



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

10 (72) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**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
Б.З. АБДУСАМАТОВ
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. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
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)

10 (72)

2024

октябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.36-002.951.21

ПРОРЫВ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ В ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

¹Абидов У.О. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

²Уроков Ш.Т. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

²Султонзода Н.Д. <https://orcid.org/0009-0003-9181-3532>

¹Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины
Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
²Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Бахоуддина Накшбанди 159, тел:
+998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Резюме

Эхинококкоз печени, осложненный прорывом кисты в желчные протоки и желчный пузырь, является редким, но серьезным состоянием, требующим немедленной медицинской помощи. В статье представлен клинический случай 36-летнего пациента с эхинококковой кистой печени, прорвавшейся в билиарное дерево, что привело к развитию механической желтухи и холангита. Описаны методы диагностики, включая ультразвуковое исследование, МРТ и эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), а также успешное применение эндоскопической папиллосфинктеротомии и хирургического лечения (холедохотомия) с удалением элементов паразита и дренированием желчных путей.

Лечение было дополнено противопаразитарной терапией альбендазолом для предотвращения рецидивов. Ранняя диагностика и интеграция хирургических и эндоскопических методов в сочетании с медикаментозным лечением позволяют значительно улучшить прогноз для пациентов с этим осложнением.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, прорыв кисты, желчные протоки, желчный пузырь, механическая желтуха, холангит, холедохотомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, противопаразитарная терапия.

JIGARNING EXINOKOKK KISTASINING O'T YO'LLARI VA O'T PUFAGIGA YORILISHI (KLINIK HOLAT)

¹Abidov O'.O. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

²Urokov. Sh.T. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

²Sultonzoda N.D. <https://orcid.org/0009-0003-9181-3532>

¹Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²O'zbekiston Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali, Buxoro viloyati,
200100, Buxoro, ko'ch. Bahouddin Naqshbandiy 159, tel: +998652252020
E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Rezyume

Jigar exinokokkozi, kistaning o't yo'llari va o't pufagiga yorilishi bilan asoratlari, kam uchraydigan, lekin jiddiy holat bo'lib, zudlik bilan tibbiy yordam talab qiladi. Maqolada 36 yoshli bemorning exinokokk kistasi jigardan o't yo'llariga yorilib ketganligi va bu mexanik sariqlik, xolangit rivojlanishiga olib kelgan klinik holat keltirilgan. Diagnostika usullari, jumladan, ultratovush tekshiruvi (UTT), MRT va endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERXPG) tavsiflangan, shuningdek, endoskopik papillosfinkterotomiya va parazit elementlarini olib tashlash va o't yo'llarini drenajlash orqali xoledoxotomiya kabi muvaffaqiyatli jarrohlik davolash usuli

qo'llangan. Retsidivlarning oldini olish uchun davo albendazol bilan antiparazitar terapiya orqali to'ldirildi. Erta tashxis va jarrohlik hamda endoskopik usullarning dori vositalari bilan kombinatsiyasi asoratlar bilan kasallangan bemorlarda prognozni sezilarli darajada yaxshilashga imkon beradi.

Kalit so'zlar: jigar exinokokkozi, kista yorilishi, o't yo'llari, o't pufagi, mexanik sariqlik, xolangit, xoledoxotomiya, endoskopik papillosfinkterotomiya, antiparazitar terapiya.

RUPTURE OF A HEPATIC ECHINOCOCCAL CYST INTO THE BILE DUCTS AND GALLBLADDER (A CASE REPORT)

¹Abidov U.O. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

²Urokov Sh.T. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

²Sultonzoda N.D. <https://orcid.org/0009-0003-9181-3532>

¹Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara,

A.Navoi st. 1 Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan, Bukhara region, 200100, Bukhara, st. Bakhoudin Nakshbandi 159, tel: +998652252020 E-mail:

bemergency@rambler.ru

✓ Resume

Hepatic echinococcosis complicated by cyst rupture into the bile ducts and gallbladder is a rare but serious condition requiring immediate medical attention. This article presents a clinical case of a 36-year-old patient with a hepatic echinococcal cyst that ruptured into the biliary tree, leading to the development of mechanical jaundice and cholangitis. The diagnostic methods, including ultrasound, MRI, and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), are described, along with the successful use of endoscopic papillotomy and surgical treatment (choledochotomy) to remove parasitic elements and drain the bile ducts.

