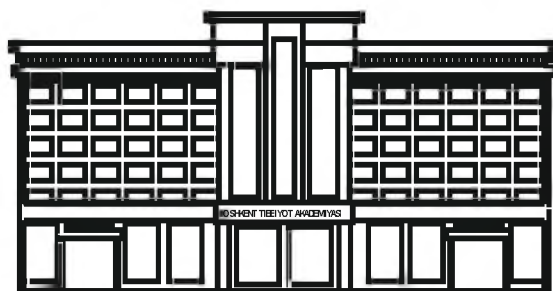


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
АХВОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК
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)

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ «ТРУДНЫХ» ЯЗВ ЖЕЛУДКА

Хахимов М.Ш., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Дехконов Ж.К.

«QIYIN» OSHQOZON YARASIDAN QON KETISHINI DAVOLASH TAKTIKASI

Xakimov M.Sh., Matkuliyeu O'.I., Ashurov Sh.E., Dexqonov J.K.

TACTICS OF TREATMENT FOR BLEEDING FROM "DIFFICULT" STOMACH ULCERS

Khakimov M.Sh., Matkuliev U.I., Ashurov Sh.E., Dekhkonov Zh.K.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Oshqozonning o'tkir yarali-eroziv qon ketishi bilan kasallangan 157ta klinik holat tahlili o'tkazildi. Gemostazning endoskopik usullarining samaradorligi qon ketishining intensivligiga qarab baholanadi. Oshqozon tanasining yuqori uchdan bir qismi va orqa devoridan qon ketishida bemorni «o'ng yonbosh» holatiga retrograt gemostaz bajarishning yangi usuli taklik etiladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, gemostazning endoskopik usullari oshqozonning o'tkir yarasi va eroziyasidan qon ketishda (ayniqsa F-I-A, F-I-B, F-II-A darajalarida) samarali bo'lib, yakuniy gemostaz 94,6% tashkil qildi.

Kaliy so'zlar: o'tkir yaralar, qon ketish, endoskopik gemostaz.

An analysis of 157 clinical cases with acute ulcerative-erosive bleeding of the stomach was carried out. The effectiveness of endoscopic methods of hemostasis was evaluated depending on the intensity of bleeding. A new method of retrograde hemostasis in the position on the "right side" with bleeding ulcers of the posterior wall of the upper third of the body and a large curvature of the stomach is proposed. Studies have shown that endoscopic methods of hemostasis are effective in bleeding (especially F-I-A, F-I-B, F-II-A degrees) from acute ulcers and erosions of the stomach, while the frequency of final hemostasis is up to 94.6%.

Key words: acute ulcers, bleeding, endoscopic hemostasis.

Актуальность. На сегодняшний день тактика лечения пациентов с острыми эрозивно-язвенными гастродуоденальными кровотечениями остается одним из наиболее актуальных проблем ургентной хирургии. По данным различных авторов, острые эрозии и язвы слизистой оболочки гастродуоденальной зоны выявляются около 5-10% при эндоскопическом исследовании [4, 5, 6, 14]. Однако, реальная частота гастродуоденальных эрозивно-язвенных процессов до сих пор не установлено. Они обнаруживаются часто, когда больные обследуются по поводу диспептических симптомов, но чаще – при появлении таких осложнений как кровотечения (в 60–70% случаев) или перфорации (в 0,5–3% наблюдений) [2, 3, 8, 12]. Этиологическими факторами острых эрозий и язв, осложненных кровотечением, являются в основном бесконтрольный прием противовоспалительных препаратов, стресс (травмы, ожоги и объемные операции) и хронические заболевания печени, почек и эндокринных желез [1, 2, 4]. Летальность у этой категории больных, особенно с тяжелыми сопутствующими патологиями, может достигать до 60%, при рецидиве кровотечения этот показатель составляет более 80% [1, 2, 11].

