

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2020 №6

*2011 йилдан чиқа бошлаган*

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**АХБОРОТНОМАСИ**



**В Е С Т Н И К**  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном  
издательском комплексе  
редакционно-издательского отдела  
Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста : О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском  
управлении печати и информации  
Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом №  
201/3 от 30 декабря 2013года  
реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии  
с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе  
редакционно-издательского отдела ТМА.  
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА № 6, 2020

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Главный редактор**

проф. Л.Н.Туйчиев

**Заместитель главного редактора**

проф. О.Р.Тешаев

**Ответственный секретарь**

проф. Ф.Х.Иноятова

## ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

акад. Даминов Т.А.

акад. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

## Члены редакционоого совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

проф. Аюпова Ф.М. (Ташкент)

проф. Гиясов З.А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У.К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р.И. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Ризамухамедова М.З. (Ташкент)

проф. Сабиров У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент)

проф. Халиков П.Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

проф. Шомирзаев Н.Х. (Ташкент)

**EDITORIAL BOARD**

**Editor in chief**

prof. L.N.Tuychiev

**Deputy Chief Editor**

prof. O.R.Teshaev

**Responsible secretary**

prof. F.Kh.Inoyatova

**EDITORIAL TEAM**

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

academician Daminov T.A.

academician Karimov Sh.I.

prof. Komilov Kh. P.

academician Kurbanov R.D.

prof. Mavlyanov I.R.

academician Nazzyrov F.G.

prof. Najmutdinova D.K.

academician Soatov T.C.

prof. Khodjibekov M.X.

prof. Shaykhova G.I.

prof. Jae Wook Choi

**EDITORIAL COUNCIL**

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Akhmedov R.M. (Bukhara)

prof. Ayupova F.M.(Tashkent)

prof.Giyasov Z.A. (Tashkent)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Kayumov U.K. (Tashkent)

prof. Israilov R.I. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Rizamukhamedova M.Z. (Tashkent)

prof. Sabirov U.Y. (Tashkent)

prof. Sabirova R.A. (Tashkent)

prof. Khalikov P.Kh. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagazatova B.X. (Tashkent)

prof. Shomirzaev N.Kh. (Tashkent)

Journal edited and printed in the computer of Tashkent  
Medical Academy editorial department

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: A.X. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

Publication registered in editorial and information  
department of Tashkent city

Registered certificate 02-00128

Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30  
of December 2013 in Medical Sciences department OF SUPREME

ATTESTATION COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.  
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi,  
4-qavat, 444-xona.

Contact number:71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. I. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department  
risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

