



O'ZBEKISTON
tibbiyot
JURNALI

✓

Медицинский
ЖУРНАЛ
УЗБЕКИСТАНА

№2
2014

O`ZBEKISTON *Медицинский*
tibbiyot *журнал*
jurnali **УЗБЕКИСТАН**

Medical journal of UZBEKISTAN

Ilmiy - amaliy jurnal

№ 2, 2014

1922 йилнинг январидан чиқа бошлаган

Таъсисчи – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги

ТАХРИР ХАЙЪАТИ

Бош муҳаррир – А.И.Икрамов

М.С.Абдуллаходжаева, В.Е.Аваков, М.Ж.Азизов, Ф.А.Акилов, А.В.Алимов (бош муҳаррир ўринбосари), А.Л.Аляви, Д.А.Асадов, С.М.Баҳромов, Б.Т.Даминов, Т.О.Даминов (бош муҳаррир ўринбосари), Ш.И.Ибрагимов, Ф.И.Иноятова, Т.И.Искандаров, С.И.Исмаилов, А.И.Камилов, Х.П.Камилов (масъул котиб), Х.Я.Каримов, Ш.И.Каримов, Р.Д.Курбанов, С.Н.Наврузов, Ф.Г.Назирова, С.С.Саидалиев, Ж.М.Собиров, С.Н.Султанов, А.М.Убайдуллаев, А.М.Хаджибаев, М.Х.Ходжибеков, А.А.Худояров, М.А.Хужамбердиев, А.М.Шамсиев, А.Н.Юнусходжаев

**Журнал Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан
2011 йил 12 май рўйхатга олинган (№ 0138)**

Муҳаррирлар - И.Ж.Гульманов, Ш.Б.Джандарбеков, Л.Ф.Хисамова

Компьютерда саҳифаловчи - Ф.Махкамов

100047, Тошкент, Тараққиёт кўчаси, 103, Тел. (3712) 289-44-57, www.medjournal.uz

Бююртма № 075. Адади 4888 нуска.

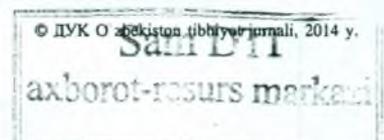
Босишга рухсат этилди 05.04.2014 й. Формат 60×84 1/4. Нархи шартнома асосида
«КО'НИ-NUR» масъулияти чекланган жамият босмахонасида босилди.

Тошкент ш. Бунёдкор шоҳжўчаси, 44.

ТОШКЕНТ

ДУК «O`zbekiston tibbiyot jurnali»

2014



По данным спирометрии ЖЕЛ и ФЖЕЛ, ОФВ1, ПСВД, МОС воздуха на уровне выдоха 75%, 50% и 25% были значительно снижены у больных III степенью ЛГ, в то же время МОД был достоверно выше. У всех больных митральным пороком, осложненным ЛГ преобладал рестриктивный тип, а функция внешнего дыхания (ФВД) более значительно была нарушена с увеличением степени ЛГ (табл. 3).

Выводы

1. По данным рентгенографии тень средостения была значительно расширена у больных с более высокой степенью ЛГ. Кардиоторакальный индекс с ЛГ III степени составлял $67,4 \pm 1,2\%$. Венозный застой в легких чаще наблюдался у больных ЛГ I степени.

2. У всех больных митральным пороком, осложненным ЛГ преобладал рестриктивный тип, а ФВД более значительно была нарушена с увеличением степени ЛГ.

Литература

1. Badesch B.D., Champion H.C., Gomez-Sanchez M.A., Hoepfer M., Loyd J., Manes A., McGoon M., Naeije R., Olschewski H., Oudiz R., Torbicki A. Diagnosis and assessment of pulmonary arterial hypertension. J Am Coll Cfrdiol. 2009; 54: 55-56.
2. Kovacs G., Berghold A., Scheidl S., Olschewski H. Pulmonary arterial pressure during rest and exercise in healthy subjects. A systematic review. Eur Respir J. 2009.
3. McLaughlin V.V., Archer S.L., Badesch D.B. et al. ACCF/AHA 2009 expert consensus document on pulmonary hypertension: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents and the American Heart Association. Circulation. 2009; 109: 192-230.
4. Sai Krishna C., Ramesh Babu V., Ram Mohan K., Baruah D.K., Naresh Kumar P.V. Juvenile rheumatic mitral stenosis with multiple ventricular septal defects. Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2007; 15 (5): 432-434.
5. Tuder R.M., Abman S.H., Braun T., Capron F., Stevens T., Thistlethwaite P.A., Haworth S. Pulmonary circulation: development and pathology. J Am Coll Cardiol. 2009; 54: 3-9.

