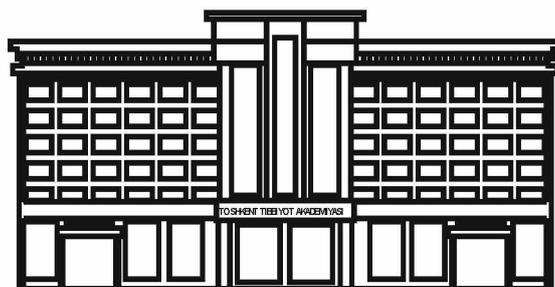


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

**ВЫПУСК ПОСВЯЩАЕТСЯ
100-ЛЕТИЮ ТАШКЕНТСКОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**



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 редакционного 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. Сабилов 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)

СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО У БЕРЕМЕННЫХ С АВО-ИММУНИЗАЦИЕЙ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Чориева Г.З., Садикова Д.Р., Садуллаева У.А., Мамадалиева У.П.

ABO-IMMUNIZATSIYASI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA DAVOLANISHDAN KEYIN HOMILA VA CHAQALOQNING HOLATI

Chorieva G.Z., Sadikova D.R., Qayumova D.T., Sadullaeva U.A.

CONDITION OF FETUS AND NEWBORN IN PREGNANT WOMEN WITH AVO-IMMUNIZATION AFTER TREATMENT

Chorieva G.Z., Sadikova D.R., Kayumova D.T., Sadullaeva U.A.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Biz ABO-immunizatsiyasi tashxisi qo'yilgan 32 homilador ayolni keyingi kuzatuvlarini olib bordik, ular homiladorlik paytida L-arginin va past molekulyar heparin bilan davo olishdi. Homiladorlik davrida davolash va profilaktika choralarining samaradorligi homilaning biofizik profile natijalari, uning yakuniy bahosi, tug'ilishdagi chaqaloqlar holati va erta neonatal davrning kechishi bilan baholandi. ABO-immunizatsiyasi bo'lgan guruhda davolangandan so'ng perinatal o'lim 21% ga kamaydi, shundan antenatal o'lim - 2,3 barobar, postnatal o'lim - 1,6 baravar kamaydi.

Kalit so'zlar: ABO- immunizatsiya, homila biofizik profili, platsenta disfunktsiyasi, L-arginin, past molekulyar heparin.

We carried out further observations of 32 pregnant women with an established diagnosis of ABO immunization who received treatment with L-arginine and low-molecular-weight heparin during pregnancy. During pregnancy, the effectiveness of the treatment and prophylactic measures carried out was judged by the results of the BFPP, its final assessment, the state of children at birth, and the course of the early neonatal period. Perinatal mortality in the group with ABO immunization who received treatment decreased by 21%, of which antenatal mortality decreased 2.3 times, postnatal mortality 1.6 times.

Key words: ABO immunization, fetal biophysical profile, placental dysfunction, L-arginine, low molecular weight heparin.

Актуальность. АВО-иммунизация сопряжена с высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью, что сопровождается высокой частотой ante-, intra- и постанатальных осложнений, как со стороны матери, так и плода. Проблема прогнозирования АВО-гемолитической болезни тесно связана с профилактикой этой патологии. Широкое применение в настоящее время анти-Д-иммуноглобулина является эффективным методом профилактики только резус-сенсibilизации. В связи с чем, разработка мероприятий, направленных на снижение перинатальной заболеваемости и смертности при АВО-иммунизации является актуальной проблемой современного акушерства. При изоиммунизации, как правило, в плаценте имеются довольно выраженные изменения, при котором нарушается проницаемость плаценты и создаются условия для более легкого перехода антител от матери к плоду. Некоторые авторы [5] считают, что фетальные эритроциты проходят только при нарушении плацентарного барьера, по мнению других [7] развитие изоиммунизации возможно и при неповрежденной плаценте. Вышеизложенные показывают, что плацентарный барьер предупреждает изосенсibilизацию организма матери антигенами плода, связывая изоантитела матери, которые могут повредить плод. При беременности для системы гемостаза характерно гиперкоагуляция, которая имеет особое значение в нарушении гемодинамики в ФПК при возникновении плацентарной дисфункции. Нарушение гемоди-

