

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№3 (Том 4)

2023



ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 4, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 4, ISSUE 3





ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова, д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев, д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова, д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова, д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова, к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
А.Н. Арипов (Ташкент)
М.Ш. Ахорова (Самарканд)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н.Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
М.М. Матлюбов (Самарканд)
Э.И. Мусабоев (Ташкент)
А.Г. Румянцев (Москва)
Н.А. Тураева (Самарканд)
Ф.Г. Ульмасов (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Ш.М. Уралов (Самарканд)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербеков (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1. Атаева Ф.Н., Туразода М. У. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК С ЮВЕНИЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ.....	5
2. Garifulina L.M.,Kholmuradova Z. E. ,Kudratova G. N. FEATURES OF IMPLEMENTATION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM PATHOLOGY IN CHILDREN WITH OBESITY, IMPROVEMENT OF PREVENTION AND TREATMENT.....	8
3. Гарифулина Л.М.,Тураева Д.Х.,Аслидинов Ш. Б. СЕМИЗЛИГИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ГЕПАТОБИЛИАР ПАТОЛОГИЯ.....	11
4. Ganiev A.G., Sanakulov A.B. ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH A PREDISPOSITION TO ALLERGIC DISEASES...	15
5. Ganiev A.G., Sanakulov A.B. INDICATORS OF CIRCUITAL HEART RHYTHM IN SCHOOLCHILDREN WITH NEUROCULATORY CARDIAC DYSTONIA.....	19
6. Isanova Sh.T., Niyozov Sh. T., Mukhtarova M. A., Shukurov Xodixon Baxtiyor o`g`li. PATHOGENETIC MECHANISM OF PAIN SYNDROME IN NEWBORNS.....	23
7. Ishkabalova G.Dj.,Raxmonkulov Sh.I. SURUNKALI IKKILAMCHI PIELONEFRITNI DAVOLASH XUSUSIYATLARI.....	26
8. Каримжанов И.А., Мадаминова М.Ш., Умаров Д.А. РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА ИЛ-17А ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ.....	30
9. Ниязов Ш.Т., Эргашев С. С., Исанова Ш.Т., Мухтарова А. А. ОПТИКО-КОГЕРЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ У ДЕТЕЙ.....	34
10. Rasulov A. S. BIOKIMYOVIY KORSATKICHLARNI O'RGANISH BOLALARDA RAXITNI DAVOLASHDA MUVAFFAQIYATGA ERISHISH YO'LIDIR.....	38
11. Sirojiddinova H. N., Usmonova M. F. YOSH BOLALARDA MEKONIAL ASPIRASYON SINDROMINING KLINIK XARAKTERISTIKASI.....	42
12. Умаркулов З. З., Хамидов О.А., Давлатов С. С., Усмонов А.У. РОЛЬ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ.....	46
13. Умаркулов З.З., Хамидов О.А., Давлатов С. С., Усмонов А. У. РОЛЬ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАЗИТАРНЫМИ И НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ.....	51
14. Usmanova M.F., Sirojiddinova X. N. YANGI TUG'ILGAN SHAQALOQLARDA MOSLASHUV JARAYONINING ANAMIYATI.....	56
15. Xusainova Sh.K., Zakirova B.I., Makhmujanova S. R. THE PREVALENCE OF RECURRENCE OF OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN.....	59
16. Шавази Н.М., Ибрагимова М. Ф., Шавкатова З. Ш. СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ.....	63
17. Шеркулов К.У., Ахророва Л.Б., Усмонова Н. У. СОЧЕТАННАЯ НЕОПУХОЛЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА.....	67
18. Lim M.V., Irshodzoda A. D., Xatamova K. V. THE ROLE OF MICROCLIMATE IN CHILDREN WITH RECURRENT OBSTRUCTIVE BRONCHITIS.....	73
19. Лим М. В., Джураева М.С., Абдурахимова А.Ф. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ.....	77

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 612.35(616-006)+616.89-02-089

