International Journal of Education, Social Science & Humanities.
Finland Academic Research Science Publishers
ISSN: 2945-4492 (online) | (SJIF) = 8.09 Impact factor
Volume-14| Issue-11| 2026 Published: |22-11-2026|

ФАКТОРЫ РИСКА, БАЛЛЬНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Хамроев Шерзод Шоди угли[1], Ризаев Эьзозбек Алимджанович[2], Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич[3]

1. «БРОСМЕД» частная клиника, г. Карши, Узбекистан.

2. Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

3. Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Введение, эпидемиология и актуальность проблемы. Эхинококкоз печени сохраняет статус одного из наиболее тяжелых и медико-социально значимых паразитарных заболеваний в эндемичных регионах мира, к которым традиционно относятся страны Центральной Азии, Средиземноморья, Южной Америки и бассейна Черного моря. Высокая плотность сельского населения, особенности животноводства и климато-географические условия способствуют циркуляции возбудителя Echinococcus granulosus.

Особую категорию представляют пациенты с осложненными формами заболевания. При них паразитарный процесс выходить за рамки локального поражения паренхимы печени и сопровождается развитием тяжелых патологических состояний: нагноением содержимого кисты, формированием цистобилиарных свищей, прорывом кисты в желчевыводящие пути с развитием механической желтухи и гнойного холангита, прорывом в свободную брюшную или плевральную полость, а также развитием абсцессов печени, тяжелых аллергических и анафилактических реакций.

В современной гепатобилиарной хирургии осложненный эхинококкоз рассматривается как патология, требующая не просто удаления паразитарной гидатиды, а выполнения сложного комплекса лечебно-диагностических вмешательств. Частота послеоперационных осложнений при традиционных подходах к лечению осложненных форм колеблется от 20% до 35%, а частота рецидивов заболевания в уязвимых группах достигает 15–20%. Развитие таких осложнений, как длительное желчеистечение, нагноение остаточной полости, формирование наружных желчных фистул, поддиафрагмальные абсцессы и печеночная недостаточность, влечет за собой существенное увеличение

сроков госпитализации, потребность в повторных травматичных операциях, инвалидизацию больных и значительный экономический ущерб для системы здравоохранения.

Настоящий научно-аналитический обзор посвящен систематизации современных представлений об этиопатогенезе, диагностике, прогнозировании и хирургическом лечении осложненного эхинококкоза печени на основе диссертационного исследования Ш.Ш. Хамроева (2026 г.).

Систематизация факторов риска послеоперационных осложнений. Развитие послеоперационных осложнений при осложненном эхинококкозе печени имеет многофакторную природу. В исследовании Ш.Ш. Хамроева, охватившем 116 пациентов с осложненными формами заболевания, находившихся на стационарном лечении в 2010–2025 гг., проведен подробный корреляционный анализ структуры и частоты факторов риска неблагоприятного исхода.

Ключевыми предикторами развития ранних и поздних осложнений признаны следующие параметры:

Возраст пациентов старше 60 лет (64,0%). У лиц пожилого и старческого возраста наблюдается естественное снижение функциональных резервов организма, наличие множественной сопутствующей патологии и замедление процессов регенерации паренхимы печени, что создает неблагоприятный фон для заживления остаточной полости.

Наличие цистобилиарных свищей (63,8%). Формирование сообщений между полостью кисты и желчным деревом является основным фактором риска длительного послеоперационного желчеистечения, желчного перитонита и инфицирования остаточной полости желчью.

Сопутствующая сердечно-сосудистая патология (53,9%). Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и атеросклеротические поражения существенно ограничивают компенсаторные возможности гемодинамики в периоперационном периоде.

Крупные и гигантские размеры кист более 11 см в диаметре (51,7%). Выраженное объёмное воздействие на паренхиму печени приводит к атрофии прилегающих сегментов, деформации магистральных сосудов и желчных протоков, а также формированию ригидной, толстой фиброзной капсулы, плохо поддающейся облитерации.

Рецидивный характер заболевания (44,0%). Повторные операции выполняются в условиях выраженного рубцово-спаечного процесса в брюшной полости и воротах печени, что значительно технически усложняет

вмешательство и повышает риск травматизации сосудисто-секреторных ножек.

Нагноение содержимого кисты (43,1%). Бактериальная контаминация содержимого гидатиды переводит операцию из разряда асептических в гнойную, что многократно повышает риск развития внутрибрюшных абсцессов, нагноения операционной раны и сепсиса.

Множественный характер поражения с локализацией в обеих долях печени (27,6%). Требует выполнения больших по объему вмешательств или применения комбинаций различных хирургических доступов.

