

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
23-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
АКАДЕМИК В. ВАХИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«КАТТАЛАРДА (ЖИГАР) КИСТАЛИ
ЭХИНОКОККОЗИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ – 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
«Академик В. Вахидов номидаги
РНХИАТМ» Давлат муассаси директори
С.И. Исмаилов



«КАТТАЛАРДА (ЖИГАР) КИСТАЛИ
ЭХИНОКОККОЗИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТАШКЕНТ – 2025

**«КАТТАЛАРДА ЖИГАРНИНГ “СИСТАЛИ
ЭХИНОКОККОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШНИНГ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ»**

ТАШКЕНТ – 2025

1. КИРИШ ҚИСМИ

Систали эхинококкоз (систали гидатидоз) — инсон организмида тасмасимон гельминт *Echinococcus granulosus*нинг личинкаларининг паразитлик қилиши орқали келиб чиқадиган гельминтоз бўлиб, у асосан жигарда (билиар тизимга таъсир этиши мумкин), ўпкаларда ва бошқа аъзоларда (бош ва орқа мия, буйраклар, талок, суяклар, юрак, мушаклар, ошқозон асти бези, перитонеум, чарви тўқималар ва бошқалар) паразитар кисталар ҳосил бўлиши билан тавсифланади. Касаллик узок муддат симптомсиз кечиши мумкин, кейин эса аниқ белгилари билан давом этувчи сурункали шаклга ўтади.

<https://diseases.medelement.com/disease/эхинококкоз-у-взрослых-эхинококкоз-органов-брюшной-полости/14463>

Клиник протокол катталарда жигар эхинококкози бўлган беморларни диагностика қилиш, даволаш, профилактика ва реабилитация қилиш бўйича амалий методологияни изчил тарзда баён этади. Ушбу протокол текширувлар ўтказиш, жарроҳлик амалиётини ўтказиш имкониятини баҳолаш, эрта операциядан кейинги даврдаги даволаш ишлари, стационардан чиқаришгача бўлган босқич ҳамда амбулатор кузатув бўйича тавсияларни ўз ичига олади.

Протокол қуйидаги мутахассислар учун мўлжалланган: гепатологлар, жарроҳлар, трансплантологлар, гастроэнтерологлар, терапевтлар, шаҳар тиббий бирлашмаларидаги умумий амалиёт шифокорлари, вилоят кўп тармоқли тиббий марказлари, республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт марказлари ҳамда жигар циррози ва портал гипертензияси билан оғриган беморларни диагностика қилиш, даволаш ва реабилитация қилиш билан шуғулланадиган бошқа стационарлар учун. Шунингдек, протокол тиббиёт ОТМларининг юқори курс талабалари, клиник ординаторлар, магистратура резидентлари ва малака ошириш курслари тингловчилари учун ҳам мўлжалланган.

<https://diseases.medelement.com/disease/эхинококкоз-у-взрослых-эхинококкоз-органов-брюшной-полости/14463>

МКБ-10/11 кодлари:

МКБ 10 (B67)		МКБ 11 ()	
B67	Эхинококкоз	Эхинококкоз	XN84K
B67.0	Echinococcus granulosus томонидан келиб чиққан жигарнинг инвазияси	Эхинококк гранулезли	XN1H0
B67.1	Echinococcus granulosus томонидан келиб чиққан ўпкаларнинг инвазияси	Жигар Эхинококкоз инфекцияси	1F73.0
B67.2	Echinococcus granulosus томонидан келиб чиққан суякларнинг инвазияси		
B67.3	Echinococcus granulosus томонидан келиб чиққан бошқа локализациядаги инвазия ва кўплаб эхинококкозлар		
B67.4	Echinococcus granulosus томонидан келиб чиққан, аниқланмаган инвазия		
B67.8	Жиганинг эхинококкози, ноаниқ		
B67.9	Бошқа аъзоларнинг эхинококкози ва аниқланмаган		
https://diseases.medelement.com/disease/эхинококкоз-у-взрослых-эхинококкоз-органов-брюшной-полости/14463		https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#295339888	

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлган

вақтда. Таърифланган тавсияларга қилинган барча ўзгартиришлар мос ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул ташкилот:

«Академик В. Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази» Давлат муассаси.

Асосий муаллифлар рўйхати, қўшимча муаллифлар жамоаси:

Ишчи гуруҳ раҳбари	Исмаилов Сайдимурод Ибрагимович «Академик В. Вахидов номидаги РИХИАТМ» Давлат муассаси директори, т.ф.д., профессор
Масъул ижрочилар	Байбеков Ренат Равильевич «Академик В. Вахидов номидаги РИХИАТМ» Давлат муассасининг 2-сонли гепатобилиар хирургия ва жигар трансплантацияси бўлими раҳбари, т.ф.н.
	Файзуллаев Охунжон Абдусаттарович «Академик В. Вахидов номидаги РИХИАТМ» Давлат муассасининг 2-сонли гепатобилиар хирургия ва жигар трансплантацияси бўлими мудир.
	Исоков Султонали Хужамуротович «Академик В. Вахидов номидаги РИХИАТМ» Давлат муассасининг 2-сонли гепатобилиар хирургия ва жигар трансплантацияси бўлими шифокор-жаррохи.

РЕЦЕНЗЕНТЛАР:

Рецензентлар:	Лишенко Алексей Николаевич – т.ф.н., «Профессор С.В. Очаповский номидаги 1-сонли Минтақа клиник шифохонаси илмий тадқиқот институти» Шошилинич тиббиёт пункти мудир, Кубан давлат тиббиёт университети 1-сонли факултатив хирургия кафедраси доценти
----------------------	--

	Туракулов Уктам Нурмаматович – т.ф.д.,
	Тиббиёт ходимларини касбий малакасини
	ривожлантириш маркази қошидаги №1-сонли
	Хирургия кафедраси доценти

Клиник протоколни муҳокама қилиш «Академик В. Вахидов номидаги РИХИАТМ» Давлат муассасининг Илмий кенгаши йиғилишида ўтказилган – протокол №2, 15.03.25 й.

Техник эксперт баҳолаши ва таҳрирлаш:

1. 1-сонли гепатобилиар хирургия ва жигар трансплантацияси бўлими раҳбари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги бош жарроҳ, т.ф.д. профессор - Акбаров Миршавкат Миралимович.

2. Катталар кардиохирургияси бўлими раҳбари т.ф.д. профессор – Алиев Шерзод Махмудович.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Клиник протоколларнинг амалиётда қўллашга яроқлилиги ва фойдалилигини баҳолаш Тошкент шаҳри ва Тошкент вилоятининг амалий соғлиқни сақлаш тизими вакиллари билан ҳамкорликда амалга оширилди.

Амалиётчи шифокорлар:

1. умумий амалиёт шифокори
2. шифокор-жарроҳ
3. терапевт
4. болалар жарроҳи
5. гепатолог

Протоколда қўлланилган қисқартмалар 2-жадвалда келтирилган.

МКБ	Халқаро касалликлар классификацияси
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
СЕ	cystic echinococcosis (систали эхинококкоз)
ИФА	Иммунофермент анализи
УҚТ	Умумий қон таҳлили
УСТ	Умумий сийдик таҳлили
БҚТ	Биохимик қон таҳлили
АсАт	аспартатаминотрансфераза
АлАт	аламинаминотрансфераза
IgG	иммуноглобулин G
УТТ	Ультратовуш тадқиқоти
КТ	компьютер томографияси
МРТ	магнитно-резонанс томографияси
МРХПГ	магнитно-резонанс холангиопанкреатографияси
ЭЧТ	Эритроцитларнинг чўкниш тезлиги
FDA	Food and Drug Administration (АҚШнинг Озиқ-овқат ва дори воситаларини назорати)
УАШ	умумий амалиёт шифокори
РАИР	пункция-аспирация-инъекция-реаспирация
АВЗ	албендазол
АБ	артерия босими
ОИТ	ошқозон-ичак тракти
ИКК	инфекцион касалликлар кабинети
АҚТВ	активлаштирилган қисмли тромбопластин вақти
ПВ	протромбин вақти
ПТИ	протромбин индекси
МНО	халқаро нормализация қилинган муносабат
ЭФГДС	эзофагогастродуоденоскопия

МУНДАРИЖА:

«КАТТАЛАРДА ЖИГАРНИНГ “СИСТАЛИ ЭХИНОКОККОЗИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БҮЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШНИНГ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ».....4

«КАТТАЛАРДА ЖИГАРНИНГ “СИСТАЛИ ЭХИНОКОККОЗИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БҮЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ».....25

«КАТТАЛАРДА ЖИГАРНИНГ “СИСТАЛИ ЭХИНОКОККОЗИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БҮЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯНИНГ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ».....35

Протоколдан фойдаланувчилар:

- соғлиқни сақлаш ташкилотчилари
- олий таълим муассасалари мутахассислари
- илмий-амалий тиббиёт марказлари мутахассислари
- тиббий хизмат ташкилоти мутахассислари (ИИВ)
- умумий амалиёт шифокори
- умумий жарроҳлар
- болалар жарроҳлари
- терапевтлар
- педиатрлар

Ушбу нозология бўйича миллий клиник протокол ва стандартларга мувофиқ беморлар категорияси: болалар ва катталар.

