

ЎПКА ЭХИНОКОККОЗИДА АСОРАТЛАР ВА РЕЦИДИВЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИДА “АЛЬБЕНДАЗОЛ” ПРЕПАРАТИНИ МАҲАЛЛИЙ ГЕРМИЦИД СИФАТИДА ҚўЛЛАШ



Равшанов Маъруф Хошимович¹, Курбонов Низом Азизович², Давлатов Салим Сулаймонович³,
Рахманов Қосим Эрданович⁴

1 - Қашқадарё вилояти фтизиатрия ва пульмонология маркази, Ўзбекистон Республикаси, Қарши ш.;

2 - Қашқадарё вилояти соғлиқни сақлаш бошқармаси, Ўзбекистон Республикаси, Қарши ш.;

3 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.;

4 – Самарқанд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «АЛЬБЕНДАЗОЛ» В КАЧЕСТВЕ МЕСТНОГО ГЕРМИЦИДНОГО СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЦИДИВОВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ

Равшанов Маъруф Хошимович¹, Курбонов Низом Азизович², Давлатов Салим Сулаймонович³,
Рахманов Қосим Эрданович⁴

1 - Кашкадарьинский областной центр фтизиатрии и пульмонологии, Республика Узбекистан, г. Карши;

2 - Управление здравоохранения Кашкадарьинской области, Республика Узбекистан, г. Карши;

3 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара;

4 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

USE OF ALBENDAZOLE AS A LOCAL GERMICIDAL AGENT IN THE PREVENTION OF COMPLICATIONS AND RECURRENCES IN PULMONARY ECHINOCOCCOSIS

Ravshanov Maruf Khoshimovich¹, Kurbonov Nizom Azizovich², Davlatov Salim Sulaymonovich³,
Rakhmanov Kosim Erdanovich⁴

1 - Kashkadarya Regional Center for Phthiology and Pulmonology, Republic of Uzbekistan, Karshi;

2 - Health Department of Kashkadarya Region, Republic of Uzbekistan, Karshi;

3 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara;

4 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Долзарблиги. Жарроҳлик амалиётида аниқланадиган паразитар ўпка инвазияларининг энг кенг тарқалган сабабларидан бири эхинококкоз ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, ҳар йили дунё бўйлаб тахминан 3 миллионга яқин одам эхинококкоз билан касалланади. Ўзбекистон ҳам эхинококкоз эндемик бўлган минтақалар қаторига киради. Тадқиқотнинг мақсади - альбендазолни маҳаллий гермицид сифатида қўллаш орқали ўпка эхинококкози билан оғриган беморларни даволаш самарадорлигини оширишидир. Тадқиқот материаллари ва усуллари. Клиник тадқиқот ўпка эхинококкози билан касалланган 87 нафар беморни ўз ичига олди. Тадқиқот натижалари. Таққослаш гуруҳига альбендазолни стандарт режимга мувофиқ қабул қилган ўпка эхинококкози билан оғриган 45 нафар бемор киритилди. Асосий гуруҳга эса ўпка эхинококкози билан оғриган 42 нафар бемор ажратилди. Ушбу гуруҳ беморларида операциядан кейинги даврда альбендазол кунига 5 мг/кг дозада оғиз орқали қўлланилиши билан бир қаторда, қолдиқ киста бўлиши деворларига мазкур препарат билан маҳаллий антипаразитик (контактли) ишлов берилди. Хулоса. Альбендазолнинг “кичик” дозаларини ишлаб чиқилган усул бўйича маҳаллий гермицид агент сифатида тизимли қўллаш ўпка эхинококкозида рецидивларга қарши ижобий самара кўрсатишини тасдиқлади.

Калим сўзлар: ўпка эхинококкози, альбендазол, маҳаллий гермицид, рецидив, профилактика.

