

# 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. Мусабаев (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](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).

## СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

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

**For citation:** Umarqulov Z. Z., Xamidov O.A., Davlatov S.S., Usmonov A. U./ The role of diapaetic methods in the surgical treatment of cystic liver formations. Journal of hepato-gastroenterology research. 2023. vol. 4, issue 3. pp.46-50

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10511107>

## РЕЗЮМЕ

Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 39 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 или предупреждении различных видов осложнений, характерных для лапароскопических и открытых традиционных операций, а также сокращении сроков пребывания в стационаре.

**Ключевые слова:** кистозные образование печени, хирургическое лечение, диапевтические вмешательства.

**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 kafedrasida 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 kafedrasida.  
Buxoro davlat tibbiyot instituti. Buxoro, O'zbekiston

## JIGAR KISTOZLI HOSILALARINI JARROHLIK DAVOLASHDA DIAPEVTIK USULLARNING O'RNI

## ANNOTATSIYA

Tadqiqot 2016 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda Samarqand davlat tibbiyot universiteti ko'p tarmoqli klinikasining jarrohlik bo'limida diapevtik va jarrohlik aralashuvlarini o'tkazgan 39 nafar bemorni klinik va laboratoriya tekshiruviga asoslangan. Diapevtik aralashuvlarning

afzalliklari bemorlarni operatsiyadan keyingi yerta rehabilitatsiya qilish, laparoskopik va ochiq an'anaviy operatsiyalarga xos bo'lgan turli xil asoratlarni kamaytirish yoki oldini olish, shuningdek kasalxonada qolishni kamaytirishdir.

**Kalit so'zlar:** kistik jigar shakllanishi, jarrohlik davolash, diapevtik aralashuvlar.

**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 DIAPEUTIC METHODS IN THE SURGICAL TREATMENT OF CYSTIC LIVER FORMATIONS

### ABSTRACT

The study is based on a clinical and laboratory examination of 39 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 or prevention of various types of complications characteristic of laparoscopic and open traditional operations, as well as reduction of hospital stay.

**Key words:** cystic liver formation, surgical treatment, diapeutic interventions.

**Актуальность исследования.** 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 [2, 4, 7]. 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 [3, 5, 7, 10]. PAI и Örmeci предполагают оставление в полости гермицида, что не способствует уменьшению остаточной полости и увеличивает риск нагноения. 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 [1, 4, 6, 8]. 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 клинко-лабораторном обследовании 39 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. 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). Чрескожная пункция и склерозирование непаразитарных кист печени под ультразвуковым контролем выполнена у 39 пациентам. Всего было оперировано 6 (15,4%) мужчин и 33 (84,6%) женщин с серозными кистами печени от 4 до 15 см в диаметре. Солитарные кисты, локализующиеся в подавляющем большинстве наблюдений в правой доле печени, диагностированы у 4 (10,2%) мужчин и у 17 (43,6%) женщин, множественные – соответственно у 2 (5,1%) мужчин и у 25 (64,1%) пациенток.

Проведение чрескожной пункции и склерозирования кист печени под ультразвуковым контролем считали показанным при наличии солитарных и множественных истинных непаразитарных кист печени размерами 5 см и более в диаметре при наличии противопоказаний к проведению лапароскопических операций. Эхоэхографически истинные кисты представляли собой ограниченные тонкой стенкой (0,1 – 0,2 см) полости округлой или овальной формы без эхогенности внутреннего пространства с четкими, ровными контурами и наличием хорошо различимой задней стенки, отсутствием внутренних отражений и характерным усилением эхо-сигналов непосредственно за кистозным образованием. При наличии внутрипросветной перегородки кисты визуализировался характерный пятнистый рисунок. О кровоизлиянии в полость кисты или ее инфицировании свидетельствовали внутрипросветные эхо-сигналы.

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

Процедура осуществлялась в операционной комнате с оснащенной высокими технологиями, в том числе ультразвуковым аппаратом ALOCA SSD-630 (Япония). В зависимости от локализации кисты предавали больному специальное положение с целью предотвращения прохождения иглы через плевральный синус и удобного манипулирования без повреждений полых органов брюшной полости.

У 4 (10,2%) пациентов была выполнена только аспирация содержимого кисты (табл. 1).

Таблица 1.

## Пункционные методы лечения непаразитарных кист печени

Пункционные методы лечения	Количество пациентов (%)
Пункция и аспирация содержимого кисты	4 (10,2%)
Пункция, аспирация содержимого и склерозирование кисты	31 (79,5%)
Пункция, аспирация содержимого, склерозирование и дренирование кисты	4 (10,2%)
Всего	39 (100%)

Основным пункционным методом лечения у исследуемых пациентов явилась чрескожная пункция и склерозирования кист печени, которая была выполнена у 31 (79,5%) 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.

