

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)

ПАНКРЕОНЕКРОЗ: КОНЕЦ СТАРОЙ ЖИЗНИ ИЛИ НАЧАЛО НОВОЙ?

Хакимов М.Ш., Каримов М.Р., Файзуллаев Б.Б., Асатуллаев Ж.Р., Бозорбоев М.Б.

OSHQOZON OSTI BEZI NEKROZI: ESKI HAYOTNING OXIRI YOKI YANGI HAYOT BOSHLANISHIMI?

Xakimov M.Sh., Karimov M.R., Fayzullayev B.B., Asatullayev J.R., Bozorboyev M.B.

PANCREATIC NECROSIS: THE END OF AN OLD LIFE OR THE BEGINNING OF A NEW ONE?

Khakimov M.Sh., Karimov M.R., Fayzullaev B.B., Asatullaev Zh.R., Bozorboev M.B.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Maqolada og'ir pankreonekrozning klinik misoli keltirilgan. Berilgan klinik misol va adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, oshqozon osti bezi bo'lmagan bormorlar mutlaqo sog'lom bo'lishi mumkin, shuning uchun ular boshqa odam tug'ishi mumkin.

Kalit so'zlar: *og'ir pankreonekroz, yangi hayot.*

The article presents a clinical example of severe pancreatic necrosis. The given clinical example and analysis of the literature indicates that patients without a pancreas can be absolutely healthy, so healthy that they can give birth to another person.

Key words: *severe pancreatic necrosis, new life.*

Беременность – это физиологическое состояние организма, однако она является периодом повышенной нагрузки на все органы и системы, особенно у женщин, которые имеют какую-либо хроническую патологию [1]. Однако влияние беременности на функцию поджелудочной железы до конца не установлено. Многие исследователи считают, что острый панкреатит (ОП) у беременных развивается редко [2, 3].

Частота встречаемости ОП у беременных колеблется от 1:1000 до 1:12000 [2, 3]. Большая вариабельность показателей обусловлено тем, что ряд исследователей анализируют случаи панкреатита только лишь во время беременности [2, 4], тогда как другие относят ОП беременных случаи развития данного заболевания в раннем послеродовом периоде [5]. Несмотря на данный факт, многие авторы случаи наблюдения панкреатита исчисляют десятками [6, 7], лишь в ряде обзорных статей количество пациентов превышает сотни случаев [8].

Благодаря накоплению клинического опыта лечения острого панкреатита, за последние несколько десятилетий количество материнской смертности уменьшилось от 25-30% до 8-12% [4, 6]. Есть публикации, где процент летальных исходов при ОП на фоне беременности нулевой [8]. Скорее всего это клинические случаи легкой формы заболевания.

Несмотря на множество публикаций, посвященных тактическим вопросам ведения беременности в ее разные сроки или рожениц в раннем послеродовом периоде при развитии ОП, в литературе не описаны случаи беременности и успешного физиологического родоразрешения после перенесенного тяжелого панкреонекроза и нескольких хирургических вмешательств в отдаленном послеоперационном периоде.

Под нашим наблюдением в течение последних 7 лет наблюдается пациентка, которая в 2015 году находилась на стационарном лечении в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии с тяжелым панкреонекрозом. Больная

неоднократно была оперирована. Наступило выздоровление. Через 2 и 3,5 года после перенесенного панкреонекроза пациентка родила двух девочек. Роды были физиологические.

Клинический пример: Больная Ц., 34 лет, обратилась 11.12.2015 года (история болезни № 15689) с жалобами на боли в эпигастрии опоясывающего характера, повышение температуры до 39°C, тошноту, рвоту, сухость во рту, общую слабость.

Из анамнеза считает себя больной в течение более одного месяца, когда начали беспокоить боли в эпигастрии после погрешности в питании. В тот период больная была в США и в период с 29.10.2015. по 11.11.2015. получала стационарное лечение с диагнозом «некротизирующий панкреатит» с последующим лечением в амбулаторных условиях. Несмотря на сохраняющуюся клинику заболевания, пациентка вернулась из США. Накануне обращения в нашу клинику была на амбулаторном приеме у хирурга по месту жительства, где было проведено обследование (УЗИ, МРТ) и рекомендовано стационарное лечение.

