



**Ministry of
Health**



**Ministry of Higher
and Secondary Special
Education**



**Ministry of Innovative
Development**



**Andijan State
Medical Institute**

PROBLEMS OF MODERN SURGERY

INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
WITH THE PARTICIPATION OF FOREIGN SCIENTISTS

MATERIALS



**12 OCTOBER, 2022
ANDIJAN**



PROBLEMS OF MODERN SURGERY

SCIENTIFIC EDITOR

M.M.MADAZIMOV

RESPONSIBLE EDITORS

K.Z.SALAKHIDDINOV

J.A.JOHONGIROV

G.N.MAMATKHUJAEVA

**MEMBERS OF THE
EDITORIAL BOARD**

B.R.ABDULLAJANOV

S.Z.SALAKHIDINOV

X.T.MUSASHAYXOV

SH.Y.BUSTANOV

**COMPUTER GRAPHICS
EDITORS**

Y.S.GROMOV

S.X.ABDURAKHMONOV

A.S.KURBONOV

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

среди них мальчиков было 5 (42%), девочек - 7 (58%). Все дети обследованы по спирометрии на базе областного диагностического центра на аппарате «BTL-08 Spiro» (Великобритания, 2011). Дети распределены по возрасту согласно классификации Л.А. Исаевой 1987 г. В первую группу включены 3 (25%) детей в возрасте 6-11 лет, во вторую – 5 (42%) детей в возрасте 11-15 лет и в группе подростков – 4 (33%) в возрасте 15-18 лет.

Результаты и обсуждения. Результаты прослежены у всех детей и отражены как следующие: у 3 детей 1-ой возрастной группы отмечено преимущественно изменение по типу рестрикции и из спирометрических показателей с большей степенью были снижены ЖЁЛ – $67,5 \pm 2,8\%$ и ФЖЕЛ – $61,4 \pm 3,3\%$, без явных отклонений со стороны скоростных показателей, как ОФВ 1 сек. – $78,6 \pm 3,1$, (ПСДВ) – $78,4 \pm 4,6\%$, МОС 50% - $81,8 \pm 5,1\%$, которые соответствовали норме. У 5 детей 2-ой возрастной группы фиксировано снижение ФВД по типу рестрикции с тенденцией к отклонению обструктивных показателей - ЖЁЛ – $69,6 \pm 2,9\%$ и ФЖЕЛ – $67,6 \pm 3,0\%$, а скоростные показатели, как ОФВ 1 сек. – $74,9 \pm 3,1\%$, ПСДВ – $73,8 \pm 5,3\%$, МОС 50% - $74,0 \pm 6,8\%$ были незначительно снижены. У остальных 4 детей 3-ей возрастной группы отмечено изменение ФВД по смешанному типу со снижением объемных показателей: ЖЕЛ до $63,6 \pm 8,5\%$, ФЖЕЛ до $59,4 \pm 8,6\%$ и скоростных показателей: ОФВ 1сек. до $58,9 \pm 8,1\%$, ПСДВ до $58,9 \pm 8,1\%$ и МОС 50% до $48,2 \pm 8,2\%$. По нашему мнению, такие этапные нарушения показателей ФВД сопряжены возрастными изменениями, как процессами окостенения хрящевых отделов ребер в области вороночной деформации.

Выводы

1. Спирометрический метод исследования даёт возможность изучения функциональных нарушений ФВД у детей с ВДГК.
2. У детей младшего возраста с ВДГК когда, область деформации мягкая дыхательное нарушение соответствует рестриктивному типу, по мере роста ребенка сопровождается обструктивный тип нарушения ФВД с определением смешанного типа нарушения, особенно у подростков.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Шадманова Д.С., М.И.Шамсутдиннова, Камалов З.С.

¹*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи*

²*Институт иммунологии и геномики человека АН РУз*

Актуальность: За последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты внематочной беременности, частота которой имеет стойкую тенденцию к росту во всем мире, достигая 1,3-2,6% среди всех беременностей [5,6]. Существует множество факторов, увеличивающих риск возникновения внематочной беременности: неуклонный рост числа воспалительных заболеваний внутренних половых органов, увеличение числа аборт, использование внутриматочной и гормональной контрацепции, применение индукторов овуляции и вспомогательных репродуктивных технологий, перенесенные ранее оперативные вмешательства на трубах, опухоли и опухолевидные образования матки и придатков, эндометриоз, генитальный инфантилизм, вегетативно-сосудистые и нейроэндокринные нарушения, повышенная активность трофобласта, стресс [1,2,9].