Abstract. Relevance. One of the most common causes of parasitic pulmonary invasions encountered in surgical practice is echinococcosis. According to the World Health Organization, approximately 3 million people worldwide are affected by echinococcosis each year. The Republic of Uzbekistan is also considered an endemic region for this disease. Aim of the study was to improve the effectiveness of treatment in patients with pulmonary echinococcosis through the use of albendazole as a local germicidal agent. Materials and Methods. The clinical study included 87 patients diagnosed with

pulmonary echinococcosis. Results. The comparison group consisted of 45 patients with pulmonary echinococcosis who received albendazole according to the standard treatment regimen. The main group included 42 patients with pulmonary echinococcosis who, in the postoperative period, received oral albendazole at a dose of 5 mg/kg per day in combination with local antiparasitic (contact) treatment of the residual cavity walls using the developed technique. Conclusion. The combined use of low-dose systemic albendazole with its topical application as a local germicidal agent according to the proposed method demonstrated a pronounced anti-recurrent effect in the treatment of pulmonary echinococcosis.

Keywords: *pulmonary echinococcosis, albendazole, local germicidal agent, recurrence, prevention.*

Долзарблиги. Жарроҳлик амалиётида учрайдиган паразитар инвазияларнинг энг кенг тарқалган сабабларидан бири эхинококкоз ҳисобланади [4, 6, 10]. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, ҳар йили дунё бўйлаб тахминан 3 миллион нафарга яқин инсон эхинококкоз билан касалланади. Ўзбекистон ҳам эхинококкоз эндемик бўлган ҳудудлар қаторига киради. Республика ҳудудида иқлимий, географик, ижтимоий ва иқтисодий омиллар таъсирида эпизоотик жараёнларнинг турли даражадаги фаоллигига эга бўлган зооноз ўчоқлар мавжуд. Шу боис инсонларда эхинококкоз билан касалланиш даражаси мазкур ўчоқларда эпизоотик жараённинг интенсивлиги билан бевосита боғлиқ.

Эхинококкоз инсон организмда турли аъзоларни зарарлаши мумкин бўлиб, жигардан кейин иккинчи ўринда ўпка эхинококкози учрайди. Ўпка эхинококкози клиник жиҳатдан оғир кечиши, кеч ташхисланиши ва асоратлар ривожланиши билан тавсифланади. Кисталарнинг ўсиши натижасида ўпка тўқимасининг сиқилиши, бронхлар билан алоқанинг бузилиши, киста ёрилиши, инфекция кўшилиши каби ҳолатлар бемор ҳаёти учун жиддий хавф туғдиради.

Ҳозирги вақтда ўпка эхинококкозини даволашда жарроҳлик усули асосий танлов усули ҳисобланади [4, 6, 16]. Бироқ жарроҳлик аралашуви беморнинг умумий аҳволи, кисталарнинг локализацияси ва ўлчами, асоратларнинг мавжудлиги, шунингдек, олдинги жарроҳлик аралашувлари билан боғлиқ ҳолда юқори хавф омилларини ўз ичига олади.

Ўпка эхинококкози оғир кечувчи касаллик бўлиб, рецидив кисталарнинг ривожланиши билан мураккаблашиши мумкин. Эхинококкозда такрорий жарроҳлик аралашувлари техник жиҳатдан жуда қийин бўлиб, айрим ҳолларда кўп сонли жароҳатлар ва қайта-қайта рецидивлар беморларнинг иш қобилияти пасайишига, ногиронликка ёки ҳатто ўлимга олиб келиши мумкин. Турли муаллифлар маълумотларига кўра, эхинококкозда рецидивлар частотаси 3% дан 54% гача бўлиб, бу паразитнинг патоген хусусиятлари, даволаш тактикаси ва профилактика усулларига боғлиқдир [1, 3, 10].

