

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



№4 (Том 3)

2022

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 4

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 4





ISSN 2181-1008 (Online)

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

**Учредитель**

Самаркандский государственный  
медицинский университет,  
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. Мусабаев (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. Шербексов (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

<b>1. Бабажанов А. С., Зайниев А.Ф., Алимов Ж. И.</b> АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА.....	5
<b>2. Бойкузиев Х. Х., Джуракулов Б. И.</b> ОРГАНИЗМ ИММУН ТИЗИМИНИНГ ШАКЛЛАНИШИДА ИНГИЧКА ИЧАК ВА ЧУВАЛЧАНГСИМОН ЎСИМТАНИНГ MORFOFUNKSIONAL АҲАМИЯТИ.....	11
<b>3. Ганиев А. Г.</b> ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	14
<b>4. Гарифулина Л. М., Исламова Д. С., Ибрагимова Ю. Б.</b> ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	17
<b>5. Кадирова Ш. С., Тураева Д. Х.</b> КИШЕЧНЫЕ КОЛИКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА- ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ.....	20
<b>6. Маллаев М. М., Улмасов Ф. Г.</b> МИКРООКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗЕ РАКА ЖЕЛУДКА.....	23
<b>7. Окбаев М. Б., Бойкузиев Х. Х.</b> ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ОЧЛИК ҲОЛАТИ ВА ОРГАНИЗМИНИНГ MORFOFUNKSIONAL ЎЗГАРИШЛАРИ ҲАҚИДА АЙРИМ МУЛОҲАЗАЛАР.....	27
<b>8. Рахмонов К. Э., Анарбоев С. А., Мизомов Ф. О., Махрамкулов З. М.</b> ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ АЛЬБЕНДАЗОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....	30
<b>9. Рузибоев С. А., Хайдаров Г. А., Саттаров Ш. Х.</b> НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ.....	33
<b>10. Санакулов А. Б.</b> ФОРМИРОВАНИЕ НОМО – И ГЕТЕРОТОПНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОГО СТАТУСА.....	37
<b>11. Garifulina L. M., G'oyibova N. S.</b> SEMIZ O'SMIR BOLALARDA BUYRAKLARNING FUNKSIONAL HOLATI.....	41
<b>12. Gudkov R. A., Dmitriev A. V., Fedina N. V., Petrova V. I.</b> DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DIRECT HYPERBILIRUBINEMIA IN CHILDREN: A LITERATURE REVIEW.....	45
<b>13. Mallayev M. M., O'lmasov F. G'.</b> ME'DA ADENOKARSINOMALARIDA ERBB2 EKSPRESSIYASI VA UNING AHAMIYATINI O'RGANISH.....	51
<b>14. Petrova V. I., Dmitriev A. V., Shavazi N. M., Zakirova B. I., Shatskaya E. E.</b> KOMMEREL'S DIVERTICULUM AS A RARE CAUSE OF DYSPHAGIA IN A NEWBORN.....	54
<b>15. Turaeva D. X.</b> SEMIZ BOLALARDA JIGARNING ALKOGOLSIZ YOG'LI GEPATOZI PATOGENEZI VA UNI DAVOLASH.....	58
<b>16. Zakirova B. I., Xusainova Sh. K.</b> RISK FACTORS AND FREQUENCY OF MYOCARDITIS IN CHILDREN AFTER ACUTE BRONCHIAL OBSTRUCTION.....	62

# JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

## ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 616.89-02-089.(616.831-002.951.21+611.36)

**Рахмонов Косим Эрданович**  
Кандидат медицинских наук, доцент  
**Анарбоев Санжар Алишерович**  
**Мизамов Фуркат Очилович**  
**Махрамкулов Зафар Мамиркулович**  
Самаркандский государственный медицинский университет

### ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ АЛЬБЕНДАЗОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**For citation:** Rakhmonov K. E., Anarboev S. A., Mizamov F. Oc., Mahramkulov Z. M./ Positive effect of albendazole in the complex treatment of liver echinococcosis. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 4. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