Общее состояние при поступлении тяжелое, сознание ясное. Больная повышенного питания. Кожные покровы бледной окраски. В легких аускультативно с обеих сторон в нижних отделах ослабленное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 90/60 мм.рт.ст., пульс 108 ударов в минуту.

Локально: живот симметричной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Выраженный подкожно-жировой слой. При пальпации отмечается ригидность мягких тканей передней брюшной стенки. Симптомы Керте, Мейо-Робсона, Воскресенского положительные. Симптомов раздражению брюшины нет. Аускультативно перистальтика кишечника ослабленная. Стул был накануне. Диурез уменьшен.

Общий анализ крови: гемоглобин 45 г/л; эритроциты – $1,8 \cdot 10^{12}/л$; цветовой показатель – 0,68; тромбоциты – $220 \cdot 10^9/л$; лейкоциты – $18 \cdot 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы – 9%, сегментоядерные нейтрофилы – 78%; эозинофилы – 1%; лим-

фоциты – 11%; моноциты – 1%; СОЭ – 22 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 48 г/л; билирубин 24 ммоль/л; АЛТ – 1,2 ммоль/л; АСТ – 1,4 ммоль/л; мочевина – 11,5 ммоль/л; креатинин 134 ммоль/л. Коагулограмма: ПТИ 90%; МНО – 1,16; АЧВТ – 32,7сек; фибриноген – 655 мг/дл.

На УЗИ: поджелудочная железа размерами 43x55x28 мм, длина 96,7 мм, паренхима неоднородная, средней эхогенности, границы нечеткие, окружающие ткани резко инфильтрированы. Отмечается жидкостные скопления по обеим паранефральным областям с нечеткими контурами, которые достигают подвздошных областей с обеих сторон (рис. 1).



Рис. 1. УЗИ поджелудочной железы 10.12.2015.

На МРТ поджелудочная железа инфильтрирована, визуализируется частично, с наличием в проекции головки и хвоста железы вокруг ограниченные жидкостных участков, размерами 41x140x99 мм и 103x130x231 мм, структура участков неоднородная, с гиперинтенсивными включениями в режиме T1, оттесняющий левую почку; окружающая клетчатка инфильтрирована. В передней части брюшной поло-

сти, в проекции большого сальника срединно определяется кистозный участок неоднородной структуры, размерами 75x101x112 мм с инфильтрацией окружающих тканей (рис. 2). В проекции обоих боковых каналов и в нижнем этажу брюшной полости определяется умеренное количество свободной жидкости. Паранефральная клетчатка с обеих сторон отечная.

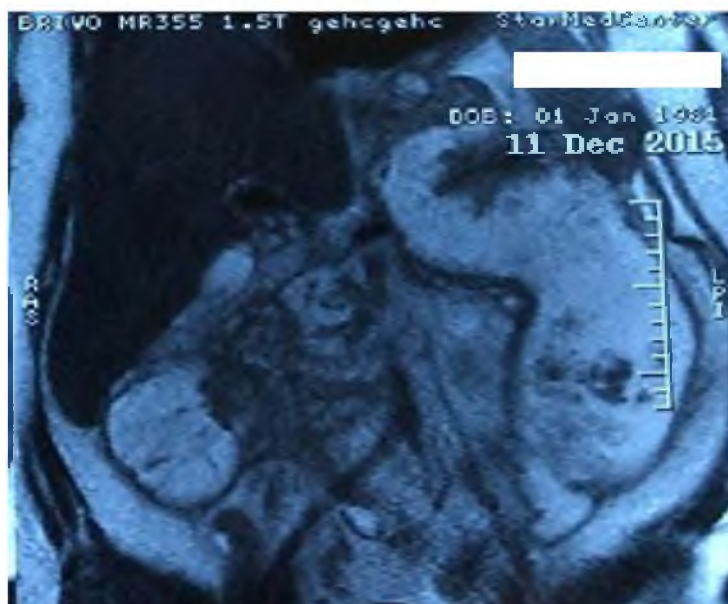


Рис. 2. МРТ брюшного пространства 11.12.2015.