Айни пайтга қадар ўпка эхинококкозида рецидивларнинг этиологик сабабларига нисбатан ягона қараш мавжуд эмас. Адабиётларда

метастатик, имплантацион, қолдиқ ва инвазив рецидив назариялари келтирилган. Мавжуд ташхис усуллари ёрдамида рецидив кисталарнинг келиб чиқиш сабабини ишончли аниқлаш имконияти чекланган. Шу сабабли рецидивларнинг сабабларини аниқлашга қаратилган ишончли диагностик мезонлар ҳали тўлиқ ишлаб чиқилмаган. Бироқ рецидив сабабларини чуқур ўрганиш жарроҳлик даволаш тактикасини тўғри танлаш ва профилактика самарадорлигини оширишга хизмат қилади.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, эхинококкоз рецидивларининг олдини олишда, уларнинг пайдо бўлиш механизмларидан қатъи назар, кимёвий терапия муҳим аҳамият касб этади. 1983 йилдан буён эхинококкозни даволаш ва рецидивларнинг профилактикаси мақсадида антигелминт препарат - альбендазол кенг қўлланиб келинмоқда. МДХ мамлакатларида ушбу препарат 2014 йилда Россия ва МДХ мамлакатлари гепатолог-жарроҳлари Ассоциацияси конгрессида терапевтик ва профилактик восита сифатида тавсия этилган [5, 11, 14].

Альбендазолни қўллашнинг энг кенг тарқалган схемаси қуйидагича: препарат кунига 10–20 мг/кг дозада буюрилади, курслар сони 3 тадан 10 тагача бўлиб, курслар орасида 14–15 кунлик танаффус сақланади. Ушбу схема Хортон (1989) томонидан таклиф қилинган бўлиб, ЖССТ томонидан тавсия этилган стандартларга мос келади.

Халқаро тадқиқотлар шуни кўрсатадики, альбендазол инсон организмда тўғридан-тўғри эмас, балки унинг фаол метаболити - альбендазол сулфоксид орқали таъсир кўрсатади. Кейинчалик у биологик фаоллиги паст бўлган альбендазол сулфонга айланади ва асосан сафро ҳамда сийдик орқали чиқарилади.

Адабиётларда альбендазол қўлланиши билан боғлиқ бўлган нохуш таъсирлар кенг ёритилган бўлиб, бу кўп ҳолларда беморларнинг даволаш курсини муддатидан олдин тўхтатишига сабаб бўлади. Маълумотларга кўра, эхинококкоз рецидивларини олдини олишда альбендазолнинг самарадорлиги 40–70% ни ташкил этади [4, 12], бу эса препарат метаболизмининг индивидуал генетик, морфологик ва биокимёвий хусусиятларга боғлиқ ҳолда турлича кечиши билан изоҳланади.

Шунингдек, амалиётда альбендазолнинг стандарт режими турлича қўлланилади, чунки ягона оптимал мезонлар ҳали ишлаб чиқилмаган. Бу ҳолат даволаш натижаларини янада яхшилаш имкониятларини чеклаб қўяди.

Альбендазолни оғиз орқали қабул қилишдан ташқари, препаратни маҳаллий контактли гермицид сифатида қўллаш усуллари ҳам мавжуд, айниқса минимал инвазив жарроҳлик усулларидадан фойдаланиладиган ҳолларда. Қоида тариқасида, киста бўшлиғига альбендазол ёки гипертоник эритмалар юборилади, бироқ ушбу усуллар йирингли асоратлар хавфини ошириши мумкин.

Тадқиқот мақсади. Ўпка эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин касаллик рецидивларининг олдини олиш мақсадида альбендазолнинг “кичик” дозаларини тизимли қўллашни маҳаллий гермицид таъсирга эга бўлган ишлаб чиқилган методология билан биргалликда қўллашнинг клиник самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Альбендазолни оғиз орқали ёки инъекцион қўллашда кузатиладиган салбий таъсирларни, жумладан умумий токсик таъсир ва ноҳўя реакцияларни камайтириш мақсадида биз ўпка тўқимасини альбендазол билан маҳаллий контактли антипаразитик ишлов бериш ҳамда препаратни “кичик” дозада (қунига 5 мг/кг) оғиз орқали қабул қилишга асосланган комплекс кимёвий терапия усулини ишлаб чиқдик ва унинг клиник самарадорлигини баҳоладик.