#### АННОТАЦИЯ

**Актуальность:** Эхинококкоз распространен во всем мире, и печень является наиболее часто поражаемым органом. Эхинококковые кисты печени можно лечить как консервативными, так и оперативными методами. Неоперативные методы включают химиотерапию и чрескожное лечение. Исследование было направлено на понимание влияния терапии альбендазолом на жизнеспособность протоколексов и частоту рецидивов эхинококкового поражения печени. **Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета, в течение 4 лет с 2014 г. по 2017 г., с дальнейшим наблюдением в течение 5 лет. В исследование включено 86 случаев в возрастной группе 17-66 лет. Пациенты были разделены на две группы по 43 человек в каждой. В группе сравнения больные были непосредственно оперированы, в то время как в основной группе больным назначали альбендазол в течение 12 недель до операции, с последующим послеоперационным курсом в течение 12 недель. **Результаты исследования.** Среди пациентов, получавших терапию альбендазолом, ни у одного пациента не было жизнеспособных кист во время операции по сравнению с 93,1% пациентов, которые не получали альбендазол до операции ( $P < 0,01$ ). У пациентов, не получавших терапию альбендазолом, частота рецидивов составила 18,6%, в то время как у пациентов, получавших терапию альбендазолом, рецидивов не наблюдалось ( $P \leq 0,05$ ). **Заключение.** Мы пришли к выводу, что альбендазол является эффективной вспомогательной терапией при лечении эхинококкового поражения печени.

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени, альбендазол, профилактика, рецидив.

**Raxmanov Qosim Erdanovich**  
Tibbiyot fanlari nomzodi, dosent  
**Anarboev Sanjar Alisherovich**  
**Mizamov Furkat Ochilovich**  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

### JIGAR EXINOKOKKOZINI KOMPLEKS DAVOLASHDA ALBENDAZOLNING IJOBIY TA'SIRI

#### ANNOTATSIYA

**Dolzarbli:** Jigar exinokokkozi butun dunyoda keng tarqalgan kasallik hisoblanadi. Jigar exinokokkozini konservativ va xirurgik yo'llari bilan davolanadi. Operativ bo'lmagan usullarga kimyoterapiya va teri orqali jigar kistasini punksiyasi kiradi. Tadqiqot albendazol terapiyasining protoskolekslarning hayotiyiligi va jigar exinokokkozi kasalligining takrorlanish tezligiga ta'sirini tushunishga qaratilgan. **Materiallar va tadqiqot usullari.** Tadqiqot Samarqand davlat tibbiyot universiteti ko'p tarmoqli klinikasi jarrohlik bo'limida 2014 yildan 2017 yilgacha 4 yil davomida, keyingi nazorat 5 yil davomida o'tkazildi. Tadqiqotga 17-66 yoshdagi 86 nafar bemor kiritilgan. Bemorlar har biri 43 kishidan iborat ikki guruhga bo'lingan. Taqqoslash guruhida bemorlar to'g'ridan-to'g'ri operatsiya qilingan bo'lsa, asosiy guruhda bemorlarga operatsiyadan oldin 12 hafta davomida albendazol buyurilgan, so'ngra 12 hafta davomida operatsiyadan keyingi kurs davom ettirilgan. **Tadqiqot natijalari.** Operatsiyagacha albendazol bilan davolangan asosiy guruhdagi 93,1% bemorlarda operatsiya vaqtida hayotiy kistalar bo'lmagan, aksincha taqqoslash guruhdagi bemorlarda hayotiyiligi saqlangan protoskolekslar aniqlandi ( $P < 0,01$ ). Albendazol bilan davolanmagan bemorlarda kasallik qaytalanishi darajasi 18,6% ni tashkil etdi, albendazol bilan davolangan bemorlarda esa residiv kuzatilmadi ( $P \leq 0,05$ ). **Xulosa.** Biz albendazol jigar exinokokkozi kasalligini davolashda samarali yordamchi davo hisoblanadi degan xulosaga keldik.

**Kalit so'zlar:** jigar exinokokkozi, al'bendazol, kasallik qaytalanishini oldini olish, kasallik qaytalanishi.

**Rakhmonov Kosim Erdanovich**  
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Anarboev Sanjar Alisherovich  
Mizamov Furkat Ochilovich  
Mahramkulov Zafar Mamirkulovich  
Samarkand State Medical University

