





БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ  
ИНСТИТУТИ



ISSN 0000-0000

DOI Journal 10.26739/0000-0000

# ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2024

# ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№2 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2024-2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

**Ш.Ж. ТЕШАЕВ**

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ  
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

М.Ж. Саноева  
У.К. Абдуллаева  
Д.А. Хасанова  
М.Н. Исматова  
С.С. Давлатов  
А.Р. Облоқулов  
Ш.Т. Ўроқов  
Н.У. Нарзуллаев  
Ш.Б. Ахророва  
В.Р. Акрамов  
У.С. Мамедов  
И.К. Садуллоева  
Г.Ж. Жарилкасинова  
А.А. Саидов  
Н.Н. Каримова  
Д.А. Набиева

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

Н.А. Нуралиев (Бухара)  
А.Г. Гадаев (Ташкент)  
Г.Н. Собирова (Ташкент)  
М.М. Каримов (Ташкент)  
У.К. Қаямов (Ташкент)  
Л.Б. Новикова (Россия Федерацияси)  
О.И. Летяева (Россия Федерацияси)  
И.В. Реверчук (Россия Федерацияси)  
Edip Gonullu (Турция)  
Eva Lietto (Италия)

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

## О журнале

Журнал зарегистрирован в Агентство информации и  
массовых коммуникаций при Администрации  
Президента Республики Узбекистан  
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,  
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23  
Телефон: +998(65)2230050  
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>  
e-mail: [abumkur14@gmail.com](mailto:abumkur14@gmail.com)

<b>1. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.</b>	
Effectiveness of comprehensive treatment of peptic ulcer .....	6
<b>2. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.</b>	
Therapeutic diet for ulcer disease in the Khorezm region.....	10
<b>3. Akhrorova L.B.</b>	
Study of the main serum cytokines in patients with liver echinococcosis.....	15
<b>4. Boltayev E.B.</b>	
Травматологик оперatsiyalar vaqtida o`tkaziladigan regional anesteziyada deksmedetomidinning roli.....	19
<b>5. Ergashov B.B.</b>	
Onkologik bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari.....	24
<b>6. Ergashov B.B.</b>	
Chemotherapy and cardiac arrhythmias.....	29
<b>7. Eshniyazova G.Sh.</b>	
Yarali kolit bilan og`rigan bemorlarga mikronutrient yetishmovchiligi.....	37
<b>8. Gorbunov A.P., Pashov A.I., Reverchuk I.V., Gulyaeva A.A.</b>	
Psychopathological and stress conditions in women at threatened premature birth.....	41
<b>9. Hikmatov J.S.</b>	
Bronxoektazni davolashda differensiyalashgan immunokorreksiyalashning ahamiyati.....	47
<b>10. Mekhriddinov M.K.</b>	
Strangulation of the sigmoid colon was the cause of acute intestinal obstruction. Clinical case....	52
<b>11. Mirzoyeva M.R., Sadulloyeva R.S.</b>	
The spread of coronavirus infection around the world.....	56
<b>12. Mukhamedova M.S., Isaev I.S.</b>	
Improving the organization of prevention of non-communicable diseases.....	60
<b>13. Narzulloeva D.S.</b>	
Assessment of the sodium-uretic peptide system and the structural and functional status of the myocardium in patients with chronic heart failure.....	64
<b>14. Rajabov D.O'.</b>	
Diabetik tovon sindromini kompleks jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish.....	69
<b>15. Rakhimov A.Y.</b>	
Microflora analysis of osteomyelitis and osteoarthritis in patients with complicated form of diabetic foot syndrome.....	80
<b>16. Raupov F.S.</b>	
Bolalarda o`tkir bakterial destruktiv pnevmoniyaning kechish xususiyatlari.....	84
<b>17. Safarova G.A.</b>	
Clinical and laboratory aspects of patients with post-covid nephropathy.....	90
<b>18. Saidova L.B.</b>	
Analysis of childhood infections, particular hepatitis.....	95
<b>19. To'rayeva M.Sh., Gaziyeu K.U., Raximov A.Y.</b>	
Gigantomastiyani T-kesma mamoplastika texnikasi yordamida kichraytirish.....	101
<b>20. Umurova N.M.</b>	
Epidemiological aspects of the incidence of pollinosis in the Bukhara region.....	106
<b>21. Газиев К.У.</b>	
Операциядан кейинги қорин чурраларида герниопластиканинг турли усулларининг самарадорлигини қиёсий тавсифлаш.....	113
<b>22. Жумаева М.Ф.</b>	
Связь между тяжестью цирроза печени и анемией.....	118
<b>23. Жумаева М.Ф.</b>	
Редкие причины анемии наблюдаемые при заболеваниях печени.....	125