Тадқиқот 2022–2025 йиллар давомида Қашқадарё вилояти фтизиатрия ва пульмонология марказида ўпка эхинококкози билан даволанган беморларда ўтказилди. Ушбу тадқиқотда ишлаб чиқилган усулнинг ўпка эхинококкозида жарроҳлик даволашдан кейин касаллик рецидивларини олдини олишдаги самарадорлиги ўрганилди.

Таклиф этилган методиканинг моҳияти шундан иборатки, маҳаллий таъсирни таъминлаш

мақсадида альбендазол эритмаси билан ишлов берилган стерил шимгич (губка) ўпка эхинококк киста бўшлиғи ёки операция яраси юзасига жойлаштирилди. Спонгостан материалдан тайёрланган шимгич орқали патологик ўчоқни тампонлаш натижасида препаратнинг узок муддатли ва йўналтирилган маҳаллий гермицид таъсирига эришилди.

Ушбу мақсадда ўлчами 7×5×1 см бўлган стерил шимгич 50 мл 0,9% натрий хлорид эритмаси билан сингдирилди ва унда альбендазол 10% концентрацияда эритилди (1-расм). Мазкур ёндашув препаратнинг тўғридан-тўғри патологик фокусга таъсир қилишини таъминлаб, унинг умумий системали таъсирини минималлаштириш имконини берди.

Шу билан бирга, беморларга операциядан кейин альбендазол “кичик” дозада (қунига 5 мг/кг) оғиз орқали қабул қилиниши тавсия этилди. Ушбу комплекс ёндашув ўпка эхинококкозида маҳаллий ва системали таъсирни уйғунлаштириш орқали касаллик рецидивларининг олдини олишга қаратилган.

Альбендазолнинг 10% концентрацияси беморлар учун самарали ва хавфсиз ҳисобланади, бу ҳолат Erzurumlu ва ҳаммуаллифлар томонидан ўтказилган кўплаб экспериментал ва клиник тадқиқотлар натижалари билан тасдиқланган [16].

Ушбу тадқиқотга ўпка эхинококкози билан оғриган қуйидаги тоифадаги беморлар киритилди:

- кўп сонли эхинококк кисталари мавжуд бўлган беморлар;
- таркибида киз пуфакчалари (daughter cysts) мавжуд бўлган кисталар - *Echinococcus hominis*;
- битта камерали кисталар - *Echinococcus veterinorum*;
- калцификацияланган эхинококк кисталари;
- ўрта ва катта ўлчамли ўпка кисталари;
- ўпка эхинококкозининг такрорий (рецидив) шакллари (1-жадвал).

Жадвал 1. Беморларни эхинококк кисталари турлари бўйича тақсимлаш (n = 87)

Киста тури	Жами (n=87), %	Таққослаш гуруҳи (n=45), %	Асосий гуруҳ (n=42), %
Кўп кисталар	26 (29,9)	12 (26,7)	14 (33,3)
Киз пуфакчалари мавжуд кисталар (<i>E. hominis</i>)	56 (64,4)	29 (64,4)	27 (64,3)
Бир камерали кисталар (<i>E. veterinorum</i>)	31 (35,6)	17 (37,8)	14 (33,3)
Калцификацияланган кисталар	7 (8,0)	2 (4,4)	5 (11,9)
Ўрта ва катта ўлчамли кисталар	24 (27,6)	11 (24,4)	13 (30,9)
Ўпка эхинококкозининг рецидив шакллари	17 (19,5)	10 (22,2)	7 (16,7)

Таққослаш гуруҳига ўпка эхинококкози билан оғриган ва альбендазолни стандарт режим бўйича қабул қилган 45 нафар бемор киритилди. Ушбу гуруҳда препарат кунига 10–12 мг/кг тана вазнига ҳисоблаб (кунига 800 мг дан ошмаган ҳолда) буюрилди. Даволаш 28 кун давом этган 3 та курсдан иборат бўлиб, курслар орасида 14 кунлик танаффус сақланди.

