

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



№1 (Том 3)

2022

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**ТОМ 3, НОМЕР 1**

**JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH**

**VOLUME 3, ISSUE 1**



ТОШКЕНТ-2022



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал  
Издается с 2020 года  
Выходит 1 раз в квартал

**Учредитель**

Самаркандский государственный  
медицинский институт  
tadqiqot.uz

**Главный редактор:**

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

**Заместитель главного редактора:**

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

**Ответственный секретарь**

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

**Редакционная коллегия:**

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф;  
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;  
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц;  
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;  
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;  
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

**Редакционный совет:**

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)  
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)  
Н.В. Болотова (Саратов)  
Н. Н. Володин (Москва)  
С.С. Давлатов (Бухара)  
А.С. Калмыкова (Ставрополь)  
А.Т. Комилова (Ташкент)  
М.В. Лим (Самарканд)  
Э.С. Мамутова (Самарканд)  
Э.И. Мусабоев (Ташкент)  
А.Н. Орипов (Ташкент)  
Н.О. Тураева (Самарканд)  
Ф. Улмасов (Самарканд)  
А. Фейзоглу (Стамбул)  
Б.Т. Холматова (Ташкент)  
А.М. Шамсиев (Самарканд)  
У.А. Шербекоев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.  
Тел.: +998662333034, +998915497971  
E-mail: [hepato\\_gastroenterology@mail.ru](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).

# СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

## Оригинальные статьи

1. Ashurova M. J., Garifulina L. M. SEMIZLIGI BOR BOLALARDA VITAMIN D DEFITSITI HOLATLARINI ANIQLASH.....	5
2. Базарова Н.С., Зиядуллаев Ш.Х. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОЛИМОРФНЫХ ГЕНОВ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ И ЕЕ ТКАНЕВЫХ ИНГИБИТОРОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	8
3. Базарова Н.С., Мамутова Э.С. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	11
4. Бойқўзиев Ҳ. Ҳ., Шодиярова Д. С. ОРГАНИЗМИНИНГ АПУД ТИЗИМИ, ЎРГАНИЛИШ ДАРАЖАСИ ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ.....	14
5. Бойқўзиев Ҳ. Ҳ., Джуракулов Б.И., Курбонов Х.Р. ЧУВАЛЧАНГИСИМОН ЎСИМТА ВА ИНГИЧКА ИЧАК ИММУН-ҲИМОЯ ТИЗИМИНИНГ МОРФОЛОГИК АСОСЛАРИ.....	19
6. Garifulina L.M., G'oyibova N.S. SEMIZLIGI BOR BOLALARDA BUYRAKLAR VA ULARNING FUNKSIONAL HOLATI.....	24
7. Закирова Б.И., Азимова К.Т. КИШЕЧНЫЙ ДИСБИОЗ У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ.....	29
8. Kodirova M.M., Shadieva Kh.N. BOLALARDA NOREVMATIK MIOKARDITNING EKG DAGI ASOSIY SIMPTOMLARI.....	33
9. Курбонов Н. А., Давлатов С. С., Рахманов К. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ.....	37
10. Рахманов К. Э., Анарбоев С. А., Салохиддинов Ж.С., Эгамбердиев А.А. ХИМИОТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....	43
11. Сирожиддинова Х.Н., Абдухалик-Заде Г.А. ВЛИЯНИЕ ДИСБАКТЕРИОЗА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	48
12. Сирожиддинова Х.Н., Набиева Ш.М. ИММУНИЗАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	51
13. Turaeva D. X., Garifulina L. M. SEMIZ BOLALARDA OSHQOZON OSTI BEZI STEATOZINI KLINIKO-LABORATOR XUSUSIYATLARI.....	54
14. Xodjayeva S.A., Adjablayeva D.N. BIRINCHI MARTA DORILARGA CHIDAMLI SIL ANIQLANGAN BEMORLARDA DAVOLASHNING GEPATOTOKSIK TA'SIRLARINING TAXLILI.....	58
15. Shavazi N. M., Ibragimova M. F. TEZ-TEZ KASAL BO'LGAN BOLALARDA ICHAK MIKROFLORASI VA ATIPIK PNEVMONIYA O'RTASIDAGI O'ZARO BOG'LIQLIK.....	63
16. Шавази Н.М., Рустамов М.Р., Лим М.В., Атаева М.С. ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ЗЕРАФШАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА.....	66
17. Шавази Н.М., Лим М.В. СОСТОЯНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ С МИОКАРДИТАМИ.....	70
18. Шавази Н.М., Лим М.В. ХАРАКТЕРИСТИКА КОРРЕЛЯЦИОННЫХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ И НЕРВНОЙ СИСТЕМ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	74
19. Шадиева Х.Н., Кодирова М.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ И ПОВТОРНОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	79

# JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

## ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**Рахманов Косим Эрданович**

Кандидат медицинских наук, доцент  
Самаркандский государственный медицинский институт  
Узбекистан, Самарканд

**Анарбоев Санжар Алишерович**

Самаркандский государственный медицинский институт  
Узбекистан, Самарканд

**Салохиддинов Журабек Саидхматович**


Самаркандский государственный медицинский институт  
Узбекистан, Самарканд

**Эгамбердиев Абдукаххор Абдукодирович**

Самаркандский государственный медицинский институт  
Узбекистан, Самарканд

### ХИМИОТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**For citation:** Rakhmanov Kosim Erdanovich, Anarboev Sanjar Alisherovich, Salokhiddinov Jurabek Saidakhmatovich, Egamberdiev Abdulkakhhor Abdukodirovich. CHEMOTHERAPY IN THE POSTOPERATIVE PERIOD IN THE PREVENTION OF RECURRENCE OF LIVER ECHINOCOCCOSIS. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 1. pp.43-47

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6482402>

### АННОТАЦИЯ

**Целью** работы являлось улучшение результатов лечения больных эхинококкозом печени путем оптимизации методов хирургического лечения и химиотерапии.

**Методы:** Клиническое исследование составили 371 больной с ЭП. С целью исследования влияния альбендазола в различной дозировке на зародышевые формы эхинококкоза, проведено морфологическое исследование внутренних органов экспериментальных животных (32 овцы), зараженных эхинококкозом в природных условиях.

**Полученные результаты:** оптимизация тактики хирургического лечения эхинококкоза печени, с учетом выбора доступа, способа обработки и ликвидации остаточной полости, а также коррекции курса профилактической химиотерапии позволили улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 12,5% до 4,3% и рецидива заболевания с 11,9% до 2,6%.

**Выводы:** Клинически обоснованная коррекция дозы альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза печени у пациентов с сопутствующей хронической диффузной патологией печени позволяет снизить вероятность развития побочных реакций с 52,7% до 18,3%. Соответственно показателей печеночных аминотрансфераз: АЛТ в группе сравнения с  $1,14 \pm 0,11$  до  $0,62 \pm 0,05$  ммоль/л в основной группе и АСТ с  $0,72 \pm 0,07$  до  $0,52 \pm 0,04$  ммоль/л.

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени, хирургическое лечение, химиотерапия.

**Raxmanov Kosim Erdanovich**

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent  
Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti Samarqand, O'zbekiston

**Anarboev Sanjar Alisherovich**

Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti Samarqand, O'zbekiston

**Saloxiddinov Jurabek Saidaxmatovich**

Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti Samarqand, O'zbekiston

**Egamberdiev Abdulkakhhor Abdukodirovich**

Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti Samarqand, O'zbekiston

### JIGAR EXINOKOKKOZI QAYTALANISHI PROFILAKTIKASIDA OPERATSIYADAN KEYINGI DAVRDA KIMYOTERAPIYA

### ANNOTATSIYA

**Maqsad:** Jigar echinokokkozi bilan og'riqan bemorlarni jarrohlik davolash va kimyoterapiya usullarini takomillashtirish orqali davolash natijalarini yaxshilash.

**Material va Metodlar:** Klinik tadqiqot jigar echinokokkozi bilan og'rig'an 371 bemorni qamrab oldi. Turli dozadagi albendazol echinokokkozning boshlang'ch shakllariga ta'sirini o'rganish maqsadida tabiiy sharoitda echinokokkoz bilan kasallangan tajriba hayvonlarining (32 ta qo'y) ichki organlarini morfologik o'rganish o'tkazildi.

**Natijalar:** Jigar echinokokkozini jarrohlik yo'li bilan davolash taktikasini takomillashtirish, operativ kesimni tanlash, davolash usuli va qoldiq bo'shliqni yo'q qilish, shuningdek, profilaktik kimyoterapiya kursini to'g'irlash natijasida davolash sifati yaxshilandi. Operatsiyadan keyingi erta davrda asoratlar 12,5% dan 4,3% gacha va operatsiyadan keyingi uzoq davrda kasallikning qaytalanishi 11,9% dan 2,6% gacha kamaydi.

