

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ПРОРЫВОМ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ В ЖЕЛЧНЫЕ ХОДЫ ПРИ НАЛИЧИИ ПАРАПАПИЛЛЯРНОГО ДИВЕРТИКУЛА

Б.Р. ИСХАКОВ¹, Н.Б. ИСХАКОВ², У.Р. МУХИТДИНОВ¹,
Э.Т. ЖАЛИЛОВ¹, И.Р. ХУЖАМБЕРДИЕВ¹, Ж.Б. РОБИДДИНОВ

¹Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, Узбекистан,

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

ENDOSCOPIC TREATMENT OF A PATIENT WITH A RUPTURED HEPATIC ECHINOCOCCAL CYST INTO THE BILE DUCTS IN THE PRESENCE OF A PARAPAPILLARY DIVERTICULUM

B.R. ISKHAQOV¹, N.B. ISKHAQOV², U.R. MUKHITDINOV¹,
E.T. JALILOV¹, I.R. KHUJAMBERDIEV¹, J.B. ROBIDDINOV¹

¹Namanganbranch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Uzbekistan,

²Republican Scientific Center of Emergency Medical Centre, Tashkent, Uzbekistan

Представлен случай успешного хирургического лечения пациентки с рецидивным эхинококкозом печени, осложнённым прорывом в желчные ходы, механической желтухой, гнойным холангитом, септическим шоком и полиорганной недостаточностью. Больной была выполнена ЭРХПГ, ЭПСТ, эндоскопическое удаление хитиновой оболочки (хитинэкстракция), санация общего желчного протока при наличии парапапиллярного дивертикула двенадцатиперстной кишки. Успех операции был обусловлен своевременной диагностикой, кратковременной предоперационной подготовкой и адекватным послеоперационным ведением пациента.

Ключевые слова: рецидивный эхинококкоз печени, осложнение прорывом в желчные ходы, парапапиллярный дивертикул двенадцатиперстной кишки, ЭРХПГ, ЭПСТ, хитинэкстракция.

A case of successful surgical treatment of a patient with recurrent hepatic echinococcosis, complicated by rupture into the bile ducts, mechanical jaundice, purulent cholangitis, septic shock, and multiple organ failure is presented. The patient underwent ERCP, endoscopic papillotomy, endoscopic removal of the chitinous membrane (chitin extraction), and sanitation of the common bile duct in the presence of a parapapillary duodenal diverticulum. The success of the surgery was due to timely diagnosis, brief preoperative preparation, and appropriate postoperative management of the patient.

Keywords: recurrent hepatic echinococcosis, complication with rupture into bile ducts, parapapillary duodenal diverticulum, ERCP, endoscopic papillotomy, chitin extraction

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol17_iss3/a8

Введение

Эхинококкоз – тяжелое паразитарное заболевание, которое, несмотря на успехи в диагностике и лечении, остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. В литературе описаны поражения эхинококкозом практически всех органов человека, в частности сердца, перикарда,

почек, селезёнки, головного мозга, мышц, молочной железы [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Заболеваемость эхинококкозом не уменьшается, расширяются географические границы болезни. Объясняется это увеличивающейся миграцией населения, в том числе рабочей силы из развивающихся стран, развитием туризма,

ухудшением санитарно-эпидемиологической ситуации в эндемичных по эхинококкозу регионах, прекращением диспансеризации населения в группах риска, а также увеличением числа выявленных больных за счет широкого внедрения инструментальных методов диагностики, прежде всего УЗИ и КТ [2,6, 7].

Печень является органом-мишенью при паразитарной инвазии *Echinococcus granulosus* организма пациента и поражается в 65–80% наблюдений [8, 9].

В хирургических учреждениях Республики Узбекистан ежегодно производится более 1,5 тысяч операций по поводу эхинококкового поражения различных органов [1,2].

Частота осложненных форм эхинококкоза печени (ЭП) составляет 15–35% [1]. Одним из наиболее грозных осложнений ЭП является прорыв в желчные протоки. Это осложнение является вторым по частоте среди осложнений эхинококкоза и составляет 1,5–39,5% [1].

Летальность при эхинококковых кистах, осложненных прорывом в желчные протоки, составляет 1,4–4,1%, а частота послеоперационных осложнений варьирует от 8,2 до 11% [1, 6, 7].