Асосий гуруҳга ўпка эхинококкози билан оғриган 42 нафар бемор киритилди. Ушбу гуруҳ беморларида операциядан кейинги даврда альбендазол кунига 5 мг/кг дозада оғиз орқали қабул қилиниши билан бир қаторда, қолдиқ киста бўшлиғи деворларига альбендазол препарати билан маҳаллий антипаразитик (контактли) ишлов берилди. Таклиф этилган комплекс ёндашув препаратнинг маҳаллий ва системали таъсирини уйғунлаштиришга қаратилган бўлиб, ўпка эхинококкозида рецидивларнинг олдини олиш мақсадида қўлланилди.

Тадқиқот натижалари. Касалхонадан чиққандан сўнг барча беморлар режали тарзда тиббий назоратга олинди. Назорат жараёнида беморларга кўкрак қафаси рентгенографияси ва компьютер томографияси, шунингдек, диспансер кузатуви амалга оширилди. Қўшимча равишда ҳар 6 ойда бир марта, 1,5–2 йил давомида қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари баҳоланди.

Олинган натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, таққослаш гуруҳида 5 нафар (11,1%) беморда ўпка эхинококкозининг рецидиви аниқланди. Рецидив ҳолатлари асосан кузатувнинг биринчи йилида қайд этилди. Асосий гуруҳда эса кузатув даври мобайнида касалликнинг қайталаниши ҳолатлари аниқланмади.

Шунингдек, ишлаб чиқилган даволаш усули бўйича муолажа қилинган асосий гуруҳ беморларида маҳаллий (йирингли асоратлар, қолдиқ киста бўшлиғининг инфекцияланиши) ва умумий (гепатотоксик таъсир, аллергия реакциялар) асоратлар кузатилмади. Биокимёвий кўрсаткичлар динамикаси организмнинг умумий ҳолати барқарор сақланганлигини ва қўлланилган усулнинг хавфсизлигини тасдиқлади.

Олинган маълумотлар ишлаб чиқилган комплекс ёндашувнинг ўпка эхинококкозида рецидивларнинг олдини олишда юқори клиник самарадорликка эга эканлигини кўрсатади.

Кузатув даврида беморларнинг барчаси ягона алгоритм бўйича диспансер назоратидан ўтказилди: шифохонадан чиққандан кейин биринчи 3–6 ойда клиник кўрик ва тасвирий текширувлар (кўкрак қафаси рентгенографияси), зарурат бўлганда эса компьютер томографияси орқали қолдиқ бўшлиқнинг ҳолати, плевра реакциялари ва қайта ҳосил бўлган кистоз тузилмалар мавжудлиги баҳоланди. Шунингдек,

қайта тикланиш жараёнини холис баҳолаш мақсадида 1,5–2 йил давомида ҳар 6 ойда бир марта қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари мониторинг қилинди, бу эса кимёвий терапия хавфсизлигини динамикада назорат қилиш имконини берди.

Гуруҳлар ўртасида кисталар турлари ва клиник шакллар бўйича тақсимот таҳлили (1-жадвал) таққослаш ва асосий гуруҳларнинг умумий клиник-структуравий жиҳатдан ўзаро таққосланувчанлигини кўрсатди. Хусусан, ҳар икки гуруҳда ҳам қиз пуфакчалари мавжуд кисталар улуши юқори бўлиб, бундай морфологик хусусият рецидив ва имплантацион тарқалish хавфини оширувчи омил сифатида қаралади. Калцификацияланган кисталар ҳамда ўрта ва катта ўлчамли кисталарнинг мавжудлиги операциядан кейинги даврда қолдиқ бўшлиқнинг реабилитацияси ва инфекция кўшилиши хавфини кучайтириши мумкинлиги инобатга олинди, кузатув режимида тасвирий текширувлар интервали қатъий сақланди.