## POSITIVE EFFECT OF ALBENDAZOLE IN THE COMPLEX TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

### ANNOTATION

**Relevance:** Echinococcosis is common throughout the world, and the liver is the most commonly affected organ. Echinococcal cysts of the liver can be treated with both conservative and surgical methods. Non-operative methods include chemotherapy and percutaneous treatments. The study was aimed at understanding the effect of albendazole therapy on the viability of protoscolexes and the recurrence rate of echinococcal liver disease. **Materials and research methods.** The study was conducted in the surgical department of the multidisciplinary clinic of the Samarkand State Medical University, for 4 years from 2014 to 2017, with further follow-up for 5 years. The study included 86 cases in the age group of 17-66 years. The patients were divided into two groups of 43 people each. In the comparison group, patients were directly operated on, while in the main group, patients were prescribed albendazole for 12 weeks before surgery, followed by a postoperative course for 12 weeks. **Research results.** Among patients treated with albendazole, no patient had viable cysts at the time of surgery compared to 93.1% of patients who did not receive albendazole before surgery ( $P < 0.01$ ). In patients not treated with albendazole, the relapse rate was 18.6%, while in patients treated with albendazole, no relapse was observed ( $P \leq 0.05$ ). **Conclusion.** We concluded that albendazole is an effective adjuvant therapy in the treatment of Echinococcal liver disease.

**Key words:** liver echinococcosis, albendazole, prevention, relapse.

**Актуальность исследования.** Эхинококкоз является наиболее частой причиной паразитарных кист печени во всем мире [1]. Заболевание более распространено в сельской местности, где в непосредственной близости живут люди, собаки и крупный рогатый скот [2]. Более чем в 70% случаев наблюдается объемное образование в брюшной полости [2, 3]. Боль в правом подреберье является наиболее распространенной жалобой у пациентов с симптомами. Острая, сильная боль в животе указывает на разрыв, билиарные осложнения или вторичную бактериальную инфекцию [2, 4]. Ультразвуковое исследование является лучшим диагностическим инструментом, поскольку с его помощью можно обнаружить кисты размером до 1 см в диаметре [1]. На основании результатов ультразвукового исследования (УЗИ) Gharbu и др. [5] классифицировали эхинококковые кисты печени на пять типов. Тип I - чистое скопление жидкости с четко очерченными границами, Тип II - чистое скопление жидкости с расщепленной стенкой, Тип III - скопление жидкости с множественными перегородками (в виде сот), Тип IV - гетерогенный вид и Тип V - киста с отражающей толстой стенкой (кальцинированная киста). Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) брюшной полости имеет чувствительность 100% при обнаружении кисты печени и помогает в точной анатомической локализации кисты [3]. Для диагностики эхинококковой болезни использовались различные серологические тесты, включая реакцию связывания компонента, иммуноэлектрофорез и иммуноферментный анализ (ИФА). Среди этих тестов наиболее широко используется ИФА [3].

Эхинококковая киста печени лечится как консервативными, так и оперативными методами. Оперативные методы могут быть консервативными и радикальными. Неоперативные методы включают химиотерапию и чрескожное лечение [7]. Химиотерапия может использоваться в качестве сопутствующей терапии к хирургическому лечению до или после операции или в обоих случаях. Предоперационный курс химиотерапии стерилизует кисты и уменьшает их натяжение, облегчая операцию. Короткий курс химиотерапии после операции снижает риск рецидива. Bekthi A. и др. были первыми, кто сообщил об успешных результатах химиотерапии эхинококковой болезни с использованием мебендазола [8]. Альбендазол - еще один карбамат бензимидазола с лучшими абсорбционными свойствами. Было отмечено, что его метаболит, альбендазол сульфоксид, активен в отношении протосколексов *Echinococcus granulosus* в культурах *in vitro* и может проникать в эхинококковые кисты [7, 8]. При сравнении терапевтических результатов двух препаратов было обнаружено, что альбендазол лучше, чем мебендазол.

**Целью нашего исследования** было оценить влияние предоперационной терапии альбендазолом на жизнеспособность протосколексов во время операции и влияние предоперационного и послеоперационного применения альбендазола на частоту рецидивов эхинококковой болезни печени. Подтверждение было

сделано путем демонстрации эхинококкового материала - песка, крючков, протосколексов или дочерних кист - во время операции.

**Материалы и методы исследования.** Это исследование было проведено в отделении хирургии многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета, на пациентах, поступивших с диагнозом эхинококкоз печени с 2014 по 2017 гг., с дальнейшим наблюдением в течение еще 5 лет. Пациентов включали в исследование после получения надлежащего информированного письменного согласия. Из исследования были исключены инфицированные кисты, разорвавшиеся кисты, плотно известковые кисты (киста типа V), кисты печени с ассоциированными внепеченочными кистами, пациенты с множественными кистами и пациентки, которые были беременны или планировали забеременеть в течение периода исследования.