И.Б.Мустафулов

ОЦЕНКА ПРОГНОЗА ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА

Самаркандский медицинский институт,

Самаркандский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

И.Б.Мустафулов. Кориннинг оғир қўшма шикастларини даволаш тактикасини танлаш учун баҳоратни баҳолаш

Қорин соҳасидаги қўшма шикастларида салбий оқибатлар омилларини текшириш мақсадида шикаст олган 70 нафар беморларда проспектив таҳлил ўтказилди. Биринчи кун беморлар аҳволининг оғирлигини баҳолаш APACHE II ва SAPS II шкалалари бўйича ўтказилди ва узига хос хусусиятли ишчи эгри графиклари (ROC) ва эгри график эгаллаган майдон баҳоси (AUROC) ишлаб чиқилди. Алоқалар кучини ва хусусиятини аниқлаш учун APACHE II ва SAPS II шкала усулларида фойдаланилди, бир-бирига боғлиқлик хусусиятини аниқлаш учун корреляцион ва регрессион таҳлиллар ўтказилди. Жарроҳлик тактикасини ишлаб чиқиш мақсадида шикастланганларни қабул қилиш вақтида кенг тарқалган клиник-лаборатор кўрсаткичлар: гемоглобин, гематокрит, лейкоцитлар, ЮКС, АБ, Алговер индекси ўрганилди. Олинган натижалар APACHE II ва SAPS II шкалалар ўртасида туғридан-туғри кучли корреляцион боғлиқлик борлигини аниқлади ($r=0,851$). Демак, APACHE II ва SAPS II шкалалари бўйича жабрланганлар аҳволи оғирлигини баҳолаш негизда оғир қўшма жароҳатлар оқибатини ва асоратлар ривожланишини олдиндан айтиш имконияти мавжуд.

I.B.Mustafakulov. Evaluation of the prognosis for the selecting the tactics of treatment of severe combined abdominal trauma

A prospective analysis of the investigation of the factors of unfavorable outcome in combined abdominal traumas in 70 victims has been carried out.

The severity of condition during the first 24 hours is estimated according to the scale of APACHE II and SAPS II. For the revealing the power and character of connection of APACHE II and SAPS II scales methods as well as the character of interdependence correlative and regressive analyses were performed. A strong direct correlative connection between APACHE II and SAPS II scales ($r=0.851$) has been revealed.

According to the results of the study it is concluded that the prognosis of the outcome and development of complications in severe combined trauma in patients is possible on the basis of the applying the APACHE II, SAPS II integral scales. The probability of lethal exit is crucially growing in case if the rate of the value of Algorver Index is more than 1 (AUROC = 0.733, sensitivity 76%, specificity 76%). This parameter may also serve as a point of division for the selecting the surgery tactics «damage control».

Keywords: combined abdominal trauma, APACHE II, SAPS II integral scales, prognosis.

Повреждения живота при сочетанной травме составляют одну из сложных проблем неотложной хирургии [3,5,9,13,15]. По данным мировой статистики сочетанная травма живота как причина смерти среди пациентов моложе 50 лет занимает первое место [11,19]. При множественных и сочетанных повреждениях от 60 до 70% пострадавших поступают в лечебные учреждения с явлениями травматического шока, в связи с чем, треть поступивших умирают впервые сутки лечения [7,10,16].

Сложность проблемы диагностики и лечения тяжелых сочетанных повреждений не может быть решена императивностью хирурга и его виртуозной техникой [2,8,14]. Поэтому, современным методом объективной оценки тяжести состояния является использование интегральных систем [12,17]. Однако, в большинстве существующих интегральных системах оценки тяжести состояния не находят отражение эффективность лечения, следовательно, они не могут дифференцировать прогноз в вышеуказанной ситуации. Интегральные системы ежедневной оценки тяжести состояния могут в значительной степени преодолеть эти задачи (Багненко С.Ф., Селезнев С.Ф., Шапот Ю.Б., 2001; Hantke M., Holzer K., Thone S. et al., 2000).

Вопросы качественного прогнозирования исхода тяжелой сочетанной абдоминальной травмы остаются нерешенными. Лечебная тактика, выбор оптимального объема хирургического вмешательства в первые часы после травмы в зависимости от объективной оценки степени тяжести состояния и прогноза, а также вопросы патогенеза постинфузионных осложнений при возрастающих степенях нормоволемической гемодилюции на фоне массивной кровопотери до настоящего времени также остаются не изученными [4,6,17,18].