Целью данного исследования явилось изучение концентраций сывороточных TNF- α и VEGF-A у женщин с эктопической беременностью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ В настоящее исследование были включены 50 женщин с установленным диагнозом ЭБ. Согласно поставленной цели все обследованные женщины были разделены на 2 группы: 1-ю группу вошли 25 женщин с ЭБ и с ВЗОМТ, 2-ю группу составили 25 женщин с ЭБ без ВЗОМТ (воспалительные заболевания органов малого таза). Контрольную

группу составили 30 здоровых женщин с нормально протекающей маточной беременностью, аналогичного возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ Согласно теории иммунотрофизма успешность пролонгирования беременности зависит от баланса про- и противовоспалительных цитокинов [1,15].

Так, при физиологическом течении беременности в фетоплацентарном комплексе сохраняется оптимальный баланс провоспалительных цитокинов, вырабатываемых Т-хелперами I типа (Th1): IL-1 β , TNF α , IFN γ , IL-12, IL-18, участвующих в клеточном иммунном ответе и продуцируемых Т-хелперами II типа (Th2) регуляторных цитокинов: IL-4, IL-5, IL-10, стимулирующих гуморальный иммунитет [3,4,14].

В нашем исследовании по содержанию TNF- α при ЭБ в группах обследованных женщин как с ВЗОМТ, так и без воспалительных процессов, по сравнению с группой с физиологическим течением беременности, было установлено достоверное однонаправленное повышение кахектина. Так уровень TNF- α в женщин с ВЗОМТ вырос более чем на 5,6 раза, что в среднем составил 108,3 \pm 3,49 пг/мл против 19,1 \pm 0,40 пг/мл (P<0,001), а в группе женщин без ВЗОМТ синтез вырос более чем в 5 раз со средним значением 96,9 \pm 2,31 пг/мл против 19,1 \pm 0,40 пг/мл (P<0,001).

Полученные результаты еще раз свидетельствуют о том, что в основе хронизации воспалительных процессов генитального тракта и эндометрия лежит сложный иммунопатологический процесс, течение которого опосредует исходная функциональная активность иммунокомпетентных клеток, в том числе макрофагов, которые в последующем обеспечивают очаг воспаления продукцией провоспалительных цитокинов, в частности TNF- α .

Вероятно, что при ЭБ формируются признаки активного или неактивного воспаления в области инвазии плодного яйца, что свидетельствует об ассоциации на этом участке продуцентов (первую очередь макрофагов, моноцитов, нейтрофилов, активированных лимфоцитов) TNF- α для образования очага воспаления. Вероятно, что чрезмерный синтез TNF- α как на локальном так и на системном уровне приводит в индукции Th1 - цитокинов, обладающих прямым эмбриотоксическим эффектом. Поэтому, полученные результаты позволяют нам предположить, что выраженную экспрессию данного медиатора можно использовать не только при ВЗОМТ, но и при развитии ЭБ.

Полученные результаты выявили разницу в концентрации VEGF-A в сыворотке между женщинами с ЭБ и женщинами с нормальной маточной беременностью. Концентрации VEGF-A оказались достоверно выше, чем в контрольной группе. Незначительные различия наблюдались в между женщинами с ВЗОМТ и без воспалительного процесса. Так, уровень сывороточного VEGF-A в группе женщин с ВЗОМТ был повышен в 2,5 раза со средним показателем 345,5 \pm 10,22 пг/мл (P<0,001), также как и уровень сывороточного VEGF-A без ВЗОМТ 358,3 \pm 13,05 пг/мл (P<0,001), тогда как в контрольной группе значения данного цитокина составил 137,4 \pm 2,20 пг/мл.

Основываясь на биологических свойствах и механизмах данного ростового фактора, мы предполагаем, что вероятное увеличение глубины проникновения трофобласта в стенку маточных труб положительно коррелирует увеличением концентрации VEGF-A в сыворотке крови женщин с ЭБ. Видимо, повышенная клеточная продукция VEGF-A делает возможным более глубокое проникновение трофобластической ткани в стенку маточных труб для дальнейшей вероятной имплантации.

