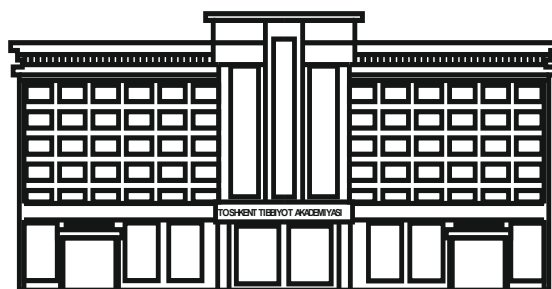


TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**AХВОРОТНОМАСИ**



**В Е С Т Н И К**

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

***“Bosh va bo‘yin tug‘ma nuqsonlarini  
davolashda innovatsion yondashuv”  
mavzusidagi xalqaro anjumani  
ilmiy maqolalari***

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

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, 2022

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

**Главный редактор**

проф. А.К. Шадманов

**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. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

**Члены редакционноого совета**

д.п.н. Абдуллаева Р.М. (Ташкент)

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

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)

Доцент Жафаров М.М.

Herald TMA, 2022

**EDITORIAL BOARD**

**Editor in chief**

prof. A.K. Shadmanov

**Deputy Chief Editor**

prof. O.R. Teshae

**Responsible secretary**

prof. F.Kh. Inoyatova

**EDITORIAL TEAM**

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

academician Karimov Sh.I.

prof. Komilov Kh. P.

academician Kurbanov R.D.

prof. Mavlyanov I.R.

academician Nazyrov F.G.

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

academician Soatov T.C.

prof. Khodjibekov M.X.

prof. Shaykhova G.I.

prof. Jae Wook Choi

**EDITORIAL COUNCIL**

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Akhmedov R.M. (Bukhara)

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. Shagzatova B.X. (Tashkent)

A/Prof. Murod Jafarov (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

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.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РИНОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Амонов Э.И., Шайхова Х.Э., Хайдарова Г.С., Джаббаров Н.Н.

Ташкентская медицинская академия

Инфекция COVID-19 является одной из самых актуальных проблем современного здравоохранения. Несмотря на прогресс, достигнутый в понимании патогенеза данной инфекции, в настоящее время отсутствуют прогностические критерии тяжёлых форм риносинусогенных осложнений и их последствий. Целью исследования являлось изучение клинических особенностей риногенных осложнений и их предикторов у пациентов, перенесших COVID-19. Проведено обследование 50 пациентов среднетяжелой и тяжелой формами COVID-19 с оториноларингологическими проявлениями, госпитализированных в стационар. Проведен ретроспективный анализ 35 пациентов с риносинусогенными осложнениями в возрасте от 21 до 73 лет с подтверждённым диагнозом COVID-19. Проанализированы клинические симптомы риногенных осложнений и их преимущественно офтальмологические проявления. Пожилой возраст и сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, хронические респираторные заболевания, пневмония) являются предикторами развития осложнений COVID-19, сопровождающимся увеличением сывороточного уровня показателей воспалительного процесса.

**Ключевые слова:** коронавирусная инфекция; COVID-2019, риногенные осложнения, околоносовые пазухи.

COVID-19 infeksiyasi zamonaviy sog'liqni saqlashning eng dolzarb muammolaridan biridir. Ushbu infeksiyaning patogenezi tushunishda erishilgan yutuqlarga qaramay, hozirgi vaqtda rinosinusogen asoratlarning og'ir shakllari va ularning oqibatlari uchun prognozli mezonlar mavjud emas. Tadqiqotning maqsadi COVID-19 bilan kasallangan bemorlarda rinogen asoratlarning klinik xususiyatlarini va ularning prognozlarini o'rganish edi. Kasalxonaga yotqizilgan otorinolaringologik ko'rinishdagi COVID-19 ning o'rtacha va og'ir shakllari bo'lgan 50 nafar bemor o'rtasida so'rov o'tkazildi. 21 yoshdan 73 yoshgacha bo'lgan rinosinusogen asoratlari bo'lgan, COVID-19 tashxisi tasdiqlangan 35 nafar bemorning retrospektiv tahlili o'tkazildi. Rinogen asoratlarning klinik belgilari va ularning asosan oftalmik ko'rinishlari tahlil qilindi. Keksa yosh va qo'shma kasalliklar (yurak-qon tomir kasalliklari, qandli diabet, surunkali respirator kasalliklar, pnevmoniya) yallig'lanish ko'rsatkichlarining sarum darajasining oshishi bilan birga keladigan COVID-19 asoratlari rivojlanishining prognozi hisoblanadi.

**Kalit so'zlar:** koronavirus infeksiyasi; COVID-2019, rinogen asoratlar, paranasal sinuslar.

COVID-19 infection is one of the most urgent problems of modern healthcare. Despite the progress made in understanding the pathogenesis of this infection, there are currently no predictive criteria for severe forms of rhinosinusogen complications and their consequences. The aim of the study was to study the clinical features of rhinogen complications and their predictors in patients who underwent COVID-19. A survey of 50 patients with moderate and severe forms of COVID-19 with otorhinolaryngological manifestations, hospitalized in a hospital, was carried out. A retrospective analysis of 35 patients with rhinosinusogen complications aged 21 to 73 years with a confirmed diagnosis of COVID-19 was carried out. The clinical symptoms of rhinogen complications and their predominantly ophthalmic manifestations were analyzed. Older age and comorbidities (cardiovascular disease, diabetes mellitus, chronic respiratory disease, pneumonia) are predictors of the development of COVID-19 complications, accompanied by an increase in the serum level of inflammatory parameters.