**Xulosa:** Jigarning surunkali diffuz patologiyasi bo'lgan bemorlarda jigar echinokokkozining takrorlanishini oldini olish uchun albendazol dozasi to'g'irlash klinik jihatdan asosli. Albendazolning nojo'ya ta'siri 52,7% dan 18,3% gacha kamaydi. Jigar aminotransferaza ko'rsatkichlari: ALT  $1,14 \pm 0,11$  dan  $0,62 \pm 0,05$  mmol/l gacha, AST  $0,72 \pm 0,07$  dan  $0,52 \pm 0,04$  mmol/l gacha pasaydi.

**Kalit so'zlar:** jigar echinokokkozi, jarrohlik davolash, kimyoterapiya.

**Rakhmanov Kosim Erdanovich**

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor  
Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

**Anarboev Sanjar Alisherovich**

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

**Salokhiddinov Jurabek Saidakhmatovich**

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

**Egamberdiev Abdulkakhhor Abdukodirovich**

Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

## CHEMOTHERAPY IN THE POSTOPERATIVE PERIOD IN THE PREVENTION OF RECURRENCE OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

### ANNOTATION

**Objective:** to improve the results of treatment of patients with liver echinococcosis by optimizing the methods of surgical treatment and chemotherapy.

**Methods:** Clinical study included 371 patients with EN. In order to study the effect of albendazole in various dosages on the germinal forms of echinococcosis, a morphological study of the internal organs of experimental animals (32 sheep) infected with echinococcosis in natural conditions was carried out.

**Results:** optimization of the tactics of surgical treatment of liver echinococcosis, taking into account the choice of access, method of treatment and elimination of the residual cavity, as well as correction of the course of prophylactic chemotherapy, improved the quality of care by reducing the frequency of immediate postoperative complications from 12.5% to 4.3% and recurrence of the disease from 11.9% to 2.6%.

**Conclusions:** Albendazole dose adjustment for the prevention of liver echinococcosis recurrence in patients with concomitant chronic diffuse liver pathology is clinically justified.  $1.14 \pm 0.11$  to  $0.62 \pm 0.05$  mmol/l in the main group and AST from  $0.72 \pm 0.07$  to  $0.52 \pm 0.04$  mmol/l.

**Key words:** liver echinococcosis, surgical treatment, chemotherapy.

**Введение.** По данным Всемирной организации здравоохранения, «в мире эхинококкозом поражено более 1 млн человек, при этом среди различных органов и тканей в 44-84% случаев процесс локализуется в печени» [5, 6, 7]. В связи с отсутствием тенденции к снижению числа больных и существованием эндемичных регионов, где показатель заболеваемости варьирует от 1,2 до 9,0 на 100.000 населения это паразитарное заболевание продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой [4]. На современном этапе диагностика эхинококкоза печени (ЭП) не представляет значительных трудностей, во многом благодаря появлению методов неинвазивной визуализации, информативность комплексного применения которых достигает 95-100% [1]. Однако отсутствие настороженности в отношении эхинококкоза способствует поздней диагностике, а, следовательно, увеличению осложненных форм заболевания [2, 3]. «Однако достаточно высокая частота послеоперационных осложнений (34-50%) и многочисленные случаи послеоперационных рецидивов заболевания (15-64%) свидетельствуют о недостаточной эффективности и надежности распространенной хирургической тактики» [7, 8]. В свете вышеизложенного становится очевидной необходимость усовершенствования известных и разработка новых эффективных мер профилактики и лечения этого грозного заболевания.

**Цель:** Улучшение качества лечения больных эхинококкозом печени путем разработки эффективных методов снижения рецидива заболевания.

**Материал и методы.** Клиническое исследование составили 371 больной с ЭП. Из 371 больного в 2005-2008 гг. оперировано

145 (39,1%), которые составили 1-подгруппу группы сравнения. Во 2-ю подгруппу группы сравнения включены 111 (29,9%) больных, оперированных в 2009-2012 гг., у которых для обработки остаточной полости использовали 80-100% глицерин комнатной температуры. В основную группу вошли 115 (31,0%) больных, оперированных в 2013-2017 гг., у которых остаточная полость при неосложненном эхинококкозе обрабатывалась горячим глицерином, подогретым до  $60^{\circ}\text{C}$ , а при осложненном – горячим глицерином в сочетании с ультразвуком низкой частоты.

