



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

5 (79) 2025

**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. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЬЯСОВ
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. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 10.05.2025, Published: 15.05.2025

УДК 616.381-007.43-089

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ

Мирходжаев Ислам Асрорович <https://orcid.org/0000-0002-9387-0384>

Бухарский 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

✓ Резюме

Эхинококкоз, являясь тяжелым паразитарным заболеванием и продолжает оставаться серьезной медицинской и народно-хозяйственной проблемой. Заболеваемость эхинококкозом печени (ЭП) в мире колеблется от 1 до 200 на 100 000 населения. Эхинококкоз эндемичен для многих стран Среди земноморского бассейна, Ближнего Востока, Центральной Азии, так же распространен в некоторых частях Индии, Китая, Австралии, Южной Америки и Африки. Среди поражения органов и тканей, эхинококк печени, выявляется наиболее часто составляя 46-83% от общего числа заболевших

Ключевые слова: эхинококкоз печени, липосомальная форма альбендазола, АСЛ, иммунодиагностика эхинококкоза, комплексное хирургическое лечение

OPTIMIZATION OF THE METHOD FOR COMPLEX TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Mirkhodjayev Islam Asrorovich

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Echinococcosis is a severe parasitic disease that continues to pose a serious medical and socio-economic problem. The incidence of liver echinococcosis (LE) worldwide ranges from 1 to 200 cases per 100,000 population. Echinococcosis is endemic in many countries of the Mediterranean basin, the Middle East, and Central Asia, and is also prevalent in certain parts of India, China, Australia, South America, and Africa. Among organ and tissue involvements, liver echinococcosis is the most frequently diagnosed, accounting for 46–83% of all cases

Keywords: liver echinococcosis, liposomal form of albendazole, ASL, immunodiagnostics of echinococcosis, complex surgical treatment

JIGAR ECHINOKOKKOZINI KOMPLEKS DAVOLASH USULINI OPTIMALLASHTIRISH

Mirxodjayev Islam Asrorovich

Abu 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

✓ Rezyume

Эхинококкоз og'ir parazitlar kasallik bo'lib, hanuzgacha jiddiy tibbiy va ijtimoiy-iqtisodiy muammo bo'lib qolmoqda. Jigar echinokokkozi (JE) bilan kasallanish darajasi dunyo bo'yicha har 100 000 aholiga 1 dan 200 gacha farqlanadi. Echinokokkoz O'rta yer dengizi havzasi, Yaqin Sharq, Markaziy Osiyo davlatlari uchun endemik bo'lib, Hindiston, Xitoy, Avstraliya, Janubiy Amerika va Afrikaning ayrim hududlarida ham uchraydi. Organ va to'qimalarning zararlanishi ichida jigar echinokokkozi eng ko'p uchraydigan shakl bo'lib, barcha holatlarning 46–83 foizini tashkil qiladi

Kalit so'zlar: jigar echinokokkozi, albendazolning liposomal shakli, ASL, echinokokkozning immunodiagnostikasi, kompleks jarrohlik davolash

Актуальность

В мировом масштабе проводятся научные исследования, направленные на разработку новых подходов к диагностике и хирургическому лечению эхинококкоза печени.

В настоящее время широко применяется препарат альбендазол для профилактики рецидивов и лечения ранних этапов развития эхинококкоза. Антигельментная эффективность альбендазола доказана, однако химиотерапия недостаточно изучена. Недостатком производных альбендазола являются токсичность, низкая биодоступность, селективность, длительность применения (до 3-4 месяцев), дороговизна.

Изучение носителей биологически активных веществ-липосом в диагностике и лечении различных заболеваний - это новое перспективное направление в медицине. Введение в организм липосом и нагруженных на нее лекарственных препаратов, скапливающихся преимущественно в клетках ретикулоэндотелиальной системы (РЭС), позволило возможным их использование при лечении эхинококка печени. Липосомы увеличивают проникновение многих лекарств внутрь клеток, при этом уменьшается доза препарата, кратность и длительность ее использования, отсутствие токсичности препарата (3,4). Среди масштабных мер, проводимых по совершенствованию системы здравоохранения в нашей стране, особое внимание уделяется ранней диагностике заболеваний, снижению и предотвращению их осложнений. Выполнение этих задач позволило снизить частоту рецидивов и осложнений заболеваний после хирургического вмешательства. Использование современных технологий в диагностике и комплексного хирургического лечения пациентов с эхинококкозом печени, является неизученной проблемой современности.

Цель исследования: улучшение результатов комплексного хирургического лечения больных с эхинококкозом печени, путём разработки методов диагностики и лечение липосомальной формы альбендазола - сульфоксида (ЛФА-СД).