<b>24. Жумаева М.Ф.</b>	
Есть ли влияние анемии на развитие гепаторенального синдрома?.....	133
<b>25. Исмагова М.Н.</b>	
Корреляция между клинико-лабораторными показателями и структурными изменениями почек при различных типах хронического гломерулонефрита с нефротическим синдромом.....	137
<b>26. Мехридинов М.К., Носиров Ю.У.</b>	
Бактериальная деструкция легкого, как осложнение COVID-19-пневмонии.....	141
<b>27. Мирзоева М.Р., Ашурова Н.А.</b>	
COVID-19 касаллигининг ҳомиладорларда учраш даражаси ва кечиш хусусияти.....	145
<b>28. Мустафаева М.Р.</b>	
Контраст-индуцированная нефропатия у больных стабильной ишемической болезнью сердца и однолетний прогноз // Анналы клинических дисциплин.....	150
<b>29. Мухамеджанова М.Х.</b>	
Прогностическое значение феррокинетических показателей у больных гепатитом с ассоциацией с хронической сердечной недостаточностью.....	158
<b>30. Наврузова Л.Х.</b>	
Комплексный подход при лечении некариозных поражений твердых тканей зубов.....	163
<b>31. Ниёзов Ф.Ё.</b>	
Лечение эхинококковых кист печени у детей - путём лапароскопии и его возможности...	169
<b>32. Нуриддинов С.С.</b>	
Некоторые клинические характеристики больных детей с колостазом.....	175
<b>33. Орипова Ф.Ш.</b>	
Тухумдон эндометриомасини даволашнинг замонавий усулини ишлаб чиқиш.....	181
<b>34. Орипова Ф.Ш.</b>	
Исследование половых гормонов у женщин с эндометриомой яичника.....	185
<b>35. Остапенко Е.Н., Новикова Н.П., Хондожко В.Н.</b>	
К вопросу диагностики кардиоэмболических инфарктов мозга (случай из практики).....	191
<b>36. Раджабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш.</b>	
Результаты хирургических методов лечения больных с острым калькулёзным холециститом осложнённый холедохолитиазом.....	199
<b>37. Раджабова Г.Б.</b>	
Сирка кислотаси билан ўткир захарланган беморлар организмида тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми белгиларининг ташҳисий сезгирлиги ва маълумотлилик қиймати.....	209
<b>38. Саидова Н.Ф.</b>	
Глазная патология с преморбидном фоном у детей.....	219
<b>39. Тухтаев Д.А.</b>	
Предикторы развития кардиоренального синдрома у больных хронической болезнью почек.....	223
<b>40. Умурова Н.М.</b>	
Динамика суточного мониторирования артериального давления у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких и артериальной гипертонией среди мужского населения.....	229
<b>41. Хикматов Ж.С., Исматов Ж.К., Солиева Ш.С.</b>	
Эффективность применения повидон-йода при обработке остаточной полости после эхинококкэктомии легких.....	237

УДК:616. 576.895.121.56-053.2-06

Ниёзов Ф.Ё.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

**ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ - ПУТЬЁМ  
ЛАПАРОСКОПИИ И ЕГО ВОЗМОЖНОСТИ**<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.12788691>**АННОТАЦИЯ**

Выполнение лапароскопической эхинококкэктомии печени у детей вызывает меньшую степень хирургической агрессии на организм в послеоперационном периоде по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами, что обуславливает более мягкое течение послеоперационного периода.

Сокращены сроки пребывания больного в стационаре – с  $14,8 \pm 0,7$  до 7,6 койко-дня. Уменьшено общее количество послеоперационных осложнений – с 34,3% до 7,5%.

**Ключевые слова:** дети, лапароскопия, миниинвазивное лечения, эхинококкоз.

Niyozov F.E.

