



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.Назирова, 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

аникланади, тизза қопқоғининг юқорига силжиганлиги аникланади [1,3].

Бу текширувлар билан биргаликда тизза қопқоғи хусусий бойламининг узилишида контрастли МСКТ текшируви амалга оширилмоқда. Бунда контраст модда тизза қопқоғининг пастки кутби соҳасидан юборилади ва контрастнинг ҳаракат йўналиши кузатилади, агар контрастнинг ҳаракат йўналиши бир текис ва узлуксиз ҳамда тизза қопқоғи хусусий бойлами чегарасидан чиқмаса тизза қопқоғи хусусий бойлами бу-

тунлигидан далолат беради, агар контраст модда катта болдир суяги гадир-будирлигига етмасдан тарқалиб кетса тизза қопқоғи хусусий бойлами давомийлигида узилиш борлигини кўрсатади.

Шундай қилиб, ТБЭА нинг жароҳатлари меҳнатга лаёқатли ёшдаги инсонларда учрайди, ўзига хос клиник белгилар билан кечади, ва уларни ўз вақтида аниқлаш керакли билим ва тажрибани талаб қилади. Замонавий текширув усуллари УТТ, МРТ, контрастли МСКТ ТБЭА шикастларини ташхислашда муҳим аҳамиятга эга.

Адабиётлар

1. Брюханов А.В., Васильев А.Ю. Магнитно-резонансная томография в остеологии. 2006: 69-71.
2. Волков С.В. Закрытый шов связки надколенника. Москва. 2004.
3. Восстановление разрывов собственной связки надколенника: регуляция напряжения на линии шва. Elsayed Ibraheem Elsayed Massoud. International Orthopaedics (SICOT) (2010) 34:1153-1158.
4. Зубарев А.В., Гажонова В.Е., Долгова И.В. Ультразвуковая диагностика в травматологии. 2003.
5. Мякотина Л.И., Гюльназарова С.В., Смирнова Н.В. Биомеханическая оценка функционирования опорно-двигательной системы при застарелых повреждениях разгибательного аппарата коленного сустава. Гений ортопедии. 2008; 4: 99-101.
6. Разрыв сухожилия четырехглавой мышцы бедра на фоне шпоры надколенника. J.R.W.Hardy, M. Chimutengwende-Gordon, I. Bakar From Frenchay Hospital, Bristol, England. J Bone Joint Surg [Br]. 2005; 87-B: 1361-3.
7. Сивина Е.Г. Роль магнитно-резонансной томографии в предоперационном планировании у пациентов с патологией капсульно связочного аппарата коленного сустава. М. 2008.
8. Смирнова Н.В. Клинико-функциональное обоснование дублирующей аллотендопластики при застарелых повреждениях разгибательного аппарата коленного сустава. Екатеринбург 2009.
9. Трофимова Т.Н., Карпенко А.К. МРТ- диагностика травмы коленного сустава. 2006: 118-121.
10. Carolyn S. Dupuis, MD. Sjirk J. Westra, MD. Joseph Makris, MD E. Christine Wallace. Fractures of the patella and injuries to the extensor mechanism. Robert M. Harris. MD. Rockwood & Green's fractures in adults, 6th edition Injuries and conditions of the extensor mechanism of the pediatric knee. RadioGraphics Volume 29. Volume 3. May-June 2009, 877-886.
11. Lisa K. Patella fractures & extensor mechanism injures. Cannada, MD. Revised: October 2008; May 2011.
12. Michael James DePalma. MD., Robert Harison Perkins, MD. Patellar tendinosis. Acute patellar tendon rupture and jumper's knee. The Physician and sportsmedicine. 2004; 32: 13.
13. Michael T. Archdeacon, M.D. Roy W. Sanders, M.D. Patella fractures and extensor mechanism injures. Elsevier Science (USA), 2003.
14. Roberto Rossi, Federico Dettoni, Matteo Bruzzone, Umberto Cattino, Davide G D'Elicio and Davide E Bonasia. Clinical examination of the knee: know your tools for diagnosis of knee injuries. Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy & Technology. 2011.
15. Romulo Baitazar. Injury to the Knee extensor mechanism. 2009.
16. Knee dislocation & extensor mechanism disruptions. Dr. Scott Mandel. Lower extremity teaching session. McMaster University. Level I trauma center. Orthopedic trauma service. 2007.
17. Shinichi Sakurai, RPT, PhD, Rie Nakazawa, RPT, Kazuo Kato MD. Analyzing the movement of the lower extremity during walking by juvenile patients suffering from chronic sports knee injury in knee extensor mechanism using accelerometer. J Phys Ther Sci. 2010. 22:155-159.