Учитывая высокую чувствительность, специфичность тест-систем, а также положительную и отрицательную прогностическую ценность, высокое содержание VEGF-A в сыворотке, может являться хорошим предиктором более глубокой инвазии трофобластов и, как следствие, большего разрушения стенки маточных труб при ЭБ.

Таким образом, опираясь на полученные результаты, которые соответствуют литературным данным процессы имплантации и развития эмбриона разнонаправлено регулируются различными цитокинами. Повышение содержание TNF- α и VEGF-A приводит к

Цель. Оценка результатов эндоурологического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Материал и методы исследования. В 2000 – 2021 гг в Специализированной детской хирургической клинике СамГМУ пролечено 66 детей в возрасте от 8 мес до 15 лет с ПМР I – IV степени. ПМР с одной стороны выявлен у 46 (69,7%), а двусторонний ПМР – у 20 (30,3%) детей. Комплексная диагностика заболевания включала общеклинические, клинико-лабораторные и визуализирующие методы диагностики. Всем больным выполнена эндоурологическая коррекция ПМР с использованием нестабильного импланта – «Коллаген».

Результаты. В результате проведенного лечения обострение пиелонефрита купированы у 92% больных. У 65% пациентов со второй и третьей степенью ПМР удалось добиться полного прекращения ретроградного заброса мочи. В 15% случаях выявлено уменьшение степени рефлюксации с III до I и с IV до II степени. В целом результаты эндоскопического лечения в 80% случаев оказались эффективными. Пациентам с отсутствием эффекта была проведена повторное эндоскопическое лечение, с положительной динамикой.

Заключение. Эндоскопическая коррекция с введением объем образующего вещества может быть альтернативным методом выбора при хирургическом лечении ПМР.

ПРИМЕНЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ И СТАДИЯХ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.

Шамсутдинов М.М., Шамсутдинова М.И., Ёрлаев Н.Ф.

Ташкентская медицинская Академия

Многопрофильная клиника центра усовершенствования медицинских работников

Актуальность: Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), прежде всего язвенный колит и болезнь Крона, относятся к группе заболеваний, характеризующихся идиопатическим воспалением органов желудочно-кишечного тракта. Клинически ВЗК проявляются болью в животе, хронической диареей, кишечными кровотечениями, анемией, астенизацией и значимым снижением качества жизни больного. Кроме того, у пациентов с ВЗК существенно возрастает риск развития рака толстой кишки, тромбозов и первичного склерозирующего холангита. Более 4 млн человек в США и Европе страдают от ВЗК, каждый год в США диагностируется 70 000 новых случаев заболевания. Применение традиционных методов терапии ВЗК позволяет достичь стойкой ремиссии в 20–30%, при комбинированной терапии — в 50% случаев. Для терапии тяжелых форм ВЗК иногда требуется хирургическое удаление поврежденных участков желудочно-кишечного тракта. Одним из перспективных направлений в лечении ВЗК является регенеративная терапия биомедицинскими клеточными продуктами.

Целью данного исследования является изучить эффективность клеточной терапии при тяжелых и терминальных стадиях ВЗК.

Материалы и методы:

Исследование проводилось в рамках грантового проекта «Разработка клеточной технологии персонального лечения язвенных колитов» на базе многопрофильной клиники центра усовершенствования медицинских работников в отделении проктологии.

До настоящего момента нами были обследованы более 50 больных ВЗК в терминальной стадии обеих полов. На первом этапе больным проводилось стандартное консервативное лечение в амбулаторных и стационарных условиях. Удалось достичь краткосрочной ремиссии, в большинстве случаев достигалась только симптоматическая ремиссия.

Больным были предложены программа клеточной терапии (КТ) аутологичными и аллогенными мезенхимальными стромальными клетками из жировой ткани.

В результате были получены благоприятные результаты. В частности у нескольких пациентов с диагнозом Язвенный колит с дистальным поражением. Ремиттирующее течение. Стадия

активного воспаления. И с осложнением синдром кишечного кровотечения и диарейный синдром была достигнута стойкая ремиссия и в патогномичном и в симптоматическом плане.

