



**ФУНДАМЕНТАЛ ВА  
КЛИНИК ТИББИЁТ  
АХБОРОТНОМАСИ**

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL  
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №2 (22)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL  
AND CLINIC MEDICINE**  
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК  
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**  
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И  
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим  
проблемам медицины  
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом  
имени Абу Али ибн Сино  
выходит один раз в 2 месяца

*Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ*

**Редакционная коллегия:**

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),  
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),  
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,  
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,  
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный  
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

**2026, № 2 (22)**

## Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.  
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

**Телефон** (99865) 223-00-50

**Факс** (99866) 223-00-50

**Сайт** <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya- klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

**e-mail** [baymuradovravshan@gmail.com](mailto:baymuradovravshan@gmail.com)

## О журнале

*Журнал зарегистрирован  
в Управлении печати и информации  
Бухарской области  
№ 1640 от 28 мая 2022 года.*

*Журнал внесен в список  
утвержденный приказом № 370/б  
от 8 мая 2025 года реестром ВАК  
в раздел медицинских наук.*

Отпечатано в типографии ООО  
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,  
ул. Ўзбекистон Мустақиллиги, 70/2.

## Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврұзов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ЛЕГКИХ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ Мирходжаев И.А.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, г. Бухара, Узбекистан

**Резюме.** В данной работе были изучены результаты лечения 16 беременных больных с эхинококкозом печени и легких. Оперативное лечение из этих больных выполнена в случае препятствия эхинококковых кист для естественного родоразрешения, проведены путём кесарева сечения с одновременной эхинококкэтомией печени, легких. Наиболее оптимальными сроками для операций были после 18 недель беременности. Для диагностики наиболее информативным методом является ультразвуковое исследование. А также определение антиген связывающих лимфоцитов в крови больных реагирующих эхинококковым антигеном.

**Ключевые слова:** эхинококк печени, антигельминтная терапия легких, диагностика.

## SURGICAL TREATMENT OF ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER, LUNGS AGAINST PREGNANCY Mirhodjaev I.A

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

**Resume.** In this paper, studies have been done to study the treatment of 16 pregnant patients with echinococcosis of the liver and lungs. Surgical treatment of these patients with fulfilled in the case of echinococcosis cyst for flying remittance is carried out by a caesarean section with simultaneous. Echinococsectomy liver lung. The best time for surgery is after 18 weeks pregnant. For the diagnosis of the most informative ultrasound examination, as well as the determination of the ASL of the blood of patients who have echinococcal antigen.

**Keywords:** diagnosis, echinococcus liver and lungs, antihelm therapy.

## ҲОМИЛАДОРЛИК ДАВРИДА ЖИГАР, ЎПКА ЭХИНОКОККОЗИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ Мирходжаев И.А.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро ш., Ўзбекистон

**Резюме.** Ушбу мақолада фертил ёшдаги жигар ва ўпка эхинококки билан касалланган 16 беморларни хирургик даволаш тактикаси, ҳамда унинг самарадорлиги таҳлил қилинди. Хомиладор аёлларда эхинококк паразитар кистаси туфайли табиий йўл билан тугиши жараёнига монелиklar бўлганда кесар кесиши ва бир моментли жигар ва ўпка эхинококкэтомияси операцияси бажарилган. Ушбу амалиётларни бажариши хомиладорликнинг 18 ҳафтадан кейинги муддатларида оптимал деб ҳисобланади. Хомиладорлик давридаги жигар ва ўпка эхинококкини таъхислашда информатив методлар сараенга ультратовуш сонографияси, иммуноспецифик реакциялар (РНГА, РДА, АБЛ) киради.

**Калит сўзлар:** жигар, ўпка эхинококки, таъхислаш, антигельминт терапия

**Введение.** Эхинококкоз тяжелое паразитарное заболевание человека, вызываемое цепнем *Echinococcus granulosus*, которое эндемическое распространение или регистрируется в виде спорадических случаев. Источником заражения для человека являются собаки. Человек и сельскохозяйственные животные являются промежуточными хозяевами, у которых заболевание обязательно проходит стадию формирования кист. Эхинококковые кисты могут локализоваться в любом органе, включая костную и мышечную ткань [11,13]. Множественный эхинококкоз органа и мультивисцеральное поражение представляют тяжелые и опасные для жизни варианты течения заболевания [11,12,13]. Проблема хирургического лечения эхинококковой болезни является наиболее актуальной для Республики Узбекистан. Это связано с высоким уровнем заболеваемости как в масштабе Республики (от 6 до 9 человек на 100.000 населения), так и в Бухарской области (от 12 до 15 человек на 100.000 населения) (1.2). Если учесть, что 64% от общего число заболевших составляют женщины детородного возраста (от 18 до 45 лет), то актуальность этой проблемы становится еще выразительнее, злободневной.