А.А.Абдукаюмов, Ш.Э.Амонов.

ХРОНИЧЕСКИЙ РИНОСИНУСИТ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ. СОВРЕМЕННОЕ

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Хронический риносинусит (ХР) – это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки носа и околоносовых пазух (ОНП), с разнообразной этиологией, приводящее к большим экономическим затратам, имеющее большое медико-социальное значение в связи с ростом заболеваемости. По данным различных авторов она увеличилась в 2,3-3 раза, а количество госпитализаций по этому поводу ежегодно возрастает на 1,5-2,0%, а экономические затраты на лечение данной патологии растут [2]. В связи с актуальностью обсуж-

даемой темы существует необходимость в уточнении некоторых определений и терминов. Также недостаточно изучено клиническое течение сочетанных заболеваний, которые протекают с ХР. В Европейском документе по лечению ХР и полипов носа (ЕРОС, 2012) принятым во Франции (г. Тулуза) в 2012 году, риносинусит определяют, как воспаление слизистой оболочки носа и ОНП, характеризующееся двумя и более симптомами, одним из которых является заложенность носа, нередко сочетающейся с головной или лицевой бо-

лью в проекции ОНП, нарушением функции обоняния. Малыми признаками могут считаться боль в проекции верхних зубов, неприятный запах изо рта, общая утомляемость, субфебрилитет, кашель, боль в ушах [2,8].

Эпидемиология ХРС

ХРС является одним из самых распространенных хронических заболеваний человека, как в структуре общей заболеваемости, так и в структуре общих ЛОР-заболеваний. Данные распространенности этого заболевания сильно варьируют из-за отсутствия общепринятого определения в зависимости от применяемых диагностических критериев: учета только клинических проявлений заболевания, результатов рентгенографии, КТ ОНП или результатов диагностических пункций пораженных ОНП [4]. Данные зарубежной литературы свидетельствуют, что ХР в той или иной форме страдает от 5 до 20% взрослого населения и около 5-7% детей. Исследование, проведенное в США основанные на анкетировании установило, что клинические признаки ХРС длительностью более 3 месяцев в течение года, предшествовавшему опросу, испытывали 15,2% исследуемых [5]. В тоже время, данные статистических исследований, основанные на обращаемости к врачам, дают существенно более низкие данные, следовательно, только у 2% обратившихся был поставлен диагноз ХРС. Статистические данные различаются и в странах Европы и Африки. Так, по данным исследований, проведенных в Германии (Fokkens,) заболеваемость РС в 2007 году составила 8,4% [8], в Финляндии (Uijen) заболеваемость в 2011 году составила 12,0% [14], в Нигерии (Ogunleye) 16,4%. В Азии, по данным Wang, заболеваемость РС варьирует в пределах 6-10% [16]. Надо отметить, что цифры распространенности ХРС, полученные на основе подтвержденных данных эндоскопии и КТ, показывают еще более низкие результаты. Поскольку врачи общей практики, как и оториноларингологи на амбулаторном приеме, как правило, редко используют эндоскопические исследования полости носа, необходимого для верификации точного диагноза, возникает тенденция к гипердиагностике ХРС. Многие авторы указывают на то, что применение одних лишь опросников без применения инструментальных методов осмотра явно приводит к гипердиагностике ХРС. Резюмируя полученные данные статистики различных авторов, распространенность ХРС варьирует от 0,9 до 12% [8,12,14,16].

Следует отметить, что в последние годы отмечается рост случаев полипозной формы ХРС. Распространенность полипозного риносинусита (ПРС) в исследованиях различных авторов также

варьирует в широких пределах. По данным, основанным на обращаемости за медицинской помощью, заболеваемость ПРС составляет примерно 1,0% случаев [11,18].