Вывод: Использование МСК в терапии ВЗК однозначно показали безопасность этого подхода и его потенциальную эффективность, в том числе и в случаях, резистентных к традиционным способам терапии. Терапевтическое действие МСК обусловлено мощным иммуномодулирующим эффектом, в результате которого снижается активность аутоиммунного воспаления и стимулируется процесс репарации в слизистой оболочке кишечника, что в свою очередь увеличивает продолжительность ремиссии, снижает риск рецидива заболевания и частоту госпитализаций пациентов.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.

*Шерматов С.А., Махмудов Н.И., Валиев А.С.
Ферганский филиал РНЦЭМП*

Диафизарные переломы плеча, по нашим данным составляют 21 % от всех переломов плечевой кости, причем диафизарные переломы плеча преимущественно бывают у лиц среднего возраста, занимающихся физическим трудом В отделении травматологии за последние 5 лет лечилось 178 больных с диафизарными переломами плеча, из них 58 больных были оперированы (32,5 %). По литературным данным (Аствацатурян, Реутов, Кузмина, Кудряшова, В.П.Охотского и др.) оперативному лечению подвергаются

10/15 % больных со свежими диафизарными переломами плеча. Такой небольшой процент операции при переломах диафиза плеча объясняется тем, что консервативный метод даёт вполне удовлетворительные функциональные результаты лечения. Поэтому диафизарные переломы плеча преимущественно оперируются по абсолютным показаниям.

Показания к оперативному лечению были следующие: открытые переломы – 13 больных, переломы с интерпозицией мягких тканей - 18 больных, повреждение лучевого нерва – 9 больных, неврашиваемые переломы консервативно - 18. У последней группы больных было значительное смещение отломков в сторону (по ширине). Больные распределялись следующим образом закрытых диафизарных переломов было 41 больной. Открытых было 27 больных. Мужчины составляли 33 больных, а женщины 25 больных. Возраст больных: от 17 до 70 лет, причем преобладает средней возраст – 30 до 45 лет (37 больной). По характеру линии излома переломы были: поперечные 15, косые 28, винтообразные 6, оскольчатые 9. У 15 больных перелом плеча сочетался с повреждениями других органов (сотрясение мозга, перелом бедра, перелом предплечья, перелом ключицы, травмы позвоночника). Срок оперативного вмешательства при свежих диафизарных переломах плеча, как и при любых диафизарных переломах должен быть решен в пользу ранней операции.

Девять больных с открытыми переломами были оперированы в первые часы после поступления. Им произведена первичная хирургическая обработка и остеосинтез плеча.

Семерым больным, поступившим в состоянии шока с открытыми переломами плеча и сочетанными повреждениями, при поступлении в клинику произведена первичная хирургическая обработка открытого перелома, фиксация его гипсовой повязкой и мероприятия по выведению больного из шока. Остеосинтез плеча у этих больных произведен на 10-12 день после заживления раны на плече и улучшения общего состояния. Показанием для операции явилось значительное смещение костных отломков.

Больные с закрытыми диафизарными переломами плеча в подавляющем большинстве были оперированы на 10-15 день. За этот период выявлена неэффективность консервативного лечения и больные подготовлены к операции. Наилучшим методом обезболивания при остеосинтезе плеча мы считаем общее обезболивание. Для фиксации костных отломков плеча при 35 операциях применен интрамедулярно металлический штифт. В восьми случаях

Цель: анализ результатов лечения ОГО.

Материалы и методы. За последние 3 года нами были госпитализированы на обследование и лечение 25 детей с острым гематогенным остеомиелитом различной локализации. Больные распределены следующим образом: мальчиков-14 больных, девочек-11. По возрасту до 3 лет-3 больных, до 7 лет- 8, до 10 лет-7, до 15 лет-7. Ретроспективный анализ показал, что у всех (25) больных отмечался отягощенный преморбидный фон (анемия, остаточное явление рахита, дефицит массы тела, частые простудные заболевания и.т.д). По локализации патологического процесса бедренная кость-5. По форме: септикопиемическая было у 17 больных, токсическая-6, местноочаговая-2. Все больные в комплексе лечения получили региональную лимфатропную антибиотикотерапию. Из них 7 больных сочетанную антибиотикотерапию. Лимфатропную антибиотикотерапию проводили через нижнюю конечность с предварительной лимфастимуляцией. Сравнительный анализ больных, получивших в комплексе лечения антибиотики лимфатропным и традиционным путем, показывает, что клинико-лабораторные и рентгенологические данные (самочувствие, сон, аппетит, температурная кривая, отек, гиперемия мягких тканей, движение конечностей, лейкоцитоз крови, СОЭ и.т.д.). В основной группе больных (25) улучшилось в среднем на 3-4 дня раньше, чем в контрольной группе больных (23).