Материал и метод исследования

Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени с обработкой остаточной полости 80-100% раствором глицерина показал ряд недостатков, выражающихся в частоте встречаемости специфических послеоперационных осложнений до 13,2% случаев, в виде нагноения остаточной полости, наличия жёлчных свищей, длительное дренаженосительство, а также рецидива заболевания вынудили нас искать пути улучшения результатов комплексного хирургического лечения данной патологии. Анализ результатов экспериментальных исследований на подопытных животных показало выраженную эффективность использования липосомальной формы альбендазола, как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде в виде сколексоцидного препарата для обработки остаточной полости печени, а также энтерального введения для профилактики рецидива заболевания (5,6).

Экспериментальные исследования доказали, что ЛФА-СД в отличие от действия свободной формы альбендазола оказывало на зародышевые элементы паразита выраженное сколексоцидное действие, при этом сохраняя мембранные и органоидные структуры печени, не оказывает раздражающих и денатурирующих действия на окружающую ткань печени. ЛФА-СД является лишенным токсичности метаболитом альбендазола, который наиболее эффективен в отношении тканевых паразитов. ЛФА-СД обеспечивает целенаправленную доставку лекарственных средств в очаг поражения, тем самым снижает нежелательные эффекты лекарственного препарата на организм больного. Применение новой формы гермицида обеспечивает большой химиотерапевтический эффект по сравнению с имеющимися аналогами к примеру 2% водный раствор альбендазола, за счет обеспечения селективной доставки лекарственных средств в патологический очаг, повышает терапевтическую активность препарата. Повышение биодоступности лекарственной формы альбендазола сульфоксида позволит снизить себестоимость, сократит длительность лечения почти в 3 раза, позволит оказать радикальный эффект, заметное сокращение случаев послеоперационных специфических и неспецифических осложнений, а самое главное приводит к резкому снижению числа рецидивов заболевания (7,8).

Проведенные экспериментальные исследования на животных, позволило в должной степени оценить эффективность ЛФА-СД при обработке остаточной полости после эхинококкэктомии

(патент удостоверение No 1171 “ Способ лечения эхинококкоза печени в эксперименте” выданное Государственным патентным ведомством Республики Узбекистан), что дает возможность экстраполированию результатов эксперимента в клиническую практику хирургии эхинококкоза печени, на что было получено положительное решения этического комитета МЗ Республики Узбекистан.

Аналізу применения в клиническую практику липосомальной формы альбендазола сульфоксида посвящена данная статья (9).

В основе клинического исследования включены 83 больных, пролеченных в хирургическом отделении Бухарского Областного многопрофильного медицинского центра с 2020-2023 годы с диагнозом эхинококка печени.

Необходимо отметить, что всем больным с целью диагностики наряду с ультразвуковым исследованием печени для диагностики эхинококка применена серологическая реакция, основанная на определении в крови больных эхинококком антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ), реагирующих с антигеном из эхинококковой жидкости (патент изобретения РУЗ № 1193).