В большинстве публикуемых работ к кровотечению из острых язв желудка часто относятся как к язвенной болезни, применяя те же лечебно-тактические приемы. Из всех известных методов диагностики, эндоскопическое исследование не только позволяет правильно установить диагноз, но также даёт возможность для проведения эндоскопического гемостаза, клиническая эффективность которого превышает 85% [1, 3, 14, 16]. Основными причинами неудовлетворительных результатов эндоскопической остановки кровотечения являются наличие интенсивного артериального кровотечения или за-

крытие сгустками крови источника кровотечения при расположении их в большой кривизне или задней стенке тела желудка, что приводит к трудности визуализации источника кровотечения.

Материал и методы. Нами проведен анализ 157 клинических случаев с острыми язвенно-эрозивными кровотечениями желудка, поступившие в отделение экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии за период с 2015 по 2021 годы. Возраст больных колебался от 18 до 79 лет. Из них старше 65 лет было более 500%. У всех 157 пациентов причиной кровотечения были острые язвы и эрозии желудка (антральный и препилорический отдел – в 117 наблюдениях, тело желудка – 16, кардиальный отдел – 7, дно желудка – 3 и большая кривизна и задняя стенка тела желудка – 14 случаев). Надо отметить, что последнее расположение язв желудка встречается нечасто, однако при этом возникают технические трудности в визуализации этих зон желудка, связанные с расположением сгустков крови над этой областью при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ. По интенсивности кровотечения все больные были распределены следующим образом: F-I-A – 3 (1,9%), F-I-B – 12 (7,6%), F-II-A – 41 (26,1%), F-II-B – 95 (60,6%) и F-II-C – 6 (3,8%) наблюдений.

При анализе основных причин появления острых язв выявлено, что у 76 (48,5%) пациентов патология развилась из-за бесконтрольного приема нестероидных и стероидных противовоспалительных препаратов, 55 (35,0%) больных связывали с объемными операциями, автоавариями и ожогами, остальные 26 (16,5%) пациентов длительное время находились на стационарном лечении и причиной ЖКК из острых язв были осложненное течение основного заболевания либо его декомпенсация. При

этом в большинстве случаев не проводилась превентивная противоязвенная терапия.

Наиболее часто в стационаре наблюдались острые язвы, появляющиеся на фоне декомпенсации некоторых острых и хронических заболеваний, часто сопутствующих синдрому полиорганной недостаточности. Большинство язв в этой группе встречались при сочетании заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной системы и сахарного диабета. При анализе характера сопутствующей патологии была обнаружена существенная зависимость появления ЖКК из острых язв с числом системных поражений органов. У 126 (80,3%) больных с сопутствующей патологией наблюдалось сочетание двух и более заболеваний, наиболее частыми были проявления ишемической болезни сердца, хронических неспецифических заболеваний легких и цереброваскулярной болезни.

Таким образом, к факторам риска развития осложнений из острых язв в этой группе относятся: 1. Пожилой возраст; 2. Ограниченное питание, приводящее к нарушению кислотно-щелочного равновесия в желудке; 3. Бесконтрольный прием стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов; 4. 2–3 степень органной дисфункции по оценке тяжести АРАСНЕ; 5. Длительный постельный режим.

Поэтому при обнаружении этих неблагоприятных факторов у пациентов должна проводиться профилактика эрозивно-язвенных поражений ЖКТ. Острые язвы в раннем послеоперационном периоде развиваются у 2,5–24% пациентов [1, 5, 8, 10, 12, 13]. Под нашим наблюдением было 44 (28,0%) больных с острыми язвами в послеоперационном периоде. Все острые язвы в этой группе манифестировали на 4–9-е сутки после операции и наблюдались при осложненном течении послеоперационного периода и прогрессировании органной дисфункции.

По заключению Российской ассоциации специалистов по хирургической инфекции выделяются 2 варианта острых язв в раннем послеоперационном периоде: I – поверхностные диффузные эрозии с низким риском развития кровотечения; II – глубокие локализованные язвы с высоким риском геморрагических осложнений, частота которых у больных, находящихся в интенсивной реанимации, достигает 14%, а летальность при них – 64% [2, 3]. Трудности диагностики острых язв и эрозий желудка заключаются в том, что у 60% пациентов отсутствуют клинически значимые симптомы кровотечения, заболевание носит скрытый характер и диагностируется лишь при появлении гемодинамических нарушений.