Всего обследовано 86 пациентов. Эти пациенты были разделены в две группы по 43 пациентов в каждой путем систематической случайной выборки. В группе сравнения ( $n=43$ ) больные были непосредственно доставлены на операцию, а в основной группе ( $n=43$ ) больным была назначена предоперационная терапия альбендазолом в течение 12 недель с последующей операцией, а затем послеоперационный курс альбендазола еще в течение 12 недель.

Все пациенты были подвергнуты подробному сбору анамнеза, физикальному и системному обследованию. Всем пациентам были проведены различные исследования, такие как гемограма, исследование функции почек, исследование функции печени, коагулограмма, электрокардиография и рентген грудной клетки. Ультразвуковое исследование было основным методом диагностики. Всем больным проводили ИФА на эхинококкоз. МСКТ брюшной полости выполнялась в тех случаях, когда результаты УЗИ были сомнительными. Пациентам назначали альбендазол в дозе 10 мг/кг/сут в несколько приемов. Все пациенты, получавшие химиотерапию, сначала еженедельно, а затем ежемесячно контролировались с помощью функционального теста печени, функциональных тестов почек, количества лейкоцитов и тромбоцитов и анализа мочи.

У всех пациентов для оперативного вмешательства использовалась верхне-средняя лапаротомия. Принципы оперативного лечения включают адекватное обнажение кисты, безопасную декомпрессию и предотвращение интраоперационной контаминации за счет использования активных сколицидных агентов. В качестве сколицидного агента мы использовали 100% глицерин. Содержимое кист было взято во всех случаях для цитологического и бактериологического исследования. Жидкость кисты центрифугировали и исследовали на наличие фрагментов ламинированной оболочки, крючков и сколикс. Оценку жизнеспособности кист проводили путем наблюдения за подвижностью сколикс и их способностью исключать 5% эозина

при немедленной микроскопии. Сколикисы, которые были подвижными и не окрашивались эозином, считались живыми, тогда как неподвижные и окрашенные 5% эозином сколикисы считались мертвыми. Учитывались все операционные и послеоперационные осложнения.

Все пациенты наблюдались исходно каждые 2 недели в течение 3 месяцев, затем ежемесячно в течение 1 года, в последующем каждые 3-6 месяца. Ультразвуковое исследование проводилось при каждом посещении и регистрировались диаметр, объем и структура кисты. При УЗИ исследовали другие органы брюшной полости для исключения рецидива кистозного образования. В случае сомнений делали МСКТ брюшной полости. Рентгенограмма грудной клетки выполнялась с интервалом в 6 месяцев для поиска эхинококкового заболевания в легких. Серологические исследования ИФА проводили каждые 6 месяцев.

**Результаты исследования.** Общее количество обследованных пациентов составило 86 человека, из них 31 (36,0%) мужчин и 55 (64,0%) женщины. Большинство пациентов были в возрастной группе 31-52 лет, средний возраст  $39,21 \pm 9,3$ . 61 (70,9%) пациент проживали в сельской местности, а остальные 25 (29,1%) - в городах. Боль в животе была наиболее частым симптомом, далее следовала пальпируемое образование в животе. Около 23% пациентов были бессимптомными. Все больные имели гемоглобин более 100 г/л, с нормальной функцией почек и печени. ИФА для серологии эхинококкоза был положительным у всех пациентов. Всем больным проведена коагулограмма с нормальным результатом у всех. Правая доля печени была наиболее частым местом эхинококковой кисты у 69 (80,2%) больных, левая доля у 13 (15,1%) и двулобая киста у 4 (4,6%) пациентов.

Из 86 пациентов, включенных в наше исследование, 39 (45,3%) пациента имели эхинококковую кисту I типа, 25 (29,1%) - эхинококковую кисту II типа, затем III тип у 19 (22,1%) пациентов и тип IV у 3 (3,5%) пациентов. Все пациенты в группе сравнения, т. е. в группе только хирургического вмешательства, и 3 (6,9%) пациентов в основной группе (группа альбендазола) имели жизнеспособные протоколесксы во время операции. Все пациенты основной группы с жизнеспособной кистой имели множественные дочерние кисты в основной кисте, т.е. эхинококковая киста по морфологической модификации была E. Hominis. Пациенты, получавшие предоперационную терапию альбендазолом, имели значительно более низкий процент жизнеспособных кист во время операции ( $P < 0,01$ ). В нашей серии из 43 оперированных пациентов в группе сравнения у 8 (18,6%) развился послеоперационный рецидив, в то время как ни у одного из пациентов в основной группе не было рецидива в течение среднего периода наблюдения 5 лет.