The treatment was supplemented with antiparasitic therapy using albendazole to prevent recurrence. Early diagnosis and the integration of surgical and endoscopic methods, combined with medical treatment, significantly improve the prognosis for patients with this complication.

Keywords: hepatic echinococcosis, cyst rupture, bile ducts, gallbladder, mechanical jaundice, cholangitis, choledochotomy, endoscopic papillotomy, antiparasitic therapy.

Историческая справка (описание эхинококковой кисты печени, прорвавшейся в желчные протоки и желчный пузырь).

Первое упоминание о прорыве эхинококковой кисты печени в желчные протоки и желчный пузырь встречается в медицинской литературе конца XIX - начала XX века, когда врачи начали более внимательно изучать клинические проявления паразитарных заболеваний печени. Исторические описания эхинококкоза, включая случаи прорыва эхинококковой кисты в желчные протоки, впервые начали появляться в медицинской литературе конца XIX века, однако точные первоисточники таких описаний не всегда фиксировались в виде конкретных научных публикаций. Одним из ключевых источников, где упоминаются ранние описания паразитарных заболеваний, является работа французского хирурга Доминика Ларрея, который был одним из первых, кто изучал паразитарные заболевания печени.

Данная информация описана в медицинском трактате XIX века, таким как "Traité de Chirurgie", где описаны случаи эхинококкоза печени и его осложнений. В этот период диагностика эхинококкоза была ограничена, и лечение сводилось в основном к хирургическим вмешательствам, часто без ясного понимания причин осложнений. Лишь с развитием рентгенологических методов и, позднее, ультразвуковой диагностики стало возможным более точное выявление и описание таких случаев. Для углубленного анализа также целесообразно изучить современные обзоры литературы по истории эхинококкоза и хирургическому лечению паразитарных заболеваний печени.

Эхинококкоз - это природно-очаговое зоонозное заболевание, вызываемое ленточными червями рода Echinococcus. Наиболее распространённые формы - это кистозный эхинококкоз,

вызываемый *Echinococcus granulosus*. Распространено в эндемичных регионах по всему миру, включая Центральную и Среднюю Азию, Россию, Южную Европу, Турцию, Южную Америку, Африку и Австралию. Распространение болезни за пределы эндемичных зон связано с миграцией населения и ростом туристической активности. Печень поражается при инвазии *Echinococcus granulosus* в 65 - 80% случаев [1,5,6,8].

Осложненные формы эхинококкоза печени, такие как нагноение, прорыв в брюшную полость или в желчные протоки с развитием механической желтухи встречаются в 24,9 - 54% наблюдений [2,3,6,8]. Прорыв паразитарных элементов или дочерних кист в желчные протоки - редкое осложнение, которое встречается у 3,7 - 7,9% пациентов [4,5,8,12].

Прорыв содержимого эхинококковой кисты печени в желчные ходы является вторым по частоте осложнением, уступая лишь нагноению кисты и представляет собой одно из самых тяжелых осложнений заболевания. Основной проблемой в лечении эхинококкоза печени, осложненного прорывом в билиарное дерево, является то, что больные обращаются в стационар уже с различными стадиями печеночной недостаточности, вызванной механическим препятствием и желчной гипертензией. Это усугубляет тяжесть их состояния, увеличивает риск послеоперационных осложнений, рецидива, удлинняет срок послеоперационной реабилитации.

Увеличивающаяся киста может сжиматься и вызывать атрофию и фиброз печени [9, 11]. Сдавление и смещение желчных протоков часто может привести к спонтанному разрыву желчных протоков. Своевременное выявление и лечение обязательны в случае интрабилиарной перфорации или разрыва гидатидной кисты печени, что может привести к обструкции желчных протоков с 50% летальностью [10,11,14].