Цель исследования – разработать качественный прогноз исхода в первые сутки (при поступлении) в зависимости от тяжести состояния пострадавших с повреждениями живота при сочетанной травме для определения лечебной тактики.

Материал и методы

Проспективный этап исследования предполагал разностороннее изучение факторов риска неблагоприятного исхода при сочетанных повреждениях живота у 70 пострадавших.

Выявление достоверных различий среди групп выживших и умерших пациентов по ряду факто-

ров (пол, возраст, оценка по интегральным шкалам) позволяет прогнозировать исход, используя регрессионный анализ. Нами был выполнен такой анализ по данным первого дня от момента получения травмы и по динамике тяжести состояния у пострадавших. Как известно, тяжесть состояния при поступлении пострадавших вносит значительный вклад в частоту летальных исходов. Мы провели оценку тяжести состояния в первые сутки по шкале APACHE II и по шкале SAPS II у пострадавших с повреждениями живота при сочетанной травме.

Для оценки разрешающей способности шкал APACHE II и SAPS II и для прогноза летального исхода мы построили рабочие характеристические кривые (ROC – receiveroperatorcurves) и оценили площади под кривыми (AUROC).

Для оценки состояния кожных покровов конечностей применяли визуально-аналоговую шкалу оценки состояния конечностей, от 0 до 4 баллов

Для разработки хирургической тактики при поступлении мы тестировали широко распространенные клинико-лабораторные параметры: гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, ЧСС, АД, а также индекс Алговера (ИА).

Результаты и обсуждение

По результатам исследования, средний возраст выживших составил $32,15 \pm 7,45$ лет, средний возраст умерших пострадавших – $35,35 \pm 17,45$ лет ($p=0,251$ – различия недостоверны). Общая летальность среди 70 пострадавших при закрытой сочетанной травме живота составила 61,4% (из 70 умерли 43 пострадавших). При этом не отмечено закономерной динамики увеличения летальности с увеличением возраста, что, вероятно, связано с небольшим количеством пострадавших в группах. Так, летальность в группе пострадавших: младше 20 лет составила 83,33% (умерли 5 из 6 в группе пострадавших 20-29 лет – 46,0% (умерли 12 из 26), в группе 30-39 лет – 53,3% (умерли из 15), в группе пострадавших 40-49 лет – 46,6% (умерли 7 из 15), в группе старше 50 лет – 87,5% (умерли 7 из 8).

Математическое ожидание (среднее арифметическое) по шкале APACHE II для выживших пострадавших составило 6,47 баллов, а среднее квадратичное отклонение 2,54 балла, для умерших пострадавших цифры статистически не различались: математическое ожидание 8,55 балла, среднее квадратичное отклонение 4,31 баллов.

Для быстрой оценки и выбора хирургической тактики при поступлении пострадавшего с тяжелой закрытой абдоминальной травмой необходимы простые, широко используемые, доступные и надежные инструменты. К сожалению, широко используемые в практике отделений интенсивной терапии шкалы APACHE II и SAPS II нельзя использовать для стратификации операционного риска не только из-за их громоздкости и необходимости оценки большого количества клинико-лабораторных параметров, но и по вполне объективным причинам – они не коррелируют с вероятностью летального исхода при закрытой абдоминальной травме при поступлении ($p=0,20$ и $p=0,756$ соответственно), что не позволяет использовать их для выработки хирургической тактики.

Для выявления силы и характера связи между шкалами APACHE II и SAPS II, а также выяснения характера взаимозависимости мы провели корреляционный и регрессионный анализы. Выявлена прямая сильная корреляционная связь между шкалами APACHE II и SAPS II ($r=0,851$): APACHE II (баллы) = $2,216 + 0,381 \times$ SAPS II (баллы).

Площадь под рабочей характеристической кривой для оценки разрешающей способности шкалы APACHE II в отношении прогнозирования летального исхода составила 0,717 (AUROC=0,717, $p<0,001$). Однако, для хорошей разрешающей способности площадь под кривой для шкалы должна быть более 0,9 (90%), (H-L 3,45; $p=0,840$). Неудовлетворительной разрешающей способностью для прогноза летального исхода у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой обладает шкала SAPS II (AUROC – 0,763; $p<0,001$), (H-L; $p=0,783$). Таким образом, ни шкала APACHE II, ни шкала SAPS II не обладают хорошей разрешающей способностью для прогнозирования летального исхода у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

Концентрация гемоглобина и количество лейкоцитов при поступлении не коррелируют с вероятностью летального исхода ($p=0,68$ и $p=0,343$ соответственно). Уровень гематокрита при поступлении имеет слабую отрицательную корреляционную связь с вероятностью летального исхода ($r=-0,234$, $p=0,02$). Уровень гематокрита не позволяет использовать его для стратификации больных с закрытой травмой живота ввиду плохих операционных характеристик (AUROC=0,639, нет точки разделения).