Махкамова К.Д., Рустамов С.С., Муртазаев С.С. <b>ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ, СОПУТСТВУЮЩИЕ СКУЧЕННОМУ ПОЛОЖЕНИЮ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</b>	Makhkamova K.D., Rustamov S.S., Murtazaev S.S. <b>EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS OF PREMATURE EXTRACTION OF DECIDUOUS TEETH ACCOMPANYING THE CROWDED POSITION OF THE ANTERIOR TEETH OF THE LOWER JAW</b>	120
Набиева Д.А., Бобоев К.Т., Мирхамидов М.В. <b>РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ИЛ-1В (Т31С) В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА</b>	Nabieva D.A., Boboev K.T., Mirkhamidov M.V. <b>THE ROLE OF ИЛ-1В (Т31С) GENE POLYMORPHISM IN THE DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS OF THE BASIC TREATMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS</b>	123
Нурузова З.А., Нуралиева У.М., Рахманова Н.Х. <b>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗУЧЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ СРЕДСТВ КОНТРАЦЕПЦИИ НА МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА</b>	Nuruzova Z.A., Nuralieva U.M., Rakhmanova N.Kh. <b>ANALYSIS OF THE RESULTS OF THE STUDY AND ASSESSMENT OF THE IMPACT OF CONTRACEPTION ON VAGINAL MICROBIOCINOSIS OF HEALTHY WOMEN OF FERTILE AGE</b>	129
Парпибоева Д.А. <b>ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ: ВЫРАЖЕННОСТЬ, ТЕМПЫ РАЗВИТИЯ И ПРОГНОЗ</b>	Parpibaeva D.A. <b>LIVER FIBROSIS: SEVERITY, RATE OF DEVELOPMENT AND PROGNOSIS</b>	132
Рахимов А.Ф. <b>ТРУДОСПОСОБНОСТЬ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ</b>	Rakhimov A.F. <b>WORKING CAPACITY OF YOUNG PEOPLE AFTER SURGICAL TREATMENT OF PERFORATED GASTRODUODENAL ULCERS</b>	138
Рахимов Р.И., Махаматаминов А.Г., Халилов А.С. <b>ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ, СОЧЕТАННЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА</b>	Rakhimova R.I., Makhamadaminova A.G., Khalilova A.S. <b>WAYS TO IMPROVE ENDOSCOPIC HEMOSTASIS OF ULCER BLEEDING COMBINED WITH CORONARY HEART DISEASE</b>	142
Турсуметов А.А., Рахимов О.У., Худайбердиева Д.А. <b>ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРУДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА, СОЧЕТАННЫХ С ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ</b>	Tursumetov A.A., Rakhimov O.U., Khudaiberdieva D.A. <b>DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF DIFFICULT GASTRIC ULCERS ASSOCIATED WITH DUODENAL ULCERS</b>	146
О'ринов М.В., Salomova N.K., Safarov K.K. <b>TURLI XIL JINS VA YOSHDAGI PROSOPALGIYA BILAN OG'RIG-AN BEMORLARDA OG'RIQNING XUSUSIYATLARI</b>	Urinov M.B., Salomova N.K., Safarov K.K. <b>FEATURES OF PAIN IN PATIENTS WITH PROSOPALGIA OF DIFFERENT SEX AND AGE</b>	149
Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Ешмуратов А.Б., Махаматаминов А.Г., Халилов А.С. <b>ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА</b>	Khadjibaev A.M., Rakhimov R.I., Makhamadaminov A.G., Khalilov A.S. <b>THE CHOICE OF A METHOD OF SURGICAL TREATMENT FOR ULCERATIVE BLEEDING IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE</b>	152
Хаитов А.У., Аллаберганов Д.Ш. <b>ЧАСТОТА И ПАТОМОРФОЛОГИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА</b>	Khaitov A.U., Allaberganov D.Sh. <b>FREQUENCY AND PATHOMORPHOLOGY OF NEONATAL SEPSIS</b>	157
Хайитов И.Б., Тешаев О.Р., Ортикбоев Ф.Д. <b>РОЛЬ И МЕСТО АЛЬБЕНДАЗОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ</b>	Khaitov I.B., Tshaev O.R., Ortikboev F.D. <b>THE ROLE AND PLACE OF ALBENDAZOLE IN THE TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS</b>	161
Хамидов О.А. <b>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА</b>	Khamidov O.A. <b>ANALYSIS OF THE RESULTS OF ULTRASOUND EXAMINATION OF PATIENTS WITH INJURIES AND DISEASES OF THE KNEE JOINT</b>	164
Шукурова Ф.Н. <b>ВЛИЯНИЕ ГЕНОТИПОВ ВИРУСА ГЕПАТИТА С НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АРТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С</b>	Shukurova F.N. <b>INFLUENCE OF HEPATITIS C VIRUS GENOTYPES ON THE CLINICAL COURSE OF ARTHRITIS ASSOCIATED WITH VIRAL HEPATITIS C</b>	168
Эгамбердиев К.К. <b>СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ</b>	Egamberdiev K.K. <b>PATHOLOGICAL CHANGES IN CHRONIC CHOLECYSTITIS</b>	172
Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р., Худайназаров С.Қ. <b>ХОРАЗМ ВА СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТЛАРИДА АНИҚЛАНГАН МОХОВ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕ-МОРЛАРНИНГ ҚИЁСИЙ ТАХЛИЛИ</b>	Eshboyev E.Kh., Babajanov Kh.R., Khudaynazarov S.K. <b>FEATURES OF THE INCIDENCE OF LEPROSY IN THE KHOREZM AND SURKHANDARYA REGIONS</b>	175

**РОЛЬ И МЕСТО АЛЬБЕНДАЗОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ**

Хайитов И.Б., Тешаев О.Р., Ортиқбоев Ф.Д.