**Key words:** coronavirus infection; COVID-2019, rhinogen complications, paranasal sinuses.

Совершенствование методов лечения риносинусогенных осложнений остается весьма актуальным, так как прогноз при существующих хирургических методах лечения остаётся весьма тяжелым [1]. За последние годы данная проблема приобрела актуальность и в период пандемии COVID-19. Среди причин, способствующих возникновению риногенных осложнений, необходимо отметить высокую заболеваемость населения острыми респираторными инфекциями, снижение иммунологической реактивности и адаптационного ресурса, повышенную аллергизацию организма, высокую вирулентность ряда микроорганизмов и повышению резистентность к антибиотикам, активацию условнопатогенной и нередко грибковой микрофлоры [2]. Результаты исследования показывают, что помимо симптомов нижних дыхательных путей, многие пациенты с COVID-19 имеют оториноларингологические жалобы. От бессимптомного течения или легкой лихорадки, кашля, миалгии и боли в груди могут

приводить к смерти от дыхательной недостаточности или ДВС-синдрома, проявления COVID-19 вызывают очень широкий спектр осложнений и их последствия.

Проявления COVID-19 при патологии верхних дыхательных путей изучены недостаточно полно. Согласно данным многих клинических исследований, опубликованных за время пандемии, становится ясным, что они не являются ведущими. Так как в большей степени они нивелируются более тяжелыми симптомами, как лихорадка, кашель, одышка, миалгии и др. Однако многие из них имеют важное значение при легких формах и на ранних стадиях заболевания. Настороженность в отношении ранних признаков со стороны ЛОР-органов, таких как боль в горле и, особенно, нарушение обоняния/аносмия важна в плане своевременной диагностики новой коронавирусной инфекции и своевременной изоляции больных, которые из-за высокой контагиоз-

ности вируса угрожают инфицированием окружающих [12].

Оториноларингологические проявления не являются редкими симптомами COVID-19, особенно при легкой или среднетяжелой форме заболевания. Наиболее распространенными ЛОР-дисфункциями, наблюдаемыми у пациентов, инфицированных SARS-CoV-2, являются кашель, в основном сухой, боль в горле и одышка. При этом ринорея, заложенность носа и головокружение также могут присутствовать. В тоже время COVID-19 может проявляться в виде внезапной гипосмии или аносмии, не сопровождающейся никакими другими симптомами. Является ли SARS-CoV-индуцированная гипосмия/аносмия обратимой, до сих пор остается неизвестным. Симптомы обычно наблюдаются у молодых пациентов и обычно появляются изначально, либо могут предшествовать развитию тяжелой формы COVID-19. Легкие случаи COVID-19 без клинической пневмонии могут представлять собой клиническую картину заболевания у молодых, здоровых людей [13].

Коронавирусная инфекция SARS-Cov-2 в подавляющем большинстве случаев имеет нетяжелое течение. В тоже время у относительно небольшой части (10—15%) заболевание переходит в тяжелую и очень тяжелую форму [8]. Основной особенностью течения острых риносинуситов в период ковид-19 является вовлечение в процесс нескольких околоносовых пазух. Более половины всех глазничных осложнений приходится на весьма серьезное заболевание - флегмону орбиты. Причем у половины пациентов флегмона орбиты сочеталась с абсцессом и свищом века. Особенностью этих осложнений является быстрое возникновение и бурное течение с прогрессивным развитием клинических симптомов. Через сутки отмечается гиперемия, отек, инфильтрация век, боль в глазу, хемоз конъюнктивы, экзофтальм, нарушение подвижности глазного яблока, вплоть до офтальмоплегии. Эти явления часто предшествовали выделениями из носа и затруднению носового дыхания. В связи с чем выявляется необходимость в определении прогностических маркеров тяжелого течения COVID-19 и их риногенных осложнений.

**Целью исследования** являлось изучение клинических особенностей риногенных осложнений и их предикторов у пациентов, перенесших COVID-19.

#### **Материал и методы исследования**

Нами были обследованы 50 пациентов, госпитализированных в стационар с подтвержденным диагнозом COVID-19 среднетяжелой (n=25) и тяжелой (n=25) формами заболевания. По данным ПЦР, определена РНК коронавируса SARS-CoV-2 в мазках со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки. Возраст пациентов был от 35 до 75 лет, из них мужчин – 41 (82%), женщин – 9 (12%). Средний возраст больных, включенных в исследование и находившихся на стационарном лечении, составил в группе 1 (среднетяжелой формы (n=25) в среднем  $51,21 \pm 3,01$ , а группе с тяжелой формой (n=25)  $53,48 \pm 2,54$  года. Среди исследуемых больных были преимущественно мужчины (82%), женщин было 9 человек (18%). Всем пациентам проводился осмотр ЛОР-органов по стандартным методикам, лабо-

раторное обследование, осмотр офтальмолога, КТ или МРТ головного мозга.

Нами также был проведен ретроспективный анализ 35 пациентов с риногенными осложнениями, находившихся на стационарном лечении в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии в возрасте от 21 до 73 лет. Из них мужчин – 28, женщин – 7 человек. Всем пациентам проводился осмотр ЛОР-органов и другие исследования, согласно клиническому протоколу по лечению пациентов с новой коронавирусной инфекцией [2]. Статистическая обработка результатов клинического материала произведена при помощи пакета прикладных программ «STATISTICA 10.0», различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди всех пациентов риногенные осложнения синуситов встречались чаще в возрастной группе старше 40 лет. При поступлении на стационарное лечение пациенты предъявляли жалобы на высокую температуру тела (100%), слабость (100%), кашель (65%), одышку (55%), боль в грудной клетке (45%), высокую температуру тела (100%), головная боль (75%). Повышение температуры тела беспокоило всех больных, однако температурная реакция была различна от субфебрильной (до 38 °С) чаще при среднетяжелой форме, умеренно лихорадочной (38–39 °С) у больных с тяжелой, а у больных с риногенными осложнениями была высоколихорадочной (39–41 °С). Характер кашля был разнообразным: сухой кашель наблюдался у 31% больных, влажный со слизистой мокротой — у 56%, влажный с гнойной мокротой — у 16%. В настоящем исследовании больным проводилась МСКТ органов грудной клетки в динамике: до начала лечения (в день поступления больного в стационар), на 12–14-й день лечения и далее по показаниям. Объем поражения легочной ткани соответствовал степени тяжести пневмонии. У больных с риногенными осложнениями на МСКТ в первые дни пребывания в стационаре в большинстве случаев было зарегистрировано полисегментарное двустороннее поражение легких (48%).