**Результаты и обсуждение.** Абсолютное большинство выполненных эхинококкэктомий (99,8%) носило органосохраняющий характер, и только у 1 (0,2%) пациента пришлось прибегнуть к резекции левой доли печени. В подходящих ситуациях не упускали возможность выполнения идеальной эхинококкэктомии – 2 (0,3%) паразитарных кист было удалено вылушиванием целой хитиновой оболочки. В наших наблюдениях 412 (77,6%) остаточных полостей обработаны по типу закрытой эхинококкэктомии и только 116 (21,8%) фиброзных капсул было ушито полузакрытым методом на дренаже.

Химиотерапию альбендазолом начинали не позже 1 месяца после оперативного лечения. В группе сравнения послеоперационная химиотерапия проведена 112 (43,8%) больным по традиционной схеме. На фоне лечения отмечено повышение средней концентрации АСТ и АЛТ после первого курса химиотерапии, соответственно до  $0,55 \pm 0,05$  и  $0,88 \pm 0,08$  ммоль/л (рис. 1).

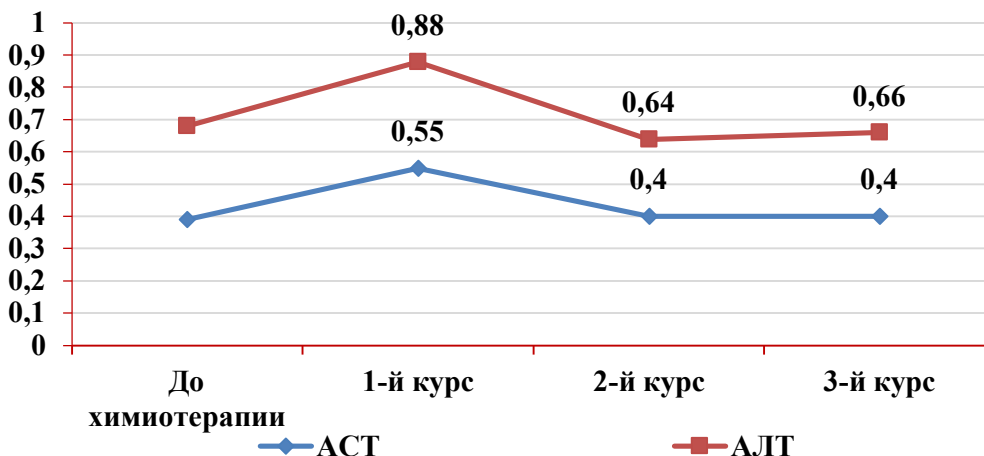


Рис. 1. Уровень АСТ и АЛТ при проведении химиотерапии

Паренхиматозная желтуха наблюдалась у 3 (2,7%) больных, диспептические симптомы отмечались у 41 (36,6%) больного и у 2 (1,8%) больных развилась обратимая аллопеция, при этом в 16 (14,3%) случаях потребовалась отмена профилактического лечения. При этом следует подчеркнуть, что повышение трансаминаз было характерно для больных, страдающих или ранее страдавших заболеваниями печени. Из 112 у 54 (48,2%) больных выявлено наличие сопутствующей хронической диффузной патологии печени. Учитывая этот факт, в основной группе проводилась коррекция дозы альбендазола с учетом исходного

функционального состояния печени. При циррозе печени, а также в случаях с исходным (до операции) повышением печеночных ферментов, альбендазол применялся в дозе 5 мг/кг/сут. В свою очередь, при развитии изменений в биохимических показателях крови или клинических проявлениях токсического эффекта на фоне стандартной дозы альбендазола, пациентам также изменяли схему лечения до 5 мг/кг/сут. В основной группе хронические диффузные заболевания печени выявлены в 51,3% случаев (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных с сопутствующей диффузной патологией

Патология	Группа сравнения		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Вирусный гепатит	27	24,1%	31	27,0%
Жировая дистрофия печени	21	18,8%	23	20,0%
Цирроз печени	6	5,4%	5	4,3%
Всего	54	48,2%	59	51,3%

Исходно сниженные дозы альбендазола были применены у 11 (9,6%) пациентов, а снижение традиционной дозы на фоне биохимических изменений потребовалось еще 21 (18,3%) больному. В целом химиотерапию по предложенной схеме получили 32 (27,8%) пациента основной группы. Коррекция дозы у больных с побочными явлениями способствовала нормализации биохимических показателей и снижению риска токсических проявлений на фоне химиотерапии (рис. 2).

