



MINISTRY OF HEALTH OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION, SCIENCE AND
INNOVATIONS OF THE REPUBLIC
OF UZBEKISTAN



ANDIJAN STATE
MEDICAL INSTITUTE

www.adti.uz

October 6, 2023

International scientific and practical conference on

“Problems of Modern Surgery”

MATERIALS



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**

**X.T.MUSASHAYXOV
G.M.XODJIMATOV
SH.Y.BUSTANOV**

**COMPUTER GRAPHICS
EDITORS**

**F.A.ABDULXODIMOV
Y.S.GROMOV**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

случаях (0.83%), при традиционной аппендэктомии нагноение раны встречалось у 17 пациентов (9.44%). Смертельных исходов не наблюдалось.

Вывод. Лапароскопическая аппендэктомия по сравнению с традиционной аппендэктомией при наличии перфорации аппендикса обеспечивает уменьшение частоты нагноения послеоперационной раны, уменьшение количества койко дней, и связаны с меньшей продолжительностью операции.

ОСТРАЯ ФАЗА ОСТЕОАРТРОПАТИИ ШАРКО У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.
Ташкентская Медицинская Академия г.

Актуальность. В настоящее время проблема лечения больных сахарным диабетом (СД) приобретает все большую актуальность (этим заболеванием страдает более 6% населения развитых стран), увеличиваясь каждые 10-15 лет вдвое. Увеличение продолжительности жизни больных СД ведет к появлению поздних осложнений этого заболевания (ангиопатии, полинейропатии, нефропатии, ретинопатии). Среди больных СД в возрасте 34-75 лет поражение нижних конечностей встречается в 55% случаев в виде синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы: Проанализированы истории заболевания 40 пациентов с остеоартропатией Шарко, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской Медицинской академии в 2020-2022 гг., которым с острой фазой остеоартропатии Шарко. Диагностика остеоартропатии основывалась на результатах рентгенологического и гистологического исследований. Диагностика нейропатии – на оценке снижения уровней тактильной, болевой, температурной и вибрационной чувствительности стоп. Макроангиопатия диагностировалась при отсутствии пульсации на уровне голеностопного сустава и тыльной артерии стопы. В этом случае изменения кровотока в магистральных артериях уточняли по результатам ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) (аппараты «Logic P5», «AcusonX-500»), в ряде случаев использовали мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) (аппарат «Siemens Somatom Emotion 6») и селективную ангиографию сосудов нижних конечностей (аппарат «Philips Allura Xper FD20»).

Результаты: Для сравнения происходящих изменений в кровообращении нижней конечности на фоне острой фазы остеоартропатии нами были выполнены ультразвуковые исследования артерий нижних конечностей и у 5 пациентов с нейропатической формой СДС. Во всех случаях по результатам ультразвукового исследования определялся магистральный кровоток в артериях нижних конечностей. У одного из пациентов с острой фазой СШ на фоне нейропатической формы СДС была выполнена компьютерная томография артерий нижних конечностей. По результатам МСКТ на стороне поражения отмечено еще более выраженное артериовенозное шунтирование в мягких тканях, при этом в дистальных отделах конечности дифференцировать друг от друга артериальные и венозные сосуды не представляется возможным. На другой конечности у того же пациента по данным МСКТ четко визуализировалось окклюзионное поражение ЗББА, контрастирования венозного русла не отмечено.

Заключение. Теории возникновения и развития остеоартропатии Шарко и в настоящее время являются предметом обсуждения. Значение сосудистого компонента в возникновении и течении заболевания требует дальнейшего целенаправленного изучения как для уточнения сути происходящих патологических изменений в конечности на

стороне поражения, так и для определения тактики лечения этого тяжелого заболевания и его осложнений.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ГИСТОЛОГИЯ «СТОПЫ ШАРКО»

Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.
Ташкентская Медицинская Академия г.