Известно, что в механизме распространения воспаления из околоносовых пазух в орбиту существенную роль играют нервно-сосудистые связи между синусами и глазницей. Последняя и глаз получают кровь от глазничной артерии, отходящей от внутренней сонной артерии. Веки снабжаются кровью из системы наружной сонной артерии и из нее же осуществляется, в основном, кровоснабжение пазух. Этим, по-видимому, объясняется частое возникновение при синуситах реактивного воспалительного отека век без более глубоких изменений в мягких тканях глазницы. Обычно этот первый симптом распространения воспалительного процесса из околоносовых пазух в орбиту и является поводом для обращения пациентов к врачу. По данным проведенного исследования установлено, что реактивный отек век наблюдался в 20 из 25 случаев, то есть был наиболее частой формой риносинусогенного орбитального осложнения, что согласуется с данными



литературы [1]. Установлено также, что при верхнечелюстном синусите чаще встречался отек нижнего века, а при сочетании верхнечелюстного синусита и этмоидита (6 случаев) наблюдался отек обоих век, что представляется вполне закономерным.

В то же время при остром гемисинусите в 3-х из 5 случаев наблюдался отек верхнего века, в 1-м случае – отек нижнего века и еще в 1-м случае – отек обоих век. То есть, при остром гемисинусите источником распространения инфекции в орбиту могла быть либо одна из «заинтересованных» пазух, либо несколько. Кроме отека век при остром гемисинусите имел место 1 случай субпериостального абсцесса, а при обострении хронического гемисинусита – 2 случая флегмоны орбиты. Такие тяжелые осложнения как субпериостальный абсцесс и флегмона орбиты имели место у пациентов с гемисинуситом (острым – в случае субпериостального абсцесса, хроническим – в случае развития флегмоны орбиты).

Преобладающей формой синусита являлся верхнечелюстной синусит (11/24). Орбитальные осложнения вызывали затруднение дифференциальной диагностики, так как многие симптомы были схожи. Орбитальные осложнения у пациентов были обусловлены острым процессом в околоносовых пазухах. Они характеризовались поражением 2 и более пазух и в 5 случаях из 25 отмечался пансинусит. У больных зрелого возраста процесс распространялся на околоносовые пазухи чаще контактным путем. Это подтверждалось тем, что во время операции у пациентов отмечалась деструкция орбитальной стенки. У некоторых пациентов отмечалась эмпиема околоносовых пазух с кариесом кости и перфорацией глазничной стенки. У больных с субпериостальным абсцессом и абсцессом века общие проявления заболевания были выражены умеренно. Температура тела не повышалась. Изменения в крови были также слабо выражены. Офтальмоплегия была выявлена у 7, птоз у 2, экзофтальм у 5, офтальмопарез у 1, атрофия зрительного нерва у 3-х, флегмона орбиты у 2, ангиопатия сетчатки у 1 из 25 пациентов с диагнозом COVID-19. У 20 из 25 пациентов был выставлен диагноз синуситромбоз кавернозного синуса.

При поступлении в стационар лейкоциты были повышены у 25 пациентов до  $15,9 \times 10^9$  /л (норма –  $4-9 \times 10^9$  /л), у 15 пациентов наблюдалась лейкопения –  $2,6 \times 10^9$  /л, у остальных пациентов уровень лейкоцитов составлял  $5,9 \times 10^9$  /л. Повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) выше 40 мм/ч (норма — 2–15 мм/ч) отмечалось у всех пациентов. В биохимическом анализе крови отмечалась качественная положительная реакция на С-реактивный белок у 100% больных, повышение уровня фибриногена выше 5 г/л (норма — 2–4 г/л) — у 30% больных, у остальных пациентов уровень фибриногена был повышен до 6,5 г/л. Уровень глюкозы в крови был соответственно выше, почти в два раза. Средний уровень глюкозы в крови у пациентов на фоне сахарного диабета был в среднем 11,76 ммоль/л. У 25 пациентов с тромбозом кавернозного синуса отмечались следующие сопутствующие

заболевания, как сахарный диабет 2 типа (у 18 из 25 пациентов), ишемическая болезнь сердца (7/25), артериальная гипертензия (АГ) (4/25), сегментарная пневмония (9/25). Таким образом, у пациентов с COVID 19 отмечались выраженный синдром интоксикации, общевоспалительные изменения, полисегментарное двустороннее поражение легочной ткани, что и определяло увеличение числа койко-дней при госпитализации категории больных с тяжелой формой COVID-19 (рис.1).

По данным многих клинических исследований было выявлено, что перспективным биомаркером протекания COVID-19 является интерлейкин-6 (рис.1). Высокие уровни IL-6 отмечались у пациентов в ходе госпитализации и обнаруживалось постепенное увеличение его уровня IL-6. Уровень ИЛ-6 был при поступлении 12,88 пг/мл, а в группе с тяжелой формой болезни 38,94 пг/мл (при норме 0-7 пг/мл). Определение концентрации ИЛ-6 в крови может быть использовано как маркер активации иммунной системы [7].