После прорыва протосколексы и микроацефалоцисты способны приживаться, попадая в ткани после операции или прорыва кисты путем имплантации [8,10].

Инструменты визуализации, такие как ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография брюшной полости (КТ), магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), являются полезными устройствами для диагностики заболевания. УЗИ и КТ являются первыми методами диагностики и могут применяться при любых условиях [7]. Из более инвазивных инструментов ЭРХПГ может помочь установить окончательное выявление и лечение сфинктеротомии у пациентов с внутрибилиарным разрывом кисты, а МРХПГ может диагностировать место обструкции желчевыводящей системы [8,13,15,16].

На сегодняшний день при прорыве эхинококковой кисты в желчные протоки основным методом является эндоскопическое высвобождение желчных протоков от хитиновой оболочки с последующей эхинококкэктомией.

В статье описана клиническая картина прорвавшегося эхинококкоза печени в желчные протоки, диагностика и лечение больного.

Приводим наше собственное клиническое наблюдение.

В отделение неотложной помощи Бухарского филиала РНЦЭМП поступил больной 36 лет, с жалобами на боли в правом верхнем квадранте живота, утомляемость, лихорадку, желтуху, рвоту, желтушность кожных покровов, ахоличный стул и отсутствие аппетита. Со слов больного болеет в течении 3 суток. Общее состояние больного средней тяжести. Сознание ясной. Кожа и склеры иктеричны. Артериальное давление в норме и составляло 120/80 мм рт. ст., а уровень насыщения кислородом в окружающем воздухе составлял 96%. Температура тела составила 38,8°C. При пальпации болезненность в правой половине живота. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Помимо рассмотрения результатов анализов и заболеваний пациента, мы также использовали УЗИ брюшной полости для постановки диагноза. УЗИ брюшной полости выявило внутрипеченочное и внепеченочное расширение желчных протоков; желчный пузырь был расширен, но имел нормальное утолщение стенок. Большие неповрежденные кисты печени наблюдались в сегменте IV многослойными оболочками, что, возможно, указывает на разрыв или осложненную кисту печени.

УЗИ органов брюшной полости: Обнаружена эхинококковая киста печени диаметром 11 см, признаков фиброза печени не выявлено. Отмечается расширение внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков, что указывает на обструкцию. Правая доля печени

представлена крупной солитарной кистой с гиперэхогенной стенкой, размером 11×9 см, с множественными внутренними перегородками и дочерними кистами.

МРТ с холангиографией: Подтверждена перфорация кисты в желчные протоки с частичной обструкцией общего желчного протока. Компьютерная томография (КТ): в правой доле печени объемное образование размером 11×9 см с ровными краями, четкими контурами и неоднородной структурой за счет множественных округлых кистозных включений.

Анализ крови: Фибриноген – 3,9 г/л; Общий биохимический анализ крови общий белок – 60 г/л; Глюкоза – 4,7 ммоль/л; Мочевина – 6,0 ммоль/л; Общий билирубин – 83 ммоль/л; Гемоглобин – 127 10⁹/л; эритроцитлар – 4,15 10⁹/л; ЦП – 0,9х10⁹/л; лейкоцитлар – 5,2х10⁹/л; эозинофиллы – 3%; Моноцитлар – 3 %.

Основной проблемой в лечении эхинококкоза печени, осложненного прорывом в билиарное дерево, является то, что больные обращаются в стационар уже с различными стадиями печеночной недостаточности, вызванной механическим препятствием и желчной гипертензией. Это усугубляет тяжесть их состояния, увеличивает риск послеоперационных осложнений, рецидива, удлиняет срок послеоперационной реабилитации.

Больному была произведена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), подтверждающая диагноз. При этом расширение холедоха более 25 мм (рис. 1)

Одним из важных элементов эхинококкэктомии из печени является соблюдение принципа антипаразитарности (обеззараживание зародышевых элементов паразита во время операции).

В этом контексте ЭРХПГ имеет преимущество, поскольку она обеспечивает миниинвазивный вариант лечения желчных осложнений эхинококкоза, снижая необходимость в более инвазивных хирургических вмешательствах.