Вывод. Таким образом, анализ результатов лечения больных с данной патологией показывает важность и значимость региональной лимфатропной антибиотикотерапии, учитывая эффективность и экономичность метода.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА У БОЛЬНЫХ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19

*Юнусов А.А., Жуламанова Д.И., Шамсутдинова М.И., Таджиева З.М.
ГУ «Специализированная больница Зангиота №1 для лечения больных с
коронавирусной инфекцией»*

Резюме. Улучшение результатов лечения больных с острой дыхательной недостаточности путём дифференцированного применения неинвазивных методов вентиляции.

Материал и методы исследования: В отделение реанимации специализированной больницы Зангиота №1 с 02.07.2021 по 11.09.2021г. под нашим наблюдением находились 115 пациентов с COVID-19, осложненным ОДН. Больные были в возрасте от 27 до 41 года (средний возраст $32,8 \pm 2,8$ года).

Больные были разделены на три группы в зависимости от режима вентиляции легких. 1-ю группу составили 50 пациентов, которым проводились традиционные методы лечения больных с COVID-19, оксигенотерапия через маски Вентури. Во 2-ю группу вошли 32 больных, которым вместе с традиционными методами лечения проводилась неинвазивная вентиляция легких в режиме CPAP. 33 больным 3-й группы в отличие от второй, проводился режим DUAL-LEVEL, т.е. общее признанный режим BiPAP.

В результате исследований установлено, что в режиме CPAP составил $319,59 \pm 7,74$ мл, в режиме DUAL-LEVEL $329,47 \pm 7,15$ мл. На 3-е сутки ДО повысился на 18,8% в режиме CPAP и на 23,2% - в режиме DUAL-LEVEL. На III этапе исследования в обеих группах отмечалось повышение дыхательного объема до $521,31 \pm 13,83$ мл в CPAP и до $583,77 \pm 15,37$ мл в режиме DUAL-LEVEL, т.е. в режиме DUAL-LEVEL ДО был на 10,6% выше, чем в режиме CPAP.

Минутная вентиляция легких MB в обоих режимах не привило к достоверным изменениям на всех этапах исследования ($P > 0,05$). В compliance в исходном в режиме CPAP составил $22,25 \pm 0,58$ мл/см вод.ст., в режиме DUAL-LEVEL $2323,01 \pm 0,54$ мл/см вод.ст. Через трое суток от начала лечения отмечалось достоверное повышение этого показателя в обеих группах ($P < 0,05$), между группами было достоверных различий. При лечении больных обоими режимами на 6-е сутки регистрировалось достоверное повышение compliance до $44,90 \pm 1,27$

мл/см вод.ст. в СРАР ($p < 0,001$) и $52,24 \pm 1,34$ мл/см вод.ст. ($p < 0,001$) в режиме DUAL-LEVEL.

Выводы: Следовательно, оба режима НВЛ дают положительные клинические результаты, улучшаются показатели центральной гемодинамики, газового состава крови и внешнего дыхания. При этом режим DUAL-LEVEL более эффективен, чем СРАР.

АНАЛИЗ ЭТАПОВ КОМБИНИРОВАННОЙ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ BIS ИНДЕКСА ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ.

*Юсунов А.С., Исмаилова М.У., Талипов М.Г.
Ташкентский педиатрический медицинский институт.
Ташкент*

Введение. При современных комбинированных методиках общей анестезии, сложно своевременно обнаружить клинические признаки пробуждения больного, а мониторируемые в этот период показатели газообмена и кровообращения, изменения которых и служат обычно основой для дозировки препаратов, далеко не всегда отражают реальный уровень угнетения сознания. На сегодняшний день решением этой проблемы является BIS-мониторинг.

Целью исследования явилось определение оптимального способа комбинированной общей анестезии на основании BIS-мониторинга.