Актуальность. «Стопа Шарко» (СШ) – это патологическое состояние, основой которого является деформация скелета стопы вследствие повреждения костной ткани, возникающего на фоне поражения периферического и (или) центрального отдела нервной системы. Впервые данное состояние было описано французским врачом-неврологом Жаном Мартеном Шарко у пациентов с нейросифилисом (спинной сухоткой). Автор указал, что морфологическими проявлениями этого состояния являются дегенерация и атрофия нервных волокон задних канатиков спинного мозга, сопровождающаяся потерей проприоцептивной чувствительности и формированием выраженной деформации стопы.

Материалы и методы: Материалом для исследования являлись: фрагменты костей предплюсны (кубовидная и латеральная клиновидная) с окружающими мягкими тканями, полученные в ходе корригирующей остеотомии (в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской Медицинской академии), и четыре фрагмента икроножного нерва голени протяженностью около 3-4 см, полученные из ампутированных нижних конечностей пациентов со «стопой Шарко». Фиксированный тканевой материал подвергался стандартной гистологической обработке. Полученные гистологические срезы, окрашенные гематоксилином и эозином, изучали в световом микроскопе. Для электронно-микроскопического исследования образцы фиксировали в 2,5% глутаровом альдегиде и 1% растворе четырехоксида осмия. Дегидратацию проводили спиртами с восходящими концентрациями, затем заливали в эпон-аралдит. Ультратонкие срезы изучали в электронном микроскопе «Philips CM-10».

Результаты: При оценке всей площади поперечного среза икроножного нерва отмечается диффузное снижение количества толстых миелиновых волокон, сопровождающиеся разрастанием соединительной ткани, формирующей широкие перегородки. Среди наиболее распространенных изменений следует выделить расслоение миелина (по типу «луковичной шелухи»), скручивание миелиновых оболочек, полную или частичную его потерю на одной из поверхностей осевого цилиндра, нарушение упорядоченности слоев (рис. 5). Важно отметить, что наряду с процессами деструкции могут быть констатированы и признаки регенерации нервных волокон, что проявляется новообразованием новых волокон мелкого диаметра с относительно сохранными миелиновыми оболочками. Одновременно с этим наблюдаются дегенеративные изменения в лимфоцитах, проявляющиеся в вакуолизации цитоплазмы, нарушении конденсации хроматина и изменении формы ядра. **Заключение:** Во всех тканях нижней конечности при «стопе Шарко» обнаружены морфологические преобразования как обратимого, так и необратимого характера. В качестве ведущего компонента патогенеза, обуславливающего их развитие, следует выделить выраженные патогистологические изменения стенки сосудов микроциркуляторного русла, приводящие к нарушению перфузии и репаративного гистогенеза тканей. В связи с этим коррекция ишемии является ключевым компонентом лечения данной группы пациентов. Учитывая успешную реализацию терапевтического ангиогенеза при ХИНК, основой которого является индукция роста и развития сосудов микроциркуляторного русла, необходима оценка возможности применения данного подхода у больных со «стопой Шарко».

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ОСТЕОПРОТЕГЕРИН (OPG) — ЛИГАНД РЕЦЕПТОРА-АКТИВАТОРА ЯДЕРНОГО ФАКТОРА КАППА-B (RANKL) У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИЕЙ И МЕДИАКАЛЬЦИНОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.
Ташкентская Медицинская Академия г.

Цель: В этой связи представляет интерес изучение особенностей данного многофакторного взаимодействия при синдроме диабетической стопы, где дистальная полинейропатия, медиакальциноз и остеоартропатия носят сочетанный и прогрессирующий характер.

Материалы и методы: В отделение гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской Медицинской академии было обследовано 107 человек. На основании результатов проведенного обследования все пациенты были разделены на следующие группы: 33 пациента с острой стадией диабетической остеоартропатии (ДОАП) (группа 1); 24 пациента с хронической стадией ДОАП (группа 2); 20 пациентов с выраженной диабетической полинейропатией (ДН) и медиакальцинозом артерий нижних конечностей (группа 3). Группу контроля составили 30 человек с нормальной толерантностью к глюкозе (4 группа). Все пациенты с ДОАП (1 и 2 группы) имели медиакальциноз артерий нижних конечностей, выявляемый рентгенологически. С целью оценки компенсации углеводного обмена пациентам с СД определялся уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) (анализатор «Diastat» «BioRad», США).