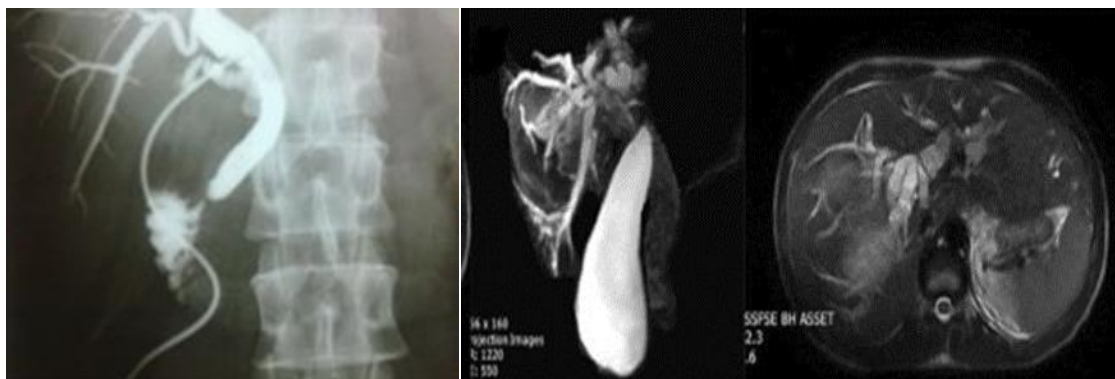


Рис.1. А - ЭРПХГ ретнген картина желчных ходов после прорыва. В – МРТ холангиография.

Процедура начинается с проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии, что облегчает доступ к желчным протокам. Затем, после максимального очищения желчных ходов, через катетер, установленный в желчный проток.

С помощью специального катетера осуществляется канюляция желчного протока, после чего вводится контрастное вещество для получения рентгеновских изображений (рис. 1) (холангиограммы), которые помогают оценить расположение кист и степень их вовлечения. С использованием различных инструментов, таких как корзинки или баллоны для извлечения, осуществляется удаление гидатидного песка, фрагментов мембран и других элементов кисты из

Название операции: Верхнесрединная лапаротомия. Эхинококкэктомия правой доли печени. Холецистэктомия от дна. Дренирование остаточной полости кисты и правой подпеченочные области.

Клинический диагноз: Напряжённая эхинококковая киста правой доли печени. Осложнение: Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки. Паразитарная механическая желтуха.

Вторым этапом было произведено открытым методом оперативное лечение эхинококковой кисты.

Верхнесрединный доступ с билатеральным расширением в правое и левое подреберье. По висцеральной поверхности в IV сегменте печени бугристое образование размером 11,0×9,0 см

плотной консистенции, распространяется до левой треугольной и серповидной связок; фиксировано к печеночно-желудочной и печеночно-двенадцатиперстной связкам. Общий желчный проток расширен до 25 мм.

Холецистэктомия от дна, пузырный проток диаметром 10 мм. Вскрыт просвет гепатикохоледохы выше уровня отхождения пузырного протока линейным продольным разрезом длиной 10 мм. Из общего печеночного протока отмечено активное поступление эхинококковых кист и мутного отделяемого с примесью желчи (рис. 2)

При полной уверенности в удалении всех кист установлен дренаж в подпеченочное пространство.