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston

**BOLALARDA EXINOKOKK JIGAR KISTALARINI LAPAROSKOPIYA YO'LI  
BILAN DAVOLASH VA UNING IMKONIYATLARI****ANNOTATSIYA**

Bolalarda laparoskopik jigar echinokokkektomiyasini o'tkazish an'anaviy jarrohlik aralashuvlarga qaraganda operatsiyadan keyingi davrda organizmga kamroq jarrohlik tajovuzni keltirib chiqaradi, bu esa operatsiyadan keyingi davrning engilroq kechishiga olib keladi.

Bemorning kasalxonada bo'lish muddati  $14,8 \pm 0,7$  dan 7,6 yotoq kunigacha qisqardi. Operatsiyadan keyingi asoratlarning umumiy soni 34,3% dan 7,5% gacha kamaydi.

**Kalit so'zlar:** bolalar, laparoskopiya, miniinvaziv davolash, echinokokkoz.

Niyozov F.E.

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

**TREATMENT OF ECHINOCOCCAL LIVER CYSTS IN CHILDREN - BY  
LAPAROSCOPY AND ITS POSSIBILITIES****SUMMARY**

Performing laparoscopic liver echinococcectomy in children causes a lesser degree of surgical aggression on the body in the postoperative period compared to traditional surgical interventions, which leads to a milder course of the postoperative period.

The length of stay of the patient in the hospital was reduced from  $14.8 \pm 0.7$  to 7.6 bed days. The total number of postoperative complications was reduced - from 34.3% to 7.5%.

**Keywords:** children, laparoscopy, minimally invasive treatment, echinococcosis.

**Актуальность.** Эхинококковая болезнь, или просто эхинококкоз - широко распространенное по всему миру паразитарное заболевание, вызываемое *Echinococcus granulosus*. Развитию паразита благоприятствуют умеренно теплый влажный климат и развитое животноводство. Встречавшиеся прежде в литературе сообщения о значительном сокращении заболеваемости эхинококкозом среди людей [1], скорее всего, следует отнести на счет несовершенства методов диагностики в прошлом и некоторого повышения санитарно-гигиенического уровня населения. О том, что эхинококкоз продолжает оставаться большой медицинской, социальной и сельскохозяйственной проблемой, свидетельствуют многочисленные публикации в мировой медицинской литературе.

Несмотря на широкое применение альбендазола, хирургический метод остается единственным эффективным в лечении эхинококкоза. Методы хирургического лечения эхинококкоза можно условно разделить на традиционные (открытые) и малоинвазивные (закрытые). Малоинвазивные, в свою очередь, подразделяются на пункционные процедуры и лапароскопические операции. Несмотря на укоренившееся мнение о том, что лапароскопическая эхинококкэктомия впервые была осуществлена французскими исследователями N. Katkhouda и с соавт. впервые сообщили об успешно выполненной лапароскопической эхинококкэктомии в 1992 г. [3]. В 1993 г. A. Sansonetti и соавт. описали случай лапароскопической эхинококкэктомии [4]. И лишь в 1994 г. A. Bickel с соавт. [5], а затем G. Khoury и соавт. [6] сообщили о лапароскопической эхинококкэктомии (при этом последние считали, что они являются первыми).

**Материалы и методы исследования.** С целью выбора наиболее оптимальной тактики хирургического лечения эхинококковых кист печени нами проанализированы результаты лечения 98 больных с эхинококкозом печени, находившихся под нашим наблюдением за последние 5 лет. Все пациенты в зависимости от вида оперативных вмешательств были разделены на две группы: основная группа - оперированные лапароскопическим методом и контрольная группа - «открытым» способом. Среди наблюдавшихся нами пациентов первичный эхинококкоз имелся у 91 (92,8%) больных, рецидивный в 7 (7,2%) случаях. Монокистозный эхинококкоз выявлен у - 69 (70,4%) больных, а множественные кисты у - 29 (29,6%) пациентов. Контрольная группа состояла из 56 больных и им было выполнена «открытая» эхинококкэктомия печени. При открытой методике хирургического лечения эхинококковых кист печени нами были выполнены следующие виды оперативных доступов: верхнесрединная лапаротомия у - 25 (44,6%) больных, по С.П.Федорову у - 31 (55,4%) больных. В данной группе больных нами выполнены следующие оперативные вмешательства: полузакрытая эхинококкэктомия с резекцией выступающей из паренхимы фиброзной капсулы с дренированием остаточной полости у - 8 (14,3%) пациентов, закрытая эхинококкэктомия с пластикой остаточной полости путем капитонажа у - 39 (69,6%) пациентов, эхинококкэктомия с оментопластикой остаточной полости у 9 (16,1%) пациентов.