Стандартом в диагностике эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ является эндоскопия. Обычно острые язвы небольших размеров 5–10 мм в диаметре, форма язв округлая, края ровные гладкие, дно неглубокое, часто с геморрагическим налетом. Характерна для острых язв их множественность, нередко наблюдается сочетание их локализации в желудке и в 12-перстной кишке.

Во время эндоскопического исследования, кроме осмотра гастродуоденальной зоны, определенное значение имеет первичная оценка интенсивности и характера кровотечения. С целью достижения гемостаза использовали термические, инъекционные и механические методы гемостаза. Выбор метода гемостаза зависел от интенсивности язвенного кровотечения. При кровотечениях F-II-B и F-II-C проведена консервативная терапия. В 15 (9,5%) наблюдениях выполнено обкалывание краев язвы, в 7 (4,5%) – электрокоагуляция, в 12 (7,6%) – аргоноплазменная коагуляция, в 10 (6,4%) – клипирование. В 12 (7,6%) случаях применялись комбинированные методы эндоскопической остановки кровотечения (табл. 1).

Таблица 1

Примененные методы эндоскопического гемостаза

Вид эндоскопического гемостаза	Кровоостанавливающее средство	Количество
Инъекционный метод	Этанол (33%), этоксисклерол (1%)	15 (9,5%)
Электрокоагуляция	Биполярный электрический ток	7 (4,5%)
Аргонно-плазменная коагуляция (АПК)	Аргон	12 (7,6%)
Клипирование	Клипсы «Олимпус», размер-7-9 мм	10 (6,4%)
Комбинированные методы	Инъекционный+электрокоагуляция, Инъекционный+клипирование,	12 (7,6%)

Следует отметить, что в 14 (8,9%) наблюдениях впервые был произведен эндоскопический гемостаз в положении больного на правом боку при кровоточащих язвах задней стенки верхней трети тела и большой кривизны желудка.

После выполнения эндоскопического гемостаза при активном кровотечении с острыми язвами необходимо выделить группы высокого и низкого риска рецидива согласно классификации Forrest. К группам высокого эндоскопического риска рецидива кровотечения из острых язв мы относили пациентов с активным кровотечением из одной или

нескольких острых язв на момент первичной эндоскопии (F-I-A, F-I-B); с состоявшимся кровотечением F-II-A. У больных с кровотечением F-II-B, F-II-C, F-III при клинической манифестации кровотечения независимо от степени выраженности анемии констатирован низкий риск рецидива кровотечения.

По результатам первичной гастроскопии в группах высокого риска рецидива кровотечения необходимо динамическое исследование для осуществления эндоскопической профилактики повторной геморрагии. Срок выполнения повторной ЭГДФС зависел от надежности выполненного пер-

вичного гемостаза и в среднем составил 0,5–3 дня с момента первичной эндоскопии. Во время динамической ЭГДФС повторно оценивали качество гемостаза, риск рецидива кровотечения и осуществляли его профилактику при сохраняющейся угрозе. При успешном эндоскопическом гемостазе дальнейшими методами профилактики и лечения были интенсивная противоязвенная терапия, нормализация моторно-эвакуаторной функции желудка и симптоматическое лечение.

Результаты и обсуждение. Среди больных, перенесших эндоскопические манипуляции, окончательный гемостаз был достигнут в 50 (89,3%) случаях. Рецидив кровотечения отмечено в 6 (10,7%) наблюдениях. После повторного эндоскопического вмешательства в 3 случаях удалось окончательно остановить кровотечение. 3 (5,3%) пациента из-за неэффективности эндоскопических методов гемостаза в крайне тяжелом состоянии были взяты на операцию на фоне продолжающегося кровотечения. Общая летальность составила 3,5% (2 наблюдения). В послеоперационном периоде у обоих пациентов смерть наступила вследствие полиорганной недостаточности.

По мнению В.А. Кубышкина [4], применение эндоскопических способов гемостаза в сочетании с современной антисекреторной терапией в большинстве случаев кровотечений из острых язв позволяют предотвратить его рецидив и добиться адекватного гемостаза без операции. В целом, эффективность эндоскопического гемостаза может достигать 90–95%. В наших наблюдениях рецидивов кровотечения в группе невысокого риска не наблюдалось. У 6 (10,7%) пациентов с высоким риском отмечен рецидив кровотечения. После повторного эндоскопического вмешательства в 3 случаях достигнут окончательный гемостаз.