При разработке и практическом применении методики обработки эпителиальной выстилки кисты руководствовались двумя основными правилами:

**Правило 1.** Полное опорожнение кисты перед проведением склерозирующей терапии. В противном случае вынужденное снижение концентрации вводимого этилового спирта может обусловить неэффективность склерозирующей терапии с последующим рецидивом кист печени.

**Правило 2.** Учитывая данные литературы о возможности развития склерозирующего холангита при алкоголизации полости кисты после ее пункции, или пункции и катетеризации, до введения 96% спирта исключали наличие цистобилиарных свищей. С этой целью прежде всего проводили визуальную оценку цвета содержимого кисты печени. По данным литературы, желтая окраска достоверно свидетельствует о наличии в кистозной жидкости билирубина. В то же время при наличии примеси крови в содержимом кисты вследствие кровотечения в ее полость, либо после возможного повреждения кровеносного сосуда при чреспаренхиматозной пункции визуальная диагностика наличия желчи не представляется возможной. В такой ситуации в начале нашего исследования применяли биохимическое исследование кистозного эвакуата с целью определения содержания в нем билирубина.

Об эффективности применяемых методов диагностики цистобилиарных свищей при склерозирующей алкоголизации НПКП свидетельствует полное отсутствие осложнений соответствующего рода у наших пациентов.

**Правило 3.** Обязательное бактериологическое исследование содержимого кисты и интракистозное введение антибиотика широкого спектра действия с последующей коррекцией пункционной антибактериальной терапии в динамике согласно результатам бактериологических исследований.

В 3 (7,7%) случаях потребовалось дополнительное пунктирование остаточных полостей, у 2 пациенток - двукратное, еще в 1 наблюдении – трехкратное. У 1 (2,6%) пациента с крупными НКП с первичным диаметром более 9,5 см потребовалось повторная госпитализация с целью продолжения пункционного лечения ввиду сохраняющейся кистозной полости. Формирование остаточных полостей не считали осложнением операции и расценивали как отсроченную реакцию паренхимы печени на перифокальное воспаление. В то же время рецидивное накопление жидкости в остаточной полости могло свидетельствовать о неполном уничтожении эпителиальной выстилки кисты. В этой связи повторное пунктирование каждый раз дополняли алкоголизацией полости.

В 3 (7,7%) наблюдениях пункция, аспирация содержимого и склерозирование кисты были дополнены дренированием остаточной полости при помощи катетера Pigtail. Дренирование

осуществляли при крупных НПКП, а также с целью обеспечения возможности многократной обработки эпителиальной выстилки спиртом. В 1 (2,6%) случае данный метод был применен ввиду нагноения остаточной полости кисты, а у остальных 2 (5,1%) наблюдениях - при крупных кистах размерами более 9,5 см в диаметре. Ежедневно в полость кисты на 5-10 минут вводили 96% раствор этилового спирта в объеме до 50 мл. Длительность дренирования составила от 3 до 7 дней, в зависимости от динамики облитерации кистозной полости.

**Результаты исследования.** Непосредственные результаты чрескожных вмешательств при кистозных образованиях печени оценивались по наличию интраоперационных осложнений и неудовлетворительным результатам в раннем послеоперационном периоде.

Интраоперационные осложнения оценивались по следующим показателям:

- кровотечение
- повреждение желчных путей и желчеистечение
- прокол плеврального синуса
- повреждение полых органов
- аллергические осложнения.

Неудовлетворительные результаты в раннем послеоперационном периоде оценивались по следующим показателям:

- обсеменение брюшной полости
- инфицирование остаточной полости
- желчный перитонит
- поддиафрагмальный абсцесс
- плеврит.

Интраоперационные осложнения было отмечено у 3 больных с эхинококкозом печени. Как было отмечено в 3 главе диссертации в 2-х случаях у больных с эхинококкозом печени во время диапневтического вмешательства из-за профузного кровотечения в одном случае и обильного желчеистечения в другом случае из-за прямого прокалывания просвета желчного пузыря через просвет кисты потребовалось экстренная лапаротомия с продолжением операции открытым способом. Прокол стенки желчного пузыря был оценен по данным интраоперационной сонографии, где выявлено резкое сморщивание напряженного пузыря. У 1 больной во время диапневтического вмешательства отмечено аллергическая реакция в виде гиперемии кожных покровов, крапивницы, невыраженной тахикардии. Симптомы разрешились на операционном столе путем применения десенсибилизирующих препаратов и глюкокортикостероидов. В послеоперационном периоде подобных реакций мы не наблюдали. В остальных случаях ни у одного пациента не развилось сколько – либо выраженной аллергической реакции, не говоря уже об анафилактическом шоке. Особую роль в отсутствии выраженных аллергических реакций играет тот факт, что всем пациентам до операционного периода в амбулаторных условиях проводили десенсибилизационную терапию. До операции в течении 10 дней назначали антигистаминные препараты, далее три дня до операции назначали глюкокортикостероиды.