В послеоперационном периоде в контрольной группе больных вследствие сравнительно значительной интраоперационной травмы относительно медленнее восстанавливалась физическая активность больных. Более длительным курсом проводилась антибактериальная, общеукрепляющая, инфузионно-дезинтоксикационная и обезболивающая терапия, а также ежедневно промывалась остаточная полость озонированным физиологическим раствором.

Основную группу составили - 42 (42,8%) больных, которым была проведена лапароскопическая эхинококкэктомия с соблюдением принципов апаразитарности. Возраст больных варьировался от 7 до 18 лет. По гендерности дети распределились следующим образом: девочек n=15, мальчиков n=27. Относительными противопоказаниями к этой операции считали внутривнутрипеченочное расположение кист, поддиафрагмальная локализация, рецидивный эхинококкоз.

Из 42 пациентов одиночный эхинококкоз печени выявлен у - 31 (73,8%) пациентов, множественный (две и более кист) – у - 11 пациентов (26,2%).

При анализе клинического материала мы придерживались классификации, предложенной А.Т. Пулатовым (1983г.).

Оперированные лапароскопическим способом по поводу эхинококкоза печени мелкие кисты составили 4 (9,5%), малые – 7 (16,7%), средние - 20 (47,6%) и большие 11 (26,2%) случаев.

При этом выполнялись следующие необходимые этапы вмешательства:

- пункция кисты являлась первым этапом лапароскопической операции при эхинококкозе печени. Техника пункции и соответствующие устройства профилактики обсеменения имеют первостепенное значение для соблюдения принципа апаразитарности операции, недопущение попадания содержимого эхинококковой кисты в брюшную полость. Для этого к кисте подводили страховочную трубку электроотсоса. Перед пункцией зону операции обкладывали марлевыми салфетками, смоченными раствором 80% глицерина. Пункционную иглу вводили через 5мм троакар или чрескожно, в зависимости от локализации кисты в паренхиме печени. После прохождения фиброзной капсулы иглой и попадания в полость кисты через нее отдельным электроотсосом отсасывалась эхинококковая жидкость. Следующим не маловажным моментом этой процедуры является подтягивание фиброзной капсулы эндоскопическими зажимами с целью профилактики обсеменения и тщательной эвакуации кистозной жидкости. Затем «L» образным монополярным коагулятором в центре выступающей части фиброзной капсулы киста вскрывалась и в полость водили эндоскопический отсос с последующей эвакуацией остаточного содержимого. Затем в полость кисты водили подогретый до 60<sup>0</sup> раствор глицерина с экспозицией на 15 минут. Антипаразитарная обработка полости кисты проводилась электроотсосом диаметром 5 мм, затем проводилась трубка эндоотсоса через 10 мм троакара и этим же путем удаляли хитиновую оболочку. После в остаточную полость вновь водили 60<sup>0</sup> раствор глицерина с экспозицией на 10 минут с последующей эвакуацией.

Для ревизии остаточных полостей и полного удаления кутикулярной оболочки, а также для выявления желчных свищей во всех случаях проводили оптику остаточной полости печени. При обнаружении желчного свища его зашивали нитью Ethibond № 2,0-3,0 или коагулировали эндоскопическим биполярным коагулятором. На начальном этапе наших операций хитиновую оболочку, выявленные остатки паразита, страховочные салфетки укладывали в эндоконтейнер, которые удалялись из брюшной полости в конце операции через 10 мм троакар. В настоящее время мы внесли коррективы в этот этап операции, то есть хитиновую оболочку и содержимое кистозной полости удаляем с помощью вакуумного отсоса, а салфетки удаляем через 10 мм троакар.

Ликвидация остаточной полости печени является заключительным этапом оперативного вмешательства по поводу эхинококкоза печени. При малых и средних размерах кист фиброзную капсулу циркулярно иссекали в пределах здоровой печеночной ткани и удаляли через 10 мм троакар. Остаточную полость кисты зашивали от дна интра- или экстракорпоральными швами (нитью Ethibond № 2,0-3,0). При технических трудностях использовали вариант абдоминализация остаточной полости с оментопексией. В случае недостатка большого сальника для оментопексии, остаточная полость дренировалась полихлорвиниловой трубкой с боковыми отверстиями.