На МРТ-холангиографии: желчный пузырь 102x34 мм, холедох на всем протяжении 4-5 мм, внутрипеченочные протока до 4 мм, вирсунгов проток до 2 мм (рис. 3).

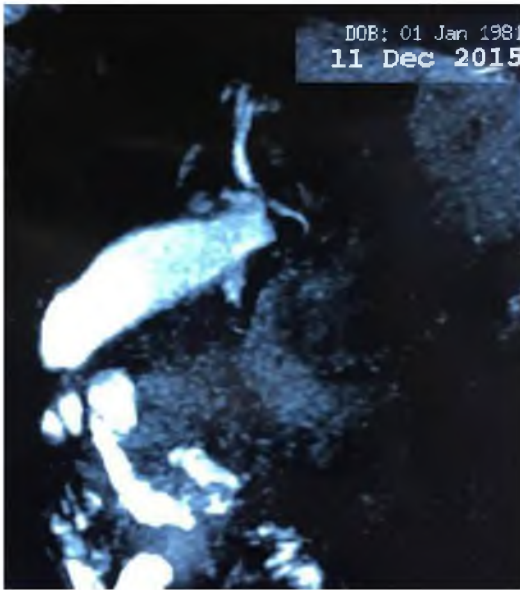


Рис. 3. МРТ-холангиография больной Ц.

Заключение: МРТ-признаки воспалительной инфильтрации поджелудочной железы с наличием в проекции головки и хвоста железы обширных ограниченных жидкостных участков, отечность парапанкреальной клетчатки.

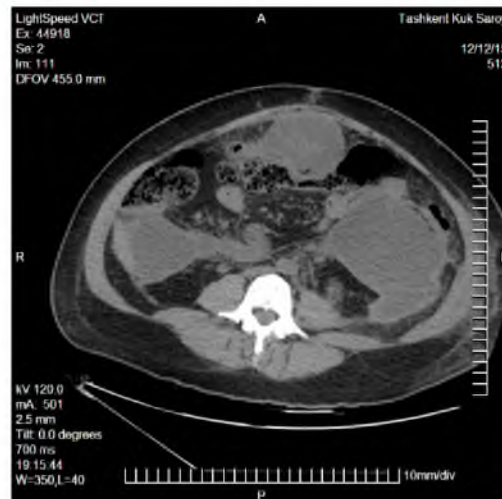
На МСКТ желчный пузырь 98x32 мм, стенки уплотнены. Холедох не дифференцируется. Поджелудочная железа диффузно инфильтрирована, границы четко не дифференцируются, толщиной в области головки до 50 мм, тела до 60 мм, плотность железы неоднородная +16+32 ед. Парапанкреатическая клетчатка резко инфильтрирована, с наличием выпота осумкованного характера, размерами 6x7 см, плотностью +7 ед. В забрюшинном пространстве с двух сторон и сальниковой сумке определяется аналогичный выпот, плотностью +7-+9 ед, размерами справа до 10x7 см, слева - 23x7 см, в сальниковой сумке - 8x10 см (рис. 4). В левой плевральной полости выпот толщиной до 45 мм.

Заключение: МСКТ признаки панкреонекроза. Инфильтрация парапанкреатической клетчатки. Осумкованный выпот в забрюшинном пространстве с обеих сторон, парапанкреатической клетчатке, сальниковой сумке. Гидроторакс слева.

1 секция



Рис. 4. МСКТ больной Ц. 12.12.2015.



