



# O'ZBEKISTON *tibbiyot* JURNALI

*М*  
Медицинский  
ЖУРНАЛ  
УЗБЕКИСТАНА

№2  
2013

**U Z B E K I S T O N** *М е д и ц и н с к и й*  
*t i b b i y o t* *ж у р н а л*  
*j u r n a l i* **У З Б Е К И С Т А Н А**  
**Medical journal of UZBEKISTAN**  
*I l m i y - a m a l i y j u r n a l*

№ 2, 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.Махкамов

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

Буюртма № 100. Адади 5254 нусха.

Босишга рухсат этилди 16.05.2013 г. Формат 60×84 1/8. Нархи шартнома асосида

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

Тошкент ш. Бунёдкор шох кўчаси, 44.

ТОШКЕНТ

ДУК «O'zbekiston tibbiyot jurnali»

2013

З.К.Рахимов, С.Ф.Сулейманов, О.А.Пулатов

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА СЕРРАТА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Бухарский государственный медицинский институт,

Ташкентский педиатрический медицинский институт

*Z.K.Rakhimov, S.F.Suleymanov, O.A.Pulatov.* Application of drug Serrata in patients with fractures of low jaw.

Purpose of work is the study of the influence of Serrata in the content of complex treatment on immune reactivity in patients with mandibular fractures.

15 patients with mandible fractures at the age of 16-60 years old have been studied. 10 of them were with unilateral fracture, 5 - with bilateral one. Depending on the treatment all patients were divided into two groups: Group I - 7 patients with mandible fractures whom a traditional (medical) and orthopedic treatment was prescribed; Group II - 8 patients with mandible fractures who took additionally enzyme preparation Serrata (1 tabl. before meals 3 times a day for 10 days) against a background of traditional and orthopedic treatment. The control group was consisted of 12 practically healthy persons of an identical age.

In the treatment the traditional orthopedic immobilization and drug therapy were used. Orthopedic treatment was a reposition and inter-maxillary-mandibular immobilization of bone fragments with various modifications of individually bent wire or tape standard splints with anchor splint. Medical therapy included antibiotics, sulfanilamide drugs, the administering the de-sensibilization medicines and analgetics.

Applying the combined therapy with the additional inclusion of Serrata in patients with mandibular fractures possessed a great efficacy because it contributed to the recovery of disordered links of immunity. Accelerating the elimination of signs of purulent inflammation and sequestration of bone tissues of jaws and formation of callus in patients with mandibular fractures testified to the strengthening of regenerative-reparative processes in the postoperative period of treatment of patients with mandibular fractures.

Диагностика, лечение и реабилитация травм челюстно-лицевой области (ЧЛО) остаётся одной из актуальных проблем в хирургической стоматологии [1].

В последние годы отмечается неуклонный рост числа переломов костей лицевого скелета. На долю переломов нижней челюсти (ПНЧ) приходится 75-87% (Бажанов А.И., Сеченова И.М., 1992; Робустова Т.Г. и др., 1995; Панкратов А.С., Коршунов В.М., 1999; Precious D.S. et al., 1998). ПНЧ в 10-37% случаев осложняются воспалительными процессами. Одним из патогенетических механизмов развития гнойно-воспалительных осложнений является нарушение иммунного статуса и неспецифической резистентности организма.

Установлено, что у больных травматическими повреждениями лицевого скелета, особенно при развитии гнойно-воспалительных осложнений, отмечается подавление иммунитета, главным образом Т-клеточного пула (Беловолова Р.А., Новосядлая Н.В., Новгородский СВ., 1999, 2002). В связи с этим, вполне обосновано включение в комплекс лечебных мероприятий препаратов,

обладающих иммуномодулирующим эффектом (Инелис И.С., 1992; Федотов С.Н. Лызганов В.А., 2000; Боймурадов Ш.А., Убайдуллаев М.Б., 2000).

В литературе сообщают о применении сerratа при различных патологиях у взрослых и детей, однако влияние препарата при ПНЧ и в профилактике их осложнений до сих пор не изучено.

Цель исследования – изучение влияния сerratа в составе комплексного лечения на иммунную реактивность у больных с ПНЧ.

### Материал и методы

Обследовано 15 больных с ПНЧ, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра в возрасте 16-60 лет. Женщин было 7 человек, мужчин - 8. Из них, 10 были с односторонним переломом, 5 - двухсторонним ПНЧ. Контрольную группу сравнения составили 12 практически здоровых лиц идентичного возраста.

