

ISSN 2181-5674

PROBLEMS OF  
**BIOLOGY** *and*  
**MEDICINE**

**БИОЛОГИЯ** *ва*  
**ТИББИЁТ**  
**МУАММОЛАРИ**

2021, № 1.1 (126)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**PROBLEMS OF  
BIOLOGY AND MEDICINE**

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ  
МУАММОЛАРИ**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ  
И МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по теоретическим и практическим  
проблемам биологии и медицины  
**основан в 1996 году**  
Самаркандским отделением  
Академии наук Республики Узбекистан  
Выходит один раз в 2 месяца

*Главный редактор – Ж.А. РИЗАЕВ*

**Редакционная коллегия:**  
*Н.Н. Абдуллаева, С.А. Блинова,  
К.Э. Рахманов (ответственный секретарь),  
С.С. Давлатов, А.С. Даминов, Ш.Х. Зиядуллаев,  
З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),  
Б.Б. Негмаджанов, М.Р. Рустамов, Н.А. Ярмухамедова*

*Учредитель Самаркандский государственный  
медицинский институт*

**2021, № 1.1 (126)**

## Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,  
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

### Телефон:

(99866) 233-36-79

### Факс

(99866) 233-71-75

### Сайт

<http://pbim.uz/>

### e-mail

[pbim@pbim.uz](mailto:pbim@pbim.uz)

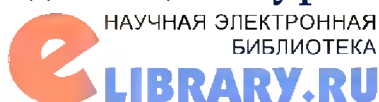
[sammi-xirurgiya@yandex.ru](mailto:sammi-xirurgiya@yandex.ru)

## О журнале

Журнал зарегистрирован  
в Управлении печати и информации  
Самаркандской области  
№ 09-26 от 03.10.2012 г.

Журнал внесен в список,  
утвержденный приказом № 219/5  
от 22 декабря 2015 года реестром ВАК  
в раздел медицинских наук

## Индексация журнала



## Редакционный совет:

|                   |             |
|-------------------|-------------|
| Х.А. Акилов       | (Ташкент)   |
| М.М. Амонов       | (Малайзия)  |
| Т.У. Арипова      | (Ташкент)   |
| О.А. Атаниязова   | (Нукус)     |
| А.В. Девятов      | (Ташкент)   |
| Б.А. Дусчанов     | (Ургенч)    |
| А.Ш. Иноятов      | (Бухара)    |
| А.И. Икрамов      | (Ташкент)