При определении ферритина мы отметили, что показатели возрастали по сравнению с исходными данными (рис. 2). Если при поступлении этот показатель при среднетяжелой и тяжелой степени был 468,36 мкг/л и 1234,65, то в последующем он возрастал до 906,83,4 мкг/л и 1451,42 мкг/л (при норме - 30 – 400 мкг/л) (рис.2). Уровень прокальцитонина (ПКТ) был первоначально 0,04, а в последующем был отмечен 2,5 нг/мл (при норме уровень прокальцитонина: <0,5 нг/мл). В группе с тяжелой степенью болезни эти цифры были несколько выше – 0,06 нг/мл соответственно (рис.1). Показатель лактатдегидрогеназы (ЛДГ) при поступлении был высокий при средней и тяжелой формах COVID-19 - 355,94 и 477,5 Ед/л (при норме 135-225 Ед/л). Повышенная ЛДГ означает, что болезнь прогрессирует, т.е. возможно при этом возможно развитие риногенных осложнений [10].

При определении ферритина мы отметили, что показатели возрастали по сравнению с исходными данными (рис. 2). Если при поступлении этот показатель при среднетяжелой и тяжелой степени был 468,36 мкг/л и 1234,65, то в последующем он возрастал до 906,83,4 мкг/л и 1451,42 мкг/л (при норме - 30 – 400 мкг/л) (рис.2). Уровень прокальцитонина (ПКТ) был первоначально 0,04, а в последующем был отмечен 2,5 нг/мл (при норме уровень прокальцитонина: < 0,5 нг/мл). В группе с тяжелой степенью болезни эти цифры были несколько выше – 0,06 нг/мл соответственно (рис.2).

Таким образом, большинство больных с риногенными осложнениями поступало в клинику в тяжелом состоянии. Все они страдали острыми воспалительными процессами в околоносовых пазухах. Ведущими симптомами были головная боль, тошнота, рвота, повышение температуры. При тромбозе кавернозного синуса появлялись такие осложнения, как отек век, чаще двусторонний экзофтальм, хемоз, ограничение подвижности или неподвижность глазных яблок, поражение черепно-мозговых нервов, септическое состояние, метастатическая пневмония.

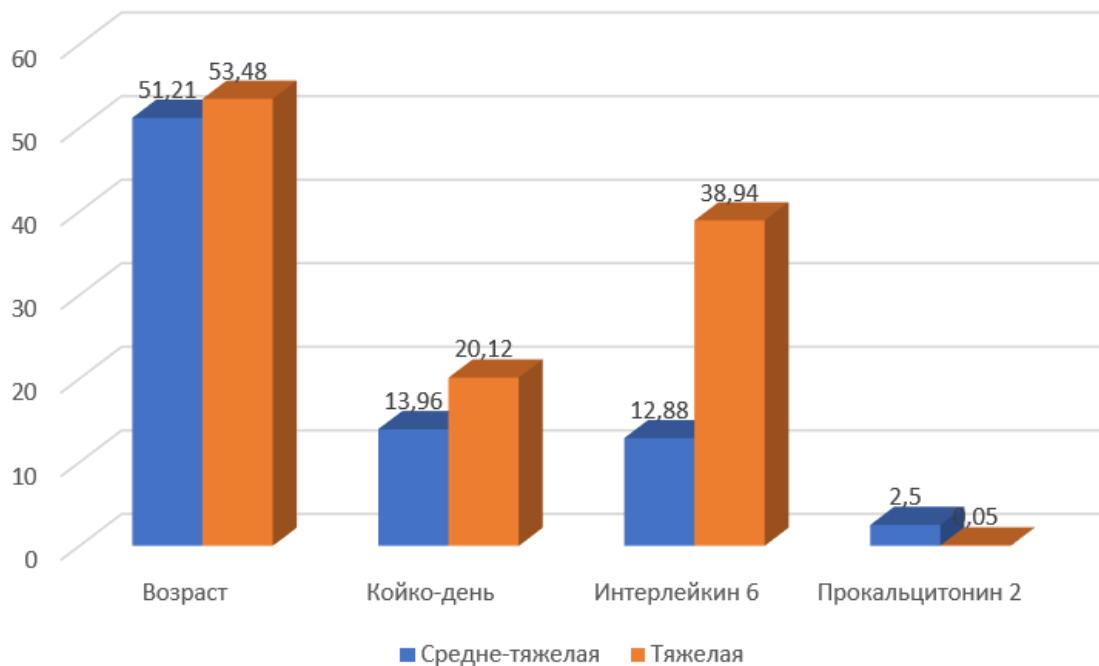


Рис. 1. Характерные показатели риногенных осложнений при COVID-19.

