



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 нуска.

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

З.Ф. Тошпулатов

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ АППЕНДЕКТОМИИ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Z.F. Toshpulatov. Clinical evaluation of appendectomy methods.

Purpose of work is the reducing the post-operative complications associated with the presence of a closed septic cavity in the area of the joint on the cecum after appendectomy.

234 operations of appendectomy were performed. Of these, 144 patients underwent surgery according to the newly invented method. Simultaneously 120 patients were operated on by appendectomy performed by the traditional method for a comparative evaluation. The majority of the operated patients (97.0%) were of working age. In the study of sexual structure it was observed the female predominance (57.2%).

The presented developed method of appendectomy is as follows: a serosus-muscular purse-string suture is imposed on the cupula of cecum at a distance of 1 cm from the base of the appendix. The developed method of appendectomy provides the improvement of results of surgical treatment for various forms of appendicitis in the near term by 25%. In the late period after surgery with the proposed method a significant increase of "good" results (by 23%) at the expense of the reducing the "satisfactory" results was observed.

Clinical assessment of patients' state in the postoperative period after different methods of appendectomy highlights the advantages of the developed appendectomy which is characterized by fewer complications, both in early and in the late period after surgery.

Проблема аппендэктомии неоднократно анализировалась во многих научных трудах. Нарушение герметичности швов является основной причиной послеоперационных септических осложнений и смерти больных после операции на полых органах, что особенно ярко проявляется при операции на толстой, в частности, на слепой кишке [1,2]. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями этого отдела желудочно-кишечного тракта - тонкая стенка, относительная бедность кровоснабжения, наличие в просвете большого количества микробов, в основном, анаэробов. Поэтому в обычных условиях и, особенно при наличии инфекции в брюшной полости к швам, накладываемым на стенку толстой, в частности, слепой кишки, предъявляются особо повышенные требования. Самая частая патология, при которой применяется шов на слепой кишке - это острый аппендицит [1].

Актуальной проблемой медицины является снижение летальности и послеоперационных осложнений после аппендицита (Антонов А.М., Воллов Ю.Б., 1999). После аппендэктомии летальность, в среднем, составляет 0,1-0,5% и не имеет тенденции к снижению (Дронов А.Ф., Катловский В.И., 2000). После аппендэктомии, гнойно-воспалительные осложнения встречаются у 2,7-3,1% больных (Andersson R. E. Et al., 2000). Образование спаек после аппендэктомии является одной из основных причин плохих отдаленных результатов, удельный вес которых среди операций, обуславливающих спаечную болезнь, колеблется от 27,7 до 75,3% [2].

Совершенствование главного и ответственного этапа аппендэктомии - обработка культи червеобразного отростка, играет важную роль в лечении острого аппендицита (Антонов А.М., Воллов Ю.Б., 1999; Дронов А.Ф., Катловский В.И., 2000; Саидханов А.С., 2001). Исключение замкнутой септической полости путем усовершенствования способов аппендэктомии, обеспечивающих лучшие условия для регенерации тканей кишки с минимальными явлениями альтерации в области шва слепой кишки и повышением его герметичности, способствует снижению послеоперационных осложнений (Applegate K.E. et. al., 2001).

Цель исследования - снижение послеоперационных осложнений, связанных с наличием замкнутой септической полости в зоне шва на слепой кишке после аппендэктомии.

Материалы и методы

В хирургическом отделении клиники Ташкентского педиатрического медицинского института проведено 234 операций аппендэктомии. Из них, у 144 больных была проведена операция по разработанному нами способу (Патент РУз. № 4307, свидетельство № 753). Одновременно с этим, у 120 больных параллельно производили аппендэктомию по традиционной методике для сравнительной оценки. Большинство оперированных больных (97,0%) работоспособного возраста. При изучении половой структуры было отмечено преобладание женского пола (57,2%).