Результаты: Во всех группах пациентов было выявлено повышение HbA1c (M min—max): 1 группа — 9,9% (6,9—13,4); 2 группа — 9,5% (6,3—12,7); 3 группа — 8,8% (5,2—12), что связано с декомпенсацией углеводного обмена на момент обследования.

При сравнении частоты различных рентгенологических изменений у пациентов с ДОАП статистически значимые различия определялись в наличии остеолиза (80%) и остеопороза (100%), которые преобладали в острой стадии ДОАП ($p < 0,01$).

У пациентов с хронической стадией ДОАП (2 группа) отмечен чрезвычайно высокий процент наличия язвенных дефектов (91%) .

Заключение: Ведущую роль в патогенезе ДОАП и медиакальциноза артерий нижних конечностей играет диабетическая нейропатия. ДОАП также сопровождается выраженным локальным остеопорозом костных структур стопы. Выявлены характерные признаки поражения костных структур стоп при острой и хронической стадиях ДОАП. Для острой стадии ДОАП наиболее характерными являются локальный остеопороз и остеолиз, для хронической — склеротические и гипертрофические изменения. Концентрация OPG в сыворотке крови выше у лиц с СД. Острую стадию ДОАП характеризует высокая активность костного метаболизма: повышение уровней маркеров костеобразования: КЩФ, OPG, RANKL. Наиболее высокие значения OPG выявлены у пациентов с медиакальцинозом артерий нижних конечностей.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИЕЙ

Исмаилов У.С., Матмуратов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.
Ташкентская Медицинская Академия г.

Цель: Изучение состояния минеральной плотности костной ткани (МПКТ) проксимального отдела бедра у пациентов с острой и хронической стадиями диабетической остеоартропатии.

Материалы и методы: Для изучения состояния МПКТ у пациентов с артропатией Шарко было обследовано 50 больных с СД I и II типов. На основании клинического обследования все пациенты были разделены на следующие группы: 1 группу составили пациенты с проявлениями хронической стадии ДОАП (n=25), 2 группу - пациенты с признаками острой стадии ДОАП (n=10), в 3 группу вошли пациенты с диабетической нейропатией (n=15). Для оценки выраженности диабетической нейропатии всем пациентам проводилось исследование вибрационной чувствительности с помощью градуированного камертона (Kircher&Wilhelm, Германия) в стандартных точках (медиальная лодыжка и основание 1 пальца). Степень компенсации углеводного обмена оценивалась по уровню HbA1c (анализатор Bayer DC 2000, Германия, норма до 5,7%). Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы «Statistica for Windows 95» и представляла собой группировку материала, вычисление средней арифметической (M), среднего квадратичного отклонения (a) и средней ошибки (t). При нормальном варьировании достоверность различия для параметрических показателей определялась с помощью критерия Стьюдента, для непараметрических - Манна-Уитни. Коэффициент корреляции (r) проверялся для параметрических признаков по критерию Пирсона, для непараметрических - по критерию Спирмена. Достоверными считались различия показателей при $p < 0,05$.

Результаты: В группе больных с хронической стадией ДОАП (группа 1, n=25) остеопения наблюдалась в 6 случаях (24%) в проксимальном отделе бедра, в 6 случаях (24%) в шейке бедра, в 14 случаях (56%) в области Варда и в 7 случаях (28%) в области большого вертела. В 2 случаях (8%) был выявлен остеопороз во всех изучаемых отделах проксимального отдела бедра. В поясничном сегменте L1—L4 остеопения определялась в 2 случаях (8%). Остеопороза в отделе L1—L4 выявлено не было.