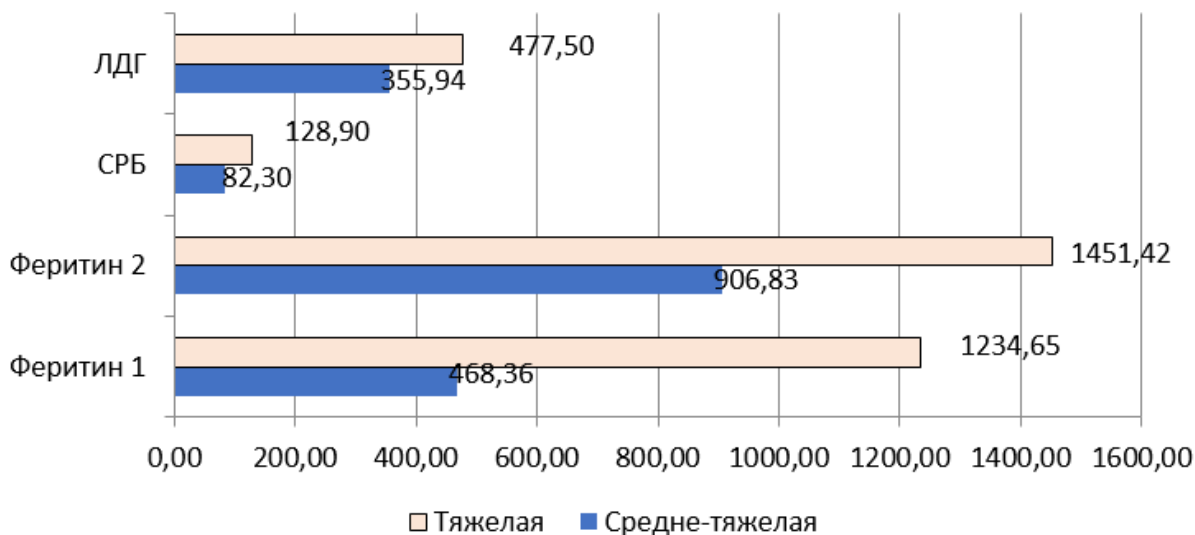


Рис.2. Предикторы тяжелой формы COVID-19.

**Выводы**

У пациентов, имеющих сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, хронические респираторные заболевания, пневмония), и пожилых людей, развитие тяжелых риносинусогенных осложнений значительно высока.

При возникновении симптомов риногенных осложнений (головная боль, отек лица, снижение зрения и др.) необходимо проводить мониторинг динамики биомаркеров крови, что позволит клиницистам предотвратить вероятность неблагоприятного исхода COVID-19 и его осложнений.

Следует контролировать уровень глюкозы в крови, который значительно повышается у больных сахарным диабетом при COVID-19, чтобы избежать неконтролируемую гипергликемию.

Вероятность неблагоприятного течения COVID-19 возрастает с увеличением сыровоточного уровня показателей воспалительного процесса, которые следует применять в качестве предикторов развития осложнений COVID-19.

**Литература**

1. Бобров, В.М. Анализ патологического процесса риногенных орбитальных и внутричерепных осложнений, хирургическая тактика / В.М.Бобров // Рос. оториноларингология. – 2006. – № 2. – С. 27–31.
2. Янов Ю.К., Кривопапов А.А. Современные эпидемиологические особенности ото- и риносинусогенных внутричерепных осложнений» // Вестник оториноларингологии. 2015. № 6. С. 32-37. DOI: 10.17116/otorino201580632-37
3. Andreas A.,Georgios P. Eur Arch Otorhinolaryngol 278, 629–636 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06161-x>
4. Fang Liu, Lin Li, MengDa Xu et al. Prognostic value of

---

interleukin-6, C-reactive protein, and procalcitonin in patients with COVID-19 // *J Clin Virol.* 2020; 127: 104370. DOI: 10.1016/j.jcv.2020.104370.

5. Guohua L., Ling L., Min H. et al. Value of various inflammatory markers combined with lymphocyte subsets on clinical diagnosis of different clinical types of COVID-19 *J Chong Med Univ.* 2020. 10.13406/j.cnki.cyx.002465.

6. Hironya B. et al. Otorhinolaryngological Manifestations and Its Management in COVID 19 Patients. // *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.*

7. Huan Han, Qingfeng Ma, Cong Li et al. Profiling serum cytokines in COVID-19 patients reveals IL-6 and IL-10 are disease severity predictors // *Emerg Microbes Infect.* 2020; 9 (1): 1123-1130. DOI: 10.1080/22221751.2020.1770129.

8. Mahmoud et al. Comprehensive evaluation of otorhinolaryngological symptoms in COVID-19 patients. // *The Egyptian Journal of Otolaryngology* (2022) 38:73.

9. Müge Özçelik Korkmaz et al. Otolaryngological manifestations of hospitalised patients with confirmed COVID19 infection // *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* (2021) 278:1675-1685

10. Ruan Q., Yang K., Wang W. et al. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China // *Intensive Care Med.* 2020; 46: 846-848. 10.1007/s00134-020-06028-z.

11. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) / China, 2020. *China CDC Weekly.* 2020;2(8):113-22

12. Xydakis MS, Dehgani-Mobaraki P, et al. Hopkins C. Smell and taste dysfunction in patient with COVID-19. // *Lancet Infect Dis* 2020;20(9):1015-101. /s1473-3099(20)30293-0.