Все пациенты, получавшие альбендазол, переносили препарат без каких-либо серьезных побочных эффектов. Гастроинтестинальные симптомы (слабая боль в животе, тошнота, рвота) наблюдались у 6 (6,9%) больных. Обратимая алоpecia наблюдалась у 1 (1,2%) больного. Ни у одного из пациентов не было выявлено нарушений функциональных проб печени.

**Выводы.** Предоперационное и послеоперационное применение альбендазола снижает жизнеспособность кист во время операции и значительно снижает вероятность рецидива кисты. Таким образом, мы делаем вывод, что альбендазол является эффективной вспомогательной терапией при эхинококковой кисте печени.

#### Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Аничкин В. В., Повелица Э. А., Мартынюк В. В. Метод атипичной резекции печени с антипаразитарной обработкой печеночной ткани смесью глицерина и 1-2% раствора альбендазола в димексиде у пациентов с эхинококкозом печени // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22. – № 3. – С. 360-365.
2. Курбаниязов, З. Б., Рахманов, К. Э., Мизамов, Ф. О., & Анарбоев, С. А. (2022). Роль химиотерапии в профилактике рецидива эхинококкоза печени. Вопросы науки и образования, (6 (162)), 39-50.
3. Назыров Ф. Г. и др. Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16. – № 4. – С. 19-24.
4. Хайитов И.Б., Аминжанов А.А. Роль и место пункционно-дренажного метода в лечении эхинококкоза печени // Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2022. – Т. 2. – № 6. – С. 15-25.
5. Шамсиев А. М., Шамсиев Ж. А., Рахманов К. Э. Коррекция дозы альбендазола после эхинококкэктомии из печени // Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – № 1. – С. 16-20.
6. MiLicevic MN. Hydatid disease: Surgery of liver and biliary tract. In: LH Blumgart, Y Fong editors. 3rd ed. London: W B. Saunders Company Ltd; 2000.
7. Khuroo MS, Dar MY, Yattoo GN, Zargar SA, Javaid G, Khan BA, Percutaneous drainage versus albendazole therapy in hepatic hydatidosis: A prospective randomized study. Gastroenterology 1993;104:1452-59.
8. Bekthi A, Schapps JP, Capron M. Treatment of hepatic disease with mebendazole; Preliminary results in four cases. Br Med J 1977;2:1047-51.
9. Morris DL, Gould SE. Serum and cyst concentrations of mebendazole and flubendazole in hydatid disease. Br Med J (Clin Res Ed) 1982;285:175.
10. Morris DL, Chinnery JB. Penetration of albendazole sulphoxide into hydatid cyst. Gut 1987;28:75-80.
11. Chinnery JB, Morris DL. Effect of albendazole on viability of hydatid protoscolices. Trans R Soc Trop Med Hyg 1986;80:815-17.
12. Teggi A, Lastilla MG, DeRossa F. Therapy of human hydatid disease with mebendazole and albendazole. Antimicrob Ag Chemotherapy 1993;37:1679-84.
13. Khuroo MS. Hydatid disease: Current status and recent advances. Ann Saudi Med 2002;22:56-64.
14. Morris DL. Preoperative albendazole therapy for hydatid cyst. Br J Surg 1987;74:805-6.
15. Horton RJ. Chemotherapy of Echinococcus infection in man with albendazole. Trans of Roy Soc of Trop Med Hyg 1989;83:97-102.
16. Arif SH, Shams-Ul-Bari, Wani NA, Zargar SA, Wani MA, Tabassum R, et al. Albendazole as an adjuvant to the standard surgical management of hydatid cyst liver. Int J surg Dec 2008;6:448-51.
17. Evangelos C. Perioperative benzimidazole therapy in human hydatid liver disease. Int Surg 1995;80:131-3.
18. Mottaghian H, Saidi F. Postoperative recurrence of hydatid disease. Br J Surg 1978;65:237-42.
19. Little JM, Hollands MT, Eckberg H. Recurrence of hydatid disease. World J Surg 1988;12:700-4.
20. Morris DL. Albendazole treatment of hydatid disease-follow up at 5 years. Trop Doct 1989;19:179-80.

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**ТОМ 3, НОМЕР 4**

**JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH**

**VOLUME 3, ISSUE 4**

**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