За последние два десятилетия произошел значительный прогресс в лечебно-диагностическом подходе к заболеваниям органов билиопанкреатодуоденальной области.

Высокий риск хирургических вмешательств и послеоперационная летальность, особенно у больных пожилого и старческого возраста, послужили толчком для поиска новых малоинвазивных методов диагностики и лечения заболеваний, сопровождающихся непроходимостью внепеченочных желчных протоков и большого дуоденального сосочка (БДС) [1, 2, 6, 10].

Особый интерес вызывают вопросы эндоскопических вмешательств при анатомии области БДС вследствие наличия парапапиллярных дивертикулов.

Описание клинического случая

Больная Н.М., 53 года, проживающая в Чустском районе, история болезни №19085/1508/2447, поступила в Наманганский филиал РНЦЭМП 13.08.2024 года в тяжелом состоянии на фоне нарастающих симптомов интоксикации и клинко-инструментальной картины механической желтухи.

На момент поступления больная жаловалась на ухудшение самочувствия в течение недели. Отмечала тупые боли в правом подреберье и эпигастриальной области, повышение температуры тела до 39,9°C с ознобом, тош-

ноту, рвоту и слабость. Амбулаторное лечение по месту жительства не дало положительных результатов.

Резкое ухудшение состояния пациентки отмечено за 5 дней до поступления в Наманганский филиал РНЦЭМП, когда наблюдалось прогрессирование вышеописанных жалоб.

Из анамнеза выяснилось, что больная содержит у себя крупный рогатый скот, собаку и кошку. Проживает в приграничном Чустском районе, рядом с Республикой Кыргызстан.

В 2006 году перенесла операцию спленэктомии по поводу эхинококкоза селезенки. В 2014 году – эхинококкэктомию по поводу осложнённого эхинококкоза печени, а в 2021 году – повторную эхинококкэктомию из-за рецидива эхинококкоза печени.

Кожные покровы и склеры жёлтые. Высыпаний на коже и видимых слизистых оболочках при поступлении нет, но, по словам больной, они были 5 дней назад. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание жёсткое, сухие хрипы с обеих сторон. Частота дыхания – 24 в минуту.

При аускультации тоны сердца ясные, чистые, ритмичные, частота сердечных сокращений – 124 в минуту. Артериальное давление – 90/60 мм рт. ст.

Живот участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастриальной области, имеется послеоперационный укреплённый рубец по белой линии (24,0×1,0 см). Перитонеальных симптомов нет. Печень не пальпируется. Периферических отёков нет. Стул жидкий, несколько обесцвечен, моча тёмно-бурого цвета.

Инструментальные методы исследования

УЗИ № 1825 от 13.08.2024 г.: Печень: правая доля – 14,2 см, левая доля – 7,1×7,3 см, эхогенность паренхимы повышена, внутривенные желчные ходы расширены. Воротная вена – 1,3 см. В 6-м сегменте печени обнаружены полостные образования с чёткой капсулой размером 7,5×3,96 см и большое количество капсул меньшего размера. Содержимое анэхогенное, аваскулярное. Желчный пузырь – 7,6×3,2 см, в полости визуализируются уплотнения размерами 0,4 см. Холедох расширен до 1,2 см с включениями в просвете. Поджелудочная железа: головка – 2,2 см, тело – 2,3 см, хвост – 3,1 см. Эхоструктура изоэхогенная, края ровные, чёткие. Эхоструктура почек: однородная, контуры обеих почек чёткие, движения сохранены. Паренхима почек утолщена, с повышенной эхогенностью.

Заключение: расширение внутрипеченочных и общего желчных протоков. Внутрипеченочный эхинококкоз SE 2. Эхокартина двустороннего пиелонефрита.