Умаркулов Забур Зафаржонович

Соискатель кафедры медицинской радиологии и факультета повышения квалификации,
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.
<https://orcid.org/0009-0001-5120-7891>

Хамидов Обид Абдурахманович

Доцент кафедры медицинской радиологии и факультета постдипломного образования,
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.
<https://orcid.org/0000-0001-7458-3884>

Давлатов Салим Сулаймонович

Доцент кафедры факультетской и госпитальной хирургии,
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан.
<https://orcid.org/0000-0002-3268-7156>

Усмонов Амирбек Усмонович

Студент 3-го курса лечебного факультета
Кафедра факультетской и госпитальной хирургии.
Бухарский государственный медицинский институт. Бухара, Узбекистан

РОЛЬ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАЗИТАРНЫМИ И НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

For citation: Umarkulov Z.Z., Khamidov O.A., Davlatov S. S., Usmonov A.U./The role of therapeutic methods in the diagnosis and results of surgical treatment of patients with parasitic and nonparasitic liver cysts. Journal of hepato-gastroenterology research. 2023. vol. 4, issue 3. pp.51-55

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10511109>

АННОТАЦИЯ

Анализ современной литературы показывает, что имеются несколько направлений в лечении кист печени: традиционные оперативные вмешательства, эндовидеохирургические методы и чрескожное пункционно-дренирующее лечение кист под контролем УЗИ или КТ с проведением пред- и послеоперационной химиотерапии при паразитарных кистах печени. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 117 больных с кистозными образованиями печени, которым произведено диапевтические и оперативные вмешательства в хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета за период с 2016 по 2023 год. Преимущества диапевтических вмешательств заключается в ранней послеоперационной реабилитации больных, снижении (с 38,5% до 13,5%) или предупреждении различных видов осложнений, характерных для лапароскопических и открытых традиционных операций, а также сокращении сроков пребывания в стационаре с 312,2±96,8 до 16,2±4,4 ч.

Ключевые слова: кисты печени, лечение, диапевтические вмешательства, результат.

Umarqulov Zabur Zafarjonovich

Tibbiy radiologiya va malaka oshirish fakulteti izlanuvchisi,
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston.
<https://orcid.org/0009-0001-5120-7891>

Xamidov Obid Abdurahmonovich

Tibbiy radiologiya va oliy o'quv yurtidan keyingi ta'lim fakulteti dotsenti,
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston.
<https://orcid.org/0000-0001-7458-3884>

Davlatov Salim Sulaymonovich

Fakultet va gospital jarrohligi kafedrasi dotsenti,
Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston.
<https://orcid.org/0000-0002-3268-7156>

Usmonov Amirbek Usmonovich

Davolash fakulteti 3-kurs talabasi
Fakultet va gospital xirurgiya kafedrasi.
Buxoro davlat tibbiyot instituti. Buxoro, O'zbekiston

PARAZITAR VA NOPARAZITAR JIGAR KISTALARI BILAN BEMORLARNI TASHXISLASH VA JARROHLIK DAVOLASH NATIJALARIDA DIAPEVTIK USULLARNING ROLI

ANNOTATSIIYA

Zamonaviy adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, jigar kistalarini davolashda bir necha yo'nalishlar mavjud: an'anaviy jarrohlik aralashuvlar, endovideojarrohlik usullari va ultratovush yoki KT nazorati ostida kistalarni parazitarni jigar kistalari uchun operatsiyadan oldingi va keyingi ximiyaterapiya bilan teri orqali punsion-drenaj bilan davolashdan iborat. Tadqiqot 2016 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda Samarqand davlat tibbiyot universiteti ko'p tarmoqli klinikasining jarrohlik bo'limida diapevtik va jarrohlik aralashuvlarni o'tkazgan 117 nafar bemorni klinik va laboratoriya tekshiruviga asoslangan. Diapevtik aralashuvlarning afzalliklari bemorlarni operatsiyadan keyingi erta reabilitatsiya qilish, uni (38,5% dan 13,5% gacha) kamaytirish yoki laparoskopik va ochiq an'anaviy operatsiyalarga xos bo'lgan har xil turdagi asoratlarning oldini olish, shuningdek, kasalxonada qolishni 312,2 dan kamaytirishda hamda statsionlarda qolishini 312,2±96,8 dan 16,2±4,4 gacha kamaytirishga olib keldi.