Интраоперационно прокол плеврального синуса и повреждение полых органов нами не отмечено, но в раннем послеоперационном периоде у 1 больной отмечен экссудативный плеврит справа. Возможно, был прокол плеврального синуса во время чрескожного пунктирования непаразитарной кисты локализацией в диафрагмальной поверхности VII сегмента печени. В 2-х наблюдениях через 3-4 дня после катетеризационного дренирования кисты возникло нагноение остаточной полости. Из них в 1 случае после катетеризации и дренирования

непаразитарной кисты, которое потребовало срочной госпитализации пациента и проведения повторного пункционного дренирования. Следует отметить крайне низкий уровень

осложнений, из которых лишь 1 (2,6% из 39 больных) может быть расценено, как обусловленное процедурой, точнее несоблюдением третьего из вышеперечисленных правил (табл 2).

Таблица 2.

#### Методы хирургического лечения кистозных образований печени

Осложнения	Солитарные кисты (n=32)	Множественные кисты (n=7)	Всего (n=39)
Интраоперационные осложнения			
Прокол плеврального синуса	1 (3,1%)	-	1 (2,6%)
Осложнения в раннем послеоперационном периоде			
Плеврит	1 (3,1%)	-	1 (2,6%)
Нагноение остаточной полости		1 (14,3%)	1 (2,6%)
Всего осложнений	2 (6,2%)	1 (14,3%)	3 (7,7%)

Как представлено в таблице 2 после диапневтических вмешательств не отмечено таких возможных осложнений как, обсеменение брюшной полости, желчный перитонит, поддиафрагмальный абсцесс и повреждение полых органов брюшной полости.

Длительное и обильное отделяемое по контрольным дренажам удлиняло сроки нахождения дренажей, что, несомненно, отразилось на качестве жизни пациентов, а в ряде случаев

приводило к инфицированию содержимого остаточной полости в печени. В связи с этим, в каждом случае стремились к раннему удалению дренажей, но они удалялись только после практически полного прекращения отделяемого.

Приведем также важные данные, характеризующие временные показатели лечения пациентов с кистами печени, косвенно свидетельствующие о необходимых финансовых затратах (табл. 3).

Таблица 3.

#### Временные параметры применения чрескожнопункционного лечения кист печени

Временные параметры	Солитарные кисты (n=32)		Множественные кисты (n=7)
	PAIR (n=25)	PEVAC (n=7)	PAIR (n=7)
Общая длительность пребывания в стационаре (ч)	8,3±3,2	16,2±4,4	8,1±2,8
Длительность операции (мин)	20,1±8,3	30,6±7,8	22,4±7,2
Длительность пребывания в стационаре после операции (ч)	5,3±1,2	6,2±2,4	5,1±1,8

Общая длительность пребывания больных в стационаре, продолжительность операции и сроки послеоперационного стационарного лечения заметно снизились, нежели у больных с традиционными методами лечения.

**Выводы.** Анализ чрескожно – пункционных методов хирургических операций выявил широкие возможности лечебно-диагностической тактики ведения больных с кистами печени, которая позволяет обеспечить в большинстве случаев выполнение оперативного вмешательства в условиях более благоприятных для пациента. Пациенты с непаразитарными солитарными кистами или доминирующей кистой при поликистозной болезни до 5 см в диаметре нуждаются в динамическом наблюдении. Показаниями к пункционным кистэктомиям являются непаразитарные солитарные и множественные кисты печени размеры которых 5 см и более. Противопоказаниями являются локализацию кист по задней поверхности печени, а также интрапаренхиматозное расположение.

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 или предупреждении различных видов осложнений, характерных для лапароскопических и открытых традиционных операций, а также сокращении сроков пребывания в стационаре.

Анализ отдаленных результатов диапневтических 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. Глушков Н. И., Скородумов А. В., Пахмутова Ю. А. Ультразвуковая Диагностика и диапневтика очаговых жидкостных поражений печени //Кубанский научный медицинский вестник. – 2007. – №. 4-5. – С. 170-173.
2. Жаворонкова О. И. Чрескожное склерозирующее лечение крупных и гигантских непаразитарных кист печени под ультразвуковым контролем: дис. – М. : Автореф. дис... канд. мед. наук, 2007.
3. Котельникова Л. П., Бусырев Ю. Б., Белякова Я. В. Лечение непаразитарных кист печени //Анналы хирургической гепатологии. – 2014. – Т. 19. – №. 1. – С. 60-67.
4. 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.
5. Рахманов К. Э., Давлатов С. С. Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени //Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. – 2017. – С. 226-227.
6. Толстиков А. П., Захарова А. В. Минимально инвазивная хирургия в лечении больных с непаразитарными кистами печени //Медицинский альманах. – 2010. – №. 1. – С. 151-152.
7. 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.
8. Шамсиев Ж. А. и др. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени //European science. – 2017. – №. 7 (29). – С. 49-54.



9. 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.
10. 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](http://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](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

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

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