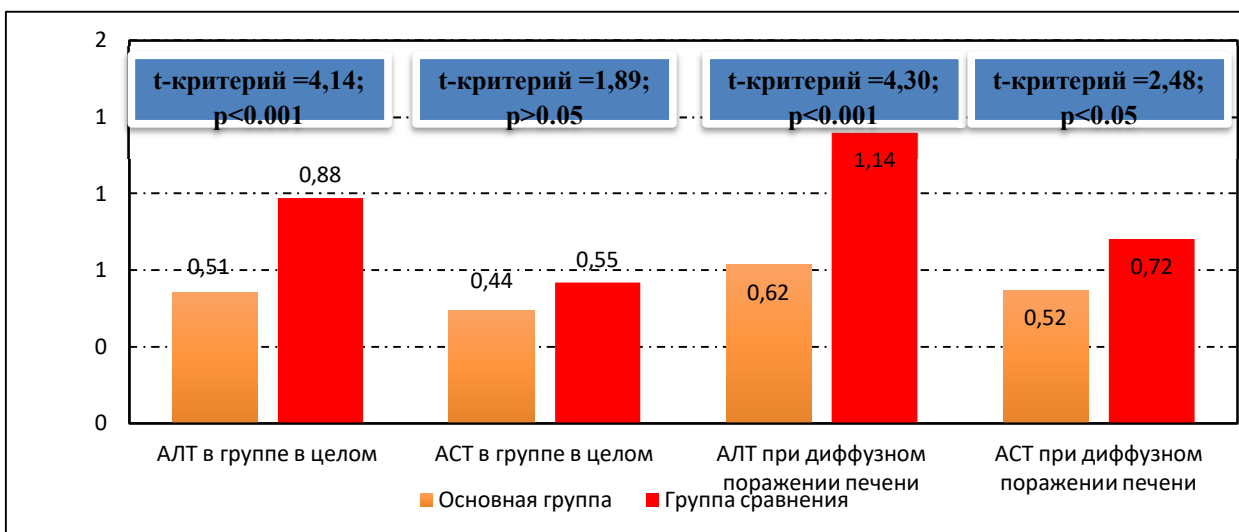


Рис. 2. Сравнительные показатели активности печеночных трансаминаз на фоне химиотерапии альбендазолом

Исследования показали, что вероятность развития побочных реакций на фоне химиотерапии альбендазолом по клиническим и лабораторным показателям составила 52,7% (59 больных в группе сравнения), что обусловлено токсическим эффектом препарата и наличием сопутствующей хронической диффузной патологии печени, при этом в 14,3% потребовалась отмена лечения, в свою очередь возможность коррекции дозы позволила снизить это значение до 18,3% (21 пациент в основной группе) и соответственно обеспечить полноценный курс антипаразитарной терапии (критерий  $\chi^2 = 26.703$ ;  $p < 0,001$ ). Мониторинг печеночных аминотрансфераз также показал достоверное отличие этих показателей в группах сравнения. Так, уровень АЛТ в группе сравнения составил  $0,88 \pm 0,08$  ммоль/л против  $0,51 \pm 0,04$  ммоль/л в основной группе ( $p < 0,001$ ), показатели АСТ достоверно не отличались, при этом среди пациентов с сопутствующей хронической патологией печени значени АЛТ составило  $1,14 \pm 0,11$  против  $0,62 \pm 0,05$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ) и АСТ –  $0,72 \pm 0,07$  против  $0,52 \pm 0,04$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ).

Из 236 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив эхинококкоза отмечен у 21 (8,9%) больного, при этом в группе пациентов, оперированных в 2005-2008 гг., этот показатель достигал 16,3%, что было обусловлено отсутствием профилактической химиотерапии. Анализ мировой литературы показывает, что в настоящее время нет точных критериев, позволяющих классифицировать вновь выявленные паразитарные кисты как реинвазивные, резидуальные, имплантационные или метастатические. Чтобы приблизительно ориентироваться в природе вновь выявленных в отдаленном периоде кист, мы изучили взаимоотношения локализации рецидивных и первично удаленных кист (табл. 2). Те рецидивные кисты, которые развивались в зоне предыдущего вмешательства, условно можно связать с недостатками апаразитарной и антипаразитарной техники первичного вмешательства. Если рецидив возникает в другой доле оперированного органа или в другом органе, то такие кисты, вероятнее всего, прогрессируют из микроскопических ларвоцист.

Таблица 2.