Учитывая тяжесть состояния, больная была госпитализирована в отделение хирургической реанимации, где проводилась интенсивная терапия с целью предоперационной подготовки. С целью сни-

жение явлений эндогенной интоксикации больной 12.11.2015 выполнено «чрескожное дренирование абсцесса сальниковой сумки» (рис. 5).



Рис. 5. Фистулография больной Ц, после дренирования абсцесса сальниковой сумки

Выделилось около 600-700 мл жидкого гноя со специфическим запахом. На фоне проводимой интенсивной терапии и локальной санации забрюшинного пространства отмечается положительная динамика и улучшение общего состояния.

В анализах: гемоглобин 84 г/л; эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}$ /л; цветовой показатель – 0,88; тромбоциты – $235 \cdot 10^9$ /л; лейкоциты – $11,5 \cdot 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы – 6%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%; эозинофилы – 4%; лимфоциты – 18%; моноциты – 4%; СОЭ – 17 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 52 г/л; билирубин 29 ммоль/л; АЛТ – 1,0 ммоль/л; АСТ – 1,3 ммоль/л; мочевины – 10,8 ммоль/л; креатинин 117 ммоль/л. Коагулограмма: ПТИ 80%; МНО – 1,09; АЧВТ – 31,2сек; фибриноген – 498 мг/дл.

На контрольном УЗИ поджелудочная железа размерами 45x50x29 мм, длина 97,0 мм, паренхима неоднородная, средней эхогенности, границы нечеткие, окружающие ткани инфильтрированы, в динамике с уменьшением. Сохраняются жидкостные скопления по обеим паранефральным областям.

16.12.2015. больной произведена операция: «Вскрытие абсцесса сальниковой сумки. Вскрытие, санация и дренирование забрюшинных флегмон с обеих сторон. Некросеквестрэктомия. Оментобурсостомия».

Под общим интубационным наркозом произведена средне-срединная лапаротомия. Интраоперационно отмечается наличие множества стеариновых бляшек по всей брюшной полости. Отмечается выраженная инфильтрация и выбухание желудочно-ободочной связки, пальпаторно определяется инфильтрация тканей забрюшинного пространства, который распространяется в правый и левый нижний квадрант забрюшинного пространства. При вскрытии сальниковой сумки опорожнился абсцесс, содержащий около 1

литра гнойного содержимого с запахом. При ревизии отмечается сообщение полости абсцесса с затеками в забрюшинное пространство. Дополнительными разрезами с обеих сторон в области заднего листка париетальной брюшины вскрыты забрюшинные флегмоны и дополнительно аспирировано около 1,5 литра гнойного содержимого с фрагментами некротических тканей поджелудочной железы и забрюшинного пространства. Произведено дренирование забрюшинных флегмон с обеих поясных областей, сальниковой сумки и наложена оментобурсостома.

В послеоперационном периоде проводилась интенсивная консервативная терапия с локальным лаважом забрюшинного пространства, а также санация сальниковой сумки через оментобурсостому. На фоне проводимой терапии отмечается положительная динамика с улучшением общего состояния.

В анализах (от 28.12.2015): гемоглобин 102 г/л; эритроциты – $4,2 \cdot 10^{12}$ /л; лейкоциты – $8,4 \cdot 10^9$ /л; СОЭ – 11 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 58 г/л; билирубин 18 ммоль/л; АЛТ – 0,6 ммоль/л; АСТ – 0,3 ммоль/л; мочевины – 8,9 ммоль/л; креатинин 84 ммоль/л. Коагулограмма: ПТИ 80%; МНО – 1,12; фибриноген – 350 мг/дл.

Несмотря на общую положительную динамику у больной периодически отмечалась гипертермия, сохранялись явления эндогенной интоксикации. На контрольном МСКТ сохраняются участки с секвестрированными тканями в правом верхнем и нижнем квадранте забрюшинной клетчатке, в плевральных полостях имеется свободная жидкость (рис. 6). Произведена пункция плевральных полостей с обеих сторон и аспирировано по 300-400 мл серозной жидкости из обеих плевральных полостей.

