



O‘ZBEKISTON *tibbiyot* JURNALI

узб

Медицинский
ЖУРНАЛ
УЗБЕКИСТАНА

№1
2013

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

O'ZBEKISTON *М е д и ц и н с к и й*
tibbiyot *ж у р н а л*
jurnali **УЗБЕКИСТАНА**
Medical journal of UZBEKISTAN
Ilmiy - amaliy jurnal

№ 1, 2013

1922 йилнинг январидан чиқа бошлаган

Таъсисчи – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги

ТАХРИР ҲАЙЪАТИ

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.Наврозов, Ф.Г.Назиров, С.С.Саудалиев, 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.Маҳкамов

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

Буюртма № 055. Адади 5782 нусха.

Босишга рухсат этилди 19.03.2013 г. Формат 60×84 1/8. Нархи шартнома асосида

«КО'НИ-NUR» масъулияти чекланган жамият босмахонасида босилди.

Тошкент ш. Бунёдкор шоҳ кўчаси, 44.

ТОШКЕНТ

ДУК «O'zbekiston tibbiyot jurnali»

2013

Гос.научная медицина

© ДУК O'zbekiston tibbiyot jurnali, 2013 y
библиотека МЗ РУз

Д.А.Закирходжаева

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С

ПРОНИКАЮЩИМИ РАНЕНИЯМИ ХРУСТАЛИКА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

D.A.Zakirhodjaeva. The results of complex surgical treatment of children with penetrating wounds of the lens.

Purpose of work is to raise the effectiveness of surgical treatment and rehabilitation of children with traumatic cataract after penetrating wounds of eye on the basis of an analysis of the available literature and practical experience.

90 children - 66 boys (73.3%) and girls - 24 (26.7%) - who had various traumatic eye injury underwent a comprehensive examination and surgical treatment. The higher indicators among boys testify to the high risk of developing cataracts in boys due to the nature of their behavior, and games. The average hospital stay was 8.5 ± 0.30 patient days. Among the supervised children prevailed those from 3 to 14 years old who made 96.8% of the total number of injured. And the average age of the examined children was 8.3 ± 0.31 years old.

All the patients underwent standard ophthalmic research methods. Evaluation of the effectiveness of treatment was conducted on the following criteria: increase in visual acuity, relief of inflammation signs, resorption of the inflammatory exudate and fibrinous plaque, relief of hemorrhagic lesions, and decreasing the treatment time.

In case of the penetrating injuries it is necessary the performing the primary microsurgical treatment with the simultaneous solution of question of the possibility of traumatic cataract extraction and intraocular lens implantation or the postponed cataract extraction after conservative treatment.

Restoration of the functional state of the eye after surgery of traumatic cataracts occurs within one year, what requires long-term and regular medical supervision for this contingent of children by an ophthalmologist.

Повреждения хрусталика при проникающих ранениях глазного яблока нередко являются причиной функциональной и анатомической гибели глаза непосредственно после травмы или приводят к инвалидности по зрению [1]. Травматическая катаракта является наиболее частым и тяжелым исходом травм глазного яблока и формируются в 25-50% случаев (Гундорова Р.А. и др., 1986). По мере того как все шире стали применяться новые методы хирургии детских катаракт, которые позволяют более полно и с меньшей травмой для глаза удалять вещество хрусталика, снизилась частота операционных и послеоперационных осложнений [1]. Тем не менее, коррекция патологических изменений, происходящих в оперированном глазу, связанных с операционными и послеоперационными осложнениями, а также последствий проникающих ранений, остаются до сих пор актуальной проблемой в офтальмологии [2]. Методам хирургического лечения травматической катаракты, посвящена обширная литература. Несмотря на это, определение сроков хирургического вмешательства при травматической катаракте, особенно при контузиях глаза, до настоящего времени остается спорными. Еще менее изученным является вопрос о сроках имплантации интраокулярной линзы у детей и последстви-

ях этого вмешательства, учитывая продолжающееся анатомическое развитие и формирование глазного яблока, его рост и соответственно процесс рефрактогенеза [1,3]. О последнем в литературе имеются единичные сообщения, но все они указывают на тенденцию к миопизации глаза (Майчук Ю.Ф., 2000).

С учетом анализа доступной литературы и практического опыта нами определена следующая цель настоящего исследования: повысить эффективность хирургического лечения и реабилитации детей с травматической катарактой после проникающих ранений глаз.

Материал и методы

Материалом для исследования служили результаты комплексного обследования и хирургического лечения 90 детей, поступивших с различными травматическими повреждениями глаз в глазное отделение клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. Среди обследованных преобладали дети от 3 до 14 лет (мальчиков - 66 (73,3%), девочек - 24 (26,7%), средний возраст $8,3 \pm 0,31$ года), которые составляли 96,8% из общего числа травмированных, что указывало на высокий риск развития катаракты у мальчиков из-за специфики их поведения и под-

вижных игр. Всем больным проводились стандартные офтальмологические методы исследования: визометрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, а также специальные: рентгенография орбиты, А/В сканирование глаз, УБМ.

Все больные с травматическими поражениями глаз получали стационарное лечение. Среднее пребывание больного в стационаре составило $8,5 \pm 0,30$ койко-дней. Оценку эффективности лечения проводили по следующим критериям: повышение остроты зрения, купирование признаков воспаления, резорбция воспалительного экссудата и фибринозного налета, купирование геморрагических очагов, а также уменьшение сроков лечения. Статистическая обработка данных клинических исследований осуществлена на персональном компьютере Hewlette Packard Pentium IV в операционной системе Windows 98 с помощью программного пакета Microsoft Excel 98, включая использование методов традиционной вариационной параметрической и непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение

Согласно результатам наших исследований 22,2% детей поступило в клинику в течение первого месяца со дня травмы. 10% детей поступило через 1-6 месяцев после травмы. 15,6% детей поступило в поздние сроки после получения травмы, т.е., спустя 6 месяцев и до 3-х лет после получения травмы. Наиболее часто (45,6%) больные поступали с посттравматической набухающей катарактой, что служило основанием для проведения неотложного хирургического вмешательства.

Среди осложнений проникающего ранения встречались: косоглазие (24,4%), пленчатая катаракта (8,9%), факоувеит (6,7%), гемофтальм (5,6%), вторичная глаукома (4,4%). У 30 (33,3%) детей было обнаружено внутриглазное инородное тело. Как показали наши исследования, травмы глаза с развитием катаракты приводят к значительному снижению зрительных функций. Так при поступлении, предметное зрение отсутствовало у 56,3% пациентов, острота зрения в пределах 0,01-0,04 наблюдали у 38,9% пациентов, острота зрения в пределах 0,1 было лишь у одного пациента.

Всем больным проведено хирургическое вмешательство. В основном, была проведена экстракция катарактальных масс, причем в 46,7% случаев с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ). 33,3% больным проводилась первичная хирургическая обработка раны с экстракцией катаракты. У 7 больных (7,8%) экстракция катаракты была осуществлена интракапсулярно.

Основной массе больных (56,7%) была произведена синехиотомия, в 25,6% случаев – передняя витрэктомия, в 10% случаев – иридопластика. У большинства пациентов (74,4%), с целью предупреждения вторичной глаукомы, проводили иридэктомию. При выраженных посттравматических повреждениях с нарушением топографических показателей у 26,7% больных была произведена реконструкция переднего отдела глаза. В 7,8% случаях интраоперационно было обнаружено инородное тело, которое во время операции было удалено.

Во время проведения хирургического вмешательства имели место следующие осложнения: *ceratitis striata* (22,2%), гифема (13,3%), выпадение стекловидного тела (7,8%). В послеоперационном периоде наблюдали такие осложнения, как воспалительная реакция (24,4%), послеоперационная гипотония (22,2%), которые были устранены своевременным использованием консервативных методов коррекции.

При комплексном анализе причинных факторов, приводящих к снижению функциональных результатов, нами установлены следующие факторы: быстроразвивающаяся обскуриционная амблиопия, особенно у маленьких детей в возрасте до 5 лет – 42,9%; тяжесть посттравматической патологии глаза – 39,3%; неадекватное поведение ребенка после операции, травмы артификального глаза – 37,5%; невозможность дополнительной коррекции очками или контактными линзами – 8,9%.

Результаты визометрических исследований после проведения операции, свидетельствуют, что острота зрения после операции постепенно восстанавливалась от 0,09 до 0,23 к концу первого месяца после операции. Через 6 месяцев после операции этот показатель был равен $0,45 \pm 0,032$, через год $0,48 \pm 0,033$ и, в течении 2,5 года последующего наблюдения держалась на том же уровне.

Индивидуальный подход к тактике хирургического вмешательства, тщательная отработка всех этапов операции, достижение адекватной гипотонии, использование протекторов заднего эпителия роговицы обеспечили минимальную травматичность операции, позволил свести к минимуму выраженность послеоперационной воспалительной реакции, уменьшили риск роговичных осложнений. Переход к интракапсулярной фиксации ИОЛ обеспечил стабильность положения искусственного хрусталика в глазу, снизил частоту дислокации ИОЛ, снял ограничения режима в послеоперационном периоде, расширил возможность профессиональной реабилитации пациентов. Сохранение задней капсулы в ходе операции у большинства детей послужило профилактикой возникновения в послеоперационном периоде ма-

кулярного отека, являющегося частым спутником травматических поражений глаза, снизило частоту возникновения отслойки сетчатки, достижение высоких визуальных результатов.

Выводы

1. При проникающих ранениях необходимо проведение первичной микрохирургической обработки с одновременным решением вопроса о возможности экстракции травматической катаракты и произведения имплантации ИОЛ или необходимости отсроченной экстракции катаракты после проведения консервативного лечения.

2. Среди причинных факторов, приводящих к снижению функциональных результатов операции, основное значение имеют быстроразвивающаяся обскурационная амблиопия, тяжесть посттравматической патологии глаза, неадекватное

поведение ребенка после операции, травмы артифакичного глаза.

3. Для повышения надежности и эффективности экстракции травматической катаракты с имплантацией ИОЛ оптимальный срок проведения операции – от 6 до 12 месяцев после травмы глаза. При более раннем хирургическом вмешательстве - увеличивается частота и тяжесть операционных и послеоперационных осложнений, а при более позднем – развивается тяжелая обскурационная амблиопия.

4. Восстановление функционального состояния глаз после хирургического лечения травматических катаракт происходит в течение 1 года, что требует длительного и регулярного диспансерного наблюдения за данным контингентом детей у офтальмолога.

Литература

1. Боброва Н.Ф. Травмы глаза у детей. М.: Медицина, 2003: 171. 2. Зайдуллин И.С., Азнабаев Р.А. К тактике хирургического лечения постувеального зарращения зрачка у детей. Новое в офтальмологии. 2004; 4: 26-27. 3. Пеев С.А., Сабирова И.Ю., Цигрошвили Л.А., Авдеева Л.А. Результаты лечения, длительного диспансерного наблюдения и причины низкого зрения у детей после удаления травматической катаракты с имплантацией искусственного хрусталика. Вестник ОГУ. 2004; 12: 81-83.

KLINIK TIBVIYOT

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

В.Е.Аваков, З.Б.Урунов, Д.В.Давыдов, С.Ж.Бегматов, А.Н.Базаров ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ ПУТЕМ ВКЛЮЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ МЕДОТИЛИНА..... 2

Х.Я.Каримов, Н.Н.Абдурахманова, К.Т.Бобоев ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ..... 6

М.С.Рустамов АНТИГЛАУКОМАТОЗ СКЛЕРОИРИДОЭКТОМИЯНИНГ Т- ВА П-СИМОН ГЕТЕРОСКЛЕРОРЕТРАКЦИЯ УСУЛИ..... 10

Х.П.Камилов, Н.Р.Даминова, Н.Абдулхакова, З. Таджиева СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ И ПУЗЫРЧАТКОЙ..... 12

К.П.Муминов АНЕМИЯ И ПАРАМЕТРЫ ФЕРРОКИНЕТИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 15

Х.А.Маматкулов, Р.С.Сайидалиев, М.М.Низманова ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 18

О.У.Вахабов, Ж.Н.Каххаров, Б.Б.Султанов, Д.Х.Мирхамидов ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В РЕЖИМЕ МУЛЬТИФРАКЦИОНИРОВАНИЯ НА СТЕПЕНЬ РЕГРЕССИИ ОПУХОЛИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ПОРАЖЕНИЕМ ШЕЙКИ И ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ..... 21

Ш.Т.Мухамедова, Н.И.Ходжаева, Д.Т.Каюмова, Н.Ш.Талипова СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА..... 24


Г.К.Худойкулова, С.О.Гварамадзе, С.К.Ганиева, Э.Р.Мухтарова, Д.О.Шихова ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПРИ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ИММУНОСУПРЕССИИ..... 27

Д. А.Закирходжаева РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПРОНИКАЮЩИМИ РАНЕНИЯМИ ХРУСТАЛИКА..... 30

Б.О.Худанов, Ш.Б.Даминова, А.С.Йулдоишхонова, И.Х.Халилов, С.С.Гулямов ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ..... 33

А.С.Алимов, У.А.Халбаев, А.А.Алимов, Н.В.Ким СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫНОСЛИВОСТИ ПАРОДОНТА К НАГРУЗКАМ У ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ 35

К.П.Муминов НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 37

Б.У.Рахманкулов, Е.Т.Таджиев, У.М.Кодиров, Д.М.Мамадалиев ПРИМЕНЕНИЕ СЕЛЕКТИВНОЙ КРАНИО-ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ ПРИ СИНДРОМЕ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА	39
З.Ш.Ашууров, Н.И.Ходжаева КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ	43
Н.Х.Мухамедова, А.А.Хаджиметов ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	46
З.Ф.Тошпулатов КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ АППЕНДЕКТОМИИ.....	49
А.А.Азимов, Н.З.Назарова, В.В.Гребенкин, А.У.Бабакулов ЛЕЧЕНИЕ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА	53
К.Ф.Бахритдинова, М.М.Кардашова, Ф.Ш.Бахритдинов, З.Т.Сабиржанова ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	56
М.М.Кардашова, К.Ф.Бахритдинова, З.Т.Сабиржанова ОЦЕНКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПОМОЩЬЮ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ.....	59
Ф.Т.Исмаилова, З.Д.Каримов, Д.М.Касымова, Ф.А.Азимова, Б.М.Тухтабаева КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ.....	62
И.Ю.Ходжанов, Ш.Қ.Ҳақимов, Х.А.Қасымов, Х.Ш.Шаматов БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА КЎКРАК ҚАФАСИ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯСИДА ДИСПЛАСТИК ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДАГИ АҲАМИЯТИ	65
Д.А.Асадов, А.К.Хамраев, Л.Т.Мирварисова, Т.Ю.Арипов СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ И ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОЙ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	68
JAMIYAT SALOMATLIGI VA SOG'LIQNI SAQLASH  ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	
Н.Э.Атаханова, А.Ж.Каххаров О НЕОБХОДИМОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ В НЕОНКОЛОГИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	72
И.М.Мухамедов, Ш.А.Хужаева, Г.Ж.Атажанова ҲОМИЛАДОРЛАРДА ТОРСН-ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ ТАРҚАЛИШИ	74
Оттажонжон Х.Б. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....	77
А.Б.Искандаров ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА, ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ, ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ФУНКЦИИ ВНИМАНИЯ РАБОТНИЦ ТРИКОТАЖНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ УЗБЕКИСТАНА	81

МУНДАРИЖА

SHARHLAR

ОБЗОРЫ

- Д.М.Сабилов, Э.А.Сатвалдиева ТЕХНОЛОГИЯ И ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОПОТОЧНОЙ АНЕСТЕЗИИ..... 84
- Х.Я.Каримов, А.Х.Аширметов, И.Т.Кодирова, З.З.Ибрагимов ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ КОЛИЧЕСТВА ВНЕКЛЕТОЧНОЙ ДНК..... 91
- М.Ж.Азизов, М.Э.Ирисметов, Қ.Н.Ражабов. ТИЗЗА БЎҒИМИ ЁЗУВЧИ АППАРАТИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ КЛИНИКАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ..... 94
- А.А.Абдуқаюмов, Ш.Э.Амонов. ХРОНИЧЕСКИЙ РИНОСИСУСИТ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ..... 98
- Н.Д.Суюнов, Х.С.Зайнутдинов, М.Б.Амирова ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ..... 103
- Н.Т.Абдулхаков, А.М.Рахимов, М.Ф.Кодиров НЕСРОСШИЕСЯ ПЕРЕЛОМЫ И ЛОЖНЫЕ СУСТАВЫ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ..... 109
- З.А.Нурузова, Н.Т.Ядгарова, Х.Ф.Саъдуллаев ЗНАЧЕНИЕ БИОПЛЕНКИ МИКРООРГАНИЗМОВ В МЕДИЦИНЕ..... 114
- З.Ш.Ашуров, Н.И.Ходжаева, А.А.Таджибаев АЛКОГОЛИЗМ И АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА..... 121
- Н.М.Халматова, У.П.Агайдаров, Ш.Д.Абдуллаева МИЕЛОМ КАСАЛЛИГИ КЛИНИКАСИ ВА ЁНДОШ ДАВОСИ..... 126

EKSPERIMENTAL TADQIQOTLAR

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Х.Я.Каримов, Р.Х.Алиев, Л.И.Шевченко, Т.Р.Алимов ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЯ «ЯНТАРОПРОТЕИНА» ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ..... 130

XORIJLII KASBDOSHLAR TAJRIBASI

ОПЫТ ЗАРУБЕЖНЫХ КОЛЛЕГ

- Д.А.Асадов, Б.К.Юсупалиев, Л.Т.Мирварисова, Т.Ю.Арипов МЕЖДУНАРОДНАЯ АККРЕДИТАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ..... 133

TIBVIYOT VA SOG'LIQNI SAQLASH TARIXI

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- М.Н.Назирова ТАРИҚ УЛ-ИЛОЖ ТУРКИЙ ТИЛДА ЁЗИЛГАН ЭНГ МУКАММАЛ ТИББИЙ АСАР.. 137

YUBILEYLAR

ЮБИЛЕИ

- КАРИМОВ ШАВКАТ ИБРАГИМОВИЧ
(к 70-летию со дня рождения)..... 140