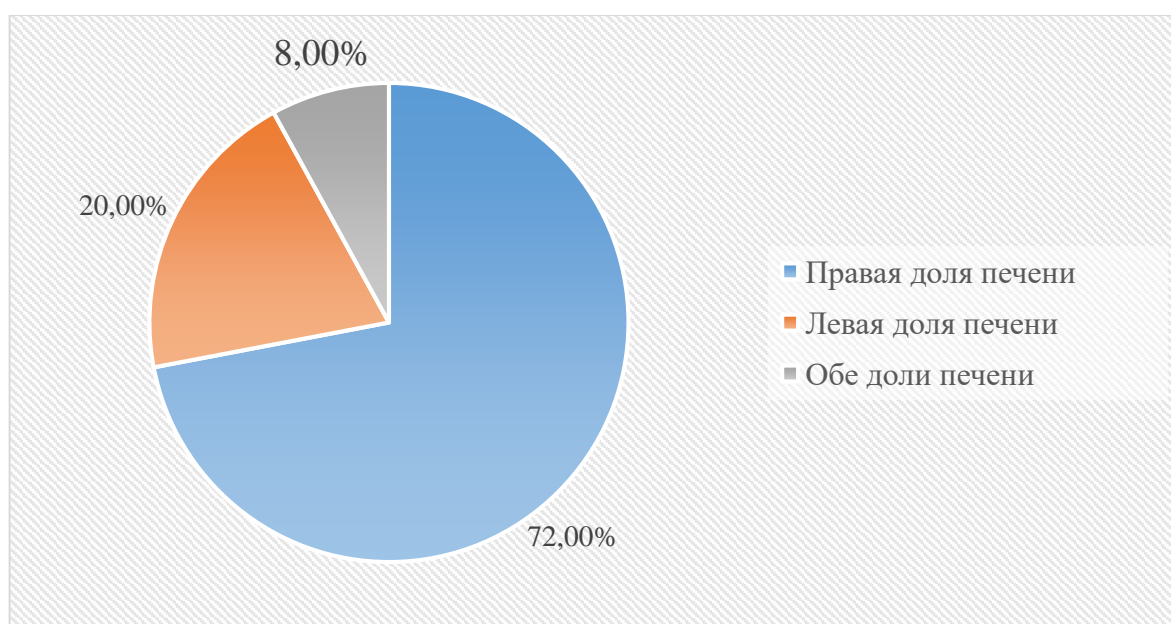
Всем больным диагноз эхинококкоза установлен после ультразвукового исследования. С целью дифференциальной диагностики с непаразитарными кистами, абсцессом печени, а также для выявления бессимптомной стадии эхинококка печени были проведены иммуносерологические реакции. Предложен и применен усовершенствованный иммунодиагностический тест при эхинококке печени АСЛ. Сравнительное изучение диагностической ценности серологических реакций при эхинококке печени (ЭП) показало, что наиболее специфичным и информативным оказалась реакция антигенсвязывающие лимфоциты (АСЛ) по сравнению с реакцией непрямой гемагглютинации (РНГА). При осложненной форме эхинококкоза печени РНГА была отрицательной у 50% больных, в тоже время реакция АСЛ была положительной у 93,6% больных.

Иммунодиагностический тест определения АСЛ в крови больных эхинококком оказался высокоинформативным методом выбора в диагностики у 93,6% наблюдений.

Анализ результатов лечения 83 больных основной группы, которым в качестве антипаразитарной обработки остаточной паразитарной полости использована липосомальная форма альбендазола-сульфоксида показала, что неосложненные формы эхинококкоза печени наблюдались у 62(71,6%), а осложненной формой заболевания были у 21(25,4%) пациентов. Наиболее чаще эхинококковые кисты располагались в правой доле печени- 59(72%), в левой доле печени у 17(20%), обеих долях печени у 7(8%) (таб.1)

Таблица 1.

Локализация кист печени в исследуемой группе больных (%)



Наиболее часто по размерам кисты были среднего и большого размера до 80% случаев, изредка встречались малые и гигантские кисты (до 20% случаев). В качестве критериев, характеризующих морфологические особенности, были учтены следующие параметры:

1. Состояние эхинококковой жидкости кист (прозрачность, нагноение)
2. Жизнеспособность сколексов и протосколексов паразита
3. Наличие или отсутствие дочерних, или внучатых пузырей

Жизнеспособность исследовали стандартным методом- путем окрашивания 0,1% раствором эозина т. к. жизнеспособные протосколексы неокрашиваются в цвете.

Определение материала жизнеспособных протосколексов проводили следующим образом: на предметное стекло помещали 1 каплю осадка эхинококковой пузырной жидкости, добавляли 3 капли активизирующего раствора (80% глицерин с молочной кислотой). Исследовали под микроскопом: жизнеспособные протосколексы под действием активизирующего раствора становились подвижными, выворачивались и визуальнo выглядели как эвагинированными. Нежизнеспособные протосколексы под действием глицерина оставались неподвижными и со временем разрушались.

Результат и обсуждение

Протосколексы рассматривали под световым микроскопом “Биолам” при увеличении x 400. Подсчитывали долю в процентах эвагинированных и инвагинированные к общему числу протосколексов.

В основной группе 83 больным производили после эхинококкэктомии обработку остаточной полости липосомальной формой альбендазола- сульфоксида с экспозицией в течнии 5 минут). В послеоперационном периоде больным проводили курс (1-3 курса) профилактической химиотерапии липосомальной формой альбендазола сульфоксида. При этом в динамике проводили ультразвуковые исследования, клинические данные, изучали биохимических показателей функционального состояния печени (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза). Учитывая запланированные исследования в настоящую группу включены пациенты исключительно с эхинококкозом печени. (таб.2.)

Таблица 2

Виды дооперационных осложнений в исследуемой группе

Виды осложнений эхинококкоза печени	Количество больных в основной группе	%
Нагноение кист печени	15	71,4
Разрыв кисты	2	9,5
Механическая желтуха	3	14,2
Портальная гипертензия	1	4,7
Итого	21	25,4

Клиническая картина заболевания протекала аналогично как в исследуемой группе. В момент поступления больные предъявляли те же жалобы, а объективные данные были соответствующими. У 62 (74%) больных был диагностирован первичный эхинококкоз печени, а осложненная форма у 21(25,4%) больных.

