



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

УДК: 616.36 - 002.951.21

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ



Йулдашев Гафур доцент кафедры “Оилавий тиббиётда хирургик касалликлар” Ургенчского государственного Медицинского института
к.м.н. (yuldashev_gafur@inbox.ru) 0009-0005-4179-8121



Сабурова Динара Рустамовна - студентка 4-го курса Ургенчского
государственного медицинского института (rustamovnadina27@gmail.com)
0009-0005-6165-1645

Аннотация.

O'quv maqsadi. Ushbu tadqiqotning maqsadi gigant jigar exinokokkozini erta, yuqori informatsion diagnostika usullarini, samarali jarrohlik davolash usullarini ishlab chiqish va uning takrorlanishining oldini olish edi.

Materiallar va usullar. Ushbu tadqiqot Urganch davlat tibbiyot institutida (“Med Complex” MChJ) 2016-2025 yillar davomida gigant jigar echinokokkasi bilan davolangan 73 nafar bemorni jarrohlik davolash tajribasi tahliliga asoslanadi. Ulardan



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

12 nafari erkak va 12 nafari ayollar bo'lib, bemorlarning yoshi 22 yoshdan 53 yoshgacha bo'lgan.

Natijalar. Uning zararsizligi, noinvazivligi, tezligi va samaradorligi tufayli jigar echinokokkoziga shubha qilingan bemorlarni tekshirish ultratovush tekshiruvidan boshlanishi kerak. Bu, ayniqsa, endemik hududlarda yashovchi bemorlarning katta guruhini tekshirishda to'g'ri keladi. Jarrohlik yondashuvini, yondashuvni va operatsiya hajmini tanlashda KT dan foydalanish juda muhimdir.

Kalit so'zlar: gigant jigar echinokokki

Аннотация.

Цель исследования. Целью настоящей работы являлось разработка ранних, высокоинформативных методов диагностики, эффективных способов хирургического лечения гигантского эхинококка печени и профилактика её рецидива.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ опыта хирургического лечения 73 больных с гигантским эхинококком печени, находившихся в клинике Ургенчского государственного медицинского института ООО «Мед комплекс» с 2016 по 2025 годы. Мужчины было -46 (65,7%), женщины-27 (34,3%), возраст больных колебался от 22 до 53 лет.

Результаты. В силу простоты, без вредности, неинвазивности, быстроты и эффективности обследование больных с подозрением эхинококкоза печени следует начать с ультразвукографии. Особенно при обследовании большого контингента больных, проживающих в эндемических районах. Применение КТ имеет решающее значение при выборе способа хирургического лечения, доступа и объема операции.

Ключевые слова: гигантский эхинококк печени

Annotation

The aim of this work was to develop early, highly informative diagnostic methods, effective methods of surgical treatment of giant echinococcosis of the liver and prevention of its recurrence.

Materials and methods. This study is based on an analysis of surgical treatment experience in 73 patients with giant liver echinococcus treated at the Urgench State Medical Institute (Med Complex LLC) from 2016 to 2025. There were 12 men and 12 women, and the patients' ages ranged from 22 to 53 years.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Results. Due to its harmlessness, non-invasiveness, speed, and effectiveness, the examination of patients with suspected liver echinococcosis should begin with ultrasonography. This is especially true when examining a large cohort of patients living in endemic areas. The use of CT is crucial in choosing the surgical approach, approach, and extent of surgery.

Keywords: giant liver echinococcus

Ключевые слова: Гигантский эхинококкоз печени, хирургическая тактика, эхинококкэктомия.

Введение.

Узбекистан относится к числу регионов эндемических в отношении эхинококкоза. Частота поражения населения эхинококкозом достигает до 0,9 % и не имеет тенденции к снижению. Количество проводимых операции в республики по поводу эхинококкоза составляет 1-8 тыс. При этом числу осложненных форм достигает до 25-30 %. Летальность при оперативном лечении – до 2,5 %. На сегодняшний день проблемы эхинококкоза печени имеет особую значимость, так как это болезнь чаще поражает людей молодого трудоспособного возраста и не редко приводит к инвалидизации.

Актуальность проблемы: Республика Узбекистан является эндемическим очагом эхинококкоза. Поиски путей, направленных на совершенствование методов хирургического лечения эхинококкоза печени, является весьма важной научной и практической проблемой здравоохранения, актуальность которой обусловлена высокой частотой послеоперационных осложнений, особенно при труднодоступных локализациях кисты и наличии осложненных форм заболевания. [1, 2, 3].

Наиболее частыми осложнениями после удаления больших размеров эхинококковых кист с диаметром более 20 см являются нагноение остаточной полости, развитие под диафрагмальных и под печёночных абсцессов, что способствуют развитию печеночной недостаточности, желчного перитонита. В связи с увеличением количества больных с гигантскими эхинококковыми кистами печени возрастает частота гнойных осложнений. Существенную роль в их развитии играет возникновение и последующее инфицирование остаточной полости в под диафрагмальном пространстве, главной причиной которого является неадекватное дренирование после эхинококкэктомии печени, когда остается большая остаточная полость [4].



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Эхинококкэктомия печени, особенно из под диафрагмального пространства, является травматичной операцией, после которой больные несколько суток проводят лежа на спине. Жидкость, скапливающаяся в остаточной полости, в силу гидростатических свойств, занимает задние отделы под диафрагмального пространства, где ограничиваются. Дренажи, выведенные на переднюю брюшную стенку, не всегда обеспечивают своевременное и адекватное дренирование этой области. Нагноению содержимого остаточной полости способствуют ослабленное состояние больного, снижение защитных механизмов организма. Развивающиеся при этом под диафрагмальные гнойники, значительно отягощают течение послеоперационных периода.

Необходимым условием успешного проведению операции по поводу эхинококкоза печени являются выбор адекватного хирургического доступа и дренирование брюшной полости. Особенно важен правильный выбор при расположении эхинококковых кист в труднодоступных зонах печени, гигантских и осложнённых кистах. На сегодняшний день существуют более 30 доступов к различным участкам печени. Это указывает на сложность не изучаемого вопроса и необходимость дальнейшей разработке [2,3].

Основными требованиями оперативным доступам при гигантских размерах и труднодоступных локализация эхинококковых кист является создания достаточной экспозиции и условий для свободной манипуляции рук хирурга и наименьшая травматичность доступа [3].

Учитывая вышеизложенное, целью настоящего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения гигантских эхинококковых кист труднодоступной локализацией (7-8 сегменты), путем усовершенствования технических моментов выполнения оперативных вмешательств.

Материал и методы исследований: Анализ подвергнуты результаты обследования и лечения 73 пациентов, оперированных по поводу гигантских эхинококкоза 7-8 сегментов печени за период с 2010 по 2025 годы в клинике Ургенчского Государственного Института. В зависимости хирургической тактики все больные были распределены на 2 группы: контрольная (54 пациента, оперированные традиционным образом) и основная (19 больных оперированных усовершенствованной методике).

Возраст пациентов колебался от 22 до 53 лет, составляя в среднем 37,5±6,4 лет. Мужчин было 48 (65,7%), женщин 27 (34,3%).

Клиническая картина заболевания характеризовалась наличием чувства тяжести и тупыми болями в правом подреберье у всех больных, периодическими диспепсическими явлениями (31,5%), повышением температуры (19,10/0). При ультразвуковом исследовании в паренхиме печени



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

определялось гомогенное округлое или овальное образование с четкими контурами в диаметре от 150 до 240 мм.

В клинических анализах отмечалось повышение лейкоцитов крови до $10,9 + 1,1 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ — $11,3 + 2,3$ мм/час, умеренная билирубинемия — $26,8 + 5,7$ мкмоль/л, увеличение уровня трансаминаз — $1,0 + 0,2$ ммоль/л.

Длительность заболевания к моменту поступления у 11 пациентов составил до 12 месяцев, у 54 (73,9%) — от 12 до 18 месяцев, у 8 (11,00/0) — более 18 месяцев. Необходимо отметить, что у 5 (6,8%) пациентов был рецидивный эхинококк, у 4 (5,4%) — резидуальный (этим больным первичные оперативные вмешательства были выполнены через верхнесрединную лапаротомию).

Анализ клинической эффективности разработанных мероприятий осуществлен на основании анализа характера и частоты послеоперационных осложнений, длительности послеоперационного периода, лабораторных анализов.

Полученные результаты и их обсуждение. В контрольной группе операция осуществлялась через торакофренолапаротомный доступ. Интраоперационно было эвакуировано от 1,3 до 2,8 литров жидкости. В 23 (42,6%) наблюдениях выявлены желчные свищи различных размеров (от 1 до 5 мм), которые были ушиты узловыми швами. Под диафрагмальное пространство дренировалась через переднюю брюшную стенку.

В послеоперационном периоде медленная нормализация клинико-лабораторных показателей, которая была достигнута на 3-5-е сутки (таб.№1).

В первые сутки по дренажу выделилось в среднем $77,2 + 13,7$ мл жидкости, на 2-е сутки — $53,2 + 9,2$ мл, на 3-е сутки — мл, на 4-е сутки — мл.

В раннем послеоперационном периоде в 2-х (3,7%) наблюдениях отмечено развитие застойной пневмонии, что заставило прибегнуть к дополнительной медикаментозной коррекции. У 2 (3,7%) пациентов отмечено развитие желчного свища: в первом случае из-за развития желчного перитонита выполнено релапаротомия с ушиванием желчного свища и дренированием холедоха, во втором наблюдении свищ был ограниченным и на фоне подключения дренажа к активной аспирации закрылся самостоятельно. У 1-го больного отмечено нарастание билирубинемии с развитием явлений механической желтухи, что потребовало наложения чрескожной чреспеченочной холангиостомы. В 4 (7,4%) наблюдениях развился под диафрагмальный абсцесс, в результате которого пациенты были вновь подвергнуты оперативному лечению. У 3-х (5,5%) больных отмечено нагноение остаточной полости, что заставило выполнить ее



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

чрескожную пункцию и дренирование. В 5 (9,2%) случаях отмечено развитие послеоперационных раневых осложнений.

Продолжительность стационарного лечения колебалась от 10 до 24 суток, составляя в среднем суток.

Нами проанализированы причины неудовлетворительных результатов лечения в контрольной группе пациентов.

Во-первых, на наш взгляд, причиной несостоятельности ушитых желчных свищей были их большие размеры. Кроме того, при близком расположении желчных свищей к магистральным желчным протокам при их сшивании происходит деформация и сужение просвета, что способствует нарушению пассажа желчи и развитию механической желтухи.

Учитывая вышеизложенное, при наличии свищей больших размеров, близком их расположении к долевым протокам, стали применять новый способ его закрытия. После общепринятой эхинококкэктомии, выкраивали трапециевидной формы лоскут из удаленной фиброзной капсулы. На стенке свищевого отверстия, по его окружности, на расстоянии 2-3 мм друг от друга накладывали швы, к которым пришивали верхушку лоскута. При затягивании швов, свищевое отверстие закрывалось лоскутом в виде герметичной заплаты.

Во-вторых, причиной развития под диафрагмального абсцесса и нагноения остаточной полости явилось неадекватное дренирование этой области через имеющиеся дренажи.

В клинической практике для сформировавшихся под диафрагмальных гнойников задней локализации предложены оперативные доступа через ложе резецированных ребер. Отмечено, что такой путь дренирования обеспечивает хороший отток из задних отделов под диафрагмального пространства. Используя эти предпосылки, в отделении осуществляли эксперименты на 10 трупах с разработкой способа дренирования правого под диафрагмального пространства через ложе резецированного 12 ребра.

Резекция ребра осуществляется со стороны брюшной полости. После эхинококкэктомии печени открывается хороший доступ в правое под диафрагмальное пространство. При этом нет необходимости вскрывать задний листок брюшины, так как он уже удален на широком пространстве при мобилизации и удалении фиброзной капсулы эхинококковой кисты. При этом открывается свободный подход к 12 ребру со стороны брюшной полости.

Средние характеристики этого доступа к 12 ребру составляют: 1) глубина раны — 100-120мм; 2) угол операционного действия — 165°; 3) угол наклона основного операционного действия 90°. Это позволяет свободно со



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

стороны брюшной полости произвести под надкостничную резекцию 12 ребра. После смещения правой почки вниз рассекаются диафрагмальная брюшина на протяжении 12 ребра справа. Переходная складка плевры при низком ее положении оттесняется вверх. Продольно, на протяжении ребра рассекаются внутренняя грудная фасция и задний листок надкостницы 12 ребра. Последний отслаивается распатором. Ребро резецируется на протяжении 5-6 см, после этого рассекается передний листок надкостницы, широчайшая мышца спины, поверхностная фасция и кожа. В остаточную полость после эхинококкэктомии подводится силиконовый двух просветный дренаж диаметром не менее 1 см, дренаж выводится через ложе резецированного 12 ребра. Через переднюю брюшную стенку, в экспериментах на трупах, в под диафрагмальное пространство подвели полихлорвиниловую трубку, по которой капельно со скоростью 300 мл/час вводили физиологический раствор в течение 3 часов. Жидкость, вытекающая дренажу, собирали и измеряли объем. Отмечено, что пассивный поясничный дренаж эвакуирует до 800/0 введенной жидкости, тогда как пассивный дренаж под диафрагмальное пространство, выведенный через переднюю брюшную стенку, эвакуирует лишь до 300/0 введенной жидкости. При подключении к дренажам вакуумного электро-отсоса, создающего разрежение 100-120 см. вод. ст., эвакуация через поясничный дренаж составляет 95-970/0 вводимой жидкости.

В основной группе, во время операции было эвакуировано от 1,1 до 2,7 литров жидкости. В 9 (47,3%) наблюдениях были выявлены желчные свищи. В 4 наблюдениях свищи были маленьких размеров. Они были ушиты традиционным способом. В 5 случаях желчные свищи были ушиты предложенным нами методом. Под диафрагмальное пространство дренировалась через ложе резецированного 12 ребра.

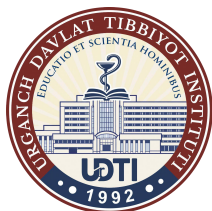
В послеоперационном периоде происходила нормализация клинικο-лабораторных показателей, однако в отличие от контрольной группы эти изменения происходили более быстрыми темпами (таб. №1).

В первые сутки по дренажу выделилось в среднем 164,7±21,4 мл жидкости, на 2-е сутки — 89,4±13,9 мл, на 3-е сутки — 56,4±10,2 мл, на 4-е сутки 17,9±4,3 мл, на 5-е сутки — 8,6 ± 3,2 мл.

Таблица №1

Сравнительная оценка динамики изменения клинικοбиохимических анализов в сравниваемых группах.

Дни +	Клиническа	Билирубин,	АЛТ,	Лейкоцит	СОЭ,
-------	------------	------------	------	----------	------



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

(сутки)	я группа	Мкмоль/л	АСТ, ммоль/л	ы крови, 10.9	мм/час
Исход	Контрольная	26,7+3,8	1,0+0,2	10,8+1,1	11,4+2,3
	Основная	26,9+3,4	1,0+0,2	10,9+1,2	11,2+2,4
1	Контрольная	25,8+3,3	1,0+0,2	10,5+1,3	11,0+2,1
	Основная	20,8+2,7	0,9+0,3	9,7+1,0	10,5+1,9
3	Контрольная	20,1+2,5	0,9+0,2	9,8+1,0	10,1+1,8
	Основная	18,2+2,0*	0,8+0,2	7,8+0,7*	9,3+1,5
5	Контрольная	18,7+2,2	0,9+0,1	7,9+0,8*	8,9+1,3
	Основная	16,9+1,8	0,8+0,1	7,2+0,5*	8,6+1,1
7	Контрольная	18,9+1,8	0,8+0,1	7,1+0,6*	7,9+0,8
	Основная	15,5+1,1	0,8+0,2	6,7+0,4	7,9+0,8
9	Контрольная	16,8+1,1	0,6+0,2	6,8+0,5	7,6+0,8
	Основная	15,4+0,8	0,6+0,2	6,8+0,3	7,3+0,6

* — достоверное отличие от исходного уровня

В раннем послеоперационном периоде в 1 (5,2%) наблюдении отмечено развитие застойной пневмонии. Случаев развития желчных свищей, поддиафрагмальных абсцессов не отмечено. В 1 (5,2%) случае отмечено ограниченное подкожное нагноение раны.

Продолжительность стационарного лечения колебалась от 8 до 14 суток, составляя в среднем суток.

Как показали проведенные нами исследования, традиционное дренирование брюшной полости эхинококкэктомии по поводу гигантского эхинококка, не всегда эффективны.

Анатомическое строение под диафрагмальной области, ее структурные изменения после удаления кисты способствуют образованию свободной полости в зоне кисты. Где происходит скапливание экссудата. Установленные дренажи не позволяют адекватному дренированию, а застой патологической



жидкости, на фоне наличия микробного компонента, способствует развитию инфекционных осложнений.

Таким образом, предложенный нами способ дренирования под диафрагмальной области и активная аспирация предупреждает застой патологического отделяемого в брюшной полости, и тем самым улучшить результаты хирургического лечения пациентов с гигантским эхинококкозом печени.

Выводы

Причиной несостоятельности ушитых желчных свищей были их большие размеры. При близком расположении желчных свищей к магистральным желчным протокам при их сшивании происходит деформация и сужение просвета, что способствует нарушению пассажа желчи и развитию механической желтухи. В этих случаях необходимо выкраивать трапециевидной формы лоскут из удаленной фиброзной капсулы. На стенке свищевого отверстия, по его окружности, на расстоянии 2-3 мм друг от друга накладывают швы, к которым пришивать верхушку лоскута.

Причиной развития под диафрагмального абсцесса и нагноения остаточной полости эхинококкэктомии по поводу гигантских кист, является неадекватное дренирование этой области. В аналогичных ситуациях необходимо проводить дренирование под диафрагмального пространства через ложе резецированного ребра через поясничную область, что позволяет адекватно санировать данную зону.

Список литературы

1. Baumann S., Shi R., Liu W. et al. Worldwide literature on epidemiology of human alveolar echinococcosis: a systematic review // Infection. — 2019. — Vol. 47. — P. 703–727.
2. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Муслик С.В. Эхинококкоз: современное состояние проблемы // Український журнал хірургії. — 2018. - № 3. - С. 196-201.
3. Cadavid Restrepo A.M., Yang Y.R., McManus D.P. et al. The landscape epidemiology of echinococcoses // Infectious Diseases of Poverty. — 2016. — Vol. 5. — Article 13.
4. Махмадов Ф.И., Муминов Б.Г., Холов К.Р. Хирургическое лечение больших эхинококковых кист печени // Анналы хирургической гепатологии. 2007. №3. с. 14-17.



URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 3/1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

5. Мадаминов Э.М., Манасов М.Ш., Исаев Э.Б., Макеева М.Н. Результаты органосохраняющих операций при эхинококкозе печени. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2018; 3: 79-82

6. Масленникова Н.А., Тихонова Е.П., Михайлова Л.А. Клинические аспекты проявления эхинококкоза печени // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 5. С. 22.

7. Monterio K.m., de Carvalho M.O., Zaha A. Proteomic analysis of the Echinococcus granulosus metacestode during infection of its intermediate host // Proteomics. -2018.10. — P. 1985-1999.

8. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Асабаев А.Ш. Особенности хирургического лечения эхинококкоза печени поддиафрагмальной и внутриорганной локализации // Ж. Хирургия Узбекистана. — Ташкент, 2001. — М.3. — С. 50-51.

9. Скипенко О.Г., Паршин В.Д., Шатверян Г.А. Эхинококкоз печени: современные тенденции в хирургической тактике // Анналы хирургической гепатологии. -2011. — №2. — С. 34-39.

10. Pakala T, Molina M, Wu GY. Hepatic Echinococcal Cysts: A Review // J Clin Transl Hepatol. - 2006. — №4. — P. 39-46.