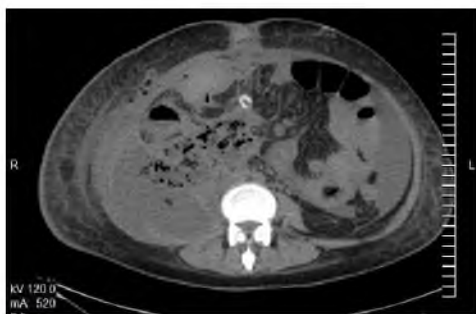
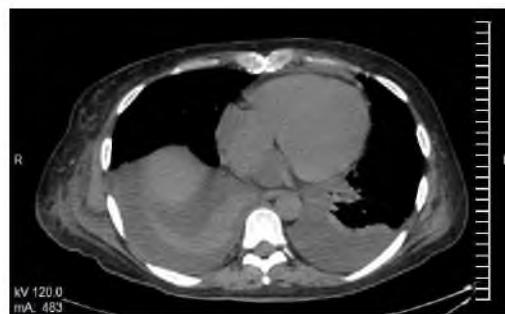


Рис.6. МСКТ больной Ц, 28.12.2015.

29.12.2015. забрюшинным доступом справа произведено санация, некротеквестрэктомия и дренирование забрюшинного пространства справа.

В послеоперационном периоде интенсивная консервативная терапия с локальным лаважом забрюшинного пространства продолжалась, на фоне чего отмечается положительная динамика.

На контрольном МСКТ от 26.01.2016 г. определяются дренажные трубки, дренирующие парапанкреатическую клетчатку и боковые области. ПЖ с неровными и нечеткими контурами, плотность железы неоднородна, +17+28 ед. Парапанкреатическая клетчатка и ткани забрюшинного пространства ин-



фильтрированы. Скоплений жидкости в забрюшинном пространстве не выявлено (рис. 7).

Дренажи из сальниковой сумки и забрюшинного пространства были поэтапно удалены в период с 05.02. 2016. по 09.02.2016. Оментобурсостома зажила вторичным натяжением. Больная 11.02.2016. в удовлетворительном состоянии была выписана на амбулаторное наблюдение.

В течение 3 месяцев пациентка находилась на амбулаторном наблюдении. У больной развился сахарный диабет II-го типа, по поводу чего пациентка находится под постоянным наблюдением эндокринолога.

В май 2017 года у больной наступила беременность, которая протекала без особенностей и в установленный срок в феврале 2018 года отмечено физиологические роды. Родилась нормальная девочка

весом 3100 гр. и ростом 51 см. Вторая беременность наступила в сентябре 2018 года и в июне 2019 года завершились нормальными родами.

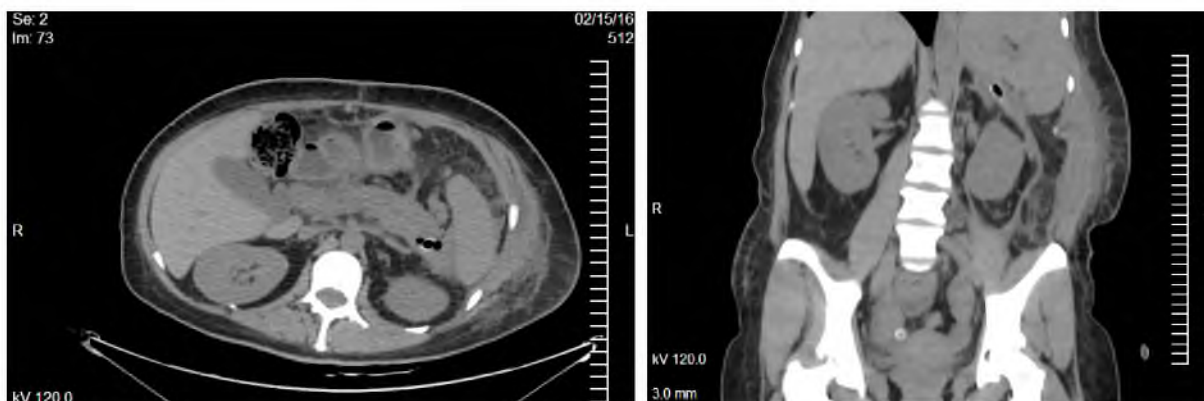


Рис. 7. МСКТ больной Ц, 26.01.2016.