Во всех случаях на ложе удаленной кисты, под печеночная или под диафрагмальная область, в зависимости от локализации кисты дренировалась контрольной дренажной трубкой.

В послеоперационном периоде все дети получали препарат Альбендазола из расчета 10 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения составлял 28 дней с per os гепатопротектором (3 курса с перерывом по 14 дней).

**Результаты и обсуждение.** В контрольной группе больных (n=56) интраоперационных осложнений не наблюдалось. После операции больные



активизировались на 3-4 сутки. У 4 (7,1%) пациентов наблюдалось подтекание желчи по дренажу, которое прекратилось на 12-14 сутки, нагноение послеоперационной раны отмечалось у 5 (8,9%) пациентов, нагноение остаточной полости у 2 (3,5%) пациентов. Все больные были выписаны на 14-16 сутки. Средняя продолжительность пребывания больного на койке при традиционных операциях составила  $14,8 \pm 0,7$  к/дней. При контрольном ультразвуковом исследовании через 3 месяца остаточная полость в виде фиброзного канала выявлена размерами  $0,8-1,0 \times 2,0-2,5$  см у 7 (12,5%) больных.

В основной группе больных на начальном этапе из 42 предпринятых лапароскопических операций в 2 случаях в связи с внутривенной локализацией кисты печени и из-за технических трудностей, потребовалась конверсия; в этих случаях выполнена традиционная эхинококкэктомия.

У 40 пациентов послеоперационный период после лапароскопической эхинококкэктомии печени протекал значительно легче, относительно традиционным эхинококкэктомиям. Больные активизировались к концу 1-2-х суток. Лишь у 2 (5%) больных наблюдалось подтекание желчи по дренажу, которое прекратилось на 5-7 сутки.

Анализ динамики купирования болевого синдрома в послеоперационном периоде у детей, перенесших лапароскопические и традиционные операции показали достоверно более раннее купирование болевого синдрома после лапароскопических операций по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами.

Анализ двигательной активности больных в сравниваемых группах в послеоперационном периоде показал, что эндохирургическое вмешательство также благоприятно влияет на этот показатель: у пациентов, перенесших традиционные оперативные вмешательства, двигательная активность была более замедленной, дети труднее активизировались.

Малотравматичность сокращает необходимость применения анальгетиков. Так, при лапароскопическом лечении эхинококкоза наркотические анальгетики применялись лишь первые часы послеоперационного периода, а в дальнейшем применяли ненаркотические анальгетики в течение первых суток, при традиционных методах оперативного лечения эхинококкоза печени применялись наркотические анальгетики в течение 2-3 суток послеоперационного периода.

Одним из важнейших критериев оперативного вмешательства является количество осложнений во время операции и ближайшем послеоперационном периоде.

Интраоперационных осложнений в изучаемых группах не выявлено. Характер и частота осложнений в послеоперационном периоде в сравниваемых группах отображена в таблице 1.

Таблица 1

**Сравнительная характеристика послеоперационных осложнений после лапароскопических и традиционных операций**

Виды осложнений	Методы операций	
	Лапароскопическая эхинококкэктомия n=40	Традиционная эхинококкэктомия n=58
Нагноение послеоперационной раны	-	5 (8,6%)
Нагноение остаточной полости	-	2 (3,4%)
Образование непаразитарных кист	1 (2,5%)	9 (15,5%)
Желчеистечение из остаточной полости	2 (5%)	4 (6,8%)
Всего	4(7,5%)	20 (34,3%)

Таким образом, использование лапароскопии позволило снизить количество осложнений в послеоперационном периоде.

Меньшая травматичность эндовизуального оперативного вмешательства отображалось более мягким течением послеоперационного периода и снижением продолжительности пребывания больного на стационаре. Средняя продолжительность пребывания больного на койке при лапароскопических операциях составило  $7,6 \pm 0,6$  к/дн. Значительно сокращается расход медикаментов, перевязочного материала. При традиционной эхинококкэктомии печени длительнее проводится антибиотикотерапия ( $10 \pm 1,1$  и  $7 \pm 0,6$  суток соответственно) и посиндромная терапия, связанная с выраженным болевым синдромом из-за большей травматичности операции и т.д.

Через 3 месяца при ультразвуковом исследовании у 1 (2,5%) больного отмечалось образование непаразитарных кист в виде фиброзного канала размерами  $0,5-0,7 \times 2,0-2,5$  см.