**JIGAR EHINOKOKKOZINI DAVOLASHDA ALBENDAZOL ROLI VA JOYI**

Xaitov I.B., Teshaeв O.R., Ortiqboev F.D.

**THE ROLE AND PLACE OF ALBENDAZOLE IN THE TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS**

Khaïtov I.B., Teshaeв O.R., Ortiqboev F.D.

Ташкентская медицинская академия

**Maqsad:** albendazolning operatsiya paytida skolekslarning hayotiyiligiga ta'sirini va jigar ehinokokkozining qaytalanishini oldini olishda albendazol terapiyasining samaradorligini baholash. **Material va usullar:** 92 bemor tekshirildi, shu jumladan 47 (51%) erkaklar va 45 (49%) ayollar, ular tasodifiy 46 bemordan iborat ikkita guruhga bo'lingan. Birinchi guruh bemorlari (24 erkak va 22 ayol) oldindan tayyorgarliksiz operatsiya qilingan, 2 guruhga operatsiyadan 6 hafta oldin va undan keyin albendazol olgan bemorlar (23 erkak va 23 ayol) kiritilgan. **Natijalar:** albendazolni operatsiyadan oldin va operatsiyadan keyingi foydalanish jarrohlik paytida kistalarning hayotiyiligini pasaytiradi va ularning qaytalanish ehtimolini sezilarli darajada pasaytiradi. 3 yil davomida albendazol terapiyasini olgan bemorlarimizning birortasida ham relaps kuzatilmagan. **Xulosa:** albendazol qayta tiklanadigan jigar ehinokokk kistalarini davolash va oldini olishda samarali vosita hisoblanadi.

**Kalit so'zlar:** jigarning ehinokokk kistasi, relapslar, albendazol.

**Objective:** To evaluate the effect of albendazole on the viability of scolexes during surgery and the effectiveness of albendazole therapy in preventing recurrence of liver echinococcosis. **Material and methods:** 92 patients were examined, including 47 (51%) men and 45 (49%) women, who were randomly divided into two groups of 46 patients. Patients of the 1st group (24 men and 22 women) were operated without preliminary preparation, the 2nd group included patients (23 men and 23 women) who received albendazole for 6 weeks before the operation and during the same period after it. **Results:** Preoperative and postoperative use of albendazole decreases the viability of cysts during surgery and significantly reduces the likelihood of their recurrence. For 3 years, none of our patients who received albendazole therapy had relapses. **Conclusions:** Albendazole is an effective agent in the treatment and prevention of recurrence of the echinococcal cyst of the liver.

**Key words:** echinococcal cyst of the liver, relapses, albendazole.

Эхинококкоз – одно из самых распространенных паразитарных заболеваний человека. Эхинококкоз чаще встречается в сельских районах Южной Европы, Северной Африки, Южной Америки, Австралии, Средней Азии, где представляет собой большую социальную проблему. Наиболее часто у человека поражается печень, затем по частоте поражения идут легкие, значительно реже страдают остальные органы [3]. Сегодня лечение эхинококковых кист носит преимущественно хирургическое. Чтобы избежать рецидива, жизнеспособные сколексы в эхинококковой кисте должны быть удалены до хирургического опорожнения. Печень является наиболее распространенным местом возникновения эхинококка [12]. Эффективность различных методов профилактики и лечения, имеющих противоречивую направленность, при эхинококкозе традиционно оценивают по частоте рецидивирования болезни у оперированных пациентов [2,9].