**Сравнительный анализ локализации рецидивных кист**

Локализация рецидивной кисты		Группа больных						Всего, n=236	
		группа сравнения				основная, n=76			
		1-подгруппа, n=92		2-подгруппа, n=68		абс.	%	абс.	%
		абс.	%	абс.	%				
<b>У больных солитарным эхинококкозом печени</b>									
В оперированной доле	Рецидив в области первичной локализации	1	14,3	0	0	0	0	1	10
	Рецидив в соседнем сегменте	3	42,9	1	50	1	100	5	50
В контралатеральной доле		2	28,6	1	50	0	0	3	30
Имплантационный эхинококкоз брюшной полости		1	14,3	0	0	0	0	1	10
<b>Всего</b>		<b>7</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
<b>У больных с множественным эхинококкозом печени</b>									
В оперированной доле		4	50,0	2	100,0	0	0	6	54,5
В контралатеральной доле		2	25,0	0	0	1	100,0	3	27,3
Имплантационный эхинококкоз брюшной полости		1	12,5	0	0	0	0	1	9,1
В легких		1	12,5	0	0	0	0	1	9,1
<b>Всего</b>		<b>8</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100</b>
<b>Всего</b>		<b>15</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Благодаря применению мер профилактики заболевания частоту рецидивов заболевания удалось снизить во 2-подгруппе группы сравнения до 5,9%, а в основной группе до 2,6%.

Таким образом, разработанный способ профилактической химиотерапии позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 12,5% (32 пациента в группе сравнения) до 4,3% (5 пациентов в основной группе) (критерий  $\chi^2 = 4.954$ ;  $Df=1$ ;  $p=0,027$ ) и рецидива заболевания с 11,9% (19 пациентов в группе сравнения) до 2,6% (у 2 пациентов в основной группе) (критерий  $\chi^2 = 4.692$ ;  $Df=1$ ;  $p=0,031$ ).

**ВЫВОДЫ.**

Экспериментальные исследования на 32 овцах показали, что в отдаленных от первичной эхинококковой кисты участках печени выявлено наличие микроскопически идентифицируемых зародышевых микрокист, что может привести к развитию рецидива заболевания после удаления крупных кист.

Стимулирование пролиферативно-продуктивной клеточной реакции вокруг зародышевой кисты паразита с угнетающим воздействием при применении альбендазола в дозе 20 мг/кг происходит в течение 2 недель, тогда как при дозе 10-15 и 5-7 мг/кг эффект наступал к 3-4 неделе наблюдения. Полученный результат позволяет корректировать рекомендованную дозу альбендазола (10-12 мг/кг) в случаях возможного риска развития токсических реакций (диффузные заболевания печени) с учетом пролонгирования курсового лечения.

Клинически обоснована коррекция дозы альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза печени у пациентов с сопутствующей хронической диффузной патологией печени, позволившая снизить вероятность развития побочных реакций с 52,7% до 18,3% ( $\chi^2 = 26.703$ ;  $p < 0,001$ ), и, соответственно показателей печеночных аминотрансфераз: АЛТ в группе сравнения с  $1,14 \pm 0,11$  до  $0,62 \pm 0,05$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ) в основной группе и АСТ с  $0,72 \pm 0,07$  до  $0,52 \pm 0,04$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ).

**Список литературы/ Iqtiboslar/ References**

1. Резолюция XXII Международного конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии» // Анналы хирургической гепатологии. 2015; 20 (4): 128-131.
2. Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Чжао А.В. Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение // Доказательная гастроэнтерология. 2013. №2. С. 18-25.
3. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Акбаров М.М., Махмудов У.М., Бабаджанов А.Х. Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. 2011; 16(4): С. 19-24.
4. Чжао А. В., Икрамов Р. З. Хирургическое лечение эхинококкоза печени //Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2016. – №. 2. – С. 15-17.



5. Шамсиев А.М., Курбаниязов З.Б., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза печени // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент. - 2017. - №1. - С. 2-5.
6. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Эшкobilов Т.Ж., Орипов Ф.С., Рахманов К.Э. Экспериментальное обоснование эффективной терапевтической дозы альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. - 2018. - №3(102). - С. 151 - 156.
7. K.E. Rakhmanov, D.S. Abduraxmanov, S.S. Davlatov Correction of albendazole disease after echinococcectomy of the liver International Journal of Pharmaceutical Research 12 (3), 4044-4049
8. Marom G, Khoury T, Gazla SA, Merhav H, Padawar D, Benson AA, Zamir G, Luques L, Safadi R, Khalaileh A. Operative treatment of hepatic hydatid cysts: A single center experience. // Asian J Surg. 2018 Nov 13. pii: S1015-9584(18)30548-7.

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 1

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 1

**Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Тел: (+998-94) 404-0000