намики в ФПК характеризуется гиперкоагуляцией, повышением вязкости крови, тромбообразованием, развитием тканевой ишемии, снижением микроциркуляции, повышением периферического сосудистого сопротивления. Перечисленные нарушения касаются всей системы мать-плацента-плод [3,5,6,9]. Гипоксия и активизация цитотрофобласта ворсины приводит к замуровыванию фибриноидом, и нарушению газообмена, расстройству функции плаценты и развитию ПД [2]. Применяемые лекарственные препараты способствуют только стабилизации патологического процесса и поддержанию компенсаторно-приспособительных механизмов на уровне, позволяющем обеспечить пролонгирование беременности до возможного оптимального срока родоразрешения, но полностью избавить беременную от плацентарной дисфункции не представляется возможным [1]. Новые методы профилактического лечения позволили бы снизить степень эндогенной интоксикации организма беременной, улучшить кровообращение в ФПС, то есть предотвратить прогрессирование плацентарной дисфункции [4,6,8,10]. Поиск новых методов коррекции эндогенной интоксикации у беременных способствовал включению в терапию эфферентных методов, которые способствуют удалению токсических веществ из организма беременной и могут значительно улучшить состояние органов и систем естественной детоксикации, пролонгировать беременность и получить более жизнеспособное потомство.

Материалы и методы. Третью группу исследуемых составили 32 беременных с АВО иммунизацией в возрасте от 19 до 37 лет. Результаты исследований требуют проведения оценки состояния плода и новорожденного, а также контроля эффективности мер профилактики и лечения патологических изменений в организме матери. В виду того, что в 6 случаях беременность у этой группы прервалась в сроки раньше 28 недель, оценка фетометрии проводилась из 32 только 26 беременным до и после лечения при дородовой подготовке в 36-37 недель. 32 беременные с АВО иммунизацией получали L-аргинин (тивортин, аминар) 100,0 мл 1 раз в сутки 10 дней, затем по 5 мл 4 раза в сутки 20 дней; низкомолекулярный гепарин (эноксапарин, надропарин кальция) 1 раз в сутки в зависимости от массы тела 7 дней. Терапия проводилась трижды в сроки беременности: 16-18; 24-26; 36-37 недель, со срока установления диагноза АВО-иммунизации.

Результаты. Нормальные показатели наблюдались в 1,3 раза чаще у беременных после лечения (см. Рис.1.). Кардиотахограмма в 2/3 случаях показала патологические изменения, которые проявлялись эпизодами с частотой сердечных сокращений от 151 до 170 ударов в минуту. Это наблюдалось более чем в половине случаев (52,5%) патологических кардиотахограмм, более выраженная тахикардия наблю-

далась в 12,5%, а нестабильный, трудно интерпретируемый ритм - в 11,9% случаев. Патологические параметры КТГ были снижены в 1,1 раза, но в 10 раз превышали таковые в группе контроля, нормальные показатели увеличились после лечения в 1,5 раза. Нормальная частота дыхательных движений плода в данной группе встречалась в 2,5 раза чаще (11,5%), чем в группе беременных до лечения. Наиболее часто - в 68% исследований наблюдались укороченные до 30-59 сек. эпизоды дыхательных движений, из них 22% с элементами тахипноэ (более 60 в минуту), икотообразные дыхательные движения были в 5%, брадипноэ отмечалось у 5% плодов. Наиболее выраженные отклонения в 88,5% наблюдались со стороны двигательной активности плода, которые на 7,7% были ниже, чем до лечения. Со стороны тонуса плода наиболее часто (65,4%) имело место неполное возвращение в исходное положение сгибания, а нормальный тонус плода регистрировался в 34,6% случаев. Структурное состояние плаценты улучшилось в 1,2 раза, наиболее часто выявлялось опережение степени зрелости плаценты (ее старение) с патологическими включениями в структуре - 14,2%. Истончение наблюдалось в 10,2%, отек - в 16,7% случаев. У 12,8% беременных отмечалось отставание степени зрелости плаценты.