## СОДЕРЖАНИЕ

## Юз–жағ ва пластик реконструктив хирургия

Абдуқодиров А, Қурбонов Ф.Р., Абдуқодиров Д.А. АМБУЛАТОР ШАРОИТДА ПАЦИЕНТЛАРНИ ОРТОГНАТИК ОПЕРАЦИЯЛАРГА ТАЙЁРЛАШНИНГ РИВОЖЛАНИШИ ВА БУГУНГИ ҲОЛАТИ (АДАБИЁТЛАР ТАҲЛИЛИ)	4
Батырова С. З., Сафаров М.Т., Бобамуратова Д.Т. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТЕЗ-ОБТУРАТОРА ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОСТЕОМИЕЛИТА И ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	9
Ибрагимов Д.Д., Боймуратов Ш.А., Мавлянова У.Н., Шухратова М.М., Рузикулова М.Ш. КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА И ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ.	11
Ибрагимов Д.Д. Шухратова М.М., Рузикулова М.Ш. ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОКОРРЕКЦИИ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТРАВМЫ ЗОНЫ ЛИЦА	14
Matanazarov A.N. “COVID 19 BO’LGAN BEMORLARDA YUZ-JAG’ SOXASINING YIRINGLI YALLIG’LANISHLARINI DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNI OPTIMALLASHTIRISH “	16
Боймуродов Ш А <sup>1</sup> ., Рустамова Д А <sup>2</sup> ., Бобамуратова Д Т <sup>2</sup> Умаров Р З <sup>3</sup> КАЧЕСТВО КОСТЕЙ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ	20
Рустамова Д.А., Қурбонов Ё.Х., Махмадалиева Д.О., Джурраев Ж.А., Юсупов Ш.Ш. ЮЗ ЖАҒ СОҲАСИДА COVID-19ДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР БЎЛГАН БЕМОРАЛАР MTHFR ГЕНИДА RS1801133 ПОЛИМОРФИЗМИ ЧАСТОТАСИННИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ	24
Рустамова Д.А., Қурбонов Ё.Х., Махмадалиева Д.О., Джурраев Ж.А., Юсупов Ш.Ш. ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИДА COVID-19ДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР БЎЛГАН БЕМОРАЛДАР MTR ГЕНИДА RS1801394 66A>G ПОЛИМОРФИЗМИ ЧАСТОТАСИННИНГ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ	27
Юсупов Ш.Ш., Нармуротов Б.К., Каримбердиев Б.И., Шухратова М.М., Рузикулова М.Ш. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ СТЕНОК ОРБИТЫ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ	30
Yusupov Sh.Sh., Bobamuratova D.T., Narmurotov B.K. , Kurbanov Y.Kh. RECONSTRUCTION OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT AND LOWER JAW RAMUS USING A PATIENT SPECIFIC TITANIUM IMPLANT	35
Шаева Р.Г., Шомуродов К.Э. ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ	40
Билял Н.М. ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОГО АППАРАТА TWIN-BLOCK	44
Pulatova B.Zh., Achilova N.G. X-RAY FEATURES OF THE USE OF DENSITOMETRY IN OSTEOPOROSIS IN THE CLIMACTERIC PERIOD OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF THE MAXILLOFACIAL REGION	47
Хасанов А.И., Хакимов А.А., Маматалиев А.Р., Пулатов Н.Х., Юсупов Ш.Ш. ПАСТКИ ЖАҒ СУЯГИ СИНИШЛАРИНИ МАХАЛЛИЙ МИНИПЛАСТИНАЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ АЛГОРИТМИ	50
Юсупов Ш.Ш., Боймуратов Ш.А., Нармуротов Б.К., Нигматов И.О., Каримбердиев Б.И., Шухратова М.М., Рузикулова М.Ш ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ 3D ТЕХНОЛОГИЙ	55
Элтазарова Г.Ш. ТУҒМА РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ ОРАСИДА ҚУЁН ЛАБ-БЎРИ ТАҒЛАЙ АНОМАЛИЯСИННИНГ УЧРАШИ	60

Мадазимов М.М., Исомиддинов З.Д., Тешабоев М.Ф. БОЛАЛАРДА КУЙГАНДАН КЕЙИНГИ ОЁҚ ЙИРИК БЎҒИМЛАРИДА ЧАНДИҚЛИ ДЕФОРМАЦИЯЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ ЭРТА НАТИЖАЛАРНИ ЎРГАНИШ	64
Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Мадазимов К.М., Назиров С.У. ИЗ ОПЫТА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ	67
Ортикова Н.Х., Ризаев Ж.А. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТРАХ И БЕСПОКОЙСТВО У ДЕТЕЙ, ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ	70
<i>Оториноларингология</i>	
Шаумаров А.З., Джуроев Ж.А., Ходжанов Ш.Х., Ахунджанов Н.А., Ботиров А.Ж. ҚЎШМА ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИДА БУРУН БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ПАРДАСИНИ МОРФОЛОГИК ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ	74
Khasanov U.S., Djuraev J.A., Zulunov B.S. METHODS FOR THE TREATMENT OF CHRONIC POLYPOUS RHINOSINUSITIS	77
Khasanov U.S., Djuraev J.A., Ibadullaev Sh.O. CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC TONSILLITIS	80
Шайхова Х.Э., Мадаминова Н.Э., Джуроев Ж.А. СУРУНКАЛИ РИНОСИНУСИТЛАРДА КЛИНИК ВА МИКРОБИОЛОГИК МАНЗАРАНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ	83
Axmedova Z.A. Haydarova G.S. ALLERGIK RINIT. KECHISHI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASHNING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI	88
M.M. Jafarov TASHQI QULOQ PLASTIK OPERASİYASINI O'TKAZGAN BEMORLARDA OPERASİYADAN KEYINGI XOLATINI BOSHQARISH	92
Нурмухамедова Ф.Б. ХРОНИЧЕСКИЙ СРЕДНИЙ ОТИТ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ	94
Эргашев У.М., Хасанов У.С. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ТИМПАНОСКЛЕРОЗА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	99
Эргашев У.М., Рахматова А.Х. ВВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОДНОМОМЕНТНОЙ ТИМПАНОПЛАСТИКИ МЕТОДОМ ДРЕНИРОВАНИЯ	102
Хасанов Ж.И., Аvezов М.И. ОРОЛ БЎЙИ МИНТАҚАСИ КЎП ТАРМОҚЛИ СТАЦИОНАРИ ЛОР-БЎЛИМИ ФАОЛИЯТИНИ БАҲОЛАШ	104
Амонов Э.И., Шайхова Х.Э., Хайдарова Г.С., Джаббаров Н.Н. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РИНОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19	107
Xasanov U.S., Djurayev J.A., Abdullayev U.P. O'TKIR SENSONEVRAL GARANGLIKDA STEROID DORI VOSITALARNI NOG'ORA BO'SHLIG'IGA QO'LLANILISHINI SAMARADORLIGINI VANOLASH	112
<i>Офтальмология</i>	
Ibragimova N.N. QANDLI DIABET BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA ASORATGA OLIV KELUVCHI DIABETIK RETINOPATIYALAR	116
Абдуллаев Ш. Р., Максудова Л.М., Икрамов О.И., Нурматов Ш.Ш. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОФТАЛЬМОРОЗАЦЕА В СОЧЕТАНИИ С ДЕМОДЕКОЗОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	119
Mukhamadiev R.O. CRYSTALLOGRAPHY OF LACRIMAL FLUID IN PATIENTS WITH DIABETIC RETINOPATHY OF THE RETINA	123
Mukhamadiev R.O. CRYSTALLOGRAPHY OF A TEAR IN CHORIORETINAL RETINAL DYSTROPHY	126
Dusmukhamedova A.M., Turchibaeva D.M., Khadzhimetov A.A. EFFICACY OF NEUROPROTECTION IN PATIENTS WITH PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA	128