Основой лечения эхинококкоза печени является хирургическое вмешательство [12]. Первым препаратом, который стал использоваться при эхинококкозе печени стал мебендазол был [6]. Позже появился альбендазол, который обладает лучшими абсорбционными свойствами. Альбендазол, вводимый перед операцией в дозе 10 мг/кг/день в течение 1-го месяца, убивает большую часть протосколексов в кисте гидатиды печени [10]. Однако лучшие

результаты были получены после 1,5 месяцев непрерывного лечения альбендазолом [5,7].

Обычная схема дозировки альбендазола, предложенная Хортоном (1989) и одобренная ВОЗ, состоит из трех 28-дневных курсов по 10 мг/кг/день в дозах, разделенных 2-недельными интервалами [14]. Эти группы препаратов бензимидазолкарбама-та действуют, блокируя поглощение глюкозы паразитом и истощение его запасов гликогена.

Антигельминтным средством, применяемым против эхинококковой кисты печени в дозе 40-60 мг/кг/сут в разделенных дозах, является бильтрицид. Это наиболее активный и быстрый сколицидный агент. Он очень эффективен против протосколексов [13]. Бильтрицид, вероятно, является идеальным средством для профилактики в предоперационном и послеоперационном периоде для предотвращения имплантации протосколексов и последующего рецидива [1,14]. Однако этот препарат будет столь же эффективным, как альбендазола в лечении кисты в целом, так как он менее активен в отношении ее зародышевого слоя [14].

Химиотерапия дает хороший эффект при небольших кистах диаметром менее 5 см, с тонкими стенками, а также у более молодых пациентов [4,11,13]. Альбендазолтерапия показана больным с высоким риском хирургического вмешательства в качестве сопутствующей терапии с чрескожным дренирова-



нием [11,13]. В последнее время используется чрескожный дренаж эхинококковых кист, широко известный как метод пункции, аспирации, установки сколицидного агента и реаспирации (PAIR) [11,13]. PAIR показан при малых, а PAIR – при больших кистах в сочетании с медикаментозной терапией [8].

Д.Л. Моррис и соавт. [5,6] наблюдали 16 пациентов, которые до операции получали альбендазол в дозе 10 мг/кг/сут в течение переменного периода от 1-го недели до 1-го месяца. Из 14 пациентов, которые получали альбендазол за 1 месяц и более до операции, только у одного был жизнеспособный протосколекс. Напротив, у каждого из двух оставшихся пациентов, которые получали терапию только в течение 1-й и 3-х недель, во время операции было обнаружено заболевание печени. Альбендазол оказывает на эхинококковую кисту неоднозначное действие. Альбендазол является препаратом выбора против этой болезни, потому что его степень системного поглощения и проникновения в кисты выше, чем у остальных антигельминтных препаратов.

Таким образом, некоторые вопросы, касающиеся ближайших и отдаленных результатов послеоперационного периода, остаются открытыми.

#### **Цель исследования**

Оценка действия альбендазола на жизнеспособность сколексов во время операции и эффективности альбендазолтерапии в предотвращении рецидивов эхинококкоза печени.

#### **Материал и методы**

Обследованы 92 больных, в том числе 47 (51%) мужчин и 45 (49%) женщин. Большинство пациентов были в возрасте 26-45 лет, средний возраст 36 лет. 62 (67,4%) пациента были жителями сельской местности, остальные 30 (32,6%) жили в городе. Все больные были разделены на две группы по 46 пациентов в каждой случайным образом. Больные 1-й группы (24 мужчины и 22 женщины) были прооперированы без предварительной подготовки, во 2-ю группу вошли пациенты (23 мужчины и 23 женщины), которые получали альбендазол в течение 6 недель до операции и в течение такого же после нее.

Самыми частыми симптомами у наших пациентов были боль в животе (87%) и увеличение его объема (60%). У 11% больных заболевание протекало бессимптомно. Все пациенты имели гемоглобин более 11 г/л с нормальной функцией почек и печени. Результаты ИФА для эхинококковой серологии были положительными у всех 92 пациентов. В правой доле печени эхинококковая киста локализовалась у 57,81% обследованных, в левой доле – у 32,52%, билобарная киста имела место у 9,67% пациентов.