Классификация риносинусита

Последняя классификация, принятая во Франции в 2012 году, основывается на классификации 2007 года (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2002). Различают: острый РС (менее 12 недель до полного разрешения симптомов); ХРС (сохранение симптомов более 12 недель).

По тяжести течения также существуют несколько вариантов классификаций, основанных на принципиально различных критериях. На основании выраженности клинических и рентгенологических признаков предлагают выделять следующие формы РС [3,8]: легкая: заложенность носа, слизистые или слизисто-гнойные выделения, из носа и/или в носоглотку, температура тела до 37,5°C, головная боль, слабость, гипосмия; на рентгенограмме и компьютерной томограмме ОНП утолщение слизистой оболочки не более 6 мм; среднетяжелая: заложенность носа, гнойные выделения из носа и/или в носоглотку, температура тела выше 37,5°C, боль и болезненность при пальпации в проекции пораженной ОНП, головная боль, гипосмия, может быть иррадиация боли в зубы, уши, общее недомогание; на рентгенограмме и компьютерной томограмме ОНП – утолщение слизистой оболочки и остеомаатального комплекса более 6 мм, тотальное снижение пневматизации или уровень жидкости в одной или двух пазухах; тяжелая: заложенность носа, обильные гнойные выделения из носа, обильные гнойные выделения из носа и/или в ротоглотку (но могут и отсутствовать), температура тела выше 38,0°C, сильная болезненность при пальпации в проекции ОНП, головная боль, аносмия, выраженная слабость; на рентгенограмме тотальное снижение пневматизации или уровень жидкости более чем в двух ОНП; в общем анализе крови – лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ; орбитальные, внутричерепные осложнения или подозрение на них.

В рекомендациях EPOS 2012 степень тяжести заболевания определяют на основании субъективной оценки выраженности симптомов РС посредством визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) (0-10 см) [1]: 0-3 – легкая степень выраженности признака; >3-7 – умеренная; >7-10 – выраженная.

Чтобы определить тяжесть течения заболевания больному предлагается определить степень по вопросу «На сколько вы оцениваете тяжесть своего состояния по аналоговой шкале?».

Шкала актуальна только для взрослых с хроническим риносинуситом, ВАШ более >5 влияет на качество жизни.

Применение такой шкалы, видимо, связано с тем, что лечением РС в большинстве Европейских стран и США изначально занимается врач общей практики, обычно не использующий объективные методы осмотра носа (риноскопию). Есть мнения в зарубежной литературе, что применение объективных методик, таких как, как эндоскопия носа, КТ-исследования, бактериологический посев выделяемого из носа и ОНП не являются обязательными для постановки диагноза. Они считают, что все эти методы исследования следует проводить при длительном течении заболевания, выраженной клинике и неэффективности проводимого антибактериального лечения [12,17].

Некоторые авторы считают, что проведение рентгенографии ОНП при остром РС вообще не является обязательным, так как снижение пневматизации ОНП выявляется даже при банальном ОРВИ, примерно, в 87% обследованных больных (Rautakorpi U.M. et al., 2001). А применение рентгенографических исследований ОНП у детей, примерно, в 82% случаев приводит к гипердиагностике РС и неправильной постановке диагноза при банальном ОРВИ [8,9].

Согласно национальным методическим рекомендациям [7], выделяют: острые РС (<3 мес.); рецидивирующий РС (2-4 эпизода острого синусита в год); обострение хронического РС (усиление имеющихся и/или появление новых симптомов).

Таким образом, определения, рекомендуемые подходы к диагностике и методы лечения могут варьировать в широких пределах, в зависимости от принятых в конкретной стране стандартах.

Этиология и патогенез ХРС

В зависимости от этиологических факторов ХРС подразделяют на бактериальный, грибковый (инвазивные и неинвазивные формы) и вызванные бактериально-грибковыми ассоциациями. По морфологическим особенностям ХРС может быть катаральным, гнойным, полипозно-гнойным и полипозным, причем последнюю форму – ПРС часто описывают как отдельное заболевание (Cirrandi G. et al., 1993). Следовательно, ХРС считается многофакторным заболеванием, так как имеется более десятка подтвержденных причин и предрасполагающих факторов [1,4,10,11,16].