Kalit so'zlar: jigar kistalari, davolash, diapevtik aralashuvlar, natija.

Umarkulov Zabur Zafarjonovich

Applicant of the Department of Medical Radiology and Faculty of Postgraduate Education, Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan.

<https://orcid.org/0009-0001-5120-7891>**Khamidov Obid Abdurakhmanovich**

Associate Professor, Department of Medical Radiology and Faculty of Advanced Education, Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

<https://orcid.org/0000-0001-7458-3884>**Davlatov Salim Sulaymonovich**

Associate Professor of the Department of Faculty and Hospital Surgery, Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

<https://orcid.org/0000-0002-3268-7156>**Usmonov Amirbek Usmonovich**

3th year student of the Faculty of General Medicine

Department of faculty and hospital surgery.

Bukhara State Medical Institute. Bukhara, Uzbekistan

THE ROLE OF THERAPEUTIC METHODS IN THE DIAGNOSIS AND RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PARASITIC AND NONPARASITIC LIVER CYSTS

ANNOTATION

An analysis of modern literature shows that there are several directions in the treatment of liver cysts: traditional surgical interventions, endovideosurgical methods and percutaneous puncture-drainage treatment of cysts under the supervision of ultrasound or CT with pre- and postoperative chemotherapy for parasitic liver cysts. The study is based on a clinical and laboratory examination of 117 patients with cystic liver formations who underwent diapeutic and surgical interventions in the surgical department of the multidisciplinary clinic of the Samarkand State Medical University for the period from 2016 to 2023. The advantages of diapeutic interventions are early postoperative rehabilitation of patients, reduction (from 38.5% to 13.5%) or prevention of various types of complications characteristic of laparoscopic and open traditional operations, as well as reduction of hospital stay from 312.2±96.8 to 16.2±4.4 hours.

Key words: liver cysts, treatment, therapeutic interventions, result.

Актуальность исследования. В настоящее время, в литературных источниках отсутствует четкая концепция лечения НКП. В некоторых статьях сообщается о проведении оперативных вмешательств сразу после установления диагноза [5, 11], по рекомендациям других авторов хирургическое лечение осуществляется только при наличии клинической симптоматики [2]. Однако вопрос лечения или динамического наблюдения асимптоматических кист до сих пор остается нерешенным. Современные тенденции в хирургии ведут к увеличению частоты применения и расширению показаний для миниинвазивных методик лечения как паразитарных, так и непаразитарных кист печени [2, 5, 7, 10].

Анализ современной литературы показывает, что имеются несколько направлений в лечении кист печени: традиционные оперативные вмешательства, эндовидеохирургические методы и чрескожное пункционно-дренирующее лечение кист под контролем УЗИ или КТ с проведением пред- и послеоперационной химиотерапии при паразитарных кистах печени. Методика PAIR применяется повсеместно и одобрена ВОЗ. Тем не менее не прекращаются попытки модификации чрескожных методов с целью улучшения результатов лечения. Так, появились новые виды миниинвазивных вмешательств при эхинококкозе – PEVAC, PAI, Örmeci, MoCaT. Методика PEVAC подразумевает замену дренажа по Сельдингеру, что несет риск обсеменения пункционного канала. PAI и Örmeci предполагают оставление в полости гермицида, что не способствует уменьшению остаточной полости и увеличивает риск нагноения [1, 4, 6, 8]. По методу MoCaT кисту пунктируют сразу толстым дренажем, что опасно отслоением хитиновой оболочки и разрывом кисты. Несмотря на

то, что авторы этих методов заявляют об их эффективности и безопасности, небольшое число пациентов и короткий срок послеоперационного наблюдения не позволяют делать объективных выводов [3, 6, 9]. Таким образом решение вопроса о выборе оптимального метода хирургического вмешательства и способ его выполнения, остаются актуальными.