Тавсияларни синфлар бўйича баҳолаш шкаласи

Тавсия синфи	Таърифи	Тавсия
I	Даволаш/текшириш/аралашувларнинг ўзига хос усуллари фойдали ва самарали эканлиги ёки умумий қабул қилинганлиги исботланган ва потенциал фойда потенциал хавф билан солиштирганда аниқ ва ундан сезиларли даражада ошади.	Тавсия этилади
II	Муайян даволаниш/текширув/аралашувнинг афзалликлари/самарадорлигига ва/ёки қарама-қарши фикрга зид бўлган маълумотлар ёки фойда ҳақида ноаниқлик/хатарлар.	Тавсия этилиши мумкин
IIa	Маълумотлар/фикрларнинг аксарияти афзалликларни/самарадорликни кўрсатади.	
IIb	Маълумотлар/фикрлар фойда/самарадорликнинг камишончли далилларини беради.	Жуда эҳтиёткорлик билан
III	Муайян даволаш/текширув/муолажа/аралашув ҳақида маълумот, ёки фойдали/самарали бўлмаган бўлган ягона фикр, ёки потенциал хавф	Тавсия этилмайди

	потенциал фойдадан устун бўлганлиги хақида маълумот.	
--	--	--

Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами

ДИД	Даражанинг таснифи
1	Маълумот назорати билан синовларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник синовларни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно, мос ёзувлар назорати ёки алоҳида рандомизацияланган клиник синовлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш билан алоҳида тадқиқотлар
3	Йўналтирувчи усул билан изчил назорациз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган маълумотнома усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизми ёки мутахассисларнинг фикри учун асос бор

Профилактик, даволовчи ва реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами

ДИД	Даражанинг таснифи
1	Мета-таҳлил ёрдамида РКТ-ни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида РКТ бундан мустасно, ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни алоҳида РКТ-лар ва тизимли шарҳлар
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатлар тавсифи, ишларни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақат аралашувнинг таъсир механизми (клиникадан олдинги

**Профилактик, диагностик, терапевтик ва реабилитация
тадбирлари учун тавсияларнинг ишонувчанлик даражасини
(ТИД) баҳолаш шкаласи**

ТИД	Даражанинг таснифи
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва /ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари изчил эмас)
С	Заиф тавсиялар (тегишли сифат далилларининг етишмаслиги (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас))

<https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=333317&dst=101584#YIZyj9UMbjvrkzCV1>

2. АСОСИЙ ҚИСМ.

2.1. Кириш

Цистали эхинококкоз (систали гидатидоз) — инсон организмда тасмасимон гельминт *Echinococcus granulosus*нинг личинкаларининг паразитлик қилиши орқали келиб чиқадиган гельминтоз бўлиб, у асосан жигарда (билиар тизимга таъсир этиши мумкин), ўпкаларда ва бошқа аъзоларда (бош ва орқа мия, буйрақлар, талоқ, суяклар, юрак, мушаклар, ошқозон асти бези, перитонеум, чарви тўқималар ва бошқалар) паразитар кисталар ҳосил бўлиши билан тавсифланади. Касаллик узоқ муддат симптомсиз кечиши мумкин, кейин эса аниқ белгилари билан давом этувчи сурункали шаклга ўтади.

(<https://diseases.medelement.com/disease/эхинококкоз-у-взрослых-эхинококкоз-органов-брюшной-полости/14463>)

2.2. ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИНГ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Патогенез бўйича:

- бирламчи кистали эхинококкоз;
- қайталанган кистали эхинококкоз (қайталанишлар муддатларини кўрсатиш билан)
 - қайталанган кистали эхинококкоз (жигар эхинококкозига қарши олиб борилган операция санасини кўрсатиш билан);
 - диссеминацияланган кистали эхинококкоз (жигар эхинококкози бўйича ўтказилган операция санаси кўрсатилган ҳолда);"

Кисталар сонига кўра

- Солитар кистали эхинококкоз (жигарнинг бўлаги ва сегментини кўрсатган ҳолда);
- кўплик кистали эхинококкоз (бир бўлакка зарар етган ҳолда, иккала бўлакка зарар етган ҳолда).

Бошқа органларнинг биргаликда зарарланишига қараб

- жигарнинг изолятор зарарланиши
- *бошқа органларнинг биргаликда зарарланиши.*

Клиник белгиларнинг ифодаланиш даражасига қараб:

- Белгисиз (доклиник) босқичи;
- *клиник*.

Асоратлар мавжудлигига боғлиқ равишда

- асоратларсиз форма;
- асоратланган форма (асоратлар кўрсатилган ҳолда):
 - абсцесслашган эхинококк кистаси;
 - йирингли-деструктив холангит, перихолангит;
 - йорилган эхинококк кистаси;
 - механик сариқлик;
 - яқин атрофдаги аъзолар ва тўқималарни сиқиши;
 - портал гипертензия;
 - эхинококк кистасининг ёрилиши;
 - ўт йўллари оқмалари

Эхинококк кистасининг ривожланиш босқичларини сонографик таснифига қараб [4]:

- CL (cystic lesion) – кистоз ҳосила;
- CE1 и CE2 (active) – фаол босқичдаги, ҳаётга қобил паразитлар сақловчи эхинококк кисталари;
 - CE 3a и CE3b (transitional) – ўтиш босқичидаги ва оралик эхинококк кисталари;
 - CE4 и CE5 (inactive) – нофаол босқичдаги эхинококк кисталари, ҳаётга қобил бўлмаган паразитлар билан.

Диагноз қўйиш намунавий шакли:

- Бирламчи жигар эхинококкози, Жигарнинг VIII сегментида солитар киста. Клиник белгиларсиз, CE1 босқич. ИФА – ижобий натижа;
- Бирламчи жигар эхинококкози, Жигарнинг икки бўлагида жойлашган кўп сонли кисталар. CE2 босқич. ИФА – ижобий натижа.

• Қайталанган жигар эхинококкози, (2013, 2014 ва 2016 йиллардаги операциялардан кейинги ҳолат). Қўшилган шакли (жигарнинг VIII сегменти ва талоқдаги). СЕЗа босқич. ИФА – ижобий натижа..

(<https://diseases.medelement.com/disease/эхинококкоз-у-взрослых-эхинококкоз-органов-брюшной-полости/14463>).

2.3. ДИАГНОСТИКА

Диагностика мезонлари [1- 6]:

2.3.1. Кўрик вақтида ва/ёки анамнезда мавжуд шикоятлар:

Симптомсиз (доклиник) босқич: бемор фаол шикоятлар билдирмаяпти.

2.3.2. Клиник босқич (асоратсиз шакли):

- кувватсизлик;
- халсизлик;
- иш қобилиятининг пасайиши
- бош оғриғи;
- ҳарорат кўтарилиши ва титраш (вақти-вақти билан);
- субфебрил ҳолат (вақти-вақти билан);
- кўнгил айнаиши (вақти-вақти билан);
- қорин дам бўлиши ва катталашиши;
- ўнг қовурғалар остида/эпигастрий соҳасида ноқулайлик ва

оғирлик ҳисси;

- қисқа муддатли тери қичиши;
- терининг ва склераларнинг ўтиб кетувчи сарғайиши;
- ўнг қовурғалар ости соҳасида ўртача интенсивликдаги ясси ёки

ўткир характердаги оғриқлар;

- ўнг қовурғалар остида қўл билан сезиладиган, ўсмага ўхшаш,

оғриқсиз шаклланма.

2.3.3. Асоратланган босқич:

• ўнг қовурғалар ости ёки қорин соҳасида ҳар хил интенсивликда намоён бўлувчи оғриқ;

- тана ҳароратининг 40–41°C гача кўтарилиши;
- титраш ва кучли терлаш;
- тахикардия;
- терининг ва кўриниб турган шиллик қаватларнинг сарғариши;
- тери қичиши, қаровурғон (эхинококк кистаси ёрилишида кузатилади).

2.3.4. Эпидемиологик анамнез:

- эхинококкознинг табиий ўчоқлари ҳисобга олиниши (Ўзбекистоннинг эндемик ҳудудлари);
- беморнинг бутун ҳаёти давомида яшаш жойини аниқлаш (эндемик ҳудудлар, қишлоқ жойлар);
- касби, ҳаёти давомидаги меҳнат фаолияти;
- итлар билан контакт (чўпон ити, ов ити, ҳовли ити, хизмат ити ва хона ити);
- қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари билан контакт;
- итларга ҳайвонларнинг хом ички аъзоларини бериш;
- ювилмаган ёввойи меваларни (қулупнай, ерқулупнай ва бошқалар) истеъмол қилиш;
- ёввойи ўсимликлар ва бошқа ашёларни оғизга олиш ва чайнаш одати.;
- Қорамолчилик фермалари, гўшт қайта ишлаш корхоналари, сўйим шаҳобчалари, ҳайвонларни утилизация қилиш ва кўмиш объектларида ишловчи ходимлар ва уларнинг оила аъзолари;
 - Гўшт ва ички аъзоларни парчалаш ва сотиш;
 - Ит эгалари ва уларнинг оила аъзолари;
 - Чўпонлар, овчилар, ўрмончилик ходимлари (егерлар) ва уларнинг оила аъзолари;
 - Терини қайта ишлаш цехлари ва пушт-мўйна хомашёсини қайта ишлаш устахоналарида ишловчи ходимлар ҳамда уларнинг оила аъзолари;
 - Ветеринария ходимлари ва уларнинг оила аъзолари;

- Хайвонот фермалари, кўрикхоналар ва зоопарклар ходимлари ҳамда уларнинг оила аъзолари;
- Терилар ва қорамолчиликка оид бошқа хомашёни қайта ишлаш билан шуғулланувчи шахслар.