Лабораторные методы исследования

Общий анализ крови от 13.08.2024 г.: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $4,36 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 209×10^9 /л, лейкоциты – $29,7 \times 10^9$ /л, лимфоциты – 2,9%, моноциты – 7%, Скорость оседания эритроцитов – 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок – 53,0 г/л, билирубин общий – 124 мкмоль/л (непрямая фракция – 72 мкмоль/л, прямая фракция – 52 мкмоль/л), АЛТ – 35 ед/л, АСТ – 40 ед/л, глюкоза – 7,3 мкмоль/л, мочевины – 11,9 мкмоль/л, креатинин – 89,7 мкмоль/л, амилаза – 330 ед/л. Пульсоксиметрия: сатурация кислородом – 88% (в динамике – 95%). Анализ мочи: реакция – кислая, относительная плотность – 1015, белок – 0,3 г/л, глюкоза – отсутствует, эпителий – 8–10 клеток в поле зрения, лейкоциты – в большом количестве (в поле зрения), билирубин – 51 мкмоль/л, уробилиноиды – 3,4 мкмоль/л. Коагулограмма: фибриноген – 3,1 г/л, протромбиновое время – 14,9 с., протромбиновый индекс – 92,7%, международное нормализованное отношение (INR) – 1,17, время свертывания крови (BCK): начало – 2 мин. 50 с., конец – 3 мин. 05 с., гематокрит – 35,3%.

МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости № 2139 от 14.08.2024 г.

В правой плевральной полости отмечается субстрат толщиной 2,7 см с плотностью до +20,0 ед. Н. Бронхиальное дерево без видимых изменений. Реберно-диафрагмальное углубление и диафрагма без повреждений и патологических включений.

Печень: размеры в пределах нормы – вертикальный размер 16,5 см. Контуры чёткие, ровные, структура неоднородная. Плотность здоровой части паренхимы печени +50,0 ед. Н. Внутрипеченочные желчные протоки правой доли до 1,3 см. В 6-м сегменте правой доли отмечается образование размером 6,8×4,7 см с чёткими ровными контурами. Плотность образования составляет от +5,0 до +15,0 ед. Н. В 4-м сегменте левой доли отмечается образование размером 3,8×3,3 см с плотностью +7,0 ед. Н. Контуры чёткие, ровные. В подпеченочном пространстве имеется жидкость толщиной 0,5 см. Желчный пузырь: размеры не увеличены – 6,4×4,0 см. Контуры чёткие, ровные, структура однородная. Плотность содержимого +20,0 ед. Н.

Селезёнка не визуализируется. Поджелудочная железа: контуры чёткие, ровные. Размеры в пределах нормы, структура однородная. Плотность в среднем составляет от +25,0 до +35,0 ед. Н. Надпочечники – «U»-образной формы.

Почки: с обеих сторон обычной формы, структура однородная. Плотность паренхимы до +35 ед. Н. В верхних полюсах обеих почек отмечаются кисты размером 1,8×2,0 см с плотностью +10,0 ед. Н. ЧЛС не расширена.

Лимфатические узлы брюшной полости не увеличены.

Вывод: МСКТ картина кистозных образований (эхинококкоз) печени, расширение внутрипеченочных желчных протоков, правосторонний гидроторакс, ограниченный асцит. Состояние после операции спленэктомии (рис. 1).

В реанимационном отделении больная получала инфузионную и антибактериальную терапию. Через 24 часа артериальное давление поднялось с 70/40 мм рт. ст. до 100/60 мм рт. ст. Пульс снизился с 122 ударов в минуту до 100. Температура тела варьировала от 39,8 до 39,0°C. За сутки объём мочи составил около 400 мл.

На основании жалоб, данных анамнеза, клинических и параклинических исследований был выставлен диагноз: Рецидивирующий эхинококкоз печени с прорывом эхинококковой кисты в холедох. Механическая желтуха. Гнойный холангит. Септический шок. Полиорганная недостаточность.

Сопутствующие заболевания: желчнокаменная болезнь, хронический калькулёзный холецистит. Конкурирующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз.

При эндоскопии от 14.08.2024 г.: Пищевод проходим, слизистая без особенностей. Кардия смыкается. В просвете желудка небольшое количество слизи с примесью желчи. Слизистая желудка бледно-розовой окраски, рельеф складок сохранён. Луковица двенадцатиперстной кишки емкая. Слизистая двенадцатиперстной кишки с умеренной гиперемией. БДС (большой дуоденальный сосочек) отёчный, поступление желчи отсутствует, вход в БДС obturated хитиновой оболочкой (рис. 2). Около БДС расположены два дивертикула. Решено провести ЭПСТ.