Сравнительная информативность лучевых и инструментальных методов диагностики. Своевременная и исчерпывающая топическая диагностика осложнений определяет успех хирургического лечения. В работе Ш.Ш. Хамроева проведена объективная оценка чувствительности, специфичности и точности ключевых диагностических модальностей.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) остается доступным и обязательным методом первичного скрининга с чувствительностью 87,3%, специфичностью 82,1% и точностью 85,4%. УЗИ позволяет быстро определить количество, размеры, локализацию кист и наличие эхогенной взвеси или дочерних пузырей. Однако метод обладает ограничениями при визуализации мелких цистобилиарных свищей и глубоко расположенных центральных очагов.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) без контрастирования демонстрирует точность 90,1%. Применение контрастного усиления (МСКТ с контрастированием) повышает чувствительность до 95,7%, специфичность до 93,4% и точность до 94,8%, позволяя детально оценить взаимоотношение кисты с крупными сосудами печени и установить степень перифокального воспаления.

Магнитно-резонансная холангиография (МРХГ) показала наивысшую диагностическую ценность среди всех лучевых методов: чувствительность — 97,1%, специфичность — 95,2%, точность — 96,3%. Именно МРХГ является методом выбора для неинвазивной визуализации желчного дерева, выявления цистобилиарных свищей любой локализации, определения причин механической желтухи и оценки степени дилатации внутри- и внепеченочных желчных протоков.

Концепция балльного прогнозирования и оптимизация предоперационного периода. Традиционно применяемая в анестезиологии шкала ASA (American Society of Anesthesiologists) основывается исключительно на соматическом статусе пациента и не учитывает местно-

International Journal of Education, Social Science & Humanities.
Finland Academic Research Science Publishers
ISSN: 2945-4492 (online) | (SJIF) = 8.09 Impact factor
Volume-14| Issue-11| 2026 Published: |22-11-2026|

распространенный характер паразитарного поражения печени. Это приводит к недооценке операционного риска у пациентов с тяжелым локальным процессом при относительно сохранном соматическом фоне.

Ш.Ш. Хамроевым разработана и внедрена многофакторная программа балльного прогнозирования периоперационных осложнений. Данная шкала интегрирует 10 ключевых параметров, разбитых на общесоматические, лабораторные и хирургические критерии (возраст, индекс массы тела, класс ASA, сопутствующие заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем, сахарный диабет, нарушения системы свертывания крови, размеры кисты и характер осложнений эхинококкоза).

Программа обладает не только прогностической, но и управляющей функцией. Подсчет суммарного балла на этапе поступления позволяет отнести пациента к группе низкого, умеренного или высокого риска. У больных высокого риска проведение целенаправленной предоперационной медикаментозной подготовки позволяет воздействовать на модифицируемые факторы, снизить суммарный балл ниже критического порога (15 баллов) и перевести пациента в категорию приемлемого риска до выполнения операции.

Важнейшим компонентом патогенетической предоперационной подготовки больных с печеночной дисфункцией и механической желтухой стало включение гепатопротектора адеметионина (Гептрал). Проведенный анализ биохимических показателей показал, что курс терапии адеметионином обеспечивает достоверное снижение уровня общего билирубина с 29,3 мкмоль/л до 18,7 мкмоль/л, прямого билирубина с 8,2 мкмоль/л до 4,7 мкмоль/л, АлАТ с 1,26 ед/л до 0,67 ед/л, АсАТ с 1,15 ед/л до 0,58 ед/л и гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) с 145,6 ед/л до 98,2 ед/л. Это способствует восстановлению детоксикационной и белково-синтетической функций печени и предотвращает развитие острой печеночной недостаточности в послеоперационном периоде.

Дифференцированный выбор доступа и хирургические инновации. Внедрение балльной системы оценки создало объективную основу для дифференцированного выбора хирургического доступа. При низких баллах риска планировалась эндовидеохирургическая (лапароскопическая) эхинококкэктомия; при умеренных баллах — эхинококкэктомия из топического минидоступа (минилапаротомия); при высоких баллах — традиционная широкая лапаротомия.

International Journal of Education, Social Science & Humanities.
Finland Academic Research Science Publishers
ISSN: 2945-4492 (online) | (SJIF) = 8.09 Impact factor
Volume-14| Issue-11| 2026 Published: |22-11-2026|

Внедрение этого подхода принципиально изменило структуру хирургических вмешательств: если в группе сравнения 100% операций выполнялись из широкого лапаротомного доступа, то в основной группе доля миниинвазивных операций достигла 39,1% (минилапаротомия — 33,9%, лапароскопия — 6,4%).

Уменьшение травматичности доступа напрямую сказалось на продолжительности оперативного вмешательства: средняя длительность операции при широкой лапаротомии составила 87,8 минуты, при использовании минидоступа — 63,5 минуты, а при эндовидеохирургическом способе — 37,7 минуты (различия статистически достоверны, $p < 0,001$).

Для решения проблемы интраоперационных осложнений авторским коллективом предложены следующие оригинальные технические решения:

Устройство и способ диагностики скрытых цистобилиарных свищей. После эвакуации содержимого кисты и ликвидации оболочек складки ригидной фиброзной капсулы расправляются специализированным устройством, после чего проводится дозированная компрессия желчного пузыря. Это позволяет четко визуализировать поступающие капли желчи из мелких, не видимых при обычном осмотре желчных свитков и выполнить их прицельное прошивание.

