больных и пятью - у 3 (8,3%). При генерализованной форме верхнесрединный доступ был выполнен 11 (47,0%) больным. В количественном отношении у 2 (5,5%) больных было диагностировано 2 (5,5%) кисты, у 5 (13,8%) - три кисты, у 2 (5,5%) - четыре и у 2 (5,5%) пять ЭК. При этом в одном случае обнаружено наличие пальпируемой и видимой

«опухоли» с увеличением объема живота, за счет множественных кист органов брюшной полости (рис. 3.1).

Технические сложности во время оперативного вмешательства при ДЭ в основном были связаны с хирургическим доступом, который определялся с учетом локализации кист, их количества, расположения послеоперационного рубца при вторичной и третичной диссеминации.

В группе сравнения, закрытая эхинококкэктомия выполнена 10 (19,6%) больным. Из них у 8 (15,6%) больных диаметр кист достигал 5 см и у 2 (3,9%) - 6-10 см. Полузакрытая ЭЭ выполнена 15 (29,4%) больным. Из них диаметр кист у 3 (5,8%) больных диаметр кист достигал 5 см, у 7 (13,7%) - 6 – 10 см, у 4 (7,8%) - 11-20 см и у 1 (1,9%) - 21 см. Открытая ЭЭ выполнена 12 (23,5%) больным. Из них у 2 (3,9%) больных диаметр кисты составил 5 см, у 4 (7,8%) - 6-10 см, у 5 (9,8%) - 11-20 см и у 1 (1,9%) – более 21 см. Комбинированные ЭЭ выполнены у 14 (27,5%) больных. Из них у 3 (5,8%) диаметр кисты составил 5 см, у 10 (19,6%) - 6-10 см и у 1 (1,9%) больного – более 11 см.

В основной группе закрытая эхинококкэктомия выполнена 4 (22,2%) больным. Из них в 4 (11,1%) случаях диаметр кист достигал 5 см, в 4 (11,1%) 6-10 см. Полузакрытая ЭЭ выполнена 11 (30,5%) больным. Диаметр кист в 5,5% случаев достигал 5 см, в 13,8% 6 – 10 см, в 8,3% 11-20 см и в 2,7% случаев 21 см. Открытая ЭЭ выполнена 7 (19,4%) больным. Из них у 1 (2,7%) диаметр кисты составил 5 см, у 4 (11,1%) 6-10 см, у 2 (5,5%) больных 11 - 20 см. При этом в зависимости от показаний нами применялись сочетание различных способов ликвидации эхинококковых кист, что связано с разнообразием расположения кист. Согласно нашему опыту при диссеминированном эхинококкозе брюшной полости возможно одномоментное выполнение комбинированных операций, с учетом общесоматического состояния больного и топографо-анатомических условий. Комбинированные ЭЭ выполнены у 10 (27,7%) больных. Из них у 1 (2,7%) больного диаметр кисты составил 5 см, у 3 (8,3%) 6-10 см, у 4 (11,1%) больного 11 - 20 см. и у 2 (5,5%) больных 21 см.

У больных основной группы была применена комбинированная антисколецидная обработка остаточной полости: последовательно обрабатывали 10%-ным раствором натрия хлорида с экспозицией 2 мин, фурацилином, подогретым до температуры 70⁰ С 2 мин, 70⁰-ным спиртом 2 мин, и 5%-ной йодной настойкой с экспозицией 2 минуты и в конце, электрокоагуляция внутренней поверхности и краев фиброзной капсулы 2 мин., всего 10 минут.

В до - и послеоперационном периодах всем больным проводили антипаразитарную терапию препаратом «Альбендазол». Отличительным моментом в основной группе являлся, то что альбендазол давали по разработанной в клинике схеме (удостоверение на рац. предложение №942 в сочетании с метронидазолом, фуразолидоном и иммуностимуляторами): по 12 мг/кг 2 раза в день в дооперационном периоде, а в послеоперационном - начиная с 3-х суток - по 10 мг/кг в день в течение 28 дней в сочетании с препаратом «Гепамерц».

Результат и обсуждение

Оптимизация хирургической тактики в лечении ДЭ органов брюшной полости не могло не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов. В основной группе удалось избежать нагноения ОП, тогда как в группе сравнения данное осложнение диагностировано в 5,8% случаев, а осложнения общего характера сведены к минимуму – с 7,8 до 2,7%, соответственно.

В ближайшем послеоперационном периоде количество больных с осложнениями преобладало в группе сравнения – 11 (21,5%), тогда как в основной группе - у 2 (5,5%) больных. В основной группе, также удалось избежать случаев релапаротомии и летальности - с 3,9% до 0% и с 1,9 до 0%

В отдаленном послеоперационном периоде нагноение ОП с развитием гнойного свища в основной группе не отмечено, тогда как в группе сравнения - это осложнение наблюдалось у 4 (7,8%) больного.