Протокол операции № 335

Операция: Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с экстракцией оболочки паразита (хитинэкстракция), ЭРХПГ и санация холедоха.

Канюляционным методом была проведена ЭПСТ на протяжении до 1,0 см (рис. 3). Кровотечение из папиллотомной раны после много-

кратного промывания холодной водой было остановлено. С помощью корзинки Дормиа хитиновая оболочка была захвачена и извлечена наружу (рис. 4, 6). Отмечено выделение большого количества гноя и тёмной застойной желчи

под давлением (рис. 5). Холедох был санирован дистиллированной водой (40 мл). При контрольном контрастировании эвакуация контраста была своевременной. Установлен назогастральный зонд.

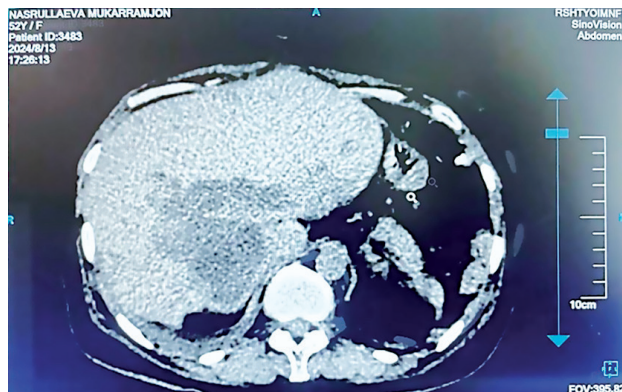


Рис. 1. МСКТ органов брюшной полости.

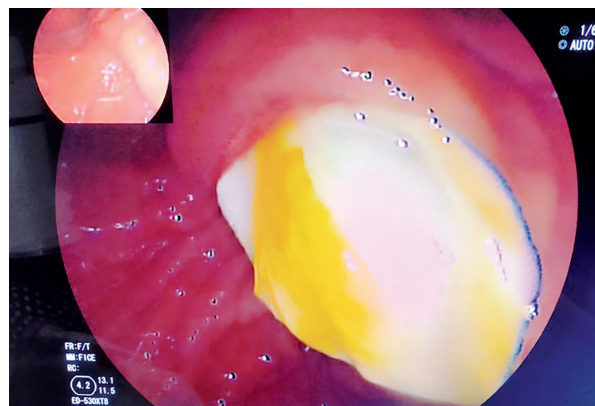


Рис. 2. Блок БДС хитиновой оболочкой эхинококковой кисты.

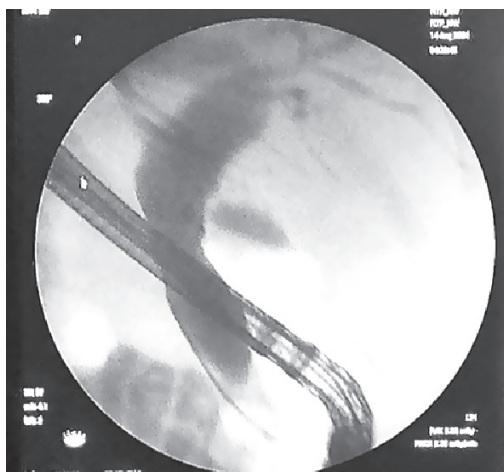


Рис. 3. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

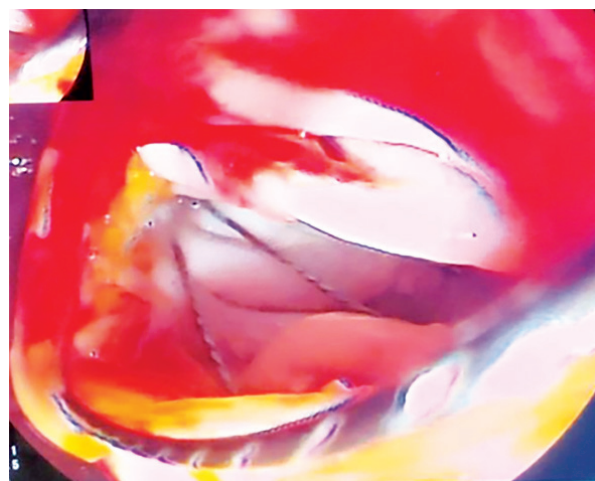


Рис. 4. С помощью корзинки Дормиа хитиновая оболочка захвачена.