Хотя подобный эффект не наблюдались у человека, рекомендуется воздержаться от использования альбендазола и мебендазола у беременных женщин, отстрочив начало химиотерапии на послеродовой период, или использовать данные препараты только в особо тяжелых случаях во втором и третьем триместрах беременности, после тщательного анализа всех возможных рисков. В любом случае, критическим периодом для назначения альбендазола, является период между 10-й и 12-й недели гестации, после которого у пациенток с большими или множественными кистами терапия может быть возобновлена и продолжена до родов.

Дополнительной причиной в пользу выбора антигельментного лечения является высокая вероятность ускоренного роста кисты при беременности в условиях сниженного клеточного иммунитета. Во время родов фармако-терапевтическая поддержка рекомендуется профилактической на случай разрыва кисты. Если эхинококковая киста является препятствием для естественного родоразрешения, роды должны быть проведены путем кесарева сечения с одновременным, если это возможно, удалением паразитарной кисты. Женщина фертильного возраста в период противопаразитарного лечения рекомендуется контрацепция, включая, как минимум месяца после окончания терапии.

Опыт оперативного метода лечения эхинококкозов на фоне беременности мало освещены в отечественной и зарубежной литературе.

**Целью нашего исследования** явилось изучение особенности течения, ранней диагностики и лечения больных с эхинококкозом печени, легких беременных женщин.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением в период с 2000 по 2018гг. находились 16 беременных с эхинококкозом печени и эхинококкозом легких в возрасте 18-35 лет. С целью диагностики заболевания использовали малоинвазивные методы (ультразвуковое и МРТ исследование), сероиммунологические реакции реакция непрямой гемагглютинации (РНГА), определение антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) в периферической крови, реакция сколекспреципитации (РСП). Больные были направлены акушер гинекологами, с момента поступления в клинику осматривались совместно хирургами и акушер гинекологами.

**Результаты и обсуждение.** Больные предъявляли жалобы на боли, чувство тяжести в эпигастрии или правого подреберья (83%), в области грудной клетки, общую слабость, разбитость (62%), кожные высыпания на теле (12%) в качестве аллергической реакции, быструю утомляемость, тошноту, рвоту, диспепсические расстройства (18%), одышку, редкий сухой кашель.

При ультразвуковом исследовании эхинококковые кисты локализовались у 2 больных в V-VI, а у остальных в VII-VIII сегментах печени, размерами кист от 4 до 12 см. У 5 больных рентгенологически выявлены кистозные образования в нижних долях легких (3 справа, 2 слева). Положительная РНГА в титрах 1:320 и выше выявлен у 15 больных, а у одной слабо положительной (1:160). При этом положительная реакция АСЛ наблюдалась у всех 16 больных т.е. количество антигенсвязывающих лимфоцитов в периферической крови составила 25% и выше. Сроки беременности составили 18-24 недели, из них первородящих 9 повторно-7.

При объективном осмотре больных выявлены: сглаживание и асимметрия межреберного промежутка (81%), увеличение размеров печени и ее болезненность (60%) у 1 больного наблюдалось повышение температуры тела до (38 С) с нагноившей кистой печени.

После установления диагноза и кратковременной предоперационной подготовки все больные оперированы. При этом применялось обезболивание общее эндотрахеальное щадящее, адекватное и не влияющее на развитие внутриутробного плода со снижением сократительной способности матки, с целью профилактики преждевременного выкидыша. Закрытая одномоментная эхинококкэктомия печени выполнена 3 больным и 3 больным с неосложненной формой эхинококкоза печени, применена полузакрытая эхинококкэктомия, 1 больному с нагноившейся эхинококковой кистой печени также произведена полузакрытая эхинококкэктомия. Среди мер профилактики рецидивов заболевания важную роль играет обезвреживание зародышевых элементов паразита. С этой целью антипаразитарную обработку остаточной полости осуществляли спиртом 70<sup>0</sup>, а также 80% глицерином, после чего производился капитонаж остаточной полости с наложением прецизионного шва на желчные свищи

Двум больным с эхинококкозом легких на фоне беременности произведена переднебоковая торакотомия, эхинококкэктомия легких с капитонажем остаточной полости по Дельбе, дренирование плевральной полости. Одновременно больным в послеоперационном периоде, проводилась терапия направленная на улучшающий обмен маточно-плацентарного кровообращения. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. раны зажили первичным натяжением. Остаточные эхинококковые полости печени также заполнились грануляционной тканью. Родоразрешения произошли в срок, роды вагинальные, дети выношенные, здоровые.