При исследовании клинико-биохимических анализов крови в момент поступления у всех больных отмечались значительные сдвиги. У 55% из них были выявлены изменения, как со стороны общего анализа крови, в частности гемоглобина, лейкоцитов, СОЭ, эозинофилов, так и биохимических анализов крови, куда относятся билирубиновый обмен, белковые фракции, ферментный состав. Больным с эхинококком печени произведена операция эхинококкэктомия с обработкой остаточной полостей с ЛФА-СД с экспозицией гермицида в течение 5 минут. В

послеоперационном периоде наряду с улучшением общего состояния больного изменились показатели билирубина, АЛТ, АСТ.

Таблица 3

Показатели функциональной деятельности печени в исследуемой группе после обработки остаточной полости печени ЛФА-СД

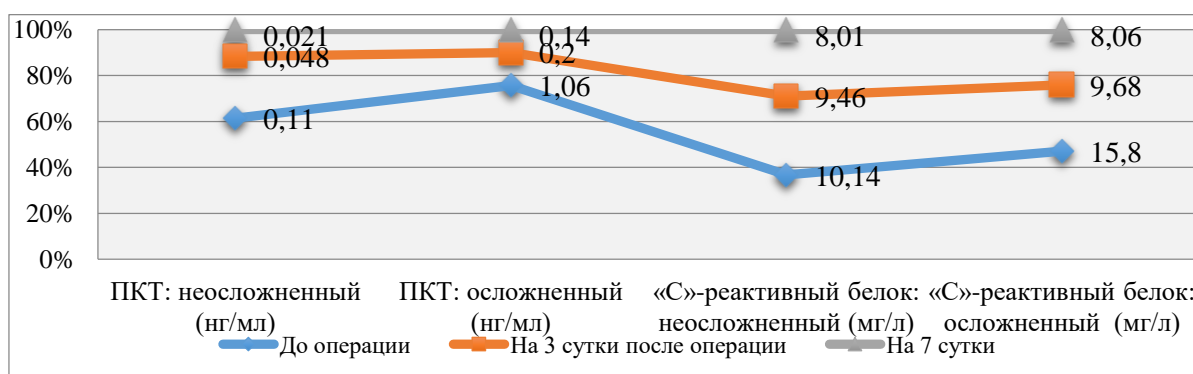
Показатели	При поступлении	Сутки после операции		
		1	5	7
Общий билирубин ммоль/л	15,50±0,21	19,3±0,33*	13,99±0,21	13,68±0,25
Прямой	1,59±0,02	1,10±0,03*	1,02±0,03*	1,79±0,03*
Непрямой	13,91±0,17	18,2±0,31*	12,27±0,30	11,88±0,21*
АСТ мкмоль/л	0,28±0,01	0,62±0,01*	0,27±0,01	0,25±0,01
АЛТ мкмоль/л	0,18±0,01	0,65±0,01*	0,20±0,01	0,17±0,01
Щф ммоль/л	0,60±0,02	0,90±0,02*	0,63±0,03	0,58±0,02
Холинэстераза ммоль/л	266,42±4,66	256,22±5,98*	262±10,06	264,16±6,52
Общ.белок г/л	65,50±1,12	62,03±1,55*	63,28±1,90	64,30±1,46
Альбумин %	53,41±1,12	41,30±1,03*	45,10±2,12*	52,16±1,28

Примечание: * - достоверно по сравнению с данными при поступлении (P<0,05)

Как видно из таблицы при обработке остаточной полости ЛФА-СД отмечается выраженный гепатопротекторный эффект используемого гермицида, а также восстановление нарушенных функций печени в послеоперационном периоде. При неосложненном эхинококкозе печени прокальци-тонин и «С»-реактивный белок до операции были умеренно повышенными, а в послеоперационном периоде данные показатели снизились. Однако при нагноении остаточной полости эти показатели были высокими в 1,5 раза, только при гладком послеоперационном течении эти показатели снижались и приближались к нормальным числам (на 3-е, 7-ые сутки после операции). В случае продолжения воспалительного процесса, так как нагноение остаточной полости, длительное дренаженосительство показатели ПКТ и С-реактивного белка оставались на высоких цифрах. Это еще раз доказывает, что уровень содержания прокальцитонина и «С»-реактивного белка являются предикторами воспаления и по показателям их можно будет судить об эффективности проводимой терапии (рис.1).