Однако, оценка уровня гематокрита через 3 часа после поступления имеет большую прогностическую значимость (AUROC=0,729), при этом при снижении гематокрита менее 20,4 можно прогнозировать летальный исход с чувствительностью 71% и специфичностью 68%. Однако необ-

ходимость использования этого параметра при активном кровотечении сомнительна.

Систолическое АД при поступлении имеет отрицательную обратную корреляционную связь с вероятностью летального исхода ($\rho=-0,372$, $p<0,001$). Операционные характеристики теста при систолическом АД менее 100 мм рт. ст. – чувствительность 70%, специфичность 75%, AUROC=0,721.

Частота сердечных сокращений (ЧСС) при поступлении имеет корреляционную связь средней силы с вероятностью летального исхода ($\rho=0,378$, $p<0,001$). Вероятность летального исхода резко возрастает при исходной ЧСС более 100 в минуту (AUROC=0,725, чувствительность 74%, специфичность 89%). Эта величина ЧСС может служить точкой разделения для выбора хирургической тактики «damage control».

Часто упоминаемый в медицинской литературе индекс Алговера (ИА) (соотношение ЧСС/АД) по нашим данным имеет корреляционную связь средней силы с вероятностью летального исхода ($\rho=-0,392$, $p<0,001$). ИА имеет сильную обратную корреляционную связь с частотой сердечных сокращений ($\rho=-0,765$, $p<0,001$).

На основании оценки ЧСС можно рассчитать ИА даже без оценки величины артериального давления, измерение которого неинвазивным способом при шоке может приводить к значительным погрешностям: Индекс Алговера (ИА) = $0,014 \times$ ЧСС – 0,467 ($p<0,001$). Вероятность летального исхода резко возрастает при величине ИА более 1 (AUROC=0,733, чувствительность 76%, специфичность 76%). Этот параметр также может служить точкой разделения для выбора хирургической тактики «damage control».

Одним из самых простых инструментов прогноза может служить оценка состояния кожных покровов конечностей по визуально-аналоговой шкале оценки состояния конечностей (1 балл – теплые, 2 балла – холодные, 3 балла – холодные с мраморностью, 4 балла – цианоз). Шкала имеет корреляцию средней силы с вероятностью летального исхода ($r=0,334$, $p=0,03$). Точка разделения шкалы – 3 балла, то есть появление мраморности кожных покровов при развитии тяжелого шока (чувствительность 75%, специфичность 75%).

Выводы

1. Прогнозирование исхода и развития осложнений при тяжелой сочетанной травме у пострадавших возможно с использованием интегральных шкал APACHE II, SAPS II.

2. Вероятность летального исхода резко возрастает при величине ИА более 1 (AUROC=0,733, чувствительность 76%, специфичность 76%). Этот параметр также может служить точкой разделения для выбора хирургической тактики «damage control».

Литература

1. Агаджанян В.В., Пронских А.А., Устьянцева И.М. и др. Политравмы. Новосибирск, 2003: 492. 2. Азимов А.А., Маликов Ю.Р., Сафаров Н.Н. и др. Значение лапароскопической диагностики в определении тактики лечения при травмах брюшной полости. Вестн экстренной медицины. 2013; 3: 45. 3. Валиев Э.Ю. Опыт оказания специализированной помощи больным с политравмой в условиях РНЦЭМП. Современная военно-полевая хирургия и хирургия поврежденных. СПб, 2011: 67-68. 4. Даминова М.У., Буранов Ф.Ё., Уразимбетов И.Р. Современный взгляд на инфузионную терапию пациентов с сочетанными травмами. Вестн экстренной медицины. 2013; 3: 72-73. 5. Ермолов А.С. Основные принципы диагностики и лечения тяжелой сочетанной травмы. 50 лекций по хирургии. Под ред. В.С.Савельева. М., 2003: 292-295. 6. Кузьмин А.Я. Особенности инфузионно-трансфузионной терапии при тяжелой сочетанной травме груди, сопровождающейся ушибом сердца. Современная военно-полевая хирургия и хирургия поврежденных. СПб, 2011: 112. 7. Нажмиддинов Л.М., Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М. и др. Современные подходы к хирургической тактике при травме живота. Вестн экстренной медицины. 2013; 3: 124. 8. Нерсиян Г.Ж. Показатели гемодинамики у больных получивших закрытую травму живота в состоянии алкогольного опьянения. Современная военно-полевая хирургия и хирургия поврежденных. СПб, 2011: 129. 9. Обельчак И.С., Громова М.В. Спиральная томография в диагностике торакоабдоминальных огнестрельных ранений и их осложнений. Новые технологии: Международный хирургический конгресс. Ростов-на-Дону, 2005: 26. 10. Пашаев А.А., Байчаров Р.А., Сутуринов С.П. Опыт диагностики и лечения больных с закрытой травмой живота. Современная военно-полевая хирургия и хирургия поврежденных. СПб, 2011: 131-132. 11. Урман М.Г. Травма живота. Пермь, 2003: 258. 12. Хаджибаев А.М., Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К. и др. Выбор лечебно-диагностической тактики при закрытой сочетанной абдоминальной травме. Современная военно-полевая хирургия и хирургия поврежденных. СПб, 2011: 175. 13. Хачатурова-Тавризян Е.В., Щедренюк В.В., Аникеев Н.В. и др. Особенности клинико-неврологических проявлений черепно-мозговых повреждений при политравме. Росс нейрохирургич журн им. А.Л. Поленова. 2012Т; IV: 134. 14. Худойбергенов Ш.А., Муродов Т.Р., Кулдошев Г.Н. и др. Диагностика и тактика лечения повреждения живота в условиях мирного времени. Современная военно-полевая хирургия и хирургия поврежденных. СПб, 2011: 185-186. 15. Черкасов В.П., Юсков В.Н., Ситников В.Н. и др. Повреждения живота при множественной и сочетанной травме. Диагностика и лечение. Ростов-на-Дону, 2005: 304. 16. Чудин В.И., Кушнирук П.И., Медведев В.Г. и др. Эпидемиология сочетанной черепно-мозговой травмы в многопрофильном стационаре г. Волгограда. Росс нейрохирургич журн им. А.Л. Поленова. 2012; IV: 136. 17. Шайн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. М., 2003: 271. 18. Шеленок В.Н., Зельдин Э.Я., Ковалева Л.А. и др. Алгоритм диагностики и лечения закрытых повреждений живота. Современная военно-полевая хирургия и хирургия поврежденных. СПб, 2011: 189. 19. Deeren D., Dits H., Malbrain M.L. Correlation between intra-abdominal and intracranial pressure in nontraumatic brain injury. Intensive Care Med. 2005; 31: 1577-1581.

М.Х.Каттаходжаева, Н.Ж.Сулаймонова, С.А.Жалилова

ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Республиканский центр репродуктивного здоровья населения

М.Х.Каттаходжаева, Н.Ж.Сулаймонова, С.А.Жалилова. Бачадон бўйинчаси саратонини олдини олиш: муаммолар ва уларни ечиш йўллари

Бачадон бўйинчаси ёмон сифатли ўсмаси хақида тиббий ходимлар билими даражасини ва аёлларнинг хабардорлигини текшириш мақсадида фикрлар ва таклифларни анкетага киритиш услуги билан Тошкент шаҳри 60 та оилавий поликлиникаларининг 500 нафар хамширалари ва Тошкент шаҳрида истиқомат қилувчи 1070 та аёллар текширилди.

Натижалар куйидаги кўринишга эга бўлди: 12% хамширалар бачадон бўйинчаси саратони юзага келишига сабабчи бўлиб одам папилломаси вируси ҳисобланишини билмайди, 14% хамширалар ҳозирги пайтда мавжуд бачадон бўйинчаси саратонини скрининглаш услубларидан хабардор эмас. Хамшираларнинг 86% бачадон бўйинчаси саратонини эрта ташхислашда энг самарали услуб бўлиб санитар-ташвиқот ишларини ўтказиш деб ҳисоблашади, лекин бу иш яхши йўлга қўйилмаган деб таъкидлашади. Ўрта тиббиёт ходимларининг 62% клиник-визуал услубнинг кетма-кетлиги хақида тасаввурга эга эмас. Бачадон бўйинчаси касалликларини бошидан кечирган ва сўровномада иштирок этган аёллардаги ҳолат нисбатан юқори фоиз (21%) да саратон олди патологияларига тўғри келади. Аёлларнинг бачадон бўйинчаси касалликлари, улар сабаблари, қўзғатувчилари ва симптомлари хақидаги хабардорлиги етарли эмас. Аёлларнинг фақатгина 20% касаллик белгилари бошланиши биланок шифокорга мурожаат қилишади.

Калит сўзлар: одам папилломаси вируси, бачадон бўйинчаси касалликлари, бачадон бўйинчаси саратони, фертилик, профилактика, скрининг.

М.Н.Каттаходжаева, Н.Ж.Сулаймонова, С.А.Жалилова. Prophylactic of cancer of cervix uterus (CCU): problems and ways of their solutions

<i>Н.Р.Узбекова, М.А.Хужамбердиев, М.И.Боймирзаев, С.А.Китъян, Г.Ф.Юльчибоева</i> К ВОПРОСУ О ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	51
<i>Н.А.Дадабаева, Е.В.Шалаева, К.Н.Закиров</i> ПОРАЖЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННЫМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	54
<i>И.Б.Мустафакулов</i> ОЦЕНКА ПРОГНОЗА ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА.....	57
<i>М.Х.Каттаходжаева, Н.Ж.Сулаймонова, С.А.Жалилова</i> ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ	60
<i>А.М.Джурраев, Н.Т.Рузиев, Х.Р.Рахматуллаев, А.М.Дурсунов</i> АППАРАТНО-ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ	63
<i>М.М.Рахматуллаева</i> ПРОВосПалительные цитокины, как индикаторы (маркеры) прогноза развития бактериального вагиноза.....	65
<i>Н.Т.Абдулхаков, Э.М.Шукуров, Н.Н.Сафаров, А.М.Рахимов</i> ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ НАКОСТНОЙ ПЛАСТИНОЙ КЛИНИКИ.....	68
<i>Р.Бектошев, М.Эргашев, О.Бектошев</i> СТАТИНЫ В КОМПЛЕКСЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ОСТЕОХОНДРОЗА) ПОЗВОНОЧНИКА.....	71
<i>М.Э.Ирисметов, М.Р.Расулов, К.Н.Ражабов, А.М.Холиков, Д.Ф.Шамшиметов</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТРАВМАТИЧЕСКИМ ПРИВЫЧНЫМ ВЫВИХОМ НАДКОЛЕННИКА.....	74
<i>Қ.А.Махсумхонов</i> ЎЗ-ЎЗИНИ ЎЛДИРИШ ҲОЛАТЛАРИНИНГ АЙРИМ СУД-ТИББИЙ МАСАЛАЛАРИ	76
<i>Н.Р.Янгиева, В.Ф.Вахобов, А.А.Абдувалиев</i> ЮҚОРИ ДАРАЖАЛИ МИОПИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТЎР ПАРДА ПЕРИФЕРИК ЛАЗЕР КОАГУЛЯЦИЯСИ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ	80
<i>Ш.А.Хужаева, Ф.С.Қаландарова</i> КИЗИЛЧА ВА ЦИТОМЕГАЛОВИРУС ИНФЕКЦИЯЛАРИ МУСБАТ АЁЛЛАРДА ВАГИНАЛ МИКРОФЛОРА	82
JAMIYAT SALOMATLIGI VA SOG'LIQNI SAQLASH □ ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	
<i>Л.А.Пономарева, В.В.Иногамова, М.А.Махкамова, Ж.М.Алимов</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСТОЧНИКОВ ИОНИЗИРУЮЩИХ ИЗЛУЧЕНИЙ В МАММОЛОГИИ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРСОНАЛА	85
<i>Р.У.Ахмадалиев, Ш.С.Бахритдинов</i> ШИША ИШЛАБ ЧИҚАРИШ ТЕХНОЛОГИК ЖАРАЁНИДАГИ МЕҲНАТ ШАРОИТИНИ ГИГИЕНИК БАҲОЛАШ	88
<i>Л.А.Турсунходжаева, Ф.Ш.Бахрамов</i> ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНЪЕКЦИОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ С ПОМОЩЬЮ КОСВЕННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ.....	90
<i>Р.У.Ахмадалиев</i> ШИША МАҲСУЛОТЛАРИ ИШЛАБ ЧИҚАРИШ КОРХОНАЛАРИДА ДАВОЛАШ-ПРОФИЛАКТИК ОВҚАТЛАНИШНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШНИНГ МУҲИМ МЕЗОНЛАРИ	93