Устройство герметичной изоляции кистотомического отверстия. При обработке нагноившихся или напряженных кист устройство обеспечивает надежное уплотнение зоны пункции и вскрытия кисты, полностью исключая подтекание гнойного или паразитарного содержимого в свободную брюшную полость.

Двухэтапная тактика при прорыве кисты в желчные протоки, осложненном механической желтухой. На первом этапе выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), экстракция эхинококковых масс из холедоха и декомпрессия желчевыводящих путей, а на втором этапе — радикальное хирургическое вмешательство на кисте печени.

Анализ непосредственных, отдаленных результатов и качества жизни. Сравнительный анализ результатов лечения 54 больных группы сравнения (традиционная тактика) и 62 больных основной группы (разработанный мажмуавий подход) продемонстрировал выраженное превосходство внедренных решений:

Частота интраоперационных осложнений снизилась с 12,9% до 4,8% ($p < 0,05$).

Частота ранних послеоперационных осложнений уменьшилась в 4,6 раза — с 29,6% до 6,4% (p = 0,027).

Длительность послеоперационного пребывания пациентов в стационаре сократилась более чем в два раза — с 21,2 ± 1,2 до 10,9 ± 0,3 койко-дня (p < 0,001).

Сроки активного дренирования остаточной полости и удаления дренажных трубок уменьшились с 17,9 до 10,5 суток (p < 0,001), а частота выписки больных с оставленными дренажами упала с 53,7% до 29,0%.

В отдаленном периоде благодаря широкому применению радикальных методик обработки фиброзной капсулы (перицистэктомия, идеальная эхинококкэктомия) и обязательному прохождению курсовой противорецидивной химиотерапии Альбендазолом частота рецидивов заболевания снизилась с 15,4% до 1,8% (p = 0,031).

Интегральная оценка качества жизни оперированных больных по специализированным опросникам показала увеличение доли отличных и хороших результатов с 75,9% в группе сравнения до 97,4% в основной группе, при полном отсутствии неудовлетворительных исходов в основной группе.

Заключение. Разработанная Ш.Ш. Хамроевым система снижения послеоперационных осложнений при осложненном эхинококкозе печени представляет собой целостный, научно обоснованный алгоритм, охватывающий дооперационное балльное прогнозирование, гепатопротекторную подготовку, миниинвазивную хирургическую технику, оригинальные способы интраоперационной диагностики и обязательную химиотерапию. Широкое внедрение данного подхода в практику гепатохирургических центров позволяет существенно улучшить клинические исходы и обеспечить высокий ресурсный эффект за счет сокращения сроков стационарного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хамроев Ш. Ш. Факторы риска и пути снижения послеоперационных осложнений при хирургическом лечении осложненного эхинококкоза печени: автореф. дис. ... док. философии (PhD) по мед. наукам: 14.00.27 / Хамроев Шерзод Шоди угли; Самаркандский гос. мед. ун-т. — Самарканд, 2026. — 46 с.

2. Вахидов А. В., Ильхамов Ф. А. Хирургия осложненного эхинококкоза печени // Анналы гепатологии. — 2018. — Т. 23, № 2. — С. 45–52.

3. Назыров Ф. Г., Девятов А. В., Махмудов У. М. Пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2019. — Т. 178, № 4. — С. 58–63.

4. Курбаниязов З. Б., Махмудов Т. Б., Сулаймонов С. У. Оптимизация способов обработки остаточной полости после эхинококкэктомии из печени // Проблемы биологии и медицины. — 2021. — № 3 (128). — С. 67–73.

5. Brunetti E., Kern P., Vuitton D. A. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans // Acta Tropica. — 2010. — Vol. 114, No. 1. — P. 1–16.

6. Wen H., Vuitton L., Tuxun T. et al. Echinococcosis: Advances in physiological and pathophysiological research, diagnosis and treatment // Clinical Microbiology Reviews. — 2019. — Vol. 32, No. 2. — e00075-18.

7. Stojkovic M., Rosenberger K., Kauczor H. U. et al. Diagnosing liver echinococcosis: relative values of imaging modalities // Parasitology Research. — 2012. — Vol. 111, No. 4. — P. 1391–1398.

8. Ахмедов Р. М., Мирходжаев Ш. К. Оценка риска оперативного вмешательства при осложненном эхинококкозе печени // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. — 2020. — № 2. — С. 34–40.

9. Альперович Б. И. Хирургия печени и поджелудочной железы. — Томск: Изд-во Томского ун-та, 2015. — 544 с.

10. WHO Informal Working Group on Echinococcosis. Guidelines for treatment of cystic echinococcosis // Bulletin of the World Health Organization. — 1996. — Vol. 74, No. 3. — P. 231–242.