В настоящее время наиболее популярна риногенная теория патогенеза ХРС. Воспалительные процессы, развивающиеся в ОНП в результате травмы, специфические, одонтогенные синуситы встречаются значительно реже [1,8]. Современное теоретическое обоснование функци-

ональной внутриносовой хирургии, основанное на фундаментальных работах W.Messerklinger и H.Stammberger, говорит о том, что хроническое воспаление в слизистой оболочке ОНП является следствием нарушения их аэрации. В типичных случаях ведущую роль в патогенезе ХРС играют патологические изменения в области среднего носового хода, где находится остеомеатальный комплекс (ОМК) – место расположения выводных отверстий верхнечелюстной, лобной пазух и передних клеток решетчатого лабиринта.

Морфологические исследования при ХРС доказали, что на соприкасающихся участках слизистой оболочки мерцательное движение ресничек становится несостоятельным и мукоцилиарный транспорт прекращается. Таким образом, даже небольшого отека слизистой оболочки бывает достаточно, чтобы нарушилась нормальная аэрация синусов, что ведет за собой замедление мукоцилиарного транспорта, снижение парциального давления кислорода, нарушение естественной эвакуации секрета из ОНП. Это, в свою очередь, способствует адгезии и более длительному контакту патологических агентов и дальнейшему повреждению слизистой оболочки и манифестации воспаления [13,15].

Установлено, что мукоцилиарный транспорт на внутренней и внешней поверхности медиальной стенки ВЧП осуществляется в противоположных направлениях. Это, при наличии дополнительного соустья, создает условия для рециркуляции слизи из полости носа обратно в пазуху, а также создает предпосылки к формированию кист и антрохоанальных полипов. Послеоперационное дополнительное соустье в нижнем носовом ходе также может способствовать и поддерживать воспалительный процесс в верхнечелюстной пазухе [12,13,15].

Однако некоторые авторы констатируют отсутствие статистически подтвержденной корреляции между наличием изменений в области ОМК и возникновением ХРС [15]. Также нет однозначного мнения по поводу влияния искривления перегородки носа на морфогенез ХРС, так как нет и четкого определения и самого «искривления». Считается, что под этим термином подразумевается отклонение структур перегородки от средней линии на 3 мм и более. По мнению одних авторов, искривление носовой перегородки является предрасполагающим фактором для развития ХРС, а другие утверждают обратное [19]. Таким образом, роль анатомических вариантов строения и пневматизации структур решетчатого лабиринта и ОМК в патогенезе ХРС нельзя считать однозначно доказанной.

Наличие сопутствующей патологии в развитии, течении и патогенезе ХРС также является не-

достаточно изученной. Существуют спорадические исследования отдельных авторов, посвященные освещению проблемы сочетанной патологии с синуситами [17].

Наличие атопии может являться еще одним из факторов развития ХРС. Теоретически отек слизистой оболочки при аллергических реакциях вызывает блок естественных соустьев и застоя секрета в пазухах, однако на практике эпидемиологические исследования не подтверждают этого – в сезон цветения растений не отмечается достоверного увеличения заболеваемости ХРС. С другой стороны, целый ряд наблюдений указывает на повышенную выявляемость маркеров атопии у лиц с ХРС. По различным данным, пациенты с ХРС имеют положительные кожные пробы с аллергенами в 50-84% случаев, причем у 60% отмечалась поливалентная сенсибилизация (Ciprandi G. et. al., 1993; Blair C. et. al., 2001).

ХРС и бронхиальная астма (БА) очень часто сочетаются в клинической практике, хотя взаимосвязь между этими заболеваниями тоже остается не до конца выясненной. Практически у 100% пациентов с тяжелыми, гормонально-зависимыми формами БА, а также у 88% с легкими и среднетяжелыми формами, выявляются признаки риносинусита при КТ ОНП за счет отека слизистой оболочки и скопления в пазухах слизи. Однако выявленные изменения могут быть следствием состояния как аллергического, так и инфекционного характера [6].