Целью исследования является улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных паразитарными и непаразитарными кистами печени на основе применения диапевтических методов.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 117 больных с кистозными образованиями печени, которым произведено диапевтические и оперативные вмешательства в хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета за период с 2016 по 2023 год. Было использовано 3 основных метода хирургического лечения кистозных образований печени (табл. 1). Все пациентам процедуры произведены в плановом порядке. В зависимости от выбора тактики лечения больные были разделены на две группы. В основной группе больных всем больным применили диапевтические методы лечения: 39 (75,0% из 52) больным при непаразитарных кистах печени выполнена чрескожная пункция и склерозирование кист; 13 (25,0%) больным при паразитарных кистах печени - чрескожная чреспеченочная эхинококкэктомия. В группе сравнения всем больным произведены лапароскопические открытые методы оперативных вмешательств. Из них 13 (20,0%) больным с непаразитарными кистами печени произведено лапароскопическая фенестрация кист с обработкой их

эпителиальной выстилки, 19 (29,2%) больным эхинококкозом печени произведено лапароскопическая эхинококкэктомия из печени. Лапаротомия фенестрация кист с обработкой их эпителиальной выстилки и лапаротомная эхинококкэктомия из

печени произведено 6 (9,2%) и 24 (36,9%) больным с непаразитарными и паразитарными кистами печени соответственно.

Таблица 1.

Методы хирургического лечения кистозных образований печени

Показания к операции	Исследуемые группы								Всего (n=117)		
	Группа сравнения (n=65)				Основная группа (n=52)						
	Солитарные кисты (n=38)		Множественные кисты (n=12)		Поликистоз печени (n=15)	Солитарные кисты (n=42)		Множественные кисты (n=10)			
	параз.	непараз.	параз.	непараз.		параз.	непараз.	параз.			непараз.
Чрескожная пункция и склерозирование кист							32		7	39	33,3
Чрескожная чреспеченочная эхинококкэктомия						10		3		13	11,1
Лапароскопическая фенестрация кист с обработкой их эпителиальной выстилки		5*		2	6					13	11,1
Лапароскопическая эхинококкэктомия из печени	12		7							19	16,2
Лапаротомия фенестрация кист с обработкой их эпителиальной выстилки					6					6	5,1
Лапаротомная эхинококкэктомия из печени	21		3							24	20,5
Сегментэктомия или атипичная резекция печени					3					3	2,6

Примечание: * различие достоверно (p<0,05)

Сегментэктомия и атипичная резекция печени произведено соответственно 1 (1,5%) и 2 (3,1%) больным с поликистозами печени.

Начиная с 2016 года, мы начали применять пункционно-дренирующие способы кистэктомии, известные как PAIR (Punction-Aspiration-Injection-Reaspiration чрескожный метод пункционного лечения) и PEVAC (Percutaneous-Evacuation of cyst contents чрескожный метод пункционной эвакуации и дренирования полости).

Проведение чрескожной пункции и склерозирования кист печени под ультразвуковым контролем считали показанным при наличии солитарных и множественных кист печени размерами 5 см и более в диаметре при наличии противопоказаний к проведению лапароскопических операций. Эхосонографически истинные кисты представляли собой ограниченные тонкой

стенкой (0,1 – 0,2 см) полости округлой или овальной формы без экзогенности внутреннего пространства с четкими, ровными контурами и наличием хорошо различимой задней стенки, отсутствием внутренних отражений и характерным усилением эхосигналов непосредственно за кистозным образованием. При наличии внутрисветовой перегородки кисты визуализировался характерный пятнистый рисунок. О кровоизлиянии в полость кисты или ее инфицировании свидетельствовали внутрисветовые эхо-сигналы.

Чрескожная пункция также была произведена у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, которым было противопоказано выполнение операций через лапаротомный доступ.

У 4 (7,7%) пациентов была выполнена только аспирация содержимого кисты (табл. 2).