2.4. Обьектив текширув:

2.4.1 Асоратсиз кечишда:

- гепатомегалия;
- Қорин бўшлиғининг юқори қисмларида пальпацияда аниқланадиган ўсмага ўхшаш хосила (тик турган ҳолатда, ўтирганда, ётганда ва ўнг ёнида ётганда аниқланади).

2.4.2 Асоратли кечишда (1-жадвал):

Асоратнинг номи	Клиник намоён бўлиш ҳолатлари
Абсцесслашган эхинококк кистаси	Ушбу тузилманинг локализация қилинган соҳасида кучли оғриқлар, гектик характердаги ҳарорат кўтарилиши ва титрашлар кузатилади. Паразитар киста ҳажм жиҳатидан катталашади. Ириңли йўналишнинг оқибатлари сифатида сепсис, абсцесснинг қорин бўшлиғига ёки плевра бўшлиғига ёрилиши мумкин.
Эхинококк кистасининг ёрилиши	Эхинококк кистасининг ёрилиши ўнг қовурғалар остида жойлашган кескин ва шиддатли оғриқ билан кечади. Қатор ҳолатларда коллапс ривожланиши мумкин. Баъзида кисталар бронхга, жигар ичидаги ўт йўллариغا, ошқозонга, ичакқа ёки ўт пуфагига бўшатилади. <i>Эркин қорин бўшлиғига</i> : жараённинг диссеминацияси, қаровурғон (крапивница) ва анафилактик шок, тарқалган перитонит ривожланиши кузатилиши мумкин. <i>Бронхга очилганда</i> : тўсатдан кучли йўтал пайдо

	<p>бўлади, унга суюқ балғам ажралиши ҳамроҳ бўлади, балғам таркибида кўплаб эхинококкнинг тармоқланган пуфакчалари аниқланади.</p> <p><i>Жигар ичидаги ўт йўлларига:</i> Холангит ва механик сариқлик кучаяди.</p> <p><i>Плевра бўшлиғига:</i> Ириқли плеврит, ўпка абсцесси.</p>
Эхинококк пуфаги томонидан жигар йўллари ва портал венанинг сиқилиши	Механик сариқлик ва портал гипертензия ривожланади.
Ирингли-деструктив холангит	Иситма билан қўшилган қалтираш, сариқлик, ўнг қовурға остида оғриқ (Шарко триадаси), гепатолиенал синдром.
Ўт йўллари оқмаси	Диспепсия бузилишлари, тана вазнининг камайиши, қон кетиши, гипохром анемия, остеопороз, соч тўкилиш, тери ва тирноқларда трофик ўзгаришлар, фистула тешиги атрофида терининг таъсирланиши (мацерация, яраланиш), дистрофия, қашшоқлашиш.
Анафилактик шок	<p>Тўсатдан бошланиши, тез ривожланиши.</p> <ul style="list-style-type: none"> · артерия босими пасайиши · юқори нафас йўлларининг шиллиқ қаватида шиш ва силлиқ мушакларнинг спазми · онгнинг сусайиши · тутқаноқлар · Ихтиёрсиз пешоб ажралиши · Кенг тарқалган тошма (эхтимол)

<https://diseases.medelement.com/disease/эхинококкоз-у-взрослых-эхинококкоз-органов-брюшной-полости/14463>

2.5. Лаборатор текширувлар [1-6]:

2.5.1 Асосий:

- **УҚТ:** Мўътадил лейкоцитоз, барқарор бўлмаган эозинофилия, ЭЧТ кўрсаткичининг ошиши; асоратли ҳолатларда — кучли лейкоцитоз (гиперлейкоцитоз), чапга силжиш билан нейтрофилоз, эозинофилия, нисбий ёки мутлоқ лимфопения кузатилади.;

- **ҚБТ:** Умумий оқсил миқдорининг ошиши ва диспротеинемия (кенг кўламли шикастланишларда); билирубин, асосли фосфатаза, АСаТ ва АЛаТ миқдорларининг ошиши.

- **Серологик таҳлил: (ИФА)** Эхинококк антигенларига нисбатан IgG синфидаги антителоларнинг аниқланиши.

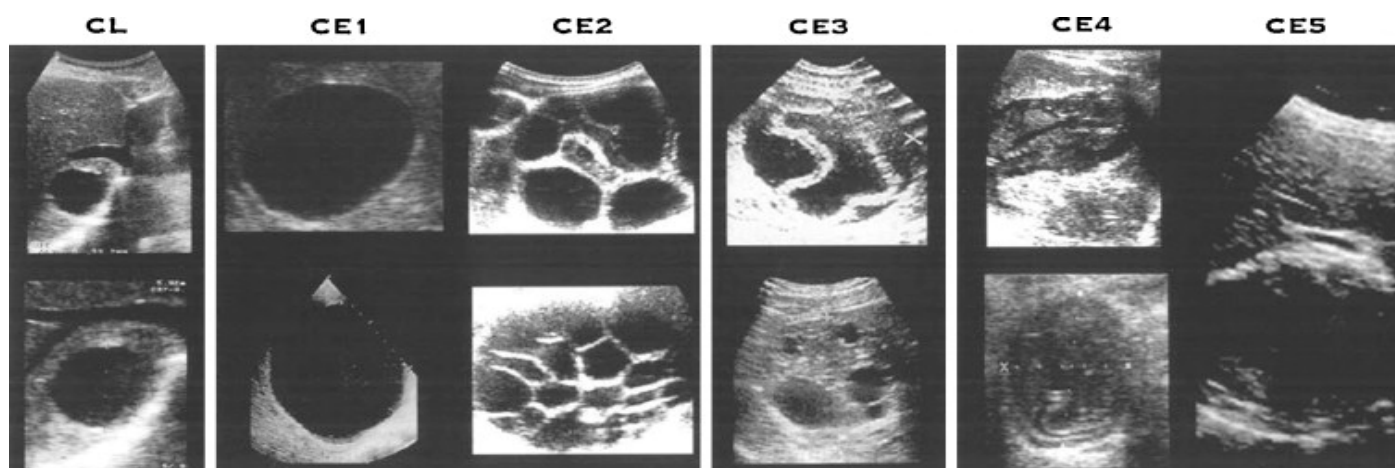
2.6 Асбобий текширувлар [1,3,4,5,6]: Эхинококкознинг турли абзолардаги шакллари аниқлашда асбобий текширув усуллари асосий ҳисобланади, уларнинг сезувчанлиги 85–99% ни ташкил қилади..

2.6.1 Қорин бўшлиғи УТТ текшируви [4]:

2.6.2 Эхинококкознинг рентгенологик белгилари:

- Кистоз шаклдаги хосила;
- Капсула – визуализация қилинмайди, аниқ визуализация қилинади, кўп қатламли, кальцийлашган;
- Шакли – айлана, овалсимон, нотўғри шакли;
- Ўлчами – кичик (5 см гача), ўртача (5–10 см), катта (10 смдан ортик);
- Ичидаги модда – бир хил (гомоген), турлича (гетероген) – паразит ҳолатига боғлиқ.

2.6.3 Кистали эхинококкозда эхинококк кистасининг ривожланиш босқичларининг сонографик классификацияси (ЖССТ, 2003, 2010)



(1-расм)

NB! ИФА натижаси ва эхинококк кистасининг УЗИ бўйича босқичлари ўртасида аниқ корреляция мавжуд эмас. CE1 (CE2) босқичларида (фаол ва тирик кисталар) серологик таҳлил натижаси кўпроқ ҳолларда ижобий, баъзан салбий бўлиши мумкин. CE4–CE5 босқичларида эса (инволюцияланган кисталар) кўпроқ ҳолларда натижа салбий, баъзан эса ижобий бўлиши мумкин.

Эхинококк кистаси босқичлари ва ИФА натижалари ўртасидаги мувофиқлик (2-жадвал)

УТТ- босқичлари	CE1	CE2	CE3a	CE3b	CE4	CE5
Интерпретация	(Фаол, тирик)		(оралик, ўтиш босқичидаги)		(нофаол ўлик)	
ИФА натижалари	+/-	+	+	+	-/+	-/+

Изоҳ: (+) – Ижобий реакция, (-) – Салбий реакция.