Важную роль в развитии в развитии воспаления ОНП имеет генетические факторы. Практически у всех пациентов старше 5 лет с муковисцидозом, синдромом Картагенера диагностируется ХРС. Считается, что за это ответственны гены, отвечающие за предрасположенность человека к развитию ХРС (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2002).

Важное значение имеют различные иммунодефицитные состояния, которые могут быть одним из отягощающих факторов в патогенезе ХРС. Это подтверждается практически у 100% больных с поражением ОНП при первичных дефектах гуморального звена (X-сцепленная агаммаглобулинемия, общая вариабельная иммунологическая недостаточность). Более половины ВИЧ-инфицированных пациентов имеют ХРС, значительное количество ХРС выявляется при синдроме Капоши [13,14].

Имеются данные о влиянии факторов внешней среды в развитии ХРС, но они также неоднозначны. Много исследований, посвященных роли патологии желудочно-кишечного тракта и, в частности, *Helicobacter pylori* в развитии ХРС. У 33% наблюдаемых пациентов, в отличие от здоровых лиц, в секрете ОНП обнаружили ДНК данного

возбудителя [10]. У этих пациентов ХРС сочетался с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью, однако по нашему мнению, наличие только этого факта явно недостаточно для однозначных выводов.

Бурные дискуссии вызывает и вопрос этиологической роли микрофлоры при ХРС, который являлся неоспоримым многие годы. И сама гипотеза, предполагающая, что ХРС является следствием и логическим продолжением затянувшегося ОРС, с позиции доказательной медицины не находит убедительных данных. При одностороннем воспалительном процессе из здоровой половины носа может высеваться тот же возбудитель (как аэробы, так и анаэробы), что из воспаленной пазухи. Также важно отметить, что этиологически значимой считается только микрофлора, полученная при пункции пазухи. Материал из среднего носового хода в большинстве случаев является сопутствующей микрофлорой и отличается от такового пунктата. Тенденция к снижению (в Европе и Америке) проведения диагностических пункций не способствует получению достоверных результатов при ХРС [14,16,17].

Считается, что при хронизации процесса аэробная микрофлора вытесняется и замещается анаэробной микрофлорой. В условиях ХРС при заблокированных соустьях в изолированных пазухах падает парциальное давление кислорода, рН среды смещается в кислую сторону, что создает благоприятные условия именно для анаэробов. При ХРС чаще выделяют микробные ассоциации, а среди возбудителей на первое место выходят анаэробы (*Peptostreptococcus* spp., *Bacteroides* spp., *Corynebacterium* spp.). Также встречаются золотистый стафилококк, пневмококк, гемофильная палочка, грамотрицательные бактерии, грибки.

Другая теория объясняет существование упорных, не поддающихся антимикробному и хирургическому лечению ХРС наличием и персистенцией внутриэпителиальных клеток *Staphylococcus aureus* [10]. С другой стороны, при исследовании мазков из среднего носового хода был получен рост различной микрофлоры, причем на 86% она была представлена аэробами, и только 8-10% случаев анаэробами [13].

Существует также грибковая теория развития ХРС. Она обусловлена своеобразной иммунной реакцией на мицелий грибов (в первую очередь, рода *Alternaria*), которые, попадая в просвет пазухи, модифицируют иммунный ответ, вызывая продукцию IL-5, IL-13, IF- γ . Считается, что реакция развивается у предрасположенных лиц и проявляется миграцией эозинофилов в слизистую оболочку, а затем в просвет ОНП, с последующей их деградацией и выделением токсичных белков. Этот

процесс характеризуется продукцией очень густого трудно отделяемого муцина, постепенно заполняющего весь просвет ОНП. С использованием различных современных методик грибки были обнаружены у 94% больных и 100% здоровых лиц [6,11].

Наличие такого большого количества теорий и гипотез причин возникновения ХРС говорит об отсутствии четкого представления и обосновывает необходимость дальнейшего изучения данного вопроса.

Подводя итоги, приходится констатировать, что на сегодняшний день ХРС является заболе-

ванием с большим количеством предрасполагающих моментов, но без однозначно доказанной этиологии. Патогенез ХРС также нельзя назвать достаточно понятным, несмотря на большое количество исследований в этом направлении. Учитывая тот факт, что в отдельных работах ХРС представляет собой не самостоятельную нозологическую форму, а является лишь синдромом, проявлением каких-то других заболеваний, изучение этиологии и патогенеза ХРС в сочетании с заболеваниями висцеральных органов, в том числе почек, является одной из приоритетных задач современной отоларингологии.