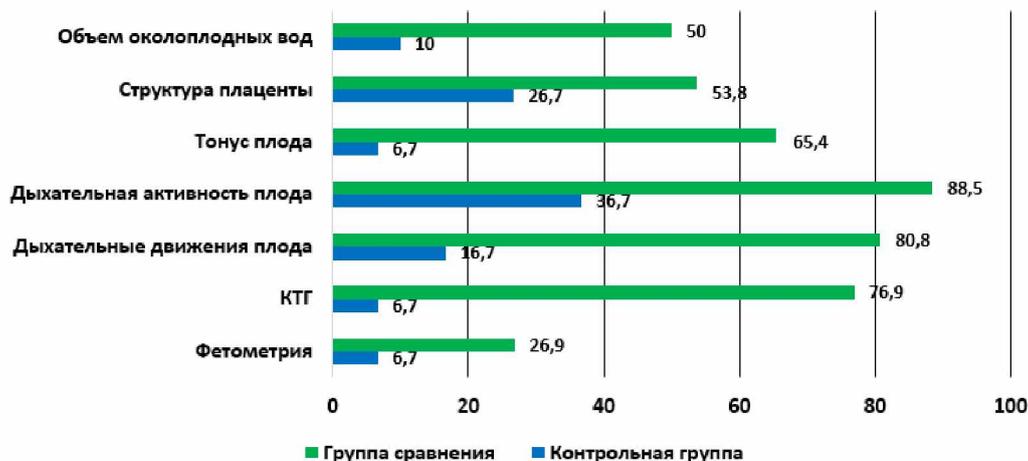


Рисунок 1. Оценка БФПП у беременных с АВО-иммунизацией получавших лечение

Патологический объем околоплодных вод в равных количествах отмечался в виде умеренного многоводия и маловодия, в 1,2 раза реже. Проведенные исследования кардиотахограмм у беременных с АВО-иммунизацией свидетельствуют о развитии у плода при данной патологии хронической гипоксии, что является результатом нарушения маточно-плацентарного кровообращения и снижения компенсаторных возможностей самого плода к концу беременности. Допплерометрическое исследование фетоплацентарного кровотока проведено также 26 беременным в третьем триместре беременности.

У 17 (65,4%) из 26 беременных с АВО иммунизацией, получивших лечение (табл. 1.) выявили нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод,

7 новорожденных (26,9%) родились с низкой оценкой по шкале Апгара на 5 минуте, у 10 новорожденных (38,4%) оценка по шкале Апгара на 5 минуте была выше 7 баллов. В группе без нарушения кровотока в фетоплацентарной системе в 2 (7,7%) случаях новорожденные родились с оценкой по шкале Апгара ниже 7 баллов на 5 минуте и в 7 (26,9%) случаях - выше 7 баллов на 5 минуте. Из 10 беременных с нарушениями фетоплацентарного кровотока I степени рождение детей с оценкой по шкале Апгара на 5 минуте ниже и выше 7 баллов были в равном количестве (см. табл.1). В группе с нарушением маточно-плацентарного кровотока II степени из 7 (26,9%) случаев в 2 (7,7%) наблюдалось рождение детей с оценкой по шкале Апгара ниже 7 баллов на 5 мину-

те, в 5 (19,2%) случаях - выше 7 баллов. Из доплерометрических данных выявлено, что после терапии нарушения МППК снизилось в 1,2 раза, из них нарушение МППК I степени увеличилось в 1,1 раза за счет уменьшения нарушений МППК II степени в 1,7 раза чем в группе до лечения. Нарушения МППК исчезло у 7,7 % беременных в группе получивших лечение. Полученные данные оценки ФПК в соотношении с оценкой по шкале Апгар свидетельствуют о том, что проведенная трижды терапия беременным с АВО иммунизацией позволяет улучшить состояние фетоплацентарного комплекса. Снижение росто-вых показателей новорожденных коррелиро-вало со состоянием тяжести гемолитической болез-ни. Так масса тела новорожденных с легкой формой ГБ в среднем составила 3250,4±103,3 г. Средний рост – 51,5±0,59 см. Новорожденные со средней тяже-