(<https://diseases.medelement.com/disease/эхинококкоз-у-взрослых-эхинококкоз-органов-брюшной-полости/14463>)

2.6.4 Инсонда кистали эхинококкозда иммунодиагностик ёндашувлар (3-жадвал)

Биринчи қадам: Антиэхинококк антителоларини аниқлаш учун дастлабки тест

ИФА – E.granulosus антигенларига нисбатан IgG синфидаги антителоларни аниқлаш Кейинги қадамлар		
Салбий натижа	↓ Салбий натижа	↓ Ижобий натижа
<p><u>Кистали</u> эхинококкозни гумон қилдирувчи (УТТ) ёки бошқа визуал диагностик маълумотлари мавжуд бўлмаган шахслар Тактика: кейинги ИФА-таҳлил ёки дифференциал ташхис ўтказишга эҳтиёж йўқ.</p>	<p><u>Кистали</u> эхинококкозни гумон қилдирувчи УЗИ каби визуал диагностик маълумотларга эга шахслар; Симптомларсиз ҳолатлар Тактика: - «Кузатув» такрорий сероиммунологик таҳлиллар ва нурли диагностика усуллари билан биргаликда: Манифест ҳолатлар Тактика: - Албендазол билан бошланғич кимётерепия - Хирургик аралашув (ками инвазив ёки очик усулда) ва кимётерепия</p>	<p><u>Кистали</u> эхинококкозни гумон қилдирувчи (УТТ) каби визуал диагностик маълумотлар мавжуд бўлмаган шахслар Тактика: - Ички аъзолар, суяклар ва юмшоқ тўқималарнинг КТ/МРТ (тўлиқ сканерлаш) – Қайта-қайта ўтказиладиган сероиммунологик таҳлиллар ва нурли диагностика усуллари билан «кузатув» Кистали эхинококкозни гумон қилдирувчи (УТТ) каби визуал диагностик маълумотларга эга шахслар Тактика: - Албендазол</p>

	(консерватив даволаш) масаласини кўриб чиқиш, кейинги сероиммунологик тадқиқотларсиз.	билан бошланғич кимётерепия - Хирургик аралашув (ками инвазив ёки очик усулда) ҳамда кимётерепияни (консерватив даволаш) кейинги сероиммунологик тахлилларсиз амалга ошириш масаласини кўриб чиқиш
https://diseases.medelement.com/disease/эхинококкоз-у-взрослых-эхинококкоз-органов-брюшной-полости/14463		

2.6.5 Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси: Ўпканинг ҳамроҳ эхинококкозини (диафрагманинг юқори жойлашуви, унинг ҳаракатчанлигининг чекланганлиги) аниқлаш ёки инкор этиш имконини беради.

Даволаш тактикаси белгиланиши учун амбулатор даражада ўтказиладиган қўшимча диагностик текширувлар:

- Қорин бўшлиғининг КТ текшируви;
- Қорин бўшлиғининг МРТ (кўрсатмаларга биноан);
- МРХПГ (кўрсатмаларга биноан);
- Бош миянинг КТ текшируви (кўрсатмаларга биноан);
- Кўкрак қафасининг КТ текшируви (кўрсатмаларга биноан);
- ЭхоЭКГ.

Режали госпитализация учун зарур бўлган минимал текширувлар рўйхати: соғлиқни сақлаш соҳасида ваколатли органнинг амалдаги буйруғи ва стационарнинг ички низомига мувофиқ.

Стационар даражасида ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностик текширувлар (шошилишч госпитализация вақтида амбулатор даражада ўтказилмаган текширувлар амалга оширилади):

- УҚТ;
- УСТ;
- коагулология (АҚТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген А, фибриноген Б, Қон қуюлиш вақти);
- ҚБТ; (Умумий оқсил, альбумин, мўчевина, креатинин, умумий ва тўғридан-тўғри билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, К (калий), Na (натрий), Са (кальций), С-реактив оқсил);
- Қон гуруҳи ва резус-факторини аниқлаш;
- Қоннинг RW таҳлили;
- ОИТС учун қон таҳлили;
- В ва С гепатити вируслари учун қон таҳлили;
- ЭФГДС.

2.7 Махсус мутахассислар консултацияси учун кўрсатмалар:

- Хирург консултацияси – даволаш тактикаси ва ўхшаш симптоматикага эга касалликлар билан дифференциал ташхис ўтказиш мақсадида.

- Кардиолог консултацияси – юрак-қон томир тизими патологиясини аниқлаш мақсадида (доимий артерия гипертонияси, сурункали юрак етишмовчилиги, юрак ритми бузилишларини тузатиш).

Кўрсатмаларга биноан:

- Невропатолог консултацияси – неврологик аломатлар мавжуд бўлганда ёки бош миёда ҳажмли хосила аниқланган ҳолларда;

- Гастроэнтеролог консултацияси – жигар ва овқат ҳазм қилиш тизимида оид ҳамроҳ касалликларни (аутоиммун гепатитлар, жигар циррозлари) аниқлаш ёки инкор этиш мақсадида:

- Эндокринолог консултацияси – эндокрин тизим касалликларини (қандли диабет, қалқонсимон без касалликлари) ўз вақтида аниқлаш ва даволаш мақсадида:

- Онколог консултацияси – онкологик жараёндан шубҳаланилганда;

- Фтизиатр консултацияси – специфик (сил) жараёндан шубҳаланилганда.

Диагностик алгоритм (4-жадвал):



3.1 ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС

Дифференциал ташхис ва қўшимча текширувларни ўтказиш учун асос (5-жадвал):

<i>Диагноз</i>	<i>Дифференциал ташхис учун асослар</i>	<i>Текширувлар</i>	<i>Ташхисни инкор этиш мезонлари</i>
Жигар альвеококкози	<ul style="list-style-type: none"> • Узоқ вақт давомида симптомсиз кечиш • гепатомегалия • Ўнг қовурғалар остида ёки эпигастрий соҳасидаги кучсиз ва тортиб турувчи оғриқлар • субфебрилитет • Сариклик • эозинофилия • ЭЧТ ошиши • Оқсил алмашинувининг бузилиши • Трансаминазалар даражасининг ошиши 	<ul style="list-style-type: none"> • УҚТ • КБТ • Қорин бўшлиғи органлари УТТ текшируви • Қорин бўшлиғи органлари КТ текшируви • Қорин бўшлиғи органлари МРТ текшируви 	<ul style="list-style-type: none"> • Пальпация да альвеококк тугунчаси “тошдек қаттиқ, зич” (Любимов симптоми) • Альвеококкнинг жигар вороталари лимфа тугунлари, ўпка, бош мия ва бошқа органларга метастаз қилиши • ёмон сифатли кечишга эга. • Юпқа деворли кистоз тузилманинг аниқланиши,

	<ul style="list-style-type: none"> • Билирубин ва ишқорий фосфатаза даражасининг ошиши 		<p>хамда УЗИ доплерография си ва КТ-ангиография текширувлари орқали ушбу тузилманинг қон томирлари билан таъминлангани тасдиқланади.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Цирроз печени в виде «булыжной мостовой». • Қаттик, инфилтратив ўсмага ўхшаш тузилмалар кўринишидаги ўчоқлар
Жигар гемангиомаси	<ul style="list-style-type: none"> • 5–6 см гача бўлган гемангиомаларда узоқ муддат симптомсиз кечиши • Ўнг қовурғалар остидаги кучсиз, симмиллаб турувчи 	<ul style="list-style-type: none"> • УҚТ • ҚБТ • Қорин бўшлиғи органлари УТТ текшируви • Қорин бўшлиғи органлари КТ 	<ul style="list-style-type: none"> • Гемангиома, одатда, ягона бўлади ва кичик ўлчамда (3–4 см дан кам) учрайди. • Жигар УТТ текширувида

	<p>оғриқлар</p> <ul style="list-style-type: none"> • диспепсия • гепатомегалия • сариклик • портал гипертензия 	<p>текшируви</p> <ul style="list-style-type: none"> • Қорин бўшлиғи органлари МРТ текшируви 	<p>гемангиоманинг 2 тури аниқланиши мумкин:</p> <p>каверноз ва капилляр гемангиомалар.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хира, гипохоген тузилма бўлиб, мураккаб доғ-доғли эхоструктурага эга. Айлана «ҳалқа» ёки қон томирли пиёзча аниқланиши мумкин.
<p>Гепатоцеллюляр карцинома, жигарга метастазлар</p>	<ul style="list-style-type: none"> • гепатомегалия • Ўнг қовурғалар остида зич-эластик тузилма • Ўнг қовурғалар остида / эпигастрий соҳасида кучсиз (кунгилсиз) оғриқлар 	<ul style="list-style-type: none"> • УҚТ • ҚБТ • Қорин бўшлиғи органлари УТТ текшируви • Қорин бўшлиғи органлари КТ текшируви • Қорин 	<ul style="list-style-type: none"> • Анамнезда : парентерал йўл орқали юқадиган гепатитлар билан касалланган ҳолат • Огир клиник белгилар нисбатан секин ривожланади:

	<ul style="list-style-type: none"> • субфебрилитет • Сариклик, портал гипертензия 	<p>бўшлиғи органлари МРТ текшируви</p>	<p>аста-секин озиб кетиш, сариклик ва асцитнинг сурункали кучайиб бориши.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Альфа-фетопро테인га ижобий реакция • Гипо-, изо-, гипер- ёки бир хил эмас эхоструктурага эга бўлган юмалоқ шаклли тузилма, одатда жигар циррози фонида кузатилади. • Жигарнинг бўлакли контурлари, периферик ореолсиз • Кўп ҳолларда — дегератив ўзгаришлар кузатилади (ўсма ичига қон қуйилиши,
--	---	--	---

			<p>кальций тузларининг тўпланиши).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хаоссимон характерли томирлар тармоғи кузатилмаган ҳолда, артерия томирлари билан ёрқин васкуляризация аниқланади.
<p>Жигарнинг оддий кистаси</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Симптомсиз кечиш, • Шикоятлар: ўнг қовурғалар остидаги даврий оғриқлар, • гепатомегалия, • диспепсия, • УТТ текшируви пайтида тасодифий равишда аниқ чегараларга эга бўлган анэхоген тузилманинг топилиши 	<ul style="list-style-type: none"> • ОАК • БАК • УЗИ печени и почек • КТ органув брүшной полостив, • ИФА на эхинококков (обнаружение специфических антител класса IgG кантигенам эхинококка) 	<ul style="list-style-type: none"> • Жигар УТТсида – аниқ чегараланган, юмалоқ шаклдаги, анэхоген, пардаларсиз тузилма аниқланди. • Жигар ва буйраклар УТТсида кисталар аниқланди (поликистоз

			<p>эхтимоли инкор қилинган).</p> <p>Оддий жигар кисталари, эхинококкоздаги каби кальцинатланиш га учрамайди.</p>
<p>https://diseases.medelemet.com/disease/эхинококкоз-у-взрослых-эхинококкоз-органов-брюшной-полости/14463</p>			

**«КАТТАЛАРДА ЖИГАРНИНГ “КИСТАЛИ
ЭХИНОКОККОЗИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ»**

Ташкент - 2025

1. АСОСИЙ ҚИСМ

1.1 Амбулатор даражада даволаш тактикаси

Даволаш тактикаси [1,2,4,5,8,9]: Жигарнинг кистали эхинококкози билан касалланган беморларни даволаш индивидуал ёндашувни талаб қилади, ҳар бир ҳолатда даво усуллариининг турли вариантларини бирлаштириш имконияти алоҳида баҳоланади.

Амбулатор даражада жигарнинг кистали эхинококкози бўлган беморларни даволашда 2 та асосий ёндашув мавжуд.:

1. кузатув;
2. Консерватив даволаш (антипаразитар дори воситалари).

Жигар кистали эхинококкозининг асоратланмаган шаклларида антипаразитар препаратлар (химиотерапия) билан бошланғич терапия барча беморларда амбулатор шароитда бошланиши керак. Альбендазол билан даволаш самараси кузатилмаган ҳолларда (киста ўлчамларининг камаймаслиги ёки УТТ-назоратида СЕ1 ва СЕ2, СЕ3а ва СЕ3б босқичларининг СЕ4–СЕ5 га ўтиш белгиларисиз), шунингдек асоратлар ривожланган тақдирда, кейинги даволаш тактикаси хирург билан маслаҳатлашган ҳолда жарроҳлик аралашуви фойдасига ҳал қилиниши лозим.

NB! СЕ4 ва СЕ5 босқичлари (нофаол, ҳаётга қобил бўлмаган кисталар) фақат 5 йил давомида динамик кузатув остида бўлиши лозим. Химиотерапия ва жарроҳлик даволаш тавсия этилмайди [10]. Агар асоратлар ривожланса, жарроҳлик аралашуви кўрсатма бўлади.

Асоратланмаган жигар кистали эхинококкози учун тавсия этиладиган босқичга-хос (стадия-специфик) терапевтик ёндашувлар [4] (6-жадвал)

ЖССТ таснифи	Жарроҳлик йўли билан даволаш	кам инвазив аралашувлар	Антипаразит ар дори воситалари	Оптимал тавсия этиладиган тактика
---------------------	-------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--

CE1	–	✓	✓	<5 см ABZ >5 см PAIR + ABZ
CE2	✓	✓	✓	кам инвазив аралашувларнинг бошқа турлари + ABZ
CE3a	–	✓	✓	<5 см ABZ >5см PAIR + ABZ
CE3b	✓	✓	✓	PAIR бўлмаган малоинвазив аралашувлар + ABZ
CE4	–	–	–	кузатув
CE5	–	–	–	кузатув

1.2 Dori vositalarisiz davolash:

О‘рин-to‘shak rejimi – tana harorati me‘yoriga kelguncha va intoksikatsiya belgilar yo‘qolguncha davom etadi.

Dieta: umumiy ovqatlanish stoli №15, ko‘p suyuqlik ichish, jigar tahlillarida o‘zgarishlar kuzatilsa – №5-stol. Hamroh kasalliklar mavjud bo‘lsa, mos dietalar belgilanadi.

1.3 Dori vositalari bilan davolash:

Этиотроп терапия. Танлов препарати – албендазол 10-15 мг/кг/кун 2 марта, овқат билан бирга, доимий равишда 3-6 ой давомида (танаси оғирлиги > 50 кг бўлса – 400 мг кунига 2 марта) [4].

Албендазол билан монотерапия ўтказиш учун кўрсатмалар:

- CE1 ва CE3a босқичлари
- CE2 ва CE3b босқичларида старт терапияси, таъсир бўлмаса – хируругик даволаш
- Эхинококк (гидатид) кисталарини диаметри 5,0 смдан кам бўлган ҳолда аниқлаш (CE1 ва CE3)
- Кўплаб кичик кисталар, кўплиги ва кичик ўчоқлари туфайли операция орқали олиб ташлаш мумкин эмас

- Кисталарни (якка ва кўплик) операция орқали олиб ташлаганидан кейинги ҳолат – қайта пайдо бўлишга қарши даволаш.

Химиотерапия ўтказиши учун шартлар: албендазол кўрсатмасига қаранг.

- Гемограмма кўрсаткичлари меъёрида
- Жигарнинг функционал ҳолатини баҳоловчи кўрсаткичлар (билирубин даражаси, жигар ферментлари) меъёр доирасида бўлиши лозим.

Агар қон таҳлилларида ўзгаришлар кузатилса (лейкопения — 3×10^9 /л дан кам, гранулоцитлар сони камайиши) ёки аминотрансферазалар даражаси меъёрдан 3 марта ва ундан юқори кўтарилса, альбендазол билан даволаш вақтинча тўхтатилиши лозим — кўрсаткичлар нормаллашгунча [1,3].

<https://hepato.elpub.ru/jour/article/viewFile/353/307>

Асосий дори воситалари рўйхати (7-жадвал):

№	Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори воситасининг халқаро патентланмаган номи	доза	Қабул қилиш сони	Юбориш усули	Даволаш давомийлиги	У Д
1.	Гельминтларга қарши воситалар	Албендазол - танлов дориси	15 мг/кг тана вазнига нисбатан	Кунига 2 марта, таблетка шаклида	оғиз орқали	3–6 ой	В
2.	Гельминтларга қарши воситалар	Мебендазол - алтернатив дори воситаси	40–50 мг/кг тана	Кунига 2 марта,	оғиз орқали	3-6 ой	В

			вазнига нисбатан	таблетк а шаклид а			
https://www.jtransplantologiya.ru/jour/article//278/341							

1.4 Ҳомиладорлик ва эмизиш даврида жигарнинг кистали эхинококкози билан касалланган беморларни даволаш (умумий тавсиялар) [10-13]

Ҳайвонларда олиб борилган экспериментал тадқиқотлар маълумотларига кўра, албендазол ва мебендазол дори воситаларининг тератоген ва эмбриотоксик таъсири гестация даврининг 13–56 кунлари оралиғида намоён бўлади. Биринчи триместрдан кейинги даврда дори воситаларининг токсик таъсири ҳақида ҳайвон моделларида ишончли далиллар мавжуд эмас (<https://diseases.medelement.com/disease/кисты-поджелудочной-железы-у-детей>).

АҚШ Овқат ва дори воситалари сифатини назорат қилиш бошқармаси (FDA) бензимидазоллар гуруҳига кирувчи айрим дори воситаларини эҳтимолий тератоген ва эмбриотоксик таъсирини инобатга олган ҳолда, далиллар даражаси бўйича «С» тоифасига киритган. (<https://gastroe.ru/my-lechim/lechenie-zabolevanij-podzheludochnoj-zhelezy/kisty-podzheludochnoj-zhelezy/>)

Гарчи инсонларда бундай таъсирлар қайд этилмаган бўлса-да, ҳомиладор аёлларда албендазол ва мебендазолни қўллашдан тийилиш тавсия этилади — химиотерапияни туғруқдан кейинги даврга қолдириш керак. Мазкур препаратлар фақат жуда оғир ҳолатларда, ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместрларида, барча эҳтимолий хавфларни синчиклаб баҳолаган ҳолда, эҳтиёткорлик билан қўлланилиши мумкин. Ҳар қандай ҳолатда ҳам, албендазолни тайинлашда танлов нуқтаси — гестациянинг 10–

12 ҳафталари оралиғидир; ушбу даврдан кейин, катта ёки кўплаб кисталари мавжуд беморларда терапия қайта бошланиши ва туғруқгача давом эттирилиши мумкин (<https://www.pirogov-center.ru/etc/shevchenko-2016>).