Рис.1

Уровень содержания прокальцитонина и «С»-реактивного белка в крови у больных исследуемой группы в динамике лечения



Успешное проведение операций в значительной степени зависело от правильно выбранного доступа, а также локализации и количества кист.

При этом активность АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы статистически значимо снизились на 53%, 34% и 37%, соответственно. Уровень общего билирубина уменьшился на 52%, а содержание альбумина возросло на 17% относительно значения до проведенной операции.

Все больные исследуемой группы были подвергнуты в послеоперационном периоде УЗИ печени, где учитывались состояние остаточных полостей, их размеры, характер содержимого и как правило, течение процесса регенерации. Исследовалось состояние антигенсвязывающих

лимфоцитов (АСЛ) после выполненных операций, так как данный показатель является в какой-то степени и прогностическим тестом течения послеоперационного периода.

Полная регенерация остаточных полостей наблюдалась в 44 (70,97%) случаев, независимо от проведенного способа эхинококкэктомии. Среднее пребывание всех больных в стационаре составляло $16,2 \pm 2,0$ дней.

Заключение

Иммунодиагностический тест основанный на регистрации циркулирующих антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) специфически реагирующий с антигенами эхинококка, является эффективным в клиническом, иммунологическом отношении методом, информативность и чувствительность которого в 2 раза выше по сравнению с существующими тестами (РНГА, РЛА).

Липосомальная форма альбендазола-сульфоксида (АСЛ-СД) оказывало выраженное проникающее и губительное действие на зародышевые элементы паразита, при этом в очаге имплантации выявлялись незначительные деструктивные и альтеративные изменения с ранними сроками инкапсуляции и петрификации эхинококковой кисты. Липосомы проникая в печеночную ткань укрепляли стромальные элементы, в частности активизировали Купферовские клетки, утолщая стенки синусоидов и наружной мембраны гепатоцитов, которые предохраняли их от токсического воздействия эхинококковой жидкости.

Таким образом, оптимизация хирургической тактики лечения, правильное определение показаний к операции, совершенствование техники их выполнения и, возможно, применение нового метода обработки остаточной полости с ЛФА-СД что, позволило уменьшить число специфических и общих послеоперационных осложнений, что значительно повлияло на исход оперативного лечения эхинококка печени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Акбаров М.М. “Современные пути лечения и профилактики эхинококкоза печени” // Ж:Проблемы биологии и медицины. – 2020. - Т-120. - №2. - С.71-77.
2. Мирходжаев И.А., Абдуллаходжаева М.С. Морфофункциональные изменения в печени при экспериментальном эхинококкозе // Ўзбекистон биология журналы. - Тошкент, 1998. – №3. – с. 63-66 (14.00.00; №5)
3. Мирходжаев И.А. Влияние липосомальной формы мебендазола на развитии экспериментального эхинококкоза печени // Проблемы биологии и медицины, - Самаканд, 2001. – №2(19). – с.20-23 (14.00.00; №19)
4. Мирходжаев И.А. Влияние липосомальной форма албендазола на развитие экспериментального эхинококкоза печени // Проблемы биологии и медицины, - Самаканд, 2021. – №1(125). – с. 138-142 (14.00.00; №19)
5. Мирходжаев И.А. Влияние многослойных липосом на течение экспериментального эхинококкоза печени // Проблемы биологии и медицины, - Самаканд, 2022. – №1(134). – с. 123-126 (14.00.00; №19)
6. Мирходжаев И.А., Ахророва Л.Б. Усовершенствование методов хирургического лечения множественных и рецидивных форм эхинококкоза печени // Тиббиётда янги кун, - Бухара, 2023. – №2 (52). – с. 270-273 (14.00.00; №22)
7. Тешаев Ш.Ж., Мирходжаев И.А., Ушаков С.Н. Липосомы как система направленного транспорта лекарственных средств к патологическому очагу // Тиббиётда янги кун, - Бухара, 2023. – №5 (55). – с. 651-658 (14.00.00; №22)
8. Хамдамов Б.З., Мирходжаев И.А., Ахророва Л.Б. Лечение множественных эхинококков печени // Тиббиётда янги кун, - Бухара, 2023. – №6 (56). – с. 329-332 (14.00.00; №22)
9. Hikmatov J.S. (2023). Use of the mos sf-36 questionnaire in the assessment of quality of life in surgery. Journal of applied medical sciences, 6(4), 49-55
10. Khamdamov B.Z., Mirkhodjayev I.A., Akhrorova L.B. Ways to improve the results of surgical treatment of lever echinococcosis // Тиббиётда янги кун, - Бухара, 2023. – №11 (61). – с. 14-17 (14.00.00; №22)

Поступила 20.03.2025