стью заболевания имели вес 3135,6±65,27 г, рост – 51,65±0,25 см, а с тяжелой формой ГБН масса тела со-ставила 2990,32±97,65 г и средний рост – 50,88±0,40 см. Средняя оценка по шкале Апгара составила 7,7 баллов (табл. 2.). После проведенной терапии в 6 раз больше новорожденных родились доношенными с оценкой по шкале Апгар на 1-5-й минуте 8-10 бал-лов, доношенные новорожденные, но с оценкой 6-7 баллов во группе сравнения были в 5,7 раза боль-ше чем в контрольной группе. По шкале Апгара на 8-10 баллов родились 46,2% новорожденных. Из них в асфиксии легкой степени родились 38,5%, в рав-ных количествах родились со среднетяжелой степе-ни и без признаков жизни по 7,7% новорожденных. Оценка состояния новорожденных по шкале Апгара показала определенную зависимость между степе-ню тяжести ГБ и асфиксией новорожденных.

Таблица 1

Допплерометрическое исследование сосудов в системе мать-плацента-плод у беременных после лечения

Допплерометрическое исследование сосудов в системе мать-плацента-плод	Контроль, (n=30)				Общее число бе-ременных	
	Оценка по Апгар ниже 7 баллов на 5 минуте		Оценка по Ап-гар выше 7 бал-лов на 5 минуте			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нарушение МППК, из них:	1	3,3±3,3	2	6,7±4,6	3	10,0±5,6
Нарушение МППК I степени	1	3,3±3,3	2	6,7±4,6	3	10,0±5,6
Нарушение МППК II степени	0	0	0	0	0	0,0
Без нарушения МППК	1	3,3±3,3	26	86,7±6,3	27	90,0±5,6
Группа сравнения, (n=26) (до лечения)						
Нарушение МППК, из них:	15	57,7±9,9***	5	19,2±7,9	20	76,9±8,4***
Нарушение МППК I степени	7	26,9±8,9*	2	7,7±5,3	9	34,6±9,5*
Нарушение МППК II степени	8	30,8±9,2**	3	11,5±6,4	11	42,3±9,9***
Без нарушения МППК	2	7,7±5,3	4	15,4±7,2***	6	23,1±8,4***
Группа сравнения, (n=26) (после лечения)						
Нарушение МППК, из них:	7	26,9±8,9*	10	38,4±9,7*	17	65,3±9,5***
Нарушение МППК I степени	5	19,2±7,9*	5	19,2±7,9	10	38,4±9,7*
Нарушение МППК II степени	2	7,7±5,3	5	19,2±7,9*	7	26,9±8,9*
Без нарушения МППК	2	7,7±5,3	7	26,9±8,9***	9	34,6±9,5***

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

Таблица 2

Оценка новорожденных по шкале Апгар при АВО-иммунизации после лечения

Баллы	Контрольная группа, (n=30)		Группа сравнения, (n=26)	
	%	абс.	%	абс.
0	0	0	2	7,7±5,3
1-3	0	0	0	0
4-5	0	0	2	7,7±5,3
6-7	2	6,7±4,6	10	38,5±9,7*
8-10	28	93,3±4,6	12	46,2±10,0***
Всего	30	100,0	26	100,0
Средний балл	9,8±0,44		7,7±0,26***	

Так, при легкой форме ГБ чаще наблюдалась асфиксия 1 степени и полученная терапия для улучшения состояния новорожденных, поддержания компенсаторных механизмов и рождения здоровых детей оказалась недостаточно эффективной. В первые сутки после рождения к груди были приложены 58,3% новорожденных.