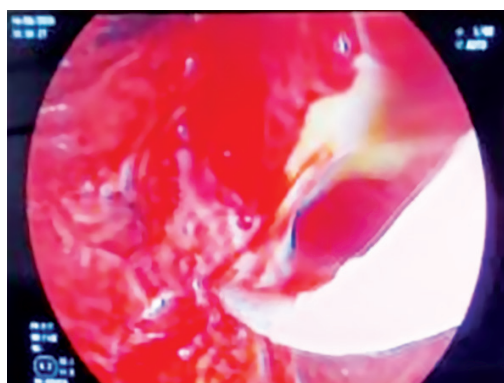


Рис. 5. ЭРХПГ, ЭПСТ. После хитинэкстракции отмечено выделение большого количества гноя, темной застойной желчи под давлением.



Рис. 6. С помощью корзинки Дормиа хитиновая оболочка выведена наружу с прибором.

Диагноз после операции: Рецидивирующий эхинококкоз печени. Прорыв эхинококковой кисты печени в холедох. Ущемлённая хитиновая оболочка БДС. Механическая желтуха. Гнойный холангит. Билиарный панкреатит. Септический шок. Полиорганная недостаточность.

Сопутствующие заболевания: Желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Хронический калькулёзный холецистит. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Атеросклеротический кардиосклероз.

На 2-е сутки после операции температура тела снизилась с 39,8 до 38,0°C. Объём мочи за сутки составил до 1 литра. Через назогастральный зонд наблюдалось выделение желудочного содержимого. Гемоглобин снизился до 79 г/л (первоначально был 104 г/л).

При контрольной дуоденоскопии был обнаружен красный тромб в папиллотомной ране, проведён инъекционный гемостаз. В раннем послеоперационном периоде на фоне антибактериальной, инфузионной и антиагрегантной терапии была назначена плазматрансфузия по 300 мл ежедневно (всего 1200 мл).

На 3-й день наблюдался стул, газы отошли, состояние больной стабилизировалось, и она была переведена из реанимации в отделение экстренной хирургии № 3. Температура тела снизилась до 37,5°C.

На 3-и сутки после операции уровень билирубина в крови снизился со 124,0 мкмоль/л до 38,0 мкмоль/л.

УЗИ брюшной полости от 17.08.2024 г.: В брюшной полости свободной жидкости нет. В 6-м сегменте печени имеется полостное образование с чёткой капсулой размером 5,6×6,7 см. Содержимое анэхогенное, аваскулярное. Желчный пузырь размером 7,6×3,2 см, в полости визуализируются уплотнения размером 0,4 см. Холедох расширен до 0,9 см, просвет эхопрозрачен.

Больная выписана 20.08.2024 г., на 7-е сутки после операции, в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение (гепатотропные и антигельминтные препараты в течение 28 дней) по месту жительства.

Больная осмотрена через 1 месяц после операции. Жалоб не предъявляет. Рекомендовано плановое оперативное лечение – эхинококкэктомия печени.

Заключение

Этот клинический случай подчеркивает сложность своевременной диагностики генеза механической желтухи, обусловленной многообразием её клинических проявлений, которые могут имитировать различные хирургические заболе-

вания. Проблема усугубляется наличием рецидивирующего эхинококкоза печени, что требует особого внимания при постановке диагноза и планировании лечения.

Результаты данного случая указывают на необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению пациентов с эхинококкозом печени, особенно в сочетании с калькулёзным холециститом и патологией БДС, такой как парапапиллярные дивертикулы. Важно не только своевременно распознавать и лечить такие состояния, но и внимательно следить за возможными осложнениями, такими как механическая желтуха, гнойный холангит и билиарный панкреатит, которые могут значительно усложнить клиническую картину и затруднить лечение.

Особое внимание следует уделять профилактике рецидивов и долговременному наблюдению за пациентами после оперативного вмешательства. Это включает регулярные проверки функционального состояния печени и желчных путей, а также контроль за возможными осложнениями. Важно проводить обучение пациентов и их родственников относительно признаков и симптомов возможных осложнений, чтобы своевременно обращаться за медицинской помощью.