В большинстве случаев травма была получена в результате бытовой (65,3%), спортивной (16,4%), транспортной (11,7%) причин, производ-

ственные травмы составили 6,6% (4 случая). Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям. Для диагностики ПНЧ и выбора оптимального способа лечения больных, применяли клинические (сбор анамнеза, жалоб, внешний осмотр челюстно-лицевой области и полости рта), неврологические, рентгенологические, лабораторные методы исследования.

В зависимости от проведённого лечения больные были разбиты на 2 группы: I группа – 7 больных с ПНЧ, которым было проведено традиционное (медикаментозное) и ортопедическое лечение; II группа – 8 больных с ПНЧ, которым на фоне традиционного и ортопедического лечения дополнительно назначали ферментный препарат серрата (по 1 таблетке до еды 3 раз в день в течение 10 дней).

Ортопедическое лечение заключалось в репозиции и межчелюстной иммобилизации отломков при помощи различных модификаций, индивидуально изогнутых проволочных, либо стандартных ленточных шин с зацепными петлями. Медикаментозная терапия включала применение антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, введение десенсибилизирующих препаратов и анальгетиков.

### Результаты и обсуждение

Многочисленные исследования, проведенные в течение последних десятилетий, отчетливо показали, что на клиническое течение воспалительного заболевания и состояние репаративных процессов значительное влияние оказывают такие механизмы регуляции иммунных реакций, как функция иммунокомпетентных клеток, продукция цитокинов, уровень продукции патогенных иммунных комплексов и адгезивных молекул. Все указанные эффекты иммунитета успешно контролирует системная энзимотерапия.

С учётом вышесказанного, мы исследовали влияние системной энзимотерапии (СЭТ) в динамике лечения у больных с ПНЧ. В качестве препарата СЭТ мы выбрали серрата.

У больных с ПНЧ как I, так и II групп, наблюдали значительное снижение Т-звена иммунитета (до  $31,4 \pm 2,7\%$ ), а количество В-лимфоцитов оказалось повышенным ( $26,8 \pm 3,1\%$ ). Кроме этого, происходило угнетение процессов репарации и рефрактерность к традиционной терапии. В патогенезе подобного течения заболевания важную роль играет вторичная иммунная недостаточность, выявленная у всех больных с ПНЧ.

Изменение иммунного статуса у данных пациентов характеризуются высокой активностью

местного звена иммунитета по нейтрофильно-лейкоцитарному типу и несколько слабой активацией общего иммунитета с недостаточностью Т-лимфоцитарной системы.

Традиционное лечение не устраняло нарушений в системе общего иммунитета и при выписке у больных I группы количество Т-лимфоцитов оставалось значительно сниженным ( $36,5 \pm 1,93\%$ ) ( $p > 0,05$ ). Восстановление уровней иммуноглобулинов и количества клеточных элементов в слюне имело недостаточно активную динамику и выявленные нарушения сохранялись до конца наблюдения ( $p > 0,05$ ).

Патогенетическая роль иммунологической недостаточности при ПНЧ обусловила необходимость включения в комплексную терапию данного заболевания препарата серрата. Следует отметить, что препарат серрата (серрапептаза) - это протеолитический фермент, выделенный из непатогенной кишечной бактерии *Serratia E15*. Оказывает фибринолитическое, противовоспалительное и противоотечное действие. Помимо уменьшения воспалительного процесса, серрапептаза уменьшает выраженность боли посредством снижения высвобождения болевых аминов из воспаленных тканей.

Включение серрата в комплексное лечение больных с ПНЧ II группы способствовало стабилизации состояния общего иммунитета, прежде всего Т-лимфоцитарного звена, количества циркулирующих иммунных комплексов и содержания клеточных элементов слюне, как важного индикатора местного иммунитета. При этом, выявили повышение количества Т-лимфоцитов до  $47,8 \pm 2,3\%$  на 12-15 сутки ( $p < 0,001$ ), что было статистически достоверно по сравнению с данными до лечения. Также мы выявили более быструю нормализацию общего состояния пациентов и оптимизацию течения раневого процесса, что проявлялось в появлении грануляций на 3-4 дня раньше, в полном очищении и краевой ретракции раны на 4-5 дней, а также в сокращении сроков госпитализации более чем на 4-7 дней (до  $13,5 \pm 0,8$  суток, статистически достоверные отличия от контрольной группы,  $p < 0,05$ ).