Зокирходжаев Р.А., Камилов Х.М., Билалов Э.Н., Асрорхужаева И.Р. КЎРУВ НЕРВИ ТУҒМА ГИПОПЛАЗИЯСИНИНГ КЛИНИК-ТАШҲИСИЙ МЕЗОНЛАРИ	132
Икрамов А.Ф., Умарова Б.З., Икрамов Д.А., Икрамов О.А. ОСОБЕННОСТИ РЕТИНОБЛАСТОМЫ	137
Набиев А.М., Захидов О.У. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «АРТИФАКИЧНОЙ» ГЛАУКОМА ПОСЛЕ ФЭК	141
Рустамбекова Ш.И., Икромов А.Ф., Икромов Д.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИФРОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БИОМИКРОСКОПИИ ИРИДОЦИЛИАРНОЙ ЗОНЫ В НОРМЕ И ПРИ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ	143
Абдирашидова Г.А., Гаффаров Г.К. ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА У ЖЕНЩИН КАШКАДАРЙИНСКОЙ ОБЛАСТИ	146
Ташматов С.А. СЛУЧАЙ РЕТИНОБЛАСТОМЫ ПРАВОГО ГЛАЗА	150
Yangiyeva N.R., Agzatova S.S., Hikmatov M.N. TRAVMATIK OPTIK NEYROPATIYADA TO'R PARDA NERV TOLALARI VA GANGLIOZ HUYAYRALAR MAJMUASINING PROGRESSIV YURQALASHISHI: 2 TA KLINIK HOLAT	152
<b>Профилактика ва лаборатория текширувлари</b>	
Туймачев У.А., Ашуров Т.А. ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МОЗГОВОГО ОТДЕЛА ГОЛОВЫ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ	155
Боборахимова У.М. СЕМИЗЛИКНИ АЁЛЛАР РЕПРОДУКТИВ ТИЗИМИГА ТАЪСИРИ	157
Ибрагимова М.Х., Убайдуллаева Н.И., Шоахмедова К.Н., Махкамова О.А. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА	160
Болтабоева М.М., Рахманова Л.К., Ганиева М.Ш., Маджидова Н.М. 15 ЁШЛИ БОЛАДА АЛПОРТ СИНДРОМИ ПОЛИДИСЭМБРИОГЕНЕЗ СТИГМЛАРИ	165
Садикова Д.И., Косимхожиев М.И. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА	167
Бобомуратов Т.А., Самадов А.А., Даниелова Е.А. СОСТОЯНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	170
Нурматова Н.Ф. АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В	174
Ганиева Ш.Ш., Наврузова Ш.И., Эргашева М.У. САЛИВАТОРНАЯ ЦИТОКИНОДИАГНОСТИКА ПРИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ	179
Наврузова Ш.И., Ганиева Ш.Ш., Эргашева М.У. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ КРОВИ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ	181
Ташматов С.А., Абдуллаев Д.Э. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: МЕДИАСТИНАЛЬНАЯ ЭКТОПИЧЕСКАЯ ТКАНЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	186
Akbarov A.N., Zakirova Kh.X., Ibragimov A.X. DETERMINATION OF ALLERGIC REACTION TO DENTURE BASIS MATERIALS IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA	189
Алимухамедова М.Р., Тажиева З.Б. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ И ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА	191
Shayxova G. I., Xolmatova B.T., Tajiyeva Z.B. MAKTAB YOSHIDAGI BOLALARDA SIYDIK SHIQARISH TIZIMI KASALLIKLARI SHAKLLANISHINING HOZIRGI TENDENTLARI VA ULARNING KECHISH XUSUSIYATLARI.	193

---

**МУАЛЛИФЛАР УЧУН МАЪЛУМОТ**  
**МАҚОЛАЛАР ФАҚАТ ЮҚОРИДА КЎРСАТИЛГАН ҚОИДАЛАРГА**  
**ҚАТЪИЙ РИОЯ ҚИЛИНГАН ҲОЛДА ҚАБУЛ ҚИЛИНАДИ!**

**ҚЎЛЁЗМАНИ ТАЙЁРЛАШ ҚОИДАЛАРИ**

“Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi” jurnali 2 oyda 1 marta chop etiladi. Jurnalga respublika oliy o‘quv yurtlari va tibbiyot markazlari xodimlari, qo‘shni davlatlardan kelgan mutaxassislarining maqolalari qabul qilinadi.