Таблица 2.

Пункционные методы лечения непаразитарных кист печени

Пункционные методы лечения	Количество пациентов (%)
Пункция и аспирация содержимого кисты	4 (7,7%)
Пункция, аспирация содержимого и склерозирование кисты	31 (59,6%)
Пункция, аспирация содержимого, склерозирование и дренирование кисты	17 (32,7%)
Всего	52 (100%)

Основным пункционным методом лечения у исследуемых пациентов явилась чрескожная пункция и склерозирования кист печени, которая была выполнена у 31 (59,6%) больному. В качестве склерозирующего вещества мы применяли 96% спирт, вводя его в полость кисты в объеме 40-45% от количества эвакуированной жидкости. При кистах большого размера,

производили инстилляцию в объеме 40-60 мл спирта с целью предотвращения интоксикации. Экспозиция составляла 5 минут, при этом пациенту предлагалось несколько раз поменять положение тела, для увеличения контакта внутренней выстилки кисты со склерозантом, после чего повторно проводилась полноценная эвакуация содержимого кисты с последующим

удалением иглы. Следует отметить, что большинство авторов в качестве склерозанта так же предлагают использовать 96% спирт в сочетании с йодом.

Результаты исследования. После выполнения вышеперечисленных вмешательств по указанным показаниям

диагностирован ряд осложнений. Нами проанализирован их качественный и количественный состав в зависимости от способа хирургического лечения (табл. 3).

Таблица 3.

Осложнения хирургического лечения кист печени

Результаты лечения	Группа пациентов		
	Чрескожная пункция (n=52)	Лапароскопия (n=32)	Лапаротомия (n=33)
Интраоперационные осложнения			
Кровотечение	1 (1,9%)		
Желчеистечение	1 (1,9%)		
Аллергическая реакция	1 (1,9%)	1 (3,1%)	
Прокол плеврального синуса	1 (1,9%)		
Обсеменение брюшной полости		1 (3,1%)	
Осложнения в раннем послеоперационном периоде			
Общие:			
Плеврит	1 (1,9%)		1 (3,0%)
Бронхолегочные осложнения		1 (3,1%)	2 (6,1%)
Сердечно-сосудистые осложнения		1 (3,1%)	1 (3,0%)
Острый пиелонефрит			1 (3,0%)
Специфические:			
Нагноение остаточной полости	2 (3,8%)	2 (6,2%)	3 (9,1%)
Желчеистечение по дренажу		1 (3,1%)	6 (18,2%)
Гнойный холангит			1 (3,0%)
Нагноение послеоперационной раны			2 (6,1%)
Динамическая кишечная непроходимость			1 (3,0%)
Всего осложнений:	7 (13,5%)	7 (21,9%)	18 (54,5%)*
Всего больных:	5 (9,6%)	5 (15,6%)	11 (33,3%)

Примечание: *различие достоверно (p<0,05)

Наиболее частым осложнением явился нагноение остаточной полости, достоверно (p<0,05) чаще наблюдавшийся после операций по поводу эхинококкоза печени, произведенных через лапаротомный доступ. Общее число осложнений – 32 (27,3%) было также достоверно (p<0,05) выше после лапаротомной эхинококкэктомии, фенестраций кист,

атипичных резекций печени и иных операций, выполняемых традиционным открытым доступом.

В ходе данного исследования были изучены временные параметры всех методик хирургического лечения кист печени (табл. 4.).

Таблица 4.