Обследование включало гемограмму, исследование функции почек и печени, коагулограмму, электрокардиографию и рентгенографию грудной клетки. Основным инструментом для диагностики была УЗИ. Компьютерная томография (КТ) брюшной полости выполнялась в тех случаях, когда результаты УЗИ были неоднозначными. Пациентам вводили альбендазол в дозе 10 мг/кг/сут в разделенных дозах. Все пациенты, проходившие химиотерапию,

первоначально подвергались мониторингу еженедельно, а затем ежемесячно с помощью функциональных проб печени, почечных проб, подсчета количества лейкоцитов и тромбоцитов, анализа мочи.

Все пациенты наблюдались сначала каждые 2 недели в течение 3-х месяцев, затем каждый месяц в течение 1-го года, впоследствии каждые 3-6 месяцев. УЗИ проводили при каждом посещении, регистрировали диаметр, объем и характер кисты. Во время УЗИ другие органы брюшной полости, чтобы исключить повторное образование кисты. В сомнительных случаях выполняли КТ брюшной полости. Рентгенограмму грудной клетки проводили с интервалами в 6 месяцев, чтобы найти любую кисту в легких. Серологическое исследование IgG и IgM методом ИФА проводили каждые 6 месяцев.

#### **Результаты и обсуждение**

Ретроспективное исследование было проведено для определения роли альбендазола в лечении эхинококкоза печени. Использование альбендазола в дозе 10 мг/кг/сут в разделенных дозах в качестве вспомогательной терапии при подготовке к хирургическому лечению значительно улучшило результаты лечения. Жизнеспособность кисты во время операции у пациентов, у которых альбендазол использовался до операции, была значительно снижена. Из числа пациентов, получавших до операции альбендазол в течение 3-х месяцев, только 2 (5,55%) имели жизнеспособные кисты во время операции. Среди больных, которые предоперационную терапию альбендазолом не получали, таких было 94,55% ( $p < 0,01$ ). Таким образом, за 3 месяца до операции альбендазол убивает большую часть протосколексов в эхинококковых кистах.

В нашем исследовании только у 2 пациентов были жизнеспособные кисты, которые содержали множественные дочерние кисты. Протосколексы в основной кисте погибли, а в дочерних кистах оставались жизнеспособными. Это потому, что предоперационный альбендазол, будучи успешным в уничтожении паразитов в материнской кисте, не полностью эффективен в искоренении сколов в дочерних кистах. Это может быть связано с плохим проникновением препарата в дочерние кисты, заключенные в материнскую кисту.

32 пациента были взяты непосредственно на операцию, в то время как еще 32 пациента получали предоперационное лечение альбендазолом в течение 8 недель в дозе 10 мг/кг/день. Из тех пациентов, которые до операции получили альбендазол, только 9,37% имели жизнеспособные кисты во время операции по сравнению с 96,87% пациентов, которые альбендазол до операции не получали. У пациентов, которые не получали никакой терапии альбендазолом, частота рецидивов составила 16,6%, в то время как у пациентов, получавших терапию альбендазолом, рецидивов не наблюдалось.

Таким образом, альбендазол является эффективным средством в лечении и профилактике рецидивов эхинококковой кисты печени. В течение 3-х лет рецидивов не было ни у одного из наших паци-

ентов, получавших терапию альбендазолом. Это согласуется с наблюдениями, сделанными ведущими специалистами в области гепатологии.

#### Выводы

1. Предоперационное и послеоперационное использование альбендазола уменьшает жизнеспособность кист во время операции и значительно снижает вероятность их рецидива.

2. Химиотерапия в сочетании с чрескожной аспирацией или терапией PAIR может привести к уменьшению размера кисты, в нашем исследовании, она повышала эффективность лечения эхинококкоза печени.

3. Когда нельзя избежать хирургического вмешательства, предоперационное использование альбендазола при инвазии эхинококка уменьшает риск рецидива и облегчает хирургическое вмешательство за счет снижения внутрицистного давления.