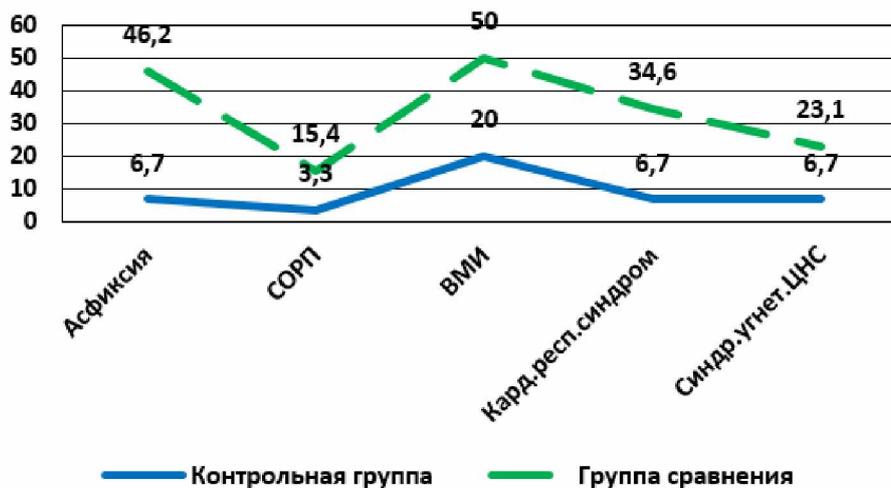


Рисунок 2. Состояние новорожденных у родильниц после терапии

Во II группе из 26 новорожденных 24 родились с ГБН, легкое течение гемолитической болезни отмечалась (Рис.2.) – у 58,4% новорожденных, среднетяжелое и тяжелое в равных количествах – 20,8%. Наиболее часто встречалась желтушная форма гемолитической болезни новорожденных – у 18 (75,0%), затем анемическая форма – 5 (20,8%) и отечная форма – 1 (4,2%) заболевания. Консервативное лечение ГБ проводилось 66,7% новорожденным с ГБН (см. табл.3.). Заменное переливание крови произведено 33,3% новорожденным группы сравнения: однократное – 25,0%, дважды и три раза – 4,15%.

Таблица 3.

Анализ течения раннего неонатального периода в группе родильниц, получавших лечение

Показатель	Группа сравнения (n=26)	
	абс.	%
Здоровые новорожденные	2	7,7±5,3
ГБН, из них:	24	92,3±5,3
Желтушная форма	18	69,2±9,2
Анемичная форма	5	19,2±7,9
Отечная форма	1	3,8±3,8
Легкое течение	14	53,8±10,0
Среднетяжелое течение	5	19,2±7,9
Тяжелое течение	5	19,2±7,9
Операция ЗПК, в том числе:	8	30,8±9,2
Однократно	6	23,1±8,4
Двукратно	1	3,8±3,8
Трехкратно	1	3,8±3,8
Четырехкратно	0	0

Консервативное лечение	16	61,5±9,7
Приложен к груди, (сутки)	2,19±0,09	
Выписан из род-дома, (сутки)	7,38±0,31	
Перевод на 2 этап выхаживания	1	3,8±3,8

В данной группе изучение биохимических показателей крови беременных показало, что отмечается улучшение конъюгационной способности печени, которое проявляется в снижении общего и фракции билирубина по отношению исходного уровня в среднем 1,2 раза. В зависимости от тяжести ГБН уровень биохимических показателей таких как, билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ имели однонаправленную динамику повышения. При тяжелой форме заболевания отмечалось снижение показателя гемоглобина в 1,3 раза. Таким образом, у новорожденных второй группы, после антенатальной традиционной терапии, отмечалось улучшение конъюгационной, функциональной способности печени, в основном при легкой и среднетяжелой формах ГБН. Анализ течения раннего неонатального периода произведен по 26 новорожденным, так как из 32 беременных – 6 имели самопроизвольный выкидыш до 28 недель. Выздоровление имело место у 79,2% новорожденных. Улучшение состояния новорожденных с ГБН позволило во II группе на 1-2 сутки приложить к груди. Из них 83,3% новорожденных были выписаны домой в удовлетворительном состоянии, средний койко-день составил 7,38 дня, а 3,8% в связи с недоношенностью, переведены на второй этап выхаживания. Летальный исход от ГБ наблюдался у 19,2% новорожденных. После терапии антенатальная смертность составила 7,7%, а постнатальная – 11,5%, а интранатальная смертность в группе получавших лечение не наблюдалась.