Антигельминтик даволашни танлаш фойдасига кўшимча асос сифатида, ҳомиладорлик даврида ҳужайравий иммунитет пасайган шароитда кистанинг тез ўсиш эҳтимоли юқори эканлиги кўрсатилади. Туғруқ вақтида эхинококк кистасининг ёрилиш хавфига қарши профилактик мақсадда фармакотерапевтик кўллаб-қувватлаш тавсия этилади. Агар эхинококк кистаси табиий туғруқни ўтказишга тўсиқ бўлса, туғруқ кесарева кесими орқали амалга оширилиши керак ва агар имконият бўлса, шу пайтда паразитар кистани ҳам олиб ташлаш тавсия этилади.

Фертил ёшидаги аёлларга антипаразитар терапия давомида ва даволаш тугагандан кейин камида 1 ой мобайнида контрацепция усуллари кўллаш тавсия этилади.

Албендазол ва мебендазолни лактация даврида кўллаш бўйича тадқиқотлар олиб борилмаган, чунки янги туғилган чақалоқларда ножўя таъсирлар ривожланиш хавфини инобатга олган ҳолда бундай хавфдан сақланиш мақсад қилинган.

Шу тариқа, жигарнинг кистали эхинококкозини ҳомиладорлик даврида даволаш модаси она, ҳомила ва паразитар кистанинг ҳолатига боғлиқ ҳолда индивидуал ёндашув асосида амалга оширилиши лозим. Даволаш схемасини танлаш тўғрисидаги қарор ихтисослашган мутахассислар (акушер-гинеколог, жарроҳ, инфекционист/ УАШ шифокори) консилиуми томонидан қабул қилинади ва беморнинг хабардор қилинган ҳолдаги ёзма розилиги албатта олиниши шарт. (<https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/echinococcosis>).

1.5 Дори воситаларини таққослаш (9-жадвал):

Фармакогруппа	МНН	Афзалликлар	Камчиликлари	УД
Антигельминтик воситалар	албендазол	Ганлов препарати — албендазол. У мебендазолга нисбатан овқат ҳазм қилиш тизимидан яхшироқ сўрилади. Кистали эхинококкознинг личинка босқичига нисбатан юқори фаолликка эга. Унинг асосий метаболити — албендазолсульфооксид эхинококкозга	Ножўя реакциялар: <ul style="list-style-type: none"> Гепатотоксик таъсир (ножўя таъсир қайд этилиш частотаси — 18% гача), асосан трансаминазалар фаоллигининг ошиши билан намоён бўлади; Ўрта даражадаги лейкопения. 	В
Антигельминтик воситалар	мебендазол	Захира (резерв) препарати. Кистали эхинококкознинг личинка босқичига нисбатан фаол. Ушбу препарат албендазолга индивидуал носуғурувчанлик ёки унинг самарасизлиги ҳолларида тайинланиши мумкин .	Мебендазол овқат ҳазм қилиш тизимидан албендазолга нисбатан ёмонроқ сўрилади. У албендазолга нисбатан юқорироқ токсикликка эга. Ножўя реакциялар қаторига гепатотоксик таъсир, трансаминазалар даражасининг ошиши ва ўрта даражадаги лейкопения киради.	В
https://diseases.medelement.com/disease/эхинококкоз-у-взрослых-эхинококкоз-органов-брюшной-полости/14463				

- **Жарроҳлик аралашуви:** йўқ.
- **Кейинги тактика:**

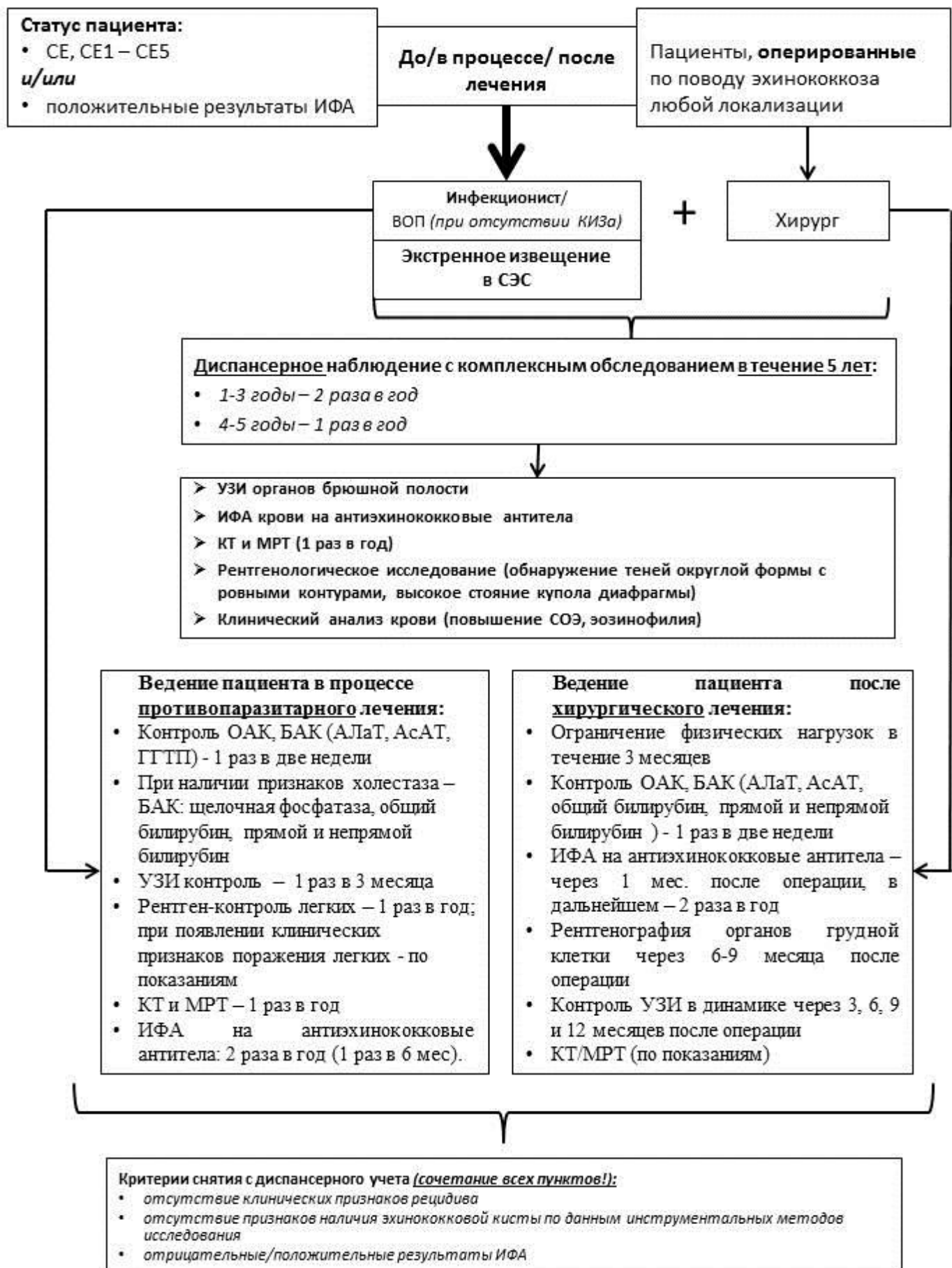
Хавф гуруҳларидаги шахслар учун режали лаборатор текширув – йилига 1 марта [10]:

- Қорамолчилик фермалари, гўшти қайта ишлаш корхоналари, сўйиш шахобчалари, ҳайвонларни кўмиш ва утилизация қилиш объектлари ходимлари ва уларнинг оила аъзолари
- Чўпонлар, овчилар, ўрмон ходимлари (егерлар) ва уларнинг оила аъзолари
- Ит эгалари ва уларнинг оила аъзолари
- Ҳайвонот фермалари, кўрикхоналар ва ҳайвонот боғлари ходимлари ҳамда уларнинг оила аъзолари
- Эхинококкоз ташхиси бўйича олдин жарроҳлик амалиёти ўтказган ёки диспансер ҳисобида турган шахслар ва уларнинг оила аъзолари
- Клиник ва эпидемиологик кўрсатмаларга кўра текширувдан ўтказилиши лозим бўлган амбулатор ва стационар беморлар ҳамда уларнинг оила аъзолари
- Хавф гуруҳларига кирувчи шахсларни режали текширувдан ўтказиш, рўйхатга олиш ва кейинчалик диспансер кузатувини жой бўйича бириктирилган тиббиёт муассасасида инфекционист-врач (у мавжуд бўлмаган тақдирда — умумий амалиёт шифокори) амалга оширади (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis>).

Бемор ҳолатини мониторинг қилиш [3,10]:

СЕ, СЕ1–СЕ5 босқичдаги эхинококкоз ташхиси қўйилган шахслар ва/ёки ИФА таҳлили ижобий натижа берган беморлар — албендазол билан даволаш вақтида ва шундан сўнг ҳам, шунингдек жарроҳлик даволашдан кейин диспансер кузатувида бўлади. Ушбу назорат бириктирилган тиббиёт муассасасида инфекционист шифокор томонидан (у мавжуд бўлмаган тақдирда — умумий амалиёт шифокори томонидан) амалга оширилади.

Жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморлар қўшимча равишда яшаш жойи бўйича тиббиёт муассасаси жарроҳи томонидан кузатилади ҳамда инфекционист шифокорни хабардор этиш мажбурий ҳисобланади (<https://diseases.medelement.com/disease/эхинококкоз-у-взрослых-эхинококкоз-органов-брюшной-полости/14463>).



Жигар эхинококкози билан беморларнинг мониторинги (9-жадвал)

Даволаш самарадорлигининг индикаторлари:

Антипаразитар даволаш самарадорлиги

- Касаллик белгилари регресси;
- УҚТ ва ҚБТ таҳлил кўрсаткичларининг нормаллашуви;
- УТТда мусбат динамика: кисталар ўлчамларининг кичрайиши, СЕ4–СЕ5 босқичларга ўтиш;
- Қўшилган ўпка эхинококкози мавжуд бўлганда рентгенологик мусбат динамика: кисталар ўлчамларининг кичрайиши, кисталик бўшлиқнинг тушиши, деворларининг кальцинатланиши ва бошқа мусбат ўзгаришлар.;
- КТ/МРТ назорати — шикастланиш ҳажмининг камайиши, кальцинатланиш аломатларининг пайдо бўлиши
- ИФА — манфий натижа (*бироқ юқорида кўрсатилган ҳолатлар мавжуд бўлса ҳам, ИФА натижаси мусбат бўлиб қолиши мумкин*).

1.6. Госпитализация учун кўрсатмалар ва госпитализация тури:

Режали госпитализация учун кўрсатмалар:

- Касалликка хос клиник, лаборатор ёки инструментал белгилари мавжуд бўлган ҳолларда бирламчи текширув;
- Операция олди тайёргарлиги (касалликка қарши периперацион химияпрофилактика комплекс доирасида), агар ушбу тайёргарликни амбулатор шартларда ўтказиш имкони бўлмаса;
- Касалликнинг яққол клиник белгилари мавжуд бўлганда, жумладан албендазол билан олиб борилаётган химиотерапия фонида ҳам, эхинококк (гидатида) кисталарининг диаметри 5,0 смдан кам бўлса ёки жарроҳлик даволаш учун кўрсатма мавжуд бўлмаган ҳолларда;
- Химиотерапия (албендазол) фонида токсик гепатит ривожланиши. Антипаразитар даволаш самарасининг кузатилмаслиги (айниқса СЕ2 ва СЕ3b босқичларида);

- Диаметри 5 см дан ортиқ бўлган ўчоқли ва/ёки кистоз паразитар шикастланиш мавжуд бўлиши.

(<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis>).

1.7 Шошилишч госпитализация учун кўрсатмалар:

- Эхинококк кистасининг қорин бўшлиғига ёрилиши.

2. СТАЦИОНАР ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

2.1 Даволаш тактикаси:

Керак бўлган ҳолларда консерватив стационар даволашни амалга ошириш учун бемор инфекция бўлимига, агар у мавжуд бўлмаса — терапия бўлимига госпитализация қилинади.

Агар албендазол билан олиб борилган даволаш самара бермаса (УТТ-назоратда кисталар ўлчамида камайиш кузатилмаса ва СЕ1 ҳамда СЕ2, СЕ3а ва СЕ3б стадиялари СЕ4–СЕ5 босқичига ўтмаса), шунингдек асоратлар ривожланса, кейинги даволаш тактикаси жарроҳлик даволаш фойдасига хирург шифокор билан маслаҳатлашган ҳолда белгиланиши лозим.

Жигарнинг кистали эхинококкозида барча кам жароҳатли ва очик (анъанавий) жарроҳлик аралашувлари фақат хирургия стационари шароитида амалга оширилиши лозим. Жарроҳлик даволаш тегишли клиник ташхис ва даволаш протоколига мувофиқ, операция учун кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда ўтказилади.

NB! Жигар эхинококкозининг СЕ4 ва СЕ5 босқичларида (нофаол, нораво) жарроҳлик даволаш фақат асоратлар (абсцесс шаклланиши, ёрилиш ва бошқалар) ривожлангандагина кўрсатилган. Бессимптомли эхинококкоз (омелотвориш ҳолатидаги, нораво кисталар) СЕ4 ва СЕ5 босқичларда жарроҳлик ёки консерватив даволашни талаб этмайди.

(<https://med24.uz/bolezni/ekhinokokkoz>)

- **Дори воситасиз даволаш:** 1-банд, 1.1-қисмини қаранг.
- **Дори воситалари билан даволаш:** 1-банд, 1.2-қисмини қаранг.

- **Жарроҳлик даволаш:** жигар эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволашнинг 3 асосий усули мавжуд (фиброз капсула тўлиқ олиб ташланиш даражасига қараб танланади)
 - Фақат эхинококк кистаси элементларини олиб ташлаш, фиброз капсуласи сақланган ҳолда (эхинококкэктомия);
 - Эхинококк кистасини паразитнинг фиброз капсуласи билан биргаликда олиб ташлаш (перицистэктомия);
 - Эхинококк кистасини жигар резекцияси орқали олиб ташлаш.

Ёрдамчи дорилар рўйхати			
Фармакотерапевтик гуруҳ	ХП номи	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
Анальгетиклар	кетопрофен	100 мг/2 мл ампула 2-3 маҳал м/о 2-3 кун	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
Инфузион препаратлар	натрия хлорид	400 мл - 0,9% эритмаси 1-2 маҳал в/и кўрсатмаларга қараб	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
	декстроза	400 мл - 5%, 10% - эритмаси 1 маҳал в/и кўрсатмаларга қараб	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
	гидроксиэтил крахмал (ГЭК) 6%,	250 – 500 мл/кун	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf

	10% - 400мл		df
Антибиотиклар	цефтриаксон	Кунлик ўртача доза 1–2 г. 1 махал кунига ёки 0,5–1 г хар 12 соатда.	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.p df
	цефоперазон	катталар учун ўртача суткалик доза 2-4 г, оғир инфекциялар учун-8 г гача; болалар учун — 50-200 мг / кг хар 12 соатда , 7-10 кун ичида /	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.p df

2.2 Кам инвазив жарроҳлик аралашуви

УТТ ёки КТ назоратида кистани теридан тешиб пункция қилиш — PAIR (Пункция, аспирация, инъекция, қайта аспирация) [14].

PAIR Методикаси

PAIR усули учун кўрсатмалар:

- CE1 ва CE3а босқичлар
- Диаметри 5,0 см дан ортиқ бўлган эхинококк (гидатида)

кисталари (CE1 ва CE3 босқичлар) аниқланган ҳолларда

- Катта ҳажмли операцияга қарши кўрсатмага эга бўлган беморлар
- Ўпка, жигар, талоқ, юрак ва бош миёда жойлашган қўшилган

эхинококкоз ҳолатлари кузатиладиган оғир тоифадаги беморлар, жарроҳлик аралашуви юқори жароҳатланиш хавфи билан боғлиқ бўлган ҳолларда.

РАИР усули учун қарши кўрсатмалар

- Нофаол ёки кальцинатланган шикастланиш
- Ўт йўллари билан боғланган кисталар
- Қорин бўшлиғидаги кистала
- РАИР усулида қўлланиладиган айрим моддаларга аллергик

реакцияга эга бўлган беморлар

(<https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2017/12/1002312072017121090>)

РАИР усулининг хавфлари

- Пункция вақтида: қон кетиши, бошқа тўқималарнинг механик шикастланиши, инфекция тушиши
 - Анафилактик шок ёки бошқа аллергик реакциялар
 - Кистанинг таркибини тарқалиши (диссеминацияси) пункция пайтида
 - Алкогол ёки бошқа склерозловчи модда юборилганда кисталар билиар тизим билан боғланган ҳолда кимёвий (склерозловчи) холангит ривожланиши
 - Катта кисталарда спирт ёки гипертоник тузли эритманинг токсик реакцияси
 - Антипаразитар препаратларнинг ножўя таъсирлари
 - Гепатотоксик таъсир (аминотрансферазаларнинг вақтинча ошиши), нейтропения, тромбоцитопения, алопеция (соз тўқилиш)

Даволаш самарадорлигининг индикаторлари: 1-банд, 1.5-қисмини қаранг.

- Радиологик текширув усуллари (УЗИ, КТ, МРТ) бўйича патологияли тузилмалар аниқланмаслиги;
- Баданнинг физик кўрсаткичларининг (нафас, пульс, ҳарорат ва бошқалар) нормаллашуви.

**«КАТТАЛАРДА (ЖИГАР) КИСТАЛИ
ЭХИНОКОККОЗИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА, ДИСПАНСЕР КУЗАТУВ
ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАР**

I. АСОСИЙ ҚИСМ

1.1. Кириш қисм

Инсон эхинококкози — ҳайвонлардан инсонга юқадиган касаллик (зўноз) бўлиб, уни паразитлар, аниқроғи Echinococcus туркумига мансуб тасмасимон чувалчанглар келтириб чиқаради.