**Выводы.** Выполнение лапароскопической эхинококкэктомии печени у детей вызывает меньшую степень хирургической агрессии на организм в после операционном периоде по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами, что обуславливает более мягкое течение послеоперационного периода.

Лапароскопическая эхинококкэктомия печени у детей позволила получить выраженный клинико-экономический эффект. Сокращены сроки пребывания больного в стационаре – с  $14,8 \pm 0,7$  до 7,6 койко-дня. Уменьшено общее количество послеоперационных осложнений – с 34,3% до 7,5%.

## Список использованной литературы

1. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Ким В.Л., Беркинов У.Б. /Проблемы и перспективы хирургического лечения больших эхинококкозом печени и легких. //Анналы хирургической гепатологии 2008 № 1 стр.56
2. Кобилов, Э., Раупов, Ф., Мансуров, А., Шарипова, Л., & Абдуллаев Н. (2014). Аскаридоз и кишечная непроходимости у ребенка 6 лет. Журнал вестник врача, 1(3), 132–133. извлечено от [https://inlibrary.uz/index.php/doctors\\_herald/article/view/4922](https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4922)
3. Кобилов Эргаш Эгамбердиевич, Раупов Ф.С., Мансуров А.Б., & Ахмедов А.Т. (2016). Перекрут и некроз правого придатка у трехлетней девочки. Детская хирургия, 20 (5), 279-280.
4. Назыров Ф.Г., Исмаилов Д.А., Леонов Ф.В., Байбеков И.М. /Эхинококкоз. – Ташкент. 1999. – 208 с.
5. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г. Хирургия эхинококкоза. М: Медицина 1985; 27-36.
6. Ф. С., Р., Ш. Х., Ш., & Л. С., Х. (2024). Эмпирическая антибактериальная терапии острой бактериальной деструктивной пневмонии у детей. Scientific journal of applied and medical scienceS, 3(1), 73–77. Retrieved from <https://www.sciencebox.uz/index.php/amaltibbiyot/article/view/9338>
7. Хамраев, А.Ж., & Раупов, Ф.С. (2020). Обширная резекция толстой кишки у детей, проблемы и возможные пути решения. Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана, (3), 100.
8. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., & Давлатов С.С. (2020). Дифференцированная лечебная тактика в хирургии эхинококкоза печени. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, (5 (177)), 72-77.
9. Шамсиев Азамат Мухитдинович, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Рахманов Косим Эрданович, & Давлатов Салим Сулаймонович (2017). Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени. Проблемы современной науки и образования, (37 (119)), 75-79.
10. Bickel A., Loberant N., Shtamler B. Laparoscopic treatment of hydatid cyst of the liver: initial experience with a small series of patients. J Laparoendosc Surg 1994; 4: 2: 127-133.

11. Khoury G., Geagea T., Hajj A. et al. Laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver. *Surg Endosc* 1994; 8: 9: 1103-1104.
  12. Katkhouda N., Fabiani P., Benizri E. et al. Laser resection of a liver hydatid cyst under videolaparoscopy. *Br J Surg* 1992; 79: 6: 560-561.
  13. Kobilov, E. E., Raupov, F. S., & Mansurov, A. B. (2014). Phytobezoar, which was the cause of intestinal obstruction. *Pediatric Surgery*, 18(6), 54-55.
  14. Raupov, F. S. (2022, September). Complications of colon resection in children. In "online-conferences" platform (pp. 131-132).
  15. Raupov, F.S., & Kobilov, E.E. evaluation of the effectiveness of ozone therapy for purulent surgical infection in children.
  16. Sayidovich, R. F., Jalolovich, Q. A., & Ubaydullaevich, N. Y. (2023). Sanational Bronchoscopy of the Tracheobronchial Tree in Children. *International journal of health systems and medical sciences*, 2(2), 33-35.
- Sansonetti A., Baghini S., Lai G. et al. Update on laparoscopic surgery: on the treatment of hydatid cyst of the liver and peritonitis caused by a perforated duodenal ulcer. *Minerva Chir* 1993; 48: 21-22: 1249-1251.

# ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

**АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН**

ТОМ 1, НОМЕР 2

**КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ**

VOLUME 1, ISSUE 2

Научно-практический журнал по всем  
направлениям медицины  
основан в 2024 году  
Бухарским государственным  
медицинским институтом  
Выходит один раз в 3 месяца  
Учредитель Бухарский государственный  
медицинский институт