Закключение. Из приведенных данных, можно заключить, что терапия с L-аргинином и низкомолекулярным гепарином дает определенный положительный эффект: повышает итоговую оценку БФПП, снижает частоту рождения детей с ГБ в асфиксии и перинатальную смертность, способствует более раннему прикладыванию к груди, позволяет уменьшить частоту досрочного родоразрешения при гемолитической болезни и неблагоприятных перинатальных исходов и оказывает выраженный терапевтический эффект на состояние плода с ГБ, развивающегося в условиях плацентарной недостаточности, приводит к увеличению легких форм заболевания и исключению тяжелых форм, что свидетельствует об эффективности рекомендуемого нами метода лечения.

Литература

1. Александрович А.С., Пальцева А.И., Соболевский В.А. Изучение количества десквамированных циркулирующих эндотелиальных клеток в крови беременных из группы риска по фетоплацентарной недостаточности // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины. Гродненский государственный медицинский университет - 2019. - №9. - С.15-24.
2. Александрович А.С., Пальцева А.И., Толкач И.Г. Дисфункция эндотелия: экспериментальные и клинические исследования // Материалы VIII Международной научно-практической конференции, посвященной памяти проф. А. П. Солодкова, Витебск, 23 мая 2014 г. - Витебск: ВГУ имени П. М. Машерова. - 2014. - С. 237-239.
3. Вильчук К.У., Белуга М.В. Ведение беременных женщин с изосерологической несовместимостью между матерью и плодом по системе резус (с описанием клинического случая) // Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности: Сборник научных трудов. / Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя». - Минск: - 2013. - Вып. 6. - 384 с.
4. Келина Н.Ю., Безручко Н.В., Рубцов Г.К. Биохимические проявления эндотоксикоза: методические аспекты изучения и оценки, прогностическая значимость // Вестник Тюменского государственного университета. - 2012. - №6. - С. 144-147.
5. Коноплянников А.Г. Современные аспекты патогенеза гемолитической болезни плода и новорожденного // Вестник РГМУ. - М., 2008. - №6. С. 38-42.
6. Неровня А.М., Киселев А.И. Морфогистологические особенности плацент при беременности, осложненной гестозом, и состояние здоровья новорожденных // Охрана материнства и детства. - 2012. - №2. - С. 20.
7. Перцева Г.М., Борщева А.А. Иммунологический конфликт по резус-фактору во время беременности. Прошлое и настоящее // Главный врач юга России. - 2016. - №3 (50). - С. 15-17.
8. Погорелова Т.Н., Гунько В.О., Никашина А.А., Михельсон А.А., Михельсон А.Ф. и др. Влияние дисбаланса аминокислот в организме матери и плода на формирование недостаточности плаценты и течение неонатального периода // Клиническая лабораторная диагностика. - 2018. - №63 (10). - С. 610-614. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2084-2018-63-610-614>
9. Manfroi S. Prenatal non-invasive foetal RHD genotyping: diagnostic accuracy of a test as a guide for appropriate administration of antenatal anti-D immunoprophylaxis // Blood Transfus. - 2018 Nov. - №16 (6). - P.514-524. DOI: 10.2450/2018.0270-17.
10. Bao R. Clinical study of the relationship between prenatal antibody titer and hemolytic disease of newborn // Int J. Clin Exp Med. - 2017. - №10 (1). P. 1637-1642.