[\(https://cgon.rospotrebnadzor.ru/naseleniyu/infektsionnye-i-parazitarnye-zabolevaniya/parazitarnye-zabolevaniya/profilaktika-ekhinokokkoza/\)](https://cgon.rospotrebnadzor.ru/naseleniyu/infektsionnye-i-parazitarnye-zabolevaniya/parazitarnye-zabolevaniya/profilaktika-ekhinokokkoza/)

Тиббиёт ва жамоат саломатлиги учун аҳамиятга эга бўлган икки асосий шакли — гидатиоз (кистали) эхинококкоз ва альвеоляр эхинококкоз ҳисобланади.

Инсон организмида эхинококк паразитлари фақат личинка шаклида мавжуд бўлади. Бу личинкалар бир камерали пуфак (гидатиоз — кистали эхинококкоз) ёки кўп камерали пуфак (альвеоляр эхинококкоз) кўринишида бўлади. Бу пуфак, ёки бошқача айтганда — эхинококк кистаси, икки қатламли пардадан иборат: ташқи ва ички. Пуфак ичида суюқлик мавжуд бўлиб, унда янги эхинококк личинкалари — сколекслар сузишади. Ички пардада янги личинкаларни ҳосил қилиш қобилятига эга махсус ҳужайрали участкалар мавжуд. Пуфак секин, лекин барқарор равишда ўсади ва бу орқали атрофдаги тўқималарни сиқиб, уларнинг функцияларини бузади.

[\(https://cgon.rospotrebnadzor.ru/naseleniyu/infektsionnye-i-parazitarnye-zabolevaniya/parazitarnye-zabolevaniya/profilaktika-ekhinokokkoza/\)](https://cgon.rospotrebnadzor.ru/naseleniyu/infektsionnye-i-parazitarnye-zabolevaniya/parazitarnye-zabolevaniya/profilaktika-ekhinokokkoza/)

2.1 ПРОФИЛАКТИКА УСУЛЛАРИ ВА ТАРТИБ-ҚОИДАЛАРИ

Профилактика — тиббиётнинг асосий йўналишларидан бири бўлиб, аҳоли саломатлигини юқори даражада сақлаш ва касалликларнинг олдини олиш мақсадида давлат, ижтимоий-иқтисодий, гигиеник ва даволаш-тиббий тадбирларни ўз ичига олади.

Профилактик чора-тадбирлар эхинококкоз билан юқиш хавфини олдини олишга қаратилган кенг қамровли комплекс чоралардан иборатдир.

1. Фаолияти ит боқиш, овчилик, чорвачилик билан боғлиқ инсонлар ва уларнинг оила аъзолари, биринчи навбатда, шахсий гигиена қоидаларига жиддий эътибор қаратишлари зарур ва ушбу қоидаларга қатъий риоя қилишлари шарт:

- Итлар ва бошқа ҳайвонлар билан алоқадан сўнг
- Овқатланишдан олдин
- Ҳожатхонадан сўнг

2. Ушбу ҳолатлардан кейин қўлларни совун билан ўз вақтида ювиш инфекциянинг организмга тушишини олдини олади;

3. Шуни билиш муҳимки, булоқлар, қудуқлар ва бошқа табиий манбалардан олинган сувни албатта қайнатиш керак;

4. Гўштни пухта термик ишловдан ўтказиш жуда муҳим, чунки унда эхинококк личинкалари бўлиши мумкин;

5. Эхинококкоз билан оғриб, даволанган шахслар диспансер назоратида бўлиб, шифокор кўригидан ўтиб туришлари ва камида ҳар 2 йилда 1 марта текширувдан ўтишлари зарур. Диспансер кузатув 8–10 йил давомида олиб борилади

https://pestreci.tatarstan.ru/informatsiya-1183837.htm?pub_id=3743500.htm#:~:text=%D0%97%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D1%88%D0%B8%D0%B5%20%D1%8D%D1%85%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BA%D0%BA%D0%BE%D0%B7%D0%BE%D0%BC%20%D0%BF%D0%BE%D1%81%D0%B%D0%B5%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BB%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F,%D0%BD%D0%B0%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D1%8F%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B8%208%2D10%20%D0%BB%D0%B5%D1%82.

3. КАТТАЛАРДА ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИДА РЕАБИЛИТАЦИЯ УСУЛЛАРИ

Жигар эхинококкози нафақат жарроҳлик ва дори воситалари билан даволашни, балки жигар функцияларини тиклаш, рецидивни олдини олиш ва беморнинг умумий аҳволини яхшилашга қаратилган комплекс реабилитацияни ҳам талаб қилади.

1. Медикаментоз реабилитация

Рецидивга қарши терапия: Жарроҳлик даволашдан кейин альбендазол билан даволашни давом эттириш тавсия этилади (суткада 10–15 мг/кг), даволаш курси 1–3 ойни ташкил этади.

Гепатопротекторлар: Жигар фаолиятини қўллаб-қувватлаш учун эссенциал фосфолипидлар (эссенциале), силимарин ёки адеметионин (гептрал) асосидаги препаратлар қўлланилади. [9].

2. Физиотерапия

УВЧ-терапия — операциядан кейинги кеч даврда жигар соҳасига.

Лазеротерапия ва магнитотерапия — тўқима регенерациясини ва маҳаллий қон айланишини яхшилаш учун қўлланилади. [10].

3. Диетотерапия

Певзнер бўйича №5-стол — жигар касалликларида тавсия этиладиган парҳез. Унинг асосий тамойиллари:

- Ёғли ва қовурилган овқатлардан воз кечиш;
- Ҳайвонот ёғларини чеклаш;
- Оқсил миқдорини ошириш;
- Овқатланишни кунига 5–6 мартагача бўлиб-бўлиб амалга ошири. [11].

4. Психоэмоционал реабилитация

Психотерапевт ёки психолог маслаҳати.

Агар беморда хавотирли-депрессив симптомлар кузатилса, мутахассис назоратида қисқа муддатли фармакотерапия тавсия этилади. [12].

5. Диспансер назорати

Жигар УТТси — операциядан кейинги 2 йил мобайнида ҳар 6 ойда.

Серологик назорат (ИФА) — эхинококкка қарши антитаначаларга ҳар 6–12 ойда.

Жигар эхинококкози бўйича операция қилинган беморларда рецидив хавфи юқори бўлган ҳолларда, диспансер кузатув муддатини 5 йилгача узайтириш тавсия этилади, чунки имплантацион ва метастатик рецидивлар жарроҳлик даволашдан анча вақт ўтгач ҳам ривожланиши мумкин. [8, 13].

<file:///C:/Users/User/Downloads/826-3147-1-PB>

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1) Schantz PM, Kern P, Brunetti E. Echinococcosis. In Tropical Infectious Diseases. 2011. p.824-838

2) Амиреев С.А., Бекшин Ж.М., Муминов Т.А. и др. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Практическое руководство, 2-ое издание дополненное. - Алматы, 2014 г.- 638с.

3) Сергиев В.П., Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я., Завойкин В.Д. Тропические болезни. Руководство для врачей.- М.: Изд.БИНОМ, 2015.- 640 – С.535-548.

4) Brunetti E., Kern P., Vuitton D.A. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. //ActaTropica, 2010. – Vol.114,N1. – P.1-16.

5) Patkowski W, Krasnodębski M, Grąt M, Masior L, Krawczyk M. Surgical treatment of hepatic Echinococcusgranulosus. PrzGastroenterol. 2017;12(3):199-202.

Brunetti E, Tamarozzi F, Macpherson C, Filice C, Piontek MS, Kabaalioglu A, Dong Y, Atkinson N, Richter J, Schreiber-Dietrich D, Dietrich CF. Ultrasound and Cystic Echinococcosis.Ultrasound Int Open. 2018 Sep;4(3):E70-E78. doi: 10.1055/a-0650-3807. Epub 2018 Oct 23.

6) Velasco-Tirado V, Alonso-Sardón M, Lopez-Bernus A, Romero-Alegría Á, Burguillo FJ, Muro A, et al. Medical treatment of cystic echinococcosis: Systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2018;18(1):306.

7) Bostanci O, Kartal K, Yazici P., et al. Laparoscopic versus open surgery for hydatid disease of the liver. A single center experience. // Ann ItalChir., 2016. – V.87. –P.237-241.

8) Укманов Мурад Ильгизович профилактика и лечение рецидива эхинококкоза печени в ближайшие и отдаленные сроки после хирургического

лечения 14.01.17-хирургия Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

9) Khuroo MS. "Hepatic echinococcosis: current status and recent advances." *Annals of Saudi Medicine*. 2002;22(1–2):56–64

10) Источник: Абрамов А. А., Белоусов Ю. А. "Физиотерапия в комплексном лечении хирургических больных." М., 2015.

11) Певзнер М. И. "Рациональное питание при заболеваниях желудочно-кишечного тракта", 2020.

12) WHO guidelines on mental health and psychosocial support for patients with chronic diseases, 2021.

13) Министерство здравоохранения РФ. Клинические рекомендации "Эхинококкоз печени", 2020.