Материалы и методы. В исследование включены 31 детей с диагнозом Врожденный вывих бедра и воронкообразная деформация грудной клетки, которым проводилась общая анестезия с использованием малых доз фентанила, севофлурана и пропофола. Пациенты были разделены на две группы: в 1 группе (16 бол.) анестезия проводилась под контролем BIS-мониторинга; а во 2 группе (15 бол.) определяли по показателям гемодинамики и другим клиническим признакам. После премедикации всем пациентам проводили стандартный периоперационный мониторинг, включающий непрерывную пульсоксиметрию, регистрацию ЭКГ, частоты сердечных сокращений, артериальное давление (Dräger, German). Индукцию анестезии осуществляли пропофолом 3 мкг/кг , фентанилом 3 мкг/кг . Миорелаксацию перед интубацией трахеи проводили при помощи аркурона $0,06 \text{ мг/кг}$. Поддержание анестезии обеспечивали ингаляционным анестетиком севофлюраном и дробным введением фентанила для обеспечения глубины анестезии на хирургическом уровне $40\text{—}60$ баллов под контролем модуля кардиомонитора UTAS 300TM (Украина) Искусственную вентиляцию легких в операционной осуществляли аппаратом Fabius plus (Dräger, German) с параметрами, дыхательный объем $10\text{—}12 \text{ мл/кг}$, частота дыхания $20\text{—}22/\text{мин}$, LFA. Инфузионную терапию в ходе операции проводили изоосмолярными растворами (в 1 группе в зависимости от показателей BIS, а во 2 группе в соответствии с рекомендованными дозами). Восстановление сознания больных после операции определялось спонтанным открыванием глаз, полным восстановлением рефлексов и выполнением команд.

Результаты исследования. В 1 группе значение BIS после премедикации колебалось между 72 и 80. Во время индукции анестезии значение BIS резко падало в среднем до 32, и это означает, что используемая нами фентанил в средней дозе $2,5 \pm 0,5 \text{ мкг/кг}$ вполне достаточна. Такой уровень анестезии держался в среднем на протяжении 6 минут, после чего мы начинали ингаляцию севофлурана с такой скоростью, которая позволила удерживать значение BIS между 45-64. В среднем концентрация севофлурана составляла $2,2 \pm 0,8 \text{ V\%}$, и только у трех пациентов понадобилась ингаляция севофлурана увеличить $3,2 \text{ V\%}$. Таким образом, BIS-мониторинг не только позволил нам сэкономить препараты для общей анестезии, но и привел к сокращению процента поверхностной анестезии и чрезмерно глубокого наркоза, что отражалось на скорости восстановления сознания, которая составила $35 \pm 4,6$ минуты в 1 группе, что достоверно ниже, чем во 2 группе $45 \pm 3,8$ минуты. На основании полученных нами

<p>ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А., Дусяров Ж.Т., Ахмадалиев С.М.</p>	372
<p>СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Данияров Э.С.</p>	373
<p>ПРИМЕНЕНИЕ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ И СТАДИЯХ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА. <i>Шамсутдинов М.М., Шамсутдинова М.И., Ёрлаев Н.Ф.</i></p>	374
<p>ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ. <i>Шерматов С.А., Махмудов Н.И., Валиев А.С.</i></p>	375
<p>РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ ГЕМАТОМАХ <i>Элмурадов Г.К., Хурсанов Ё.Э.</i></p>	376
<p>ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА <i>Элмурадов Г.К., Янгиев Б.А., Шукуров Б.И., Хурсанов Ё.Э., Пулатов М.М.</i></p>	377
<p>МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>Эргашев У.Ю., Эрназаров Х.И., Мавлянов С.Ф.</i></p>	378
<p>ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ В ПОЛИКЛИНИКАХ. <i>Эргашев У.Ю., Эрназаров Х.И., Мавлянов С.Ф.</i></p>	379
<p>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТА РЕОМАННИСОЛА НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ. <i>Эрназаров Х. И., Эргашев У. Ю.</i></p>	380
<p>БОЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛ ФАЛАЖИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ТИЗЗА БЎГИМИ БУКУВЧИ КОНТРАКТУРАСИНИ ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШДА ЯНГИЧА ЁНДАШУВ. <i>Эшматов М.М., Хамроев Ф.Ш., Ахмедов А.Э.</i></p>	382
<p>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХАМСТРИНГ СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ДЦП <i>Эшматов М.М., Хамраев Ф.Ш., Ахмедов А.Э.</i></p>	383