Литература

1. Иванченко О.И., Лопатин А.С. Хронический риносинусит: эпидемиология, классификация, этиология, патогенез. Современный взгляд на проблему. Вестн отоларингол. 2012; 2: 91-95.
2. Косяков С.Я., Пискунов Г.З., Атанесян А.Г. Современная диагностика и лечение отитов и риносинуситов, согласно международным стандартам. Учебное пособие для врачей. М., 2007: 207.
3. Пискунов В.С. Функциональное и клиническое значение анатомических структур, формирующих полость носа. Курск, 2008: 32.
4. Alkire B.C., Bhat tacharyya N. An assessment of sinonasal anatomic variants potentially associated with recurrent acute rhinosinusitis. The Laryngoscope. 2010;120 (3): 631-4.
5. Bachert C., Hormann K., Mosges R. et al. An update on the diagnosis and treatment of sinusitis and nasal polyposis. Allergy. 2003. 58 (3): 176-91.
6. Bhattacharyya N., Grebner J., Martinson N.G. Recurrent Acute Rhinosinusitis: Epidemiology and Health Care Cost Burden. Otolaryngology--head and neck surgery. Official J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg. 2011; 25: 1234-7.
7. Cherry D.K., Woodwell D.A., Rechtsteiner E.A. National Ambulatory Medical Care Survey: 2005 summary. Adv Data. 2007; 29 (387): 1-39.
8. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EP3OS 2007: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. A summary for otorhinolaryngologists. Rhinology. 2007; 45 (2): 97-101.
9. Mbarek C., Akrouf A., Khamassi K. et al. Recurrent upper respiratory tract infections in children and allergy. A cross-sectional study of 100 cases. Tunis Med. 2008; 86 (4): 358-61.
10. Naclerio R., Blair C., Yu X., Won Y.S., Gabr U., Baroody F.M. Allergic rhinitis augments the response to a bacterial sinus infection in mice: A review of an animal model. Am J Rhinology. 2006; 20 (5): 524-33.
11. Neumark T., Brudin L., Engstrom S., Molstad S. Trends in number of consultations and antibiotic prescriptions for respiratory tract infections between 1999 and 2005 in primary healthcare in Kalmar County, Southern Sweden. Scand J Prim Health Care. 2009; 27 (1): 18-24.
12. Rudmik L., Muzychuk A., Oddone Paolucci E., Mechor B. Chinook wind barosinusitis: an anatomic evaluation. Am J Rhinol Allergy. 2009; 23 (6): 14-6.
13. Treebupachatsakul P., Tiengrim S., Thamlikitkul V. Upper respiratory tract infection in Thai adults: prevalence and prediction of bacterial causes, and effectiveness of using clinical practice guidelines. J Med Assoc Thai. 2006; 89 (8): 1178-86.
14. Uijen J.H., Bindels P.J., Schellevis F.G., vander Wouden J.C. ENT problems in Dutch children: trends in incidence rates, antibiotic prescribing and referrals 2002-2008. Scand J Prim Health Care. 2011; 29 (2): 75-9.
15. Ulanovski D., Barenboim E., Raveh E., Grossman A., Azaria B., Shpitzer T. Sinusitis in pilots of different aircraft types: is allergic rhinitis a predisposing factor? Am J Rhinology. 2008; 22 (2): 122-4.
16. Wang D.Y., Wardani R.S., Singh K. et al. A survey on the management of acute rhinosinusitis among Asian physicians. Rhinology. 2011;49 (3): 264-71.
17. Zuskin E., Mustajbegovic J., Schachter E.N. et al. Respiratory findings in pharmaceutical workers. Am J Ind Med. 2004; 46 (5): 472-9.

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.Йулдоиხოнова, 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 АППЕНДЭКТОМИИ.....	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 ЁСМИРЛАРДА 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

XORIJY 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

Гос. научная медицина
библиотека МЗ РУз