Разработанный нами способ аппендэктомии заключается в том, что на купол слепой кишки, отступая 1 см от основания червеобразного отрост-

Таблица 1. Выраженность боли в проекции слепой кишки, после различных способов аппендэктомии

Способ аппендэктомии	Выраженность боли после аппендэктомии			Всего
	выраженная	умеренная	слабая	
Традиционный	20	61	39	120
Разработанный	18	10	86	114
Итого	38	71	125	234

Примечание. $\chi^2=0,2320$; $K=0,341$; $\chi^2=54,293$; $\chi^2=5,99$; $P<0,05$

ка, накладывают кисетный серозно-мышечный шов. На основание отростка накладывают зажим для аппендэктомии, снабженный вращающимися роликами на рабочих губках (Патент РУз. № 4286 свидетельство № 756). При смыкании выпуклых поверхностей роликов происходит субсерозный разрыв слизистой оболочки червеобразного отростка. При вращении рабочих губок их выпуклые поверхности смещают слизистую оболочку в сторону апикальной части червеобразного отростка. У основания отростка, на месте, где отсутствует слизистая оболочка, накладывают лигатуру, а отросток отсекают между лигатурой и зажимом. Лигированная культя после обработки антисептическими растворами погружается в стенку слепой кишки кисетным швом.

В распределении больных в зависимости от формы воспаления червеобразного отростка преобладали катаральная и флегмонозная формы аппендицита. При поступлении в хирургическое отделение, из 234 больных температура от 36,0 до 37,0°C была у 195 больных, от 37,0 до 37,5°C - у 25, от 37,5 до 38,0°C - у 6, 38°C и выше - у 8 больных. В периферической крови количество лейкоцитов от 7500 до 8000 было у 78 оперируемых, от 9100 до 10000 - у 30, от 10100 до 13000 - у 66, от 13100 до 15000 - у 29, 15100 и более - у 31 больного.

В нашем наблюдении у больных обеих групп выявлен местный перитонит. Из наблюдаемых больных 4 оперированы под общим наркозом (1,7%), 7 - под потенцированным наркозом (3%), остальные под местной инфильтрационной новокаиновой анестезией (95,3%). В послеоперационном периоде по выраженности болевых симптомов мы оценивали герметичность шва в области инвагината на слепой кишке, определяли выраженность боли в проекции слепой кишки, а также симптома Ровзинга на 3 сутки.

Больных в послеоперационном периоде обследовали амбулаторно. Всего обследовано 125 больных в сроки от 1 до 2 лет. Из них, 65 оперированы по разработанному нами способу, 60 по традиционному способу аппендэктомии. Отдаленные результаты оценивались как хорошие у больных, которые не предъявляли никаких жалоб, и здоровье которых восстановилось полностью. Удовлет-

ворительными считались такие результаты, когда больные предъявляли жалобы на периодические, усиливающиеся, приступообразные, колющие, тянущие, тупые боли в животе и на запоры, чередующиеся с поносами, задержку стула, периодические вздутия живота, а также при наличии в положении на левом боку тянущих болей в правой подвздошной области. К неудовлетворительным результатам отнесены послеоперационная грыжа, свищ, явления культи и выраженные симптомы спаечной кишечной непроходимости и другие заболевания органов брюшной полости, ограничивающие трудоспособность больных. В эту группу включены и больные, у которых отсутствовал эффект операции, то есть сохранились клинические проявления заболевания после оперативного лечения (Селезнев К.Г., 1981).

Результаты и обсуждение

Как показывают наши данные, на 1-2 сутки в послеоперационном периоде почти у всех больных обеих групп в равной мере отмечается боль в правой подвздошной области, она слабо выражена или практически отсутствует на 7-8 сутки.

В результате корреляционного анализа частоты боли в проекции слепой кишки на 3-и сутки после различных способов аппендэктомии установлено, что имеется умеренная связь между исследуемыми факторами ($K=0,341$). Значение критерия $\chi^2=54,293$ значительно превышает значение $\chi^2=9,21$, что исключает нулевую гипотезу. Результат различия в частоте выраженности болевого синдрома в проекции слепой кишки в ближайшие сроки после операции не случаен. Способ операции коррелируется с ближайшими результатами.