По данным П.Д. Фомина [8], при использовании инъекционного метода с применением 33% раствора этанола первичный гемостаз удалось достичь у 90% пациентов, окончательный – у 85%, частота рецидива кровотечения составила 15%. Однако нередко этот метод может привести к деструкции тканей и массивному некрозу стенки органа с его последующей перфорацией, что является отрицательной стороной этого метода.

В своих исследованиях Cook D.J. [11] утверждает, что использование коагуляционных методов гемостаза позволяет достичь первичного гемостаза до 91–94,0% наблюдений, окончательного – у 85,0–88,0% пациентов, снижает количество urgentных операций до 10,5%, летальность – до 3,0–4,5%, рецидив геморрагии возникает у 8,0–9,5% больных. Нами в 21 случае были использованы коагуляционные методы (диатермокоагуляция – 7, аргоно-плазменная коагуляция – 12, комбинированный метод – 2). Рецидив геморрагии отмечено в 1 (1,8%) случае, что потребовало оперативного лечения.

В 1980 году впервые в Японии доктором Nachisu совместно с компанией «Olimpus» созданы клипатор и клипсы для эндоскопического гемостаза. По его мнению, с помощью эндоскопического клипирования при язвенных кровотечениях обеспечивается

окончательный гемостаз в 85–100% наблюдениях, уменьшая частоту рецидива с 20% до 2% [13].

K.F. Binmoeller [10] в Германии применив методику эндоклипирования у 88 пациентов с активными язвенными кровотечениями из верхнего отдела ЖКТ, получил отличный результат. Рецидив наблюдался в 5 (5,6%) случаях, из них один больной был оперирован. Летальных случаев не наблюдалось.

Многие авторы утверждают [8, 10, 13], что при использовании ротационных клипс у пациентов активными язвенными кровотечениями можно добиться окончательного гемостаза в 95% случаев, рецидив снизился до 5,0% случаев. При этом неэффективность метода может быть связана с техническими трудностями в визуализации и от места локализации источника кровотечения. Нами эндоскопическое клипирование было использовано у 15 пациентов, из них в 5 случаях сочетали с другими методами. Рецидив кровотечения отмечался в 2 (3,6%) случаях, в одном из них удалось остановить кровотечение эндоскопическим путем, в другом – потребовалось оперативное лечение.

В журнале «Gastrointestinal endoscopy» опубликовано рандомизированное исследование, где сообщается, что частота первичного окончательного гемостаза при эндоклипировании возросла с 92 до 96%, а количество рецидивов кровотечения уменьшилось почти в 2 раза (с 15 до 8,5%). Однако изменение метода эндоскопического гемостаза не повлияло на показатели летальности и открытых оперативных вмешательств [13].

Такая немалая разница показателей стойкого гемостаза или рецидивов кровотечения связана в основном из-за «трудного» расположения источника кровотечения и профузными артериальными кровотечениями. Несмотря на преимущество современных эндоскопических методов гемостаза, необходимо проведение дальнейших исследований для разработки более эффективных способов.

Выводы

1. Эндоскопические методы гемостаза являются эффективными при кровотечениях (особенно F-I-A, F-I-B, F-II-A степенях) из острых язв и эрозий желудка, при этом частота окончательного гемостаза составляет до 94,6%.

2. Использование комбинированных методов и ретроградного гемостаза в положении на «правом боку» дало возможность остановить кровотечение, больше чем 90% случаев.

Литература

1. Бокерия Л.А., Ярустовский М.Б., Шипова Е.А. Острые гастро-дуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии // М., 2004. 185 с.
2. Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А., Оганесян Е.А., Базаров А.С., Черниенко Л.Ю. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях // РАСХИ, Методические рекомендации. М., 2004, 18 с.
3. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И. и соавт. Роль и место эндоклипирования при язвенных кровотечениях. Ташкент // Вестник экс. мед. 2018, №4 С-21-26.
4. Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта у

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 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