#### Литература

1. Ариф Ш., Шамс-уль-Бари, Вани Н.А. и др. Альбендазол в качестве адьюванта к стандартному хирургическому лечению эхинококковой кисты печени // Int. J. Surg. – 2008. – №6. – Р. 448-451.

2. Вафин А.З., Попов А.В., Абдаков А.Д., Хушвактов У.Ш. Клиническая эффективность применения принципа апаразитарности и антипаразитарности в хирургии эхинококкоза // Мед. вестн. Сев. Кавказа. – 2010. – №2. – С. 10-13.

3. Тешаев, О., Холов, Х., Бабажонов, А., & Орти боев, Ф. (2022). ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences, 2(6), 257-264.

4. Агзамова, М. Н., & Усмонбекова, Г. У. (2018). Эффективность комплексного лечения больных острым перитонитом. Молодой ученый, (18), 135-137.

5. Моррис Д.Л., Гулд С.Е. Концентрации мебендазола и флубендазола в сыворотке и кисте при эхинококковой болезни // Brit. Med. J. (Clin. Res. Ed.) – 1982. – Vol. 285. – P. 175.

6. Моррис Д.Л., Чиннери Дж.Б. Проникновение альбендазолсульфоксида в гидатидную кисту // Gut. – 1987. – 2 – P. 75-80. Vol.

7. Тешаев О.Р., Аталиев А.Е., Шукуров А.А. // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: Материалы 22-го международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран. – Ташкент, 2015. – С- 110.

8. Черноусов А.Ф., Мусаев Г.Х., Фатьянова А.С. Эхинококкоз: стратегия и тактика // Вестн. хир. гастроэнтрол. – 2013. – №4. – С. 5-10.

9. Dehkordi A.B., Sanei, B. Albendazole and treatment of hydatid cyst: Review of the literature // Infect. Dis. – Drug Targets. – 2019. – Vol. 19, Issue 2. – P. 101-104.

10. Kahriman G., Ozcan N., Dogan S., Karaborklu O. Percutaneous Treatment of liver hydatid cysts in 190 patients: A retrospective study // Acta Radiol. – 2017. – Vol. 58, Issue 6. – P. 676-684.

7. 11. Ramia J.M., Serrablo A. Liver Hydatidosis. – Nova Science Publishers, Inc., 2013. – P.1-235.

12. Yang C., He J., Yang X., Wang W. Surgical approaches for definitive treatment of hepatic alveolar echinococcosis: Results of a survey in 178 patients // Parasitology. – 2019. – Vol. 146, Issue 11. – P. 1414-1420.

13. Zhang H., Liu C., Zheng Q. Development and application of anthelmintic drugs in China // Acta Tropica. – 2019. – Vol. 200

14. Yusufjanovich, E. U. (2023). Management of Patients with Acute Arterial Ischemia of the Lower Limb. International Journal of Scientific Trends, 2(2), 43-48.

#### РОЛЬ И МЕСТО АЛЬБЕНДАЗОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Хайитов И.Б., Тешаев О.Р., Ортикбоев Ф.Д.

**Цель:** оценка действия альбендазола на жизнеспособность сколексов во время операции и эффективности альбендазолтерапии в предотвращении рецидивов эхинококкоза печени. **Материал и методы:** обследованы 92 больных, в том числе 47 (51%) мужчин и 45 (49%) женщин, которых разделили на две группы по 46 пациентов случайным образом. Больные 1-й группы (24 мужчины и 22 женщины) были прооперированы без предварительной подготовки, во 2-ю группу вошли пациенты (23 мужчины и 23 женщины), которые получали альбендазол в течение 6 недель до операции и в течение такого же после нее. **Результаты:** предоперационное и послеоперационное использование альбендазола уменьшает жизнеспособность кист во время операции и значительно снижает вероятность их рецидива. В течение 3-х лет рецидивов не было ни у одного из наших пациентов, получавших терапию альбендазолом. **Выводы:** альбендазол является эффективным средством в лечении и профилактике рецидивов эхинококковой кисты печени.

**Ключевые слова:** эхинококковая киста печени, рецидивы, альбендазол.