Приведенный клинический пример наглядно показывает, что после перенесенного тяжелого панкреонекроза возможно выжить и реально жить полноценной жизнью.

В литературе описан случай, когда 36-летняя пациентка была оперирована по поводу огромной опухоли, поражающую всю поджелудочную железу, прорастающую в двенадцатиперстную кишку, с изъязвлением стенки последней, и эта язва была источником кровотечения. Больная была в крайне тяжелом состоянии. После предоперационной подготовки пациентке проведена тотальная дуоденопанкреатэктомия со спленэктомией. Ежедневно она принимала 250 000 единиц креона и инсулин. Спустя почти 3 года она забеременела. Все врачи вокруг нее советовали прервать беременность. По их мнению, это могло привести к рецидиву заболевания, и, невынашиванию беременности без поджелудочной железы, с нестабильным диабетом. Однако случаев рецидива любой опухоли, кроме хорионэпителиомы, во время беременности и после родов в доступной литературе не обнаружено. Беременность протекала под наблюдением у эндокринологов и завершилась нормальными родами [9].

В Интернете описывается анонимное обращение женщины 26 лет, которой была сделана операция по поводу панкреонекроза. Послеоперационный период осложнился развитием дуоденального свища, который закрылся через полгода после операции. В момент обращения срок беременности составил 24-25 неделе. Предметом обращения был вопрос: нужно ли обратиться за консультацией к хирургу или гастроэнтерологу, т.е. нужно ли сейчас принимать какие-либо препараты для поддержания функции своей железы, и чтобы у малыша с этим все

было в порядке? Дальнейшая судьба пациентки неизвестна [10].

Приведенный клинический пример и анализ литературы свидетельствует о том, что пациенты без поджелудочной железы могут быть абсолютно здоровыми, настолько здоровыми, что могут родить еще одного человека. Женщины, получавшие лечение по поводу рака, могут рожать без риска рецидива опухоли.

Литература

1. Еремина Е.Ю., Машарова А.А. Заболевания органов пищеварительной системы у беременных. – Саранск. 2009: 201.
2. Swisher S.G., Hunt K.K., Schmit P.J. et al. Management of pancreatitis complicating pregnancy. *Am Surg* 2006; 60: 759-62.
3. Ramin K.D., Ramin S.M., Richey S.D., Cunningham F.G. Acute pancreatitis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 173: 187-91.
4. Shou-Jiang Tang, E. Rodriguez, Sundeep Singh et al. Острый панкреатит у беременных. Клиническая гастроэнтерология и гепатология. – Русское издание, 2011; 4 (4): 207-212.
5. Block P, Kelly T.R. Management of gallstone pancreatitis during pregnancy and the postpartum period. *Surg Gynecol Obstet.* 2004; 168: 426-8.
6. Hernandez A., Petrov M.S., Brooks D.C. et al. Acute pancreatitis and pregnancy: a 10 year single center experience. *J Gastrointestinal Surg.* 2007; 11: 1623-7.
7. Ramin K.D., Ramsey P.S. Disease of the gallbladder and pancreas in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2001; 28: 571-80.
8. Block P, Kelly T.R. Management of gallstone pancreatitis during pregnancy and the postpartum period. *Surg Gynecol Obstet.* 2004; 168: 426-8.
9. Можно ли родить без поджелудочной железы, и можно ли рожать после рака. <http://doctor-egorov.ru/?p=2397>
10. Беременность после операции по поводу панкреонекроза. <https://health.mail.ru/consultation/2157744>.

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 PAVINING 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 З.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 THORACOBDOMINAL 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.З., 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 РЕАЛЛИҚДАН 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