Рецидив қайд этилган 5 нафар бемор (11,1%)да қайта касалланиш ҳолатлари асосан кузатувнинг биринчи йилида аниқланиши амалиёт нуқтаи назаридан муҳим хулоса чиқаришга имкон берди. Бундай эрта рецидивлар, одатда, қолдиқ паразитар элементлар сақланиб қолиши, операция вақтида микроколекслар билан имплантацион ифлосланиш ёки кўзга ташланмаган майда кистоз ўчоқларнинг кейинчалик фаоллашиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Шу жиҳатдан, рецидивларнинг биринчи йилда тўпланиши профилактиканинг энг муҳим босқичи айнан операциядан кейинги илк 12 ой эканини, ушбу даврда маҳаллий ва системали таъсирни уйғунлаштирувчи ёндашувлар клиник натижаларни сезиларли яхшилаши мумкинлигини кўрсатади.

Асосий гуруҳда рецидив ҳолатларининг қайд этилмагани маҳаллий контактли гермицид ишлов беришнинг амалий аҳамиятини оширади. Спонгостан материалдан тайёрланган шимгичнинг альбендазол эритмаси билан синдирилиб қолдиқ киста бўшлиғи ёки операция яраси юзасига жойлаштирилиши препаратнинг патологик фокусда узоқроқ сақланишига ва мақсадли таъсирининг давомийлигини таъминлашга хизмат қилади. Бундай пролонгацияланган маҳаллий таъсир операция майдонида эҳтимолий қолдиқ паразитар элементларни инактивация қилиш ва имплантацион рецидив хавфини пасайтириш нуқтаи назаридан патогенетик асосланган ёндашув сифатида баҳоланиши мумкин.

Қиёсий таҳлилда рецидивлар частотасининг камайиши клиник жиҳатдан сезиларли бўлиб, абсолют фарқ 11,1%ни ташкил этди (таққослаш

гуруҳи 11,1%га қарши асосий гуруҳ 0%). Бунда профилактик самарадорликни амалий баҳолаш учун “бир рецидивнинг олдини олиш”га тўғри келадиган беморлар сони тахминан 9 нафарни ташкил этиши мумкин. Шу билан бирга, 5/45 ва 0/42 кўринишидаги таққослаш учун Фишернинг аниқ тести бўйича икки томонлама р қиймат тахминан 0,056 атрофида бўлиб, бу танланган намуна ҳажмида статистик жиҳатдан чегаравий натижани кўрсатади; демак, кузатилган клиник фарқни тасдиқлаш учун каттароқ популяцияда кенгайтирилган тадқиқот ўтказиш мақсадга мувофиқ.

Хавфсизлик нуқтаи назаридан, ишлаб чиқилган комплекс усул қўлланилган асосий гуруҳда маҳаллий асоратлар (қолдиқ киста бўшлигининг инфекцияланиши, йирингли жараёнлар) ҳамда умумий ножўя таъсирлар (гепатотоксик таъсир, аллергия реакциялар) қайд этилмагани билан аҳамиятлидир. Биокимёвий мониторинг натижаларида патологик оғишлар кузатилмагани ва беморларнинг умумий ҳолати барқарор сақлангани “кичик” дозадаги системали альбендазолни маҳаллий гермицид ишлов билан уйғунлаштириш клиник амалиётда хавфсизлик профилини яхшилаши мумкинлигини кўрсатади. Натижада ушбу ёндашув ўпка эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин рецидив профилактикасида қўллаш учун илмий-амалий жиҳатдан асосланган ва истиқболли тактика сифатида қаралиши мумкин.