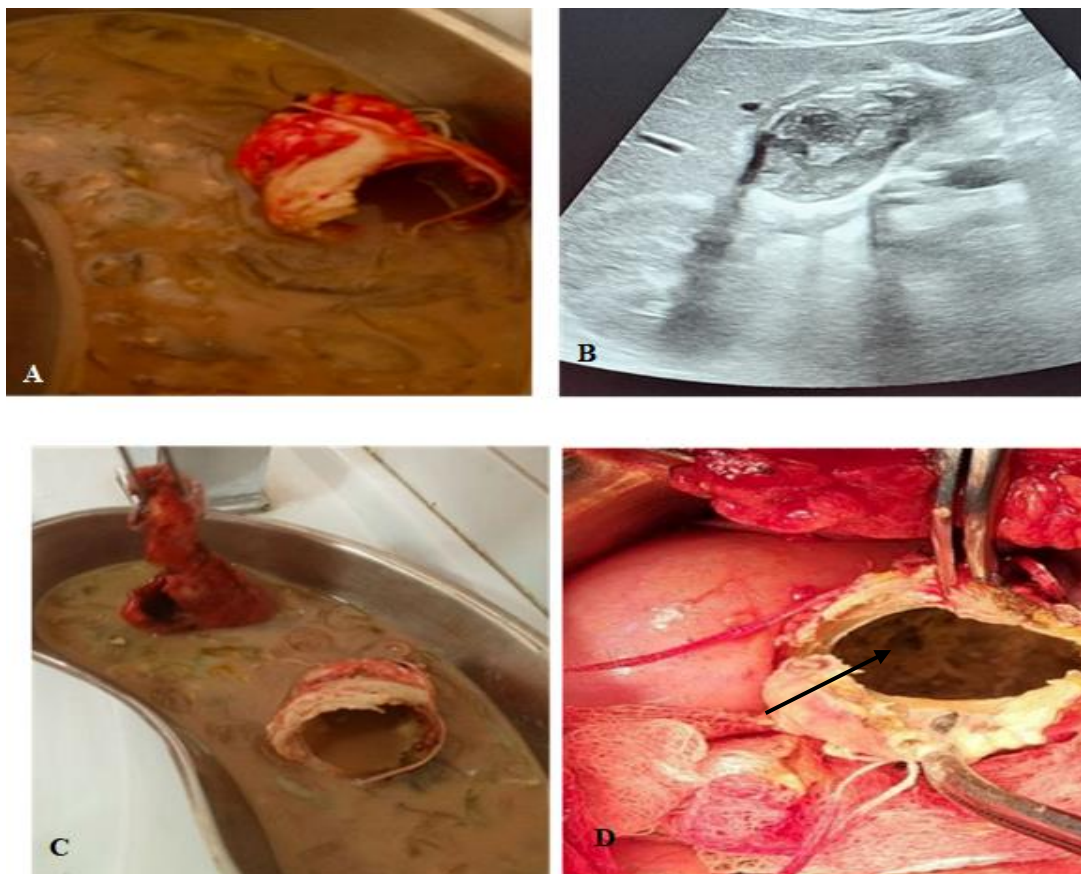


Рисунок 2. А – С - удаленный желчный пузырь и содержимое кисты прорвавшийся в желчные пути и желчный пузырь. В – УЗИ в полости желчного пузыря хитин и эхинококковая жидкость. D – частичная перицистэктомия и желчный свищ (указана стрелкой).

Обсуждение. Прорыв эхинококковой кисты в билиарное дерево является редким, но серьёзным осложнением эхинококкоза. Основной метод диагностики - визуализирующие исследования, такие как УЗИ, МРТ, и ЭРХПГ, которые позволяют точно локализовать место перфорации и определить степень поражения желчных путей.

В последние десятилетия эндоскопические методы лечения, такие как ЭРХПГ, значительно изменили подход к лечению осложнённых форм эхинококкоза печени. Преимущества эндоскопического вмешательства включают минимальную инвазивность, быстрое восстановление пациента и возможность одновременно проводить как диагностические, так и терапевтические манипуляции.

Хирургическое лечение эхинококкоза печени остается основным методом помощи этим больным. Связь паразитарных кист печени с желчными протоками – довольно частое явление, что подтверждается выделением желчи по контрольному дренажу после эхинококкэктомии. Размер паразитарной кисты и ее локализация являются факторами риска формирования

сообщения между полостью кисты и билиарными протоками. Истинный прорыв дочерних кист или элементов паразита в гепатикохоледах - весьма редкое осложнение, которое приводит к обструкции желчных протоков с развитием механической желтухи и холангита. Такая ситуация зачастую требует выполнения различных экстренных лечебных манипуляций, летальность при этом составляет 1,8 - 4,5%.