Таким образом, тщательная диагностика, комплексное лечение и последующее наблюдение играют ключевую роль в успешном управлении такими сложными клиническими случаями и в повышении качества жизни пациентов.

Литература

1. Хаджибаев А.М., Анваров Х.Э., Хашимов М.А. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути. Вестник экстренной медицины. 2010; 4:15–18 [Khadjibaev A.M., Anvarov H.E., Khashimov M.A. Diagnostika i lechenie jehinokokkoza pecheni, oslozhnennogo proryvom v zhelchnye puti. Vestnik ekstrennoy mediciny. 2010; 4:15–18. In Russian].
2. Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. – М.: Династия, 2016. – 288 с. [Shevchenko Yu.L., Nazyrov F.G. Hirurgiya ekhinokokkoza. – М.: Dinastiya, 2016. – 288 s. In Russian].
3. Daoud M.F., Raboudi M., Sridi C., Chaachou A., Dridi M., Ghazzi S. Primary hydatid cyst of the kidney revealed by hydatiduria: A case report. UrolCaseRep. 2022; 45:102246. <https://doi.org/10.1016/j.eucr.2022.102246>.
4. Мусоев С.Ш., Файзиев З.Ш., Амонов Ш.Ш., Олими М.О. Эндоскопическая диагностика и лечение прорыва эхинококковой кисты печени в жёлчные ходы. Вестник Авиценны. 2023;25(2):271–277 [Musoev S.Sh., Faiziev Z.Sh., Amonov Sh.Sh., Olimi M.O. Endoscopic diagnosis and treatment of rupture of echinococcal cyst of the liver into the biliary ducts. Vestnik Avicenny. 2023;25(2):271–277].

- Amonov Sh.Sh., Olimi M.O. Endoskopicheskaya diagnostika i lechenie proriva ekhinokokkovo kisti pecheni v zhyolchnie khodi. Vestnik Avitsenni. 2023; 25(2):271-277. In Russian]. DOI: 10.25005/2024-0581-2023-25-2-271-277.
5. Исаков Б.Р., Ходжиматов У.А. Прорыв эхинококковой кисты селезенки в желудок. Хирургия Узбекистана, 2001;2:103 [Iskhakov B.R., Khodzhimatov U.A. Proriv ekhinokokkovo kisti seledenki v zheludok. Khirurgiya Uzbekistana, 2001; 2:103. In Russian].
 6. Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Чжао А.В. Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение. Доказательная гастроэнтерология. 2013; 2(2):18-25 [Vishnevskii V.A., Yefanov M.G., Ikramov R.Z., Nazarenko N.A., Chzhao A.V. Ekhnokokkoz pecheni. Khirurgicheskoe lechenie. Dokazatel'naya gastroenterologiya. 2013; 2 (2): 18-25. In Russian].
 7. Киртанасов Я.П., Андреев А.В., Дурлештер В.М., Габриэль С.А., Измайлова Л.Г. Минимально инвазивное лечение при эхинококковых кистах печени, осложнившихся прорывом в желчные протоки. Анналы хирургической гепатологии. 2022;27(1):94-100 [Kirtanasov Ya.P., Andreev A.V., Durlshter V.M., Gabriel S.A., Izmailova L.G. Minimalno invazivnoe lechenie pri ekhnokokkovikh kistakh pecheni, oslozhnivshikhsya prorivom v zhelchnie protoki. Annali khirurgicheskoi gepatologii. 2022; 27(1):94-100. In Russian]. DOI: 10.16931/1995-5464.2022-1-94-100.
 8. Moore J., Gupta V., Ahmed M.Y. Hydatid cyst disease, optimal management of complex liver involvement. Southern Medical Journal. 2011; 104(3):222-224.
 9. Скипенко О.Г., Полищук Л.О., Чекунов Д.А., Хрусталева М.В., Ким С.Ю. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2012; 7:80 [Skipenko O.G., Polishchuk L.O., Chekunov D.A., Khrustaleva M.V., Kim S.Yu. Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova, 2012; 7:80. In Russian].
 10. Алтыев Б.К., Хакимов Б.Б., Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А. Диагностика и тактика хирургического лечения холедохолитиаза при дивертикулах папиллярной области двенадцатиперстной кишки. Вестник экстренной медицины. 2013;1:8-10 [Altiev B.K., Khakimov B.B., Khadjibaev F.A., Khashimov M.A. Diagnostika i taktika khirurgicheskogo lecheniya kholeddokholitiaz pri divertikulakh papillyarnoi oblasti dvenadtsatiperstnoi kishki. Vestnik ekstrennoi meditsini. 2013;1:8-10. In Russian].