У 9 оперированных нами больных была произведена УЗИ. рентгенологические исследования в динамике через 6-12-18 месяцев, после применения операций рецидива не выявлено. Мы воздержались от антипаразитарных препаратов с целью профилактики рецидивов в период беременности и лактации. У 2 больных, отказавшихся от грудного вскармливания проведена послеоперационная противорецидивная антипаразитарная терапия по 10-12 мг/кг веса (альбендазол, зентел) больного (от 1-го до 3-х курсов). У 4 больных эхинококком печени и у 3-х больных эхинококком легкого, из-за небольших размеров эхинококковых кист и бессимптомное течение, отказана в операции с рекомендацией наблюдения у хирурга, акушер-гинеколога до периодов разрешения родов, с обязательным участием хирурга во время родов с соответствующей подготовкой к операции и профилактике аллергических осложнений. Тщательный анализ клинических проявлений и применение современных методов диагностики эхинококкоза печени на фоне беременности позволяет своевременно установить диагноз. При этом наиболее информативными являются ультразвуковое исследование, а также определение антигенсвязывающих лимфоцитов крови больных, реагирующих эхинококковым антигеном.

Оперативная тактика при эхинококкозе печени и легких на фоне беременности должна быть индивидуализирована в зависимости от срока беременности, состояния беременной и других факторов. Если эхинококковая киста является препятствием для естественного родоразрешения, роды должны быть проведены путем кесарева сечения с одновременным, если это возможно, удалением элементов паразитарной кисты. Женщинам фертильного возраста в период профилактического антипаразитарного лечения рекомендуется контрацепция, включая, как минимум 1 месяц после окончания терапии. Наиболее оправданы операции эхинококкэктомии после 18 недель беременности.

**Выводы.** Таким образом, терапия цистного эхинококкоза печени в период беременности должна проводиться на основе индивидуального подхода в зависимости от статуса матери, плода и стадии паразитарной кисты. Решение о выборе антипаразитарной схемы лечения принимается консилиумом врачей специалистов (акушер-гинеколог, хирург, инфекционист. ВОП), обязательно наличие информативного согласия пациентки. В дальнейшем эти больные должны находиться под строгим наблюдением акушер-гинеколога и хирурга.

#### Список литературы:

1. Абдиев Т.А., Вахабов Т.А. Прогноз изменения ситуации по эхинококкозу, среди населения в Узбекистане // Мед. паразитол.и паразитарные боль 2000.-3-с.53-54.
2. Ахмедов Р.М., Мирходжаев И.А. Осложненный эхинококкоз. 2016г.
3. Барыков В.Н. и др "Результаты хирургического лечения паразитарных заболеваний печени" В. сб. Материалы XXII Международного Конгресса "Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии" 2015г. с. 4-5.
4. Илхамов Ф.А. Совершенствование традиционных и разработка новых методов хирургического лечения эхинококкоза печени: Автореф.дис.д-ра мед.наук Ташкент-2005
5. Кротов Н.Ф., Ганиев Ш.А. Эхинококкоз человека: принципы антигельментной фармакотерапии: Метод. разработка.-Ташкент, 2006.-с.12.
6. Ходжибаев Ф.А. и др. Хирургическое лечение эхинококкоза печени с синдромом механической желтухи. Ж: Хирургия Узб., 2018г. №3.с.58.
7. Касымов А.А. Методы обеззараживания полости фиброзной капсулы при рецидивном эхинококкозе печени. Ж: Хирургия Узб., 2018г, №3, с.22-23.
8. Zeybek B., Ergenoglu A. M., Ulukus M. Hepatic hydatid disease during pregnancy. Ege journal of medicine/Ege Tip Dergisi 2010 49(3):197-199,
9. Hasan Ekim., Meral Ekim. Echinococcal tension pneumothorax inapregant woman. Pak j med Sci 2009 vol.25. No. I www.pjms.com.pk
10. Charalambous, G.K. Three Cases of Primary Hydatidosis of Cluteus Musele: Our Experience in Clinical, Diagnostic and Treatment Aspects / G.K. Charalambous. V.A. Katergiannakis, A.J. Manouras// Chirurgia. -2014-vol No 109
12. Осложнения множественного эхинококкоза печени/ Б. Монхтоогоо, Ц.Ишдорж. С.Эрдэнэ //Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. -2005. - №7 (45). – 78-80.
13. Multivisceral Echinococcosis: Concept, Diagnosis, Management / C. Grozavu, M. Plias, D. Pantile // Chirurgia-2014. Vol. 109. № 6. - P. 758-768.

Для цитирования: Мирходжаев И.А. Хирургическое лечение эхинококкоза печени, легких на фоне беременности // Вестник фундаментальной и клинической медицины. – 2026. – № 2(22). – С. 310–312. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18643265>