Итак, полученные нами результаты свидетельствовали о неоспоримом преимуществе СЭТ как метода, положительно влияющего как на динамику основных показателей у больных с ПНЧ, так и фактора, угнетающего воспалительный процесс и, одновременно с этим, ускоряющего репаративные и реабилитационные процессы.

ственные травмы составили 6,6% (4 случая). Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям. Для диагностики ПНЧ и выбора оптимального способа лечения больных, применяли клинические (сбор анамнеза, жалоб, внешний осмотр челюстно-лицевой области и полости рта), неврологические, рентгенологические, лабораторные методы исследования.

В зависимости от проведенного лечения больные были разбиты на 2 группы: I группа – 7 больных с ПНЧ, которым было проведено традиционное (медикаментозное) и ортопедическое лечение; II группа – 8 больных с ПНЧ, которым на фоне традиционного и ортопедического лечения дополнительно назначали ферментный препарат серрата (по 1 таблетке до еды 3 раз в день в течение 10 дней).

Ортопедическое лечение заключалось в репозиции и межчелюстной иммобилизации отломков при помощи различных модификаций, индивидуально изогнутых проволочных, либо стандартных ленточных шин с зацепными петлями. Медикаментозная терапия включала применение антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, введение десенсибилизирующих препаратов и анальгетиков.

### Результаты и обсуждение

Многочисленные исследования, проведенные в течение последних десятилетий, отчетливо показали, что на клиническое течение воспалительного заболевания и состояние репаративных процессов значительное влияние оказывают такие механизмы регуляции иммунных реакций, как функция иммунокомпетентных клеток, продукция цитокинов, уровень продукции патогенных иммунных комплексов и адгезивных молекул. Все указанные эффекты иммунитета успешно контролирует системная энзимотерапия.

С учётом вышесказанного, мы исследовали влияние системной энзимотерапии (СЭТ) в динамике лечения у больных с ПНЧ. В качестве препарата СЭТ мы выбрали серрата.

У больных с ПНЧ как I, так и II групп, наблюдали значительное снижение Т-звена иммунитета (до  $31,4 \pm 2,7\%$ ), а количество В-лимфоцитов оказалось повышенным ( $26,8 \pm 3,1\%$ ). Кроме этого, происходило угнетение процессов репарации и рефрактерность к традиционной терапии. В патогенезе подобного течения заболевания важную роль играет вторичная иммунная недостаточность, выявленная у всех больных с ПНЧ.

Изменение иммунного статуса у данных пациентов характеризуются высокой активностью

местного звена иммунитета по нейтрофильно-лейкоцитарному типу и несколько слабой активацией общего иммунитета с недостаточностью Т-лимфоцитарной системы.

Традиционное лечение не устраняло нарушений в системе общего иммунитета и при выписке у больных I группы количество Т-лимфоцитов оставалось значительно сниженным ( $36,5 \pm 1,93\%$ ) ( $p > 0,05$ ). Восстановление уровней иммуноглобулинов и количества клеточных элементов в слюне имело недостаточно активную динамику и выявленные нарушения сохранялись до конца наблюдения ( $p > 0,05$ ).

Патогенетическая роль иммунологической недостаточности при ПНЧ обусловила необходимость включения в комплексную терапию данного заболевания препарата серрата. Следует отметить, что препарат серрата (серрапептаза) – это протеолитический фермент, выделенный из непатогенной кишечной бактерии *Serratia E15*. Оказывает фибринолитическое, противовоспалительное и противоотечное действие. Помимо уменьшения воспалительного процесса, серрапептаза уменьшает выраженность боли посредством снижения высвобождения болевых аминов из воспаленных тканей.

Включение серрата в комплексное лечение больных с ПНЧ II группы способствовало стабилизации состояния общего иммунитета, прежде всего Т-лимфоцитарного звена, количества циркулирующих иммунных комплексов и содержания клеточных элементов слюне, как важного индикатора местного иммунитета. При этом, выявили повышение количества Т-лимфоцитов до  $47,8 \pm 2,3\%$  на 12-15 сутки ( $p < 0,001$ ), что было статистически достоверно по сравнению с данными до лечения. Также мы выявили более быструю нормализацию общего состояния пациентов и оптимизацию течения раневого процесса, что проявлялось в появлении грануляций на 3-4 дня раньше, в полном очищении и краевой ретракции раны на 4-5 дней, а также в сокращении сроков госпитализации более чем на 4-7 дней (до  $13,5 \pm 0,8$  суток, статистически достоверные отличия от контрольной группы,  $p < 0,05$ ).