<p>ПРЕИМУЩЕСТВА ТОРАКОСКОПИИ В ЭКСТРЕННОЙ ТОРАКАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ</p> <p><i>Эшонкулов. Ч.И, Сирожиддинов. У.К, Эгамбердиев. Т.Э, Акбаров. Ж.А.</i></p>	384
<p>РОЛЬ САНАЦИОННОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРИ УШИБЕ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ФФРНЦЭМП</p> <p><i>Эшонкулов. Ч.И, Эгамбердиев. Т.Э, Акбаров. Ж.А, Умурзаков. Н.Р.</i></p>	385
<p>КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПОСЛЕ МНОГОКРАТНЫХ ОПЕРАЦИЙ</p> <p><i>Эшонов О.Ш., Усмонов У.Р.</i></p>	386
<p>РОЛЬ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ У НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ</p> <p><i>Эшонов О.Ш., Ярашев А.Р., Абдурахманов М.М., Шомуродов Х.Ш.</i></p>	387
<p>РОЛЬ ФИБРОБРОНХОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ.</p> <p><i>Эшонходжаев О.Д., Худайбергенев Ш.Н., Абдусаломов С.А., Турсунов Н.Т., Аманов Б.Б., Рихсиев З.Г, Якубов Б.Ф.</i></p>	389
<p>ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.</p> <p><i>Юлдашев М.А., Жумабоев И.Ж., Абдурахмонов С.</i></p>	390
<p>ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ.</p> <p><i>Юлдашев М.А. Каримов Д.К., Нўмонов Б.</i></p>	390
<p>РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА У БОЛЬНЫХ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19</p> <p><i>Юнусов А.А., Жуламанова Д.И., Шамсутдинова М.И., Таджиева З.М.</i></p>	391
<p>АНАЛИЗ ЭТАПОВ КОМБИНИРОВАННОЙ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ VIS ИНДЕКСА ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ.</p> <p><i>Юсупов А.С., Исмаилова М.У., Талипов М.Г.</i></p>	392
<p>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОКЦИГОДИНИИ</p> <p><i>Юсупова И.А.</i></p>	393
<p>СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ HALLUX VALGUS</p> <p><i>Юсупова И.А.</i></p>	393
<p>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ УГЛЕКИСЛОТНОГО ЛАЗЕРА И ИМИХИМОДА В ТЕРАПИИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ</p> <p><i>Юсупова Ш.А., Камилова Б.М., Юлдашева С.А.</i></p>	394

<p>ПРИМЕНЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕЛЯ МЕТРОГИЛ ДЕНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ.</p> <p><i>Якубова Н.А.</i></p>	395
<p>ЛИМФОТРОПНАЯ ПРОТИВОТЕЧНАЯ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ</p> <p><i>О.Ш. Эшонов, М.М. Абдурахманов, А.Р., Ярашев, Шомуродов Х.Ш.</i></p>	396
<p>ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНО-ЛИМФОЦИТАРНОГО СООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ</p> <p><i>Ярашев А.Р., Эшонов О.Ш., Шомуродов Х.Ш.</i></p>	398
<p>РОЛЬ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ У НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ</p> <p><i>Ярашев А.Р., Абдурахманов М.М., Эшонов О.Ш., Шомуродов Х.Ш.</i></p>	399
<p>ЛИМФОТРОПНАЯ ПРОТИВООТЁЧНАЯ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ</p> <p><i>Абдурахманов М. М., Эшонов О. Ш., Ярашев А.Р.</i></p>	400
<p>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ</p> <p><i>Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Маликова А.Э., Каримов А.Х.</i></p>	401
<p>ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <p><i>Баннопов Ж.</i></p>	403
<p>ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <p><i>Баннопов Ж.</i></p>	404
<p>НАБЛЮДЕНИЕ ГИПЕРГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПЕРИОД</p> <p><i>Гафурова Д.К.</i></p>	405
<p>ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРГОНАДОТРОПНОГО ГИПОГОНАДИЗМА У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПЕРИОД</p> <p><i>Гафурова Д.К.</i></p>	407