В группе пациентов с острой стадией ДОАП (группа 2, n=10) остеопения наблюдалась в 4 случаях в проксимальном отделе бедра, в 4 случаях в шейке бедра, в 6 случаях в области Варда и в 5 случаях в области большого вертела. Остеопороз был выявлен в 1 случае в проксимальном отделе бедра и в области Варда. В поясничном сегменте L1—L4 остеопения отмечалась в 2 случаях. Остеопороза в поясничном отделе позвоночника выявлено не было.

Выводы: 1. У пациентов с ДОАП остеопения в проксимальном отделе бедра выявлялась достоверно чаще, чем в поясничном отделе позвоночника.

2. Наиболее выраженное снижение костной плотности проксимального отдела бедра отмечалось у пациентов с острой стадией ДОАП, что отражает влияние локального острого деструктивного процесса на костный метаболизм в проксимальном отделе бедра.

3. Пациенты с хронической стадией ДОАП имели значительные различия в показателях костной плотности проксимальных отделов бедра между пораженной и непораженной конечностями.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА IL-1B, IL-6 И IL-10 К РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Исмаилов У.С., Турсунов Ф.Н., Мадатов К.А., Шарапов А.Н., Сайфуллаев С.О.
Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент

Целью нашего исследования был изучение возможную корреляцию между генетическими полиморфизмами интерлейкина (IL) -1 β , IL-6 и IL-10 и риском развития острого панкреатита в узбекской популяции.

Материал и методы. Образцы цельной крови были получены у 88 больных с острым панкреатитом и 81 здоровых лиц. Генотипирование полиморфизмов (511С/Т) гена IL-1 β , (174 С/Г) гена IL-6, (1082А/Г) гена IL-10 выполнено с использованием полимеразной цепной реакции путем дискриминации аллелей с помощью TaqMan-зондов. Полиморфизмы IL-1 β -511С/Т, IL-6 -174 С/Г, и IL-10 -1082А/Г оценивали с помощью полимеразная цепная реакция - полиморфизм длины рестрикционного фрагмента.

Результаты. Пациенты с острым панкреатитом с большей вероятностью имели в семейном анамнезе острый панкреатит, привычку к курению табака и употреблению алкоголя. Анализ условной логистической регрессии показал, что субъекты, несущие генотипы IL-1 β -1082А/Г и IL-6 -1082А/Г с аллелем А, были достоверно связаны с повышенным риском развития острого панкреатита, с скорректированным отношением шансов (95% доверительный интервал), равным 1,82 (1,01-3,31) и 1,39 (1,02-1,90), соответственно. Однако мы не наблюдали достоверных показатели, чтобы полиморфизм IL-10 -1082А/Г был связаны с риском развития острого панкреатита.

Также установлено, что комбинация генотипов полиморфизмов IL-1 β -1082А/Г и IL-6 -1082А/Г ассоциирована с риском развития острого панкреатита и стратифицированный анализ показал, что у курящих пациентов с генотипом 1082А/Г риск развития острого панкреатита выше, чем у пациентов с другими генотипами (OR 2,22, 95% CI 1,3-3,79; p=0,003).

Таким образом, мы обнаружили, что аллели полиморфизма IL-6 -1082А/Г связан с повышенным риском ($\chi^2=4,65$; p=0,031) развития острого панкреатита и никакой значимой связи между полиморфизмами генов IL-10 и риском развития острого панкреатита обнаружено не было.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Исмаилов У.С., Аллазаров У.А., Мадатов К.А., Матмуратов С.К.
Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент

Целью исследования явилось оценить информативности ультразвукового исследования при желчнокаменной болезни.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 124 больных с желчнокаменной болезни. Женщин — 86 (69,4%), мужчин – 38 (30,6%), средний возраст — 58,2 \pm 4,51 год. Пациенты с холецистолитиазом – 89 (71,8%), холедохолитиазом – 6 (4,8%) и сочетанным поражением – 29 (23,4%).