Итак, полученные нами результаты свидетельствовали о неоспоримом преимуществе СЭТ как метода, положительно влияющего как на динамику основных показателей у больных с ПНЧ, так и фактора, угнетающего воспалительный процесс и, одновременно с этим, ускоряющего репаративные и реабилитационные процессы.

**Выводы**

1. Применение комплексной терапии с дополнительным включением в его состав СЭТ у больных с ПНЧ обладало большой эффективностью, так как способствовало восстановлению нарушенных звеньев иммунитета.

2. Ускорение ликвидации признаков гнойного воспаления и секвестрации костной ткани челюстей, образование костной мозоли у больных с ПНЧ свидетельствовало об улучшении регенерационно-репаративных процессов в течении послеоперационного периода лечения больных с ПНЧ.

**Литература**

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Изд-3-е, перераб. и доп.-М.: Мед. лит., 2003: 374.

*М.С.Рустамов*

### **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ ТРАБЕКУЛЭКТОМИИ С «Т» И «П» ОБРАЗНОЙ ГЕТРОСКЛЕРОРЕТРАКЦИЕЙ**

*Ташкентский институт усовершенствования врачей*

**M.S.Rustamov. Late results of trabeculectomy operation with "T" and "П" shaped heteroscleroretraction.**

Purpose of work is to analyze the late results of author's own modifications of the above mentioned operation.

67 patients (117 eyes), including 48 (84 eyes) with open-angle glaucoma and 19 (33 eyes) with closed-angle glaucoma and different levels of intraocular pressure were operated on with the use of the developed method. Of this number 5 patients (7 eyes) had the initial stage of glaucoma, 55 (101 eyes) – the developed form and 7 patients (9 eyes) – an advanced stage of disease.

Within 2 years after the operation the results were supervised in 58 patients (105 eyes), for 3 years – in 9 patients (11 eyes) and during 4-5 years – in 69 patients (98 eyes). The patients' age was from 43 to 58 years old.

Trabeculoheteroscleroretraction is a pathogenetically directed operation, distinguished by the creating the conditions for the direct outflow of intraocular fluid from the anterior chamber through the clearance of scleral tunnel, filtration of intraocular fluid under the conjunctiva. Advantages of the developed operation in clinical practice are its versatility in a variety of forms of primary glaucoma, which allows making the operative diagnostics of the retention levels.

Technically correctly performed trabeculoheteroscleroretraction practically excludes the development of operational and post-operative complications. Operation gives the hypotensive effect: immediately after surgery intraocular pressure compensation is achieved in all the patients, and in the long-term supervision periods up to 5 years remains in 97% of cases.

Trabeculoheteroscleroretraction becomes highly effective in saving the visual functions, which, apparently, can be explained by the outflow of intraocular fluid through the tunnel ways and normalization of hydrodynamics of eyes up to the physiological values. Sight acuity of the majority of patients (97.44%) is improved or remained at preoperational level. Preservation of the field of vision and its extension reached in 88.03% of cases. High efficiency of trabeculoheteroscleroretraction is its foundation for the recommendations of its introduction into the health care practice at various stages of primary glaucoma, including the initial one.



В последние два десятилетия достигнуты большие успехи в изучении патогенеза первичной глаукомы. Доказано, что в основе возникновения гипертонии глаза лежит ретенция оттоку внутриглазной жидкости. Выявлена неоднородность первичной глаукомы (Гиниятуллина А.Х., Вагапова Б.Х., 1999). Полипатогенность данного заболевания в основе теоретических представлений

о патогенезе глаукомы признается многими отечественными и зарубежными авторами [1]. За последние годы возникло новое направление в хирургическом лечении этого заболевания. Разработана система патогенетически направленных операций для устранения в каждом конкретном случае определенного места ретенции. Часто патологические изменения не ограничиваются одним

KLINIK TIBBIYOT 

## КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- С.Н.Наврззов, Б.С.Наврззов, Ш.М.Маматкулов, Э.К.Шаймарданов КРИТЕРИИ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА..... 2
- П.П.Черныш, У.К.Каюмов, А.А.Гулева, Ф.А.Хайдарова, М.С.Ахмедова, А.С.Фазылджанова ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИПА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ..... 8
- Т.О.Даминов, Л.Н.Туйчиев, Г.К.Худайкулова, Л.Ю.Аладова, М.Т.Муминова, Ф.Ш.Маматмусаева ФОСФОЛИПИДНЫЙ СОСТАВ ЖЕЛЧИ У ДЕТЕЙ-РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А и В в ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ..... 11
- М.Ю.Каримов, Ё.Б.Гулямов, А.Ю.Юлдашев, Р.Р.Якубджанов МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО СИНОВИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА ... 14
- Х.М.Камилов, Ш.Р.Абдуллаев ЛЕЧЕНИЕ КАНАЛИКУЛИТОВ И КОНЪЮНКТИВИТОВ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ..... 18
- С.У.Асилова, Г.С.Эшонкулов, Д.Т.Махкамов УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАГНИТОТЕРАПИИ 20
- С.Н.Наврззов, М.А.Ахмедов, Б.С.Наврззов, Э.К.Шаймарданов ЧАНОҚ ТУБИ ЗАИФЛИГИ СИНДРОМИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН АЁЛЛАРДА ПСИХОМЕТРИК ТЕКШИРУВ УСЛУБИ ..... 22
- Р.Бектошев, М.Эргашев, О.Бектошев КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ОСТЕОХОНДРОЗА) ПОЗВОНОЧНИКА ..... 28
- З.Ш.Ашууров, И.И.Хайрединова ХАРАКТЕРИСТИКА АГРЕССИИ И ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМАЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В СТРУКТУРЕ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ..... 32
- З.К.Рахимов, С.Ф.Сулейманов, О.А.Пулатов ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА СЕРРАТА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ..... 35
- М.С.Рустамов ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ ТРАБЕКУЛЭКТОМИИ С «Т» И «П» ОБРАЗНОЙ ГЕТРОСКЛЕРОРЕТРАКЦИЕЙ ..... 37
- А.М.Набиев, У.Б.Захидов ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНЫХ КОЛЕБАНИЙ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ..... 41
- И.А.Губин, Ш.Х.Султанов ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЙЕНСА И ФАКТОРЫ РИСКА НОНКОМПЛАЙЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСТИМИЕЙ ..... 43
- М.Ж.Азизов, М.Э.Ирисметов, Б.К.Бакиев ТАҚИМ ОСТИ МУШАГИ ПАЙИ ЭНТЕЗОПАТИЯСИНИ ТАШХИСЛАШДА АРТРОСКОПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ ..... 46
- А.С.Фазылджанова, П.П.Черныш ИЗМЕНЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ПРИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ ..... 49

Н.Р.Янгиева, Х.Б.Бердибаев, Ш.Х.Тангриева ДИАБЕТИК РЕТИНОПАТИЯНИНГ НОПРОЛИФЕРАТИВ ВА ПРЕПРОЛИФЕРАТИВ БОСҚИЧЛАРИДА БИОПЕПТИД ПРЕПАРАТ КОРТЕКСИННИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ.....	51
Ш.Э.Амонов, С.Х.Саидов ДИАГНОСТИКА ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ.....	54
У.Б.Захидов, А.М.Набиев ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АЗАРГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ.....	56
Ш.Х.Султанов, И.А.Губин, Н.И.Ходжаева, З.В.Шин АНТИДЕПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В КЛИНИКЕ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ.....	58
<b>JAMIYAT SALOMATLIGI VA SOG'LIQNI SAQLASH</b> 	
<b>ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ</b>	
Д.А.Асадов, Ш.Т.Мухитдинов БОЛАЛАР ОРАСИДА ГЕЛЬМИНТОЗЛАРНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА УЛАРГА ҚАРШИ КУРАШИШНИНГ ТАШКИЛИЙ АСОСЛАРИ (Бухоро вилояти мисолида).....	61
М.П.Менликулов ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЪЕМА И ВИДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ.....	65
А.Б.Искандаров ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ОПЕРАТОРОВ ВЯЗАЛЬНОГО ОБОРУДОВАНИЯ ТРИКОТАЖНЫХ ПРОИЗВОДСТВ УЗБЕКИСТАНА.....	68
Л.А.Пономарева, В.В.Иногамова ЗАГРЯЗНЕНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА В Г. ТАШКЕНТЕ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	71
Г.Д.Тешабаева, Ш.Ш.Магзумова АЛКОГОЛГА ҚАРАМЛИҚДА АСОЦИАЛ ВА АНТИСОЦИАЛ ХУЛҚ ШАКЛЛАНИШИГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ КОНСТИТУЦИОНАЛ-БИОЛОГИК ОМИЛЛАР.....	74
В.А.Рашидов ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА ЗДОРОВЬЮ РАБОЧИХ МРАМОРОНОГО ПРОИЗВОДСТВА С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЯ «КЛАССА УСЛОВИЙ ТРУДА ПО СТЕПЕНИ ВРЕДНОСТИ И ОПАСНОСТИ».....	77
А.М.Уббиниязова ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА РАБОЧИХ ТАШКЕНТСКОГО ТРАКТОРНОГО ЗАВОДА.....	80
М.А.Мадаминава ИЗУЧЕНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ОБУВНОГО ПРОИЗВОДСТВА «НУР-РАВШАН».....	82
Н.К.Рузиева, Н.И.Закирова, У.Г.Лутфуллаев, Ф.К.Аскарлова ЎСМИР ҚИЗЛАРДА ЖИСМОНИЙ ЎСИШ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ АНИҚЛАШ ВА ЧАНОҚ ЎЛЧАМЛАРИГА БОҒЛИҚЛИГИНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ.....	85
<b>SHARHLAR</b> 	
<b>ОБЗОРЫ</b>	
Ю.И.Калиш, Г.В.Хан, Л.З.Аметов, А.Р.Шаюсунов, Н.С.Садыков ПРОТЕЗНАЯ ХИАТОПЛАСТИКА ПРИ ГРЪЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.....	87
Х.Я.Каримов, Е.А.Ногаева ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕМОБЛАСТОЗОВ И ИХ ТЕРАПИИ.....	91
М.И.Авезов, К.Д.Джаббаров СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПОЛИПОЗНЫЕ РИНОСИСУСИТЫ.....	96
Н.Д.Суюнов, Д.Ф.Абдуллаева К АНАЛИЗУ УРОВНЯ ЦЕН НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА.....	100




Ш.Э.Амонов, А.А.Абдукаюмов КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ..... 104

А.А.Жилонов, Ф.Р.Файзуллаева СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ..... 108

М.М.Салиев, Ш.Н.Равшианов БРАХИМЕТАТАРЗИЯ..... 112

М.И.Авезов, К.Д.Джаббаров ПОЛИПОЗНЫЙ РИНОСИНУСИТ: КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ..... 116


Н.Т.Абдулхаков, А.М.Рахимов ЕЛКА ВА БИЛАК СУЯКЛАРИНИНГ БИТМАЁТГАН СИНИҚЛАРИ ВА СОХТА БЎФИМЛАРИ..... 119

**EKSPERIMENTAL TADQIQOTLAR**   
**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**


Г.З. Касимова, Р.А. Сабирова ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХИТОЗАНА НА ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ..... 126

А.Х.Рахманов, К.З.Хакимов ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДУКТОРОВ В УСТРАНЕНИИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ В ПРЕДПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ..... 129


Г.З.Касимова, Р.А.Сабирова ИЗМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ОКСИДА АЗОТА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ ХИТОЗАНОМ..... 133

**TIBVIYOT VA SOG'LIQNI SAQLASH TARIXI**   
**ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**


Sh.I.Karimov, U.B.Berkinov, M.R.Karimov, E.R.Fayzullaev THE PAST AND THE CURRENT STATE OF THORACOSCOPIC SURGERY..... 136

**РЕЦЕНЗИЯ** 

А.Б.Искандаров «ГИГИЕНА ТРУДА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН, ЗАНЯТЫХ НА ТРИКОТАЖНЫХ ПРОИЗВОДСТВАХ УЗБЕКИСТАНА»..... 140

**НАСЛЕДИЕ** 

М.Н.Назиров ЎЗБЕК ТИЛИДА ЁЗИЛГАН МУЖАРРАБОТ..... 142

**YUVILEYLAR**   
**ЮБИЛЕИ**

АКРАМ АКМАЛОВИЧ ФАЗЫЛОВ (к 75-летию со дня рождения)..... 145

ИЛАМАН МУХАМЕДОВИЧ МУХАМЕДОВ (к 70-летию со дня рождения)..... 148