Хулоса. Ўтказилган тадқиқотнинг нисбатан чекланган ҳажмига қарамадан, олинган натижалар альбендазолнинг “кичик” дозаларини тизимли равишда қўллашни маҳаллий гермицид таъсирга эга бўлган ишлаб чиқилган методология билан уйғунлаштириш ўпка эхинококкозида рецидивларга қарши самарали эканлигини исботлади.

Таклиф этилган усул касалликнинг қайталаниш хавфини камайтириш билан бир қаторда, маҳаллий ва умумий асоратларнинг ривожланиш эҳтимолини пасайтирди ҳамда беморлар томонидан яхши ўзлаштирилди. Бу эса мазкур ёндашувни ўпка эхинококкозини жарроҳлик йўли билан даволашдан кейинги профилактикада қўллашнинг мақбул ва истиқболли эканлигини кўрсатади.

Адабиётлар:

1. Ахмадзода СМ, Хомидов АТ, Рашидов ФШ, Бобоев ХО, Сафаров БД. Хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза печени и легких. *Здравоохранение Таджикистана*. 2023(2 (357)):29-37.
2. Ахмадзода СМ, Хомидов АТ, Рашидов ФШ, Бобоев ХО, Сафаров БД. Хирургия сочетанного эхинококкоза печени и легких. *Медицинский*

вестник Национальной академии наук Таджикистана. 2022;12(3 (43)):5-13.

3. Бабаназаров СД, Актамова ДО. Результаты хирургического лечения рецидивного эхинококкоза легких в зависимости от морфологических модификаций. *Экономика и социум*. 2025(4-1 (131)):1374-80.

4. Галаявин АВ. Гидатидозный эхинококкоз печени и легких: диагностические и терапевтические аспекты. *Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение*. 2024;13(3 (50)):101-9.

5. Давлятов СБ, Баходуров ДТ. Оптимизация диагностики и тактики хирургического лечения при осложненном эхинококкозе легких у детей. *Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана*. 2025;15(3 (55)):26-34.

6. Кудайбердиев АА, Ниязов АК, Мамышов АЖ, Жынжыров БК, Ниязов АА, Осмонбекова НС. История диагностики, осложнений и методов лечения эхинококкоза в кыргызстане. *Бюллетень науки и практики*. 2023;9(11):242-51.

7. Курбаниязов З. и др. Миниинвазивная хирургия и химиотерапия эхинококкоза легких // *Журнал проблемы биологии и медицины*. – 2014. – №. 3 (79). – С. 37-38.

8. Мамараджабов С. Э., Ризаев Ж. А., Баймаков С. Р. Роль и место сероземиологического обследования населения в ранней диагностике эхинококкоза в Самаркандской области // *Актуальные аспекты медицинской деятельности*. – 2021. – С. 209-212.

9. Рахманов КЭ, Хамдамов ОД, Давлатов Сс. Современные технологии в хирургическом лечении эхинококкоза легких: повышение эффективности и снижение риска рецидива. *Журнал гуманитарных и естественных наук*. 2024(17):242-8.

10. Ризаев Ж. А. и др. Значение санитарного просвещения в гигиеническом воспитании населения в очагах эхинококкоза // *AJR Abstracts*. – 2020. – С. 45.

11. Ризаев Ж. А. и др. Выбор хирургической тактики в зависимости от дооперационной топической диагностики эхинококкоза печени // *Биология ва тиббиёт муаммолари*. – 2021. – Т. 5. – №. 131. – С. 117-119.

12. Ризаев Ж. А. и др. Оптимизация диагностики различных морфологических форм эхинококкоза печени // *Биология ва тиббиёт муаммолари*. – 2021. – Т. 5. – №. 131. – С. 120-124.

13. Ризаев Ж. А., Мамараджабов С. Э. Сероземиологическое обследование на эхинококкоз жителей Самаркандской области // *Материалы II Международной научно-практической онлайн конференции «современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения*. – 2020. – Т. 17. – С. 59-60.

14.Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.