Результаты и их обсуждения. На догоспитальном - у 110 (88,7%) человек имелись эхо-признаки наличия конкрементов в желчном пузыре и 24 (19,4%) во внепеченочных желчных протоках. Из них у 17 (13,7%) больных одновременно выявлен камень желчном пузыре и холедохе. В 31 (25%) случаях, помимо холедохолитиаза и/или расширения гепатикохоледоха, также определялась дилатация внутрипеченочных желчных протоков.

“PROBLEMS OF MODERN SURGERY”



ОСЛОЖНЕННЫЕ ТРАВМЫ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ. Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Ташланов Ф.Н, Мамадалиев А.Р, Исаков К.Б, Иброхимов М.М.	128
ВТОРИЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТЕЛ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ. Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Ташланов Ф.Н, Мамадалиев А.Р, Исаков К.Б, Хакимов М.Н.	129
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СПОНДИЛОЛИСТЕЗ И ЕГО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. Исаков К.Б., Исаков Б.М., Ташланов Ф.Н., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Р., Хакимжонов Ш.Б.	130
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ И СИСТЕМНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ УЩЕМЛЁННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ. Исаков П.М.	130
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВЫХ И СИСТЕМНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ Исаков П.М.	131
ТЕХНИКА ВЫВОРАЧИВАНИЯ ПАЛЬЦА ХИРУРГИЧЕСКИХ ПЕРЧАТОК ДЛЯ ЭВАКУАЦИИ АППЕНДИКСА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ Исломов Н.К., Мустафакулов И.Б., Жулбеков К.И., Махрамов У.Т., Шомуродов Х.А.	132
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОМ АППЕНДИЦИТЕ Исломов Н.К., Мустафакулов И.Б., Жулбеков К.И., Махрамов У.Т., Шомуродов Х.А.,	133
ОСТРАЯ ФАЗА ОСТЕОАРТРОПАТИИ ШАРКО У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.	134
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ГИСТОЛОГИЯ «СТОПЫ ШАРКО» Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.	135

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ОСТЕОПРОТЕГЕРИН (OPG) — ЛИГАНД РЕЦЕПТОРА-АКТИВАТОРА ЯДЕРНОГО ФАКТОРА КАППА-В (RANKL) У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИЕЙ И МЕДИКАЛЬЦИНОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	136
Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.	
МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИЕЙ	137
Исмаилов У.С., Матмуротов К.Ж., Душамов И.Т., Якубов И.Й.	
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА IL-1B, IL-6 И IL-10 К РАЗВИТИЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	138
Исмаилов У.С., Турсунов Ф.Н., Мадатов К.А., Шарапов А.Н., Сайфуллаев С.О.	
ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	138
Исмаилов У.С., Аллазаров У.А., Мадатов К.А., Матмуратов С.К.	
ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА IL-6 И ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ	139
Исмаилов У.С., Турсунов Ф.Н., Мадатов К.А., Шарапов А.Н., Матмуратов С.К.	
РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	140
Исмаилов У.С., Турсунов Ф.Н., Мадатов К.А.,	
АНЕСТЕЗИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОПИОИДОВ ПРИ АРТРОПЛАСТИКЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ	141
Исмаилова М.У., Юсупов А.С., Низомов И.У.	
РОЛЬ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПИИ (АППАРАТ INDIBA) ДЛЯ ПОТЕНЦИРОВАНИЯ ЭФФЕКТА БОТУЛОТОКСИНА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ АУГМЕНТАЦИИ ГРУДИ	142
Исматти О.О., Зиновьев Е.В., Мустафакулов И.Б., Ермилова Е.В., Джураева З.А.,	
ЗАВОРОТ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ	144
Исхаков Б. Р., Алижанов А. А., Исхаков Н.Б., Мамадумаров Т.С., Курбанбаев Б.Н.	
МИНИИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ	146
Исхаков Б. Р., Алижанов А. А., Исхаков Н. Б., Жалилов А. О.	