ЖИГАРНИНГ ЭХИНОКОКК КИСТАСИНИ ЎТ ЙЎЛЛАРИГА ЁРИЛИШИ БИЛАН БЕМОРНИ ПАРАПАПИЛЛЯР ДИВЕРТИКУЛ МАВЖУД ҲОЛДА ЭНДОСКОПИК ДАВОЛАШ

Б.Р. ИСҲОҚОВ¹, Н.Б. ИСҲОҚОВ², У.Р. МУХИТДИНОВ¹, Э.Т. ЖАЛИЛОВ¹,
И.Р. ХЎЖАМБЕРДИЕВ¹, Ж.Б. РОБИДДИНОВ¹

¹Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг
Наманган филиали, Ўзбекистон,

²Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази,
Тошкент, Ўзбекистон

Мақолада ўт йўлига ёрилиши, механик сариқлик, йирингли холангит, септик шок ва полиорган етишмовчилиги билан асоратланган, қайталанган жигар эхинококкози билан беморни муваффақиятли жарроҳлик даволаш ҳолати келтирилган. Беморга ЭРХПГ, ЭПСТ, хитинли пардани эндоскопик олиб ташлаш (хитиноэкстракция), ўн икки бармоқли ичакнинг парапапилляр дивертикуллари иштирокида умумий ўт йўлини санация қилиш ўтказилди. Ўз вақтида ташхис қўйиш, операциядан олдинги қисқа муддатли тайёргарлик ва беморни операциядан кейинги етарли даражада даволаш операциянинг муваффақиятига ёрдам берди.

Калит сўзлар: жигарнинг қайталанувчи эхинококкози, ўт йўлларига ёрилиш асорати, ўн икки бармоқли ичакнинг парапапилляр дивертикуллари, ЭРПҲГ, ЭПСТ, хитиноэкстракцияси.

Сведения об авторах:

Исхаков Баркамол Робиддинович – кандидат медицинских наук, руководитель научной лабораторией по высокотехнологической экстренной хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП, хирург высшей категории.

Исхаков Нурбек Баркамоллович – врач-хирург отделения трансплантологии РНЦЭМП.
E-mail: ishakovn@mail.ru. Тел.: +99891-2920303.

Мухитдинов Умиджон Рахматуллаевич – директор Наманганского филиала РНЦЭМП, хирург высшей категории.

Жалилов Элмурод Турдиалиевич – хирург-эндоскопист Наманганского филиала РНЦЭМП.

Хужамбердиев Икромжон Рахимович – заведующий отделением хирургии № 3 Наманганского филиала РНЦЭМП.

Робиддинов Жавохир Бахтиёрович – хирург-эндоскопист Наманганского филиала РНЦЭМП.

Поступила в редакцию: 24.09.2024

Information about authors:

Barkamol Robiddinovich Iskhakov – Candidate of Medical Sciences, Head of the Scientific Laboratory of High-Tech Emergency Surgery at the Namangan Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (RSCEMP), Surgeon of the Highest Category.

Nurbek Barkamolovich Iskhakov – Surgeon, Transplantation Department, RSCEMP.
E-mail: ishakovn@mail.ru. Phone: +99891-2920303.

Umidjon Rakhmatullaevich Mukhitdinov – Director of the Namangan Branch of RSCEMP, Surgeon of the Highest Category.

Elmurod Turdialievich Jalilov – Surgeon-endoscopist, Namangan Branch of RSCEMP.

Ikromjon Rakhimovich Khuzhamberdiev – Head of Surgery Department No. 3, Namangan Branch of RSCEMP. Surgeon of the Highest Category.

Javokhir Bakhtiyorovich Robiddinov – Surgeon-endoscopist, Namangan Branch of RSCEMP.

Received: 24.09.2024