15.Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.

16.Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.

17.Ризаев Э. А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 120-120.

18.Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б. Программа для выбора способа хирургического лечения больных с осложненными формами желчекаменной болезни с применением диапевтических методов и рентген хирургии //Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – 2023.

19.Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчнокаменной болезни у больных пожилого старческого возраста //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. –2023. – 2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.

20.Феокистова ЕГ, Логинов СН, Петрунин АВ, Кураев АА. Отдаленный результат успешного лечения эхинококкоза легких. Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2024(2 (70)):52-64.

21.Хамдамов А. Б., Тоиров А. С., Мирходжаев И. А. Фотодинамик терапиянинг эхинококк натив суюклигига таъсирининг морфологик жихатлари //Биология и интегративная медицина. – 2022. – №. 4 (57). – С. 158-173.

22.Akbulut S. Post-treatment Follow-Up, Surveillance, and Prevention Strategies in Hydatid Disease. InHydatid Disease: Diagnosis, Treatment and Follow Up Strategies 2025 Oct 1 (pp. 177-186). Cham: Springer Nature Switzerland.

23.Goussard P, Eber E, Mfingwana L, Nel P, Schubert P, Janson J, Pitcher R, le Roux C. Paediatric pulmonary echinococcosis: A neglected disease. Paediatric Respiratory Reviews. 2022 Sep 1;43:11-23.

24.Kakamad FH. Thoracoscopic capitonnage for pulmonary hydatid cysts: the predictors of prolonged air leak. Frontiers in Surgery. 2025 Oct 28;12:1664976.

25.Shaprinskiy V, Verba A, Formanchuk T, Formanchuk A, Chernychenko O. Surgical treatment of echinococcosis of the liver and its complications. Wiad lek. 2022 Jan 1;75(1 pt 2):244-50.

26.Yang Q, Wang L, Shi Y, Liu S, Fan D, Wu B, Duan Y, Xin C, Duan L. Case Report: Pulmonary echinococcosis misdiagnosed as bronchogenic pulmonary cysts. Frontiers in Medicine. 2025 Mar 17;12:1533124.

27.Zhong Y, Yuan Y, Zhang T, Zheng Y, Chen Y. Rare complex recurrent cystic echinococcosis with multi-organ involvement after inadequate postoperative therapy: a case report. Frontiers in Medicine. 2025 Oct 17;12:1687259.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «АЛЬБЕНДАЗОЛ» В КАЧЕСТВЕ МЕСТНОГО ГЕРМИЦИДНОГО СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЦИДИВОВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ

Равшанов М.Х., Курбонов Н.А., Давлатов С.С., Рахманов К.Э.

Резюме. Актуальность. Одной из наиболее распространённых причин паразитарных инвазий лёгких, выявляемых в хирургической практике, является эхинококкоз. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно во всём мире около 3 миллионов человек заболевают эхинококкозом. Республика Узбекистан также относится к регионам, эндемичным по данному заболеванию. Цель исследования - повышение эффективности лечения больных эхинококкозом лёгких путём применения альбендазола в качестве местного гермицидного средства. Материалы и методы исследования. Клиническое исследование включало 87 пациентов с эхинококкозом лёгких. Результаты исследования. В группу сравнения были включены 45 пациентов с эхинококкозом лёгких, получавших альбендазол по стандартной схеме. Основную группу составили 42 пациента с эхинококкозом лёгких, у которых в послеоперационном периоде альбендазол назначался перорально в дозе 5 мг/кг в сутки в сочетании с местной антипаразитарной (контактной) обработкой стенок остаточной полости данным препаратом по разработанной методике. Заключение. Применение «малых» доз альбендазола в сочетании с его местным использованием в качестве топического гермицидного агента по разработанной методике показало наличие выраженного противорецидивного эффекта при эхинококкозе лёгких.

Ключевые слова: эхинококкоз лёгких, альбендазол, местный гермицид, рецидив, профилактика.