Длительное желчеистечение по свищу в группе сравнения установлено у 4 (7,8%) больных, тогда как в основной, лишь у 1 (2,7%) больного. В группе сравнения рецидив заболевания установлено в 5,8% случаев, тогда как в основной, не наблюдалось. В основной группе повторных операций в отдаленный период не производилось. В основной группе длительное дренирование ОП отмечено в 2,7% наблюдений (1 пациент), тогда как в группе сравнения - в 11,7% (6 больных) случаев.

Выводы

Комплексное использование лабораторных (общий анализ крови, групп крови, УЗИ и КТ, МСКТ) и инструментальных методов исследования позволяют определить локализацию и размеры

эхинококковых кист в печени и на органах брюшной полости, оценить состояние фиброзной капсулы, наличие и характер осложнений.

Одним из условий успешного выполнения оперативных вмешательств при диссеминированном эхинококкозе органов брюшной полости является выбор оптимального хирургического доступа, обеспечивающего наименьшую травматичность и максимальную доступность.

Разработанная нами комплексная тактика лечения диссеминированного эхинококкоза органов брюшной оказалась эффективной, благодаря ей, несмотря на тяжесть патологии на фоне множественной локализации и выраженной эндогенной интоксикации под воздействием паразита, число послеоперационных осложнений удалось снизить в 3,9 раза с 21,5 до 5,5% (у 11 больных в группе сравнения и 2 пациентов основной группы).

Химиотерапия диссеминированного эхинококкоза печени в до и послеоперационном периоде является одним из важных аспектов, а иногда единственным методом, способствующим в профилактике повторных рецидивов и диссеминаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдисаматов Б.С. Современные направления в хирургическом лечении эхинококкоза печени // Современная медицина. Актуальные вопросы: сб. ст. Международной научно-практической конференции – Новосибирск: СибАК, 2016;2-3(47):91-98.
2. Абдуллаев А.М. Выбор метода лечения эхинококкоза печени при малых размерах кист: автореферат диссертации ... канд. мед. наук. 14.01.17 – хирургия // Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2016;20.
3. Аззамов Ж.А. Современные взгляды на патологию эхинококкоза печени (обзор литературы) // Вопросы науки и образования. 2018;11(23):93-95.
4. Акилов Х.А., Ортиков Б.Я., Акбаров И.М. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза редких локализаций // Хирургия Узбекистана 2008;3:7.
5. Вишневский В.А., Ефанов М.Г. Эхинококкоз печени. // Хирургическое лечение. Доказательная гастроэнтерология. 2013;2:18-25.
6. ВОЗ. Эхинококкоз. Информационный бюллетень N377. Апрель, 2016 г. – URL: <http://echinococcus.ru/voz-ehinokokkoz-informacionniy-b>.
7. ВОЗ. Эхинококкоз. Информационный бюллетень. Февраль, 2018 г. – URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis>.
8. Всемирная организация здравоохранения. Эхинококкоз // Информационный бюллетень [Электронный ресурс]. Дата обращения: 13.10.2019. ссылка.
9. Гулов М.К., Салимов Д.С., Турсунов Р.А. и др. Классификация осложнений эхинококкоза печени. Вестник Авиценны. 2010;3:18-24.
10. Гульмурадов Т.Г., Амонов Ш.Ш., Прудков М.И., Сангов Д.С. Минимально-инвазивная хирургия эхинококкоза печени. // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2015;2:29-33.
11. Ильхамов Ф.А., Икрамов А.И. Ликвидация нагноившихся остаточных полостей после эхинококкэктомии из печени // Проблемы эхинококкоза. Материалы международной научно-практической конференции. Махачкала, 2000, с.59-60.
12. Карымасов Е.А., Иванов С.А., Чернышев В.Н. Эволюция способа операции при эхинококкозе печени // Материалы XXII Международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. – Ташкент, 2015;116-117.
13. Касымов А.Л., Бутабоев Ж.М., Жураев Г.Г. и др. Методы интраоперационной обработки остаточной полости фиброзной капсулы при эхинококкэктомии печени // Problems of modern surgery, international scientific and practical conference with the participation of foreign scientists materials. 2022;10-22:185-187.
14. Angheben A., Mariconti M., Degani M. et al. Is there echinococcosis in West Africa? A refugee from Niger with a liver cyst // Parasit Vectors. 2017;10(1):232.
15. Aydin Y., Altuntas B., Kaya A. et al. The Availability of Echinococcus IgG ELISA for Diagnosing Pulmonary Hydatid Cysts // Eurasian Journal of Medicine. 2018;50(3):144-147.
16. Mandal S, Deb Mandal M. Human cystic echinococcosis: epidemiologic, zoonotic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects // Asian Pac. J Trop. Med. 2012;5(4):253-260.
17. Goksoy E., Duren M. Surgical therapy of Echinococcus granulosus (cysticus) // Chirurg. – 2000;71(1):21-29.

Поступила 20.01.2024