Частота выраженности болевого синдрома в проекции слепой кишки зависит не только от способа операции, но и от других факторов: от формы воспаления червеобразного отростка, наличия выпота, характера выпота, распространенности воспалительного процесса в брюшной полости, расположения червеобразного отростка, травматичности и др. (табл. 1). Все это указывает вычисленный коэффициент Чупрова ($K=0,341$).

В раннем послеоперационном периоде воздействие формы воспаления червеобразного отростка

Таблица 2. Дисперсионный анализ зависимости боли в проекции слепой кишки от формы (m) воспаления червеобразного отростка после традиционного (числитель) и разработанного (знаменатель) способов аппендэктомии

Всего	Форма воспаления	Показатели			
		N	M	h	p
120	Катаральная	33*	4*	0,48*	0,12*
		16**	0**	0,0**	0,0**
114	Слегманозная	83*	10*	1,20*	0,12*
		75**	10**	1,33**	0,13**
234	Гангренозная	4*	4*	4,00*	1,00*
		3**	3**	3,00**	1,00**

Примечание. * - $H=2,700$; $r=3$; $h^2=0,195$; $m \cdot h^2=0,014$; $F=14,207$; $F_{05}=3,0$; $P<0,05$; ** - $H=1,4825$; $r=3$; $h^2=0,248$; $m \cdot h^2=0,014$; $F=18,257$; $F_{05}=3,0$; $P<0,05$

на возникновение боли в проекции слепой кишки составляет 80%. Выраженность боли в проекции слепой кишки в группе больных, оперированных по традиционной методике, форма воспаления составляет 80%. К показателю силы влияния изучаемого фактора надо относиться с полным доверием, так как средняя ошибка ($m \cdot h^2=0,019$) в 14 раз меньше (табл. 2).

При уровне значимости $P<0,05$ ($F_{таб}<3,0$) достоверные границы силы влияния формы воспаления червеобразного отростка на боль в проекции слепой кишки составляет $0,20 \pm 0,04$. При изучении генеральной совокупности доля влияния формы воспаления на боль в проекции слепой кишки может колебаться от 16 до 24%. Случайность различий влияний исследуемых факторов маловероятна, так как критерий $F=14,207$ превышает табличное значение $F=3,0$.

Выраженность боли в проекции слепой кишки на 3-и сутки после разработанного способа аппендэктомии и ее зависимости от формы воспаления червеобразного отростка указана в таблице 2. Отмечено, что на выраженность боли в проекции слепой кишки влияет форма воспаления червеобразного отростка на это указывает $h^2=0,248$, что в 18 раз меньше средней ошибки $m \cdot h^2=0,014$. Поэтому, можно с полным доверием относиться к показателю силы влияния изучаемого фактора.

Это означает, что воздействие формы воспаления червеобразного отростка на боль в проекции слепой кишки составляет $25 \pm 4\%$, в то время как на долю всех других, не учтенных в данном исследовании влияний, приходится 75%.

При уровне значимости $P<0,05$ ($F_{таб}<3,0$) достоверные границы силы влияния изучаемого фактора на результирующий признак составляет $0,25 \pm 0,04\%$. При изучении генеральной совокупности, доля влияния формы воспаления на боль в проекции слепой кишки может колебаться в пределах 21-29%. Это означает, что случайность различий исследуемых факторов маловероятна, так

как критерий $F=18,252$ превышает табличное значение ($F_{таб}=3,0$).

Из вышесказанного следует, что на частоту выраженности болевого синдрома в проекции слепой кишки при обоих способах операции форма воспаления червеобразного отростка влияла почти одинаково, как при традиционном способе $20 \pm 4\%$, так и при разработанном - $25 \pm 4\%$.

Результаты наших экспериментальных исследований показали, что воспалительные изменения в ране слепой кишки особенно выражены на 3 и 5 сутки после операции. В связи с этим, для характеристики воспалительных явлений слепокришечной раны в кишке изучен симптом Ровзинга на 3-и сутки после операции в зависимости от способа аппендэктомии. При определении симптома Ровзинга перемещение газов толстой кишки приводит к сотрясению и растяжению стенок кишки. В основном раздражается только рана кишки, в то время как рана передней брюшной стенки практически интактна.