СОДЕРЖАНИЕ**1 СЕКЦИЯ**

Абдуллаева Л.М., Сафаров А.Т., Турапова М. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	4
Abdurazakov U.A., Abdurazakov A.U., Irgaliev B.E., Ajimov A.K. AXILL PAYINING TERI OSTI YORILISHINI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASHNING MINIMAL INVAZIV USULI	7
Алимова Д.Д., Эшонбобоев Ф.Э. ПОСТОПЕРАЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ	10
Атахонов М.М. ИЗУЧЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОДНОСТОРОННЕГО КРИПТОРХИЗМА	13
Ахмедов М.А., Мирзахмедов М.М., Наврузов Б.С. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТОНКО-И ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩАХ	15
Ахтямов И.Ф., Садыков Р.И. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАРАОССАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ НА ОСНОВЕ ЭТИДРОНАТОВ ИОНОВ ЛАНТАНОИДОВ И КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ	20
Машарипов К., Машарипов Ж.К. СТАНДАРТИЗИРОВАННАЯ КАРТА ОЦЕНКИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ АМБУЛАТОРИЙ	24
Нуриддинов А.С., Ахмадалиев Ш.Ш., Муллажонов Х.Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	28
Рузибаев Р.Ю., Якубов Ф.Р., Сапаев Д.Ш., Маткурбанов Н.О. СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	31
Садирова С.С., Иргашева С.У. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОБЫ С ЛЕТРОЗОЛОМ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В УЗБЕКИСТАНЕ	35
Тазаян Э.Т., Борозда И.В. МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ КИСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ШВА С ДИСТАЛЬНЫМ БЛОКИРОВАНИЕМ	38
Khodzhimatov G.M., Khamdamov Kh.Kh., Yahoyev S.M. DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH THORACODOMINAL INJURY: LITERATURE REVIEW	41
Хакимов М.Ш., Каримов М.Р., Файзуллаев Б.Б., Асатуллаев Ж.Р., Бозорбоев М.Б. ПАНКРЕОНЕКРОЗ: КОНЕЦ СТАРОЙ ЖИЗНИ ИЛИ НАЧАЛО НОВОЙ?	46
Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Дехконов Ж.К. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ «ТРУДНЫХ» ЯЗВ ЖЕЛУДКА	51
Чориева Г.Э., Садикова Д.Р., Садуллаева У.А., Мамадалиева У.П. СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО У БЕРЕМЕННЫХ С АВО-ИММУНИЗАЦИЕЙ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ	55
Юсупова И.А. ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ	60
Якубов Э.А., Эргашев Б.С., Норов М.М. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЕ КИСТ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ	63
Yangiyeva N.R., Agzamova S.S., Hikmatov M.N. TRAVMATIK OPTIK NEYROPATIYADA TO'R PARDA NERV TOLALARI VA GANGLIOZ HUYAYRALAR MAJMUASINING PROGRESSIV YURQALASHISHI: TA KLINIK HOLAT	66

2 СЕКЦИЯ

Шамсиев Ф.М., Атажанов Х.П., Мусажанова Р.А., Мирсалихова Н.Х., Узакова Ш.Б. ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ	69
Ахмадалиев Ш.Ш., Тошбоев Ш.О. КАРДИОПУЛЬМОНАЛ РЕАНИМАЦИЯ БЎЙИЧА КЎНИКМА ХОСИЛ ҚИЛИШДА ВИРТУАЛ РЕАЛЛИКДАН ФОЙДАЛАНИШ	72
Ахматова Д.Р., Муратова М.Э. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОФИЗИОЛОГИЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ, ЕЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ЛЕЧЕНИЕ	76
Azizova P.Kh. STATE OF FREE RADICAL LIPID OXIDATION AND ANTIOXIDANT DEFENSE SYSTEM IN PATIENTS WITH AUTOIMMUNE HYPOTHYROIDISM	79
Бахритдинова Ф.А., Урманова Ф.М. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННЕЙ СТАДИИ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ	82