Maqola kompyuterda Word dasturida yozilishi kerak. Hoshiyalar: yuqoridan va pastdan 2 sm, chapdan 3 sm, o‘ngdan 1,5 sm asosiy shrift Times New Roman, asosiy matnning shrift o‘lchami 14, qator oralig‘i bir yarim, matnni kengligi bo‘yicha tekislash, paragrafning chegarasi (qizil chiziq) 1,5 sm.

Sahifani raqamlash amalga oshirilmaydi. Rasmlar matnga kiritilishi, har bir rasmda rasm ostida imzo bo‘lishi kerak.

Alifbo tartibida tuzilgan adabiyotlar ro‘yxatiga muvofiq kvadrat qavs ichida [1,2] adabiyotlarga havolalar avval rus tilidagi, keyin chet tilidagi manbalar yoziladi. Adabiyotlar ro‘yxati Davlatlararo standart talablariga muvofiq tuziladi.

Vestnik TMA jurnalida sarlavhalari mavjud:

***“Yangi pedagogik texnologiyalar”***

***“Sharhlar”***

***“Eksperimental tibbiyot”***

***“Klinik tibbiyot”***

***“Gigiena, sanitariya, epidemiologiya”***

***“Amaliyotchiga yordam”***,

***“Yoshlar tribunasi”***.

Maqolalar hajmi 20 bet, foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati 40-50 manba. Maqolalarga sharh uchta tilda (o‘zbek, rus, ingliz) sharh maqolalari kalit so‘zlar bilan (3-5) 0,3-05 sahifadan oshmasligi kerak.

“Eksperimental tibbiyot”, “Klinik tibbiyot”, “Sanitariya, gigiena, epidemiologiya” (o‘z material) bo‘limlarida nashr etish uchun mo‘ljallangan maqolalar hajmi - 9-12 bet, foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati - 12-15 manbadan ko‘p bo‘lmagan. alifbo tartibida. O‘z materiallarini o‘z ichiga olgan maqolalarga izohlar tuzilgan bo‘lishi kerak, ya‘ni. o‘z ichiga oladi (qisqacha): maqsad, material va usullar, natijalar, xulosalar, kalit so‘zlar. Ular, shuningdek, uch tilda tuziladi.

Ilmiy maqolani loyihalashga umumiy talablar.

***Maqolada quyidagilar bo‘lishi kerak:***

- qisqa kirish (alohida emas),
- tadqiqotning maqsadi,
- materiallar va tadqiqot usullari
- tadqiqot natijalari va ularni muhokama qilish
- xulosa

Oxirida muallifning telefon raqamini ko‘rsatishi kerak, u bilan tahririyat bilan ish olib borish mumkin bo‘lishi ucun.

Maqolalarning mazmuniga javobgarlik mualliflarning zimmasidadir.

---

**К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ**  
**СТАТЬИ ПРИНИМАЮТСЯ ТОЛЬКО ОФОРМЛЕННЫЕ**  
**В СТРОГОМ СООТВЕТСТВИИ С ПРИВЕДЕННЫМИ ПРАВИЛАМИ!**

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ**

Журнал «Вестник Ташкентской медицинской академии» выходит с периодичностью 1 раз в 2 месяца. В журнал принимаются статьи сотрудников вузов и медицинских центров республики, а также специалистов из ближнего зарубежья.

Статья должна быть набрана на компьютере в программе Word. Поля: верхнее и нижнее 2 см, левое 3 см, правое 1,5 см. Основной шрифт Times New Roman, размер шрифта основного текста 14 пунктов, межстрочный интервал полуторный, выравнивание текста по ширине, абзацный отступ (красная строка) 1,5 см. Статья должна быть сохранена в формате РТФ.

Нумерация страниц не ведется. Рисунки внедрены в текст. Каждый рисунок должен иметь подпись под рисунком и ссылку на него в тексте.

Ссылки на литературу в квадратных скобках [1,2] в соответствии с пристатейным списком литературы, который составляется в АЛФАВИТНОМ порядке, сначала русскоязычные, затем иноязычные источники. Список литературы оформляется согласно требованиям ГОСТ.

В журнале Вестник ТМА имеются рубрики:

- «Новые педагогические технологии»,**
- «Обзоры»,**
- «Экспериментальная медицина»,**
- «Клиническая медицина»,**
- «Гигиена, санитария, эпидемиология»,**
- «Помощь практическому врачу»,**
- «Трибуна молодых».**

Объем обзорных статей – до 20 страниц, список использованной литературы – 40-50 источников. Объем аннотаций на трех языках (узбекском, русском, английском) к обзорным статьям не должен превышать 0,3-0,5 страницы, с ключевыми словами (3-5).

Объем статей, предназначенных для публикации в рубриках **«Экспериментальная медицина», «Клиническая медицина», «Санитария, гигиена, эпидемиология»** (собственный материал) – 9-12 страниц, список литературы – не более 12-15 источников также в алфавитном порядке. Аннотации к статьям, содержащим собственный материал, должны быть структурированными, т.е. содержать (кратко): цель, материал и методы, результаты, выводы, ключевые слова. Оформляются также на трех языках.

**Общие требования к оформлению научной статьи.**

В начале статьи с выравниванием названия статьи по центру указываются с красной строки:

- номер по Универсальной десятичной классификации (УДК)
- название статьи на том, языке, на котором написана статья,
- фамилия и инициалы автора,
- название организации, в которой выполнялась работа.

Далее в той же последовательности информация приводится на русском и английском языках.

**Статья должна содержать:**

- краткое введение (не выделяется),
- цель исследования,
- материалы и методы исследования,
- результаты исследования и их обсуждение,
- заключение,
- выводы,
- литература.

В конце следует указать номер телефона автора, с которым можно будет вести редакционную работу.

Авторы несут ответственность за содержание статьи.