Заключение

При прорыве эхинококковой кисты в желчные протоки на первый план выходит симптоматика механической желтухи, без ликвидации которого радикальное оперативное вмешательство затруднено. Эндоскопическая санация и обработка остаточной полости герметиками ретроградным путем дает перспективы на уменьшения распространения заболевания при выполнении второго этапе хирургического лечения.

Этот случай демонстрирует успешное лечение прорыва эхинококковой кисты печени в билиарное дерево с использованием современных эндоскопических технологий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акилов Х.А., Струцкий Л.П., Ильхамов Ф.А., Садыков Х.Т. Гнойный холангит и механическая желтуха как осложнения эхинококкоза печени. //Хирургия Узбекистана. 2001;3:26-7.
2. Курбонов К.М., Азиззода З.А., Назирбоев К.Р. (2019). Эхинококкоз печени, осложненный механической паразитарной желтухой. //Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова, 2019;14(1):30-35.
3. Лотов А.Н., Чжао А.В., Черная Н.Р. (2010). Эхинококкоз: диагностика и современные методы лечения. //Трансплантология, 2010;(2):18-27.
4. Махмадов Ф.И., Даминова Н.М. (2010). Результаты хирургического лечения больных эхинококкозом печени, осложнённым обтурационной желтухой. //Вестник Авиценны, 2010;(2):29-33.
5. Скипенко О.Г., Полищук Л.О., Чекунов Д.А., Хрусталева М.В., Ким С.Ю. Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки, осложненный холедоходуоденальным свищом. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012;(7):80-82.
6. Хаджибаев А. М., Анваров Х. Э., Хашимов М. А. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути //Вестник экстренной медицины. 2010; №4.
7. Aghajanzadeh M, Asgary MR, Foumani AA, Alavi SE, Rimaz S, Banihashemi Z, et al. Surgical management of pleural complications of lung and liver hydatid cysts in 34 patients. //Int J Life Sci. 2014;8:15-19. doi: 10.3126/ijls.v8i4.10893.
8. Akoglu M, Hilmioglu F, Balay AR, Sahin B, Davidson BR. Endoscopic sphincterotomy in hepatic hydatid disease open to the biliary tree. //Br J Surg. 1990;77:1073. doi: 10.1002/bjs.1800770940.
9. Avcu S, Ünal Ö, Arslan H. Intrabiliary rupture of liver hydatid cyst: a case report and review of the literature. //Cases J. 2009;2:6455. doi: 10.1186/1757-1626-2-6455.
10. Dolay K, Akbulut S. Role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of hepatic hydatid disease. //World J Gastroenterol. 2014;20:15253-15261. doi: 10.3748/wjg.v20.i41.15253.
11. Erden A, Ormeci N, Fitoz S, Erden I, Tanju S, Genç Y. Intrabiliary rupture of hepatic hydatid cysts: diagnostic accuracy of MR cholangiopancreatography. //AJR Am J Roentgenol. 2007;189: W84–W89. doi: 10.2214/AJR.07.2068.
12. Erden A, Ormeci N, Fitoz S, Erden I, Tanju S, Genç Y. Intrabiliary rupture of hepatic hydatid cysts: diagnostic accuracy of MR cholangiopancreatography. //AJR Am J Roentgenol. 2007;189: W84–W89. doi: 10.2214/AJR.07.2068.
13. Sıkar HE, Kaptanoğlu L, Kement M. An unusual appearance of complicated hydatid cyst: necrotizing pancreatitis. //Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2017;23:81-83.
14. Ufuk F, Duran M. Intrabiliary rupture of hepatic hydatid cyst leading to biliary obstruction, cholangitis, and septicemia. //J Emerg Med. 2018;54:15-17. doi: 10.1016/j.jemermed.2017.09.009.
15. Ufuk F, Duran M. Intrabiliary rupture of hepatic hydatid cyst leading to biliary obstruction, cholangitis, and septicemia. //J Emerg Med. 2018;54:15-17. doi: 10.1016/j.jemermed.2017.09.009.
16. von Sinner WN. Ultrasound, CT and MRI of ruptured and disseminated hydatid cysts. //Eur J Radiol. 1990;11:31-37. doi: 10.1016/0720-048X(90)90099-W.

Поступила 20.09.2024