Длительность лечения, операции и послеоперационного пребывания в стационаре при различных методах хирургического лечения

Параметр	Хирургический доступ				
	Чрескожная пункция (n=52)	Лапароскопия (n=32)		Лапаротомия (n=33)	
		Солит. и множ. кисты	Поли-кистоз	Солит. и множ. кисты	Поли-кистоз
Длительность пребывания в стационаре (ч)	16,2±4,4	72,6±10,4	47,8±16,4	312,2±96,8*	336,6±144,2*
Длительность операции (мин)	38,4±6,2	62,8±20,4*	52,4±22,6*	93,4±12,8*	106,2±14,4*
Длительность пребывания в стационаре после операции (ч)	6,8±1,2	22,6±6,4	18,4±6,2	192,4±24,2*	192,6±24,2*

Примечание: *различие достоверно (p<0,05)

Максимальный срок пребывания в стационаре отмечен у пациентов после хирургических вмешательств, выполненных по поводу поликистоза печени через лапаротомный доступ. Практически такое же время было затрачено на лечение пациентов после открытой эхинококкэктомии и иных вмешательств по поводу солитарных и множественных кист печени. Длительность пребывания в стационаре пациентов с применением миниинвазивных хирургических методик была достоверно (p<0,05) меньше. Аналогичная картина наблюдается при сравнении длительности послеоперационного стационарного

лечения после открытых методов хирургического лечения, что достоверно (p<0,05) дольше, чем после миниинвазивных методик.

Выводы. Чрескожная пункционная кистэктомия является современным малоинвазивным методом хирургического лечения паразитарных и непаразитарных кист печени, обладающая большой клинической эффективностью, что имеет немаловажное социальное значение и экономический эффект в сравнении с лапароскопическими и традиционными способами. Преимущества вмешательства заключается в ранней послеоперационной реабилитации больных, снижении (с 38,5% до 13,5%) или

предупреждении различных видов осложнений, характерных для лапароскопических и открытых традиционных операций, а также сокращении сроков пребывания в стационаре с $312,2 \pm 96,8$ до $16,2 \pm 4,4$ ч.

Анализ отдаленных результатов диаплевтических вмешательств при кистах печени показал радикальность метода, являясь более предпочтительным у больных непаразитарными кистами печени и может быть операцией выбора у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Ахмедов Р. М. и др. Мининвазивные вмешательства при эхинококкозе печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2010. – Т. 15. – №. 3. – С. 99-104.
2. Васильев В. В. и др. Диагностика и чрескожное пункционное лечение поликистоза печени и поликистозной гепаторенальной болезни // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина*. – 2017. – Т. 12. – №. 2. – С. 136-144.
3. Жаворонкова О. И. Чрескожное склерозирующее лечение крупных и гигантских непаразитарных кист печени под ультразвуковым контролем: дис. – М. : Автореф. дис... канд. мед. наук, 2007.
4. Котельникова Л. П., Бусырев Ю. Б., Белякова Я. В. Лечение непаразитарных кист печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2014. – Т. 19. – №. 1. – С. 60-67.
5. Назыров Ф. Г., Акилов Х. А., Икрамов А. И. Лучевые методы исследований в диагностике и лечении гнойных осложнений эхинококкоза печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2001. – Т. 6. – №. 1. – С. 47-51.
6. Рахманов К. Э., Давлатов С. С. Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени // *Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии*. – 2017. – С. 226-227.
7. Толстиков А. П., Захарова А. В. Минимально инвазивная хирургия в лечении больных с непаразитарными кистами печени // *Медицинский альманах*. – 2010. – №. 1. – С. 151-152.
8. Шамсиев А. М. и др. Эхинококкоз печени: частота встречаемости, патогенез, классификация, диагностика и лечение (Обзор литературы) // *Клінічна та експериментальна патологія*. – 2018. – №. 17, № 3. – С. 126-133.
9. Шамсиев Ж. А. и др. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // *European science*. – 2017. – №. 7 (29). – С. 49-54.
10. Akhan O. et al. Percutaneous treatment of simple hepatic cysts: the long-term results of PAIR and catheterization techniques as single-session procedures // *Cardiovascular and interventional radiology*. – 2016. – Т. 39. – С. 902-908.
11. Cherradi Y. et al. Long-Term Results of Percutaneous Management of Liver Hydatid Cysts: -Experience of a University Hospital in Endemic Region // *Journal of Medical and Surgical Research*. – 2016. – Т. 3. – С. 275-281.

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 4, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 4, ISSUE 3

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000