На наличие связи частоты симптома Ровзинга со способом аппендэктомии (табл. 3) указывает вычисленный коэффициент сопряженности Чупрова $K=0,278$, $\chi^2=18,044$ значительно превышает табличное $\chi^2=3,841$ при $P<0,01$ и свидетельствует о достоверности этого вывода.

Как видно из таблицы, на частоту симптома Ровзинга после традиционного и разработанного способа аппендэктомии влияние характера воспалительного процесса червеобразного отростка идентично, соответственно (21 ± 4 и 21 ± 5).

Необходимо с большой достоверностью отметить, что форма воспаления червеобразного отростка идентично влияет на частоту симптома Ровзинга, на что указывает вычисленный критерий Фишера ($F=15,323$) при традиционном способе и разработанном способе ($F=15,060$), превышающий табличный ($F_{0,5}=3,0$).

В послеоперационном периоде у больных обеих групп наблюдались осложнения со стороны раны подвздошной области и передней брюшной

Таблица 3. Частота симптома Ровзинга при различных способах аппендэктомии

Способ аппендэктомии	Выраженность боли после аппендэктомии		Всего
	Выраженная	отсутствует	
Традиционный	70	50	120
Разработанный	35	79	114
Итого	105	129	234

Примечание. $\chi^2=0,0771$; $K=0,278$; $\chi^2=18,044$; $\chi^2=3,841$; $P<0,01$

стенки. Осложнения, связанные с разработанной методикой, и осложнения брюшной полости не наблюдались.

Связь между способами аппендэктомии и развитием послеоперационных осложнений со стороны раны передней брюшной стенки при корреляционном анализе показала, что между исследуемыми факторами существует взаимосвязь ($K=0,40$). Различия в частоте послеоперационных осложнений со стороны раны в правой подвздошной области в ближайшие сроки после операции не случайны. Значения критерия $\chi^2=12,981$ превышает $\chi^2=11,341$, что отвергает нулевую гипотезу, а способ операции коррелируется с ближайшими результатами. Сроки лечения больных при применении разработанного способа сократились в 2,0 раза (в койко-днях).

При исследовании установлено, что характер воспаления червеобразного отростка в отдаленный послеоперационный период влияет на частоту удовлетворительных результатов. Влияние характера воспаления червеобразного отростка на удовлетворительные результаты лечения больных, оперированных разработанным способом, составили 31 ± 7 , а при традиционном 23 ± 8 (при $P<0,05$).

Данные обследования больных в ближайшие сроки показали улучшение результатов оперативного лечения после применения разработанного нами способа аппендэктомии на 25% за счет уменьшения болевых симптомов в проекции сле-

пой кишки. В отдаленный период после аппендэктомии по традиционной методике получено 23% удовлетворительных и 77% хороших результатов. После применения разработанного нами способа - 5% удовлетворительных и 95% хороших. В обеих исследуемых группах неудовлетворительных результатов не было отмечено.

Снижение удовлетворительных результатов на 18% и улучшение хороших результатов на 18% при разработанном нами способе аппендэктомии достигнуты. Следовательно, разработанный способ аппендэктомии улучшает результаты лечения различных форм аппендицита.

Выводы

1. Разработанный способ аппендэктомии обеспечивает улучшение результатов оперативного лечения при разных формах аппендицита в ближайшие сроки на 25%.
2. В отдаленном периоде после операции при разработанном способе аппендэктомии наблюдалось улучшение хороших результатов на 23%, за счет уменьшения удовлетворительных результатов.
3. Клиническая оценка состояния больных в послеоперационном периоде при различных способах аппендэктомии, свидетельствует о преимуществах разработанного нами способа, отличающегося меньшим количеством осложнений, как в раннем, так и в отдаленном периодах после операции.

Литература

1. Мосин С.В. Лапароскопическая диагностика и лечение хронического аппендицита. М., 2009:122.
2. Сараев В.В. Новые оперативные технологии в хирургии аппендицита. Нижегород, 2007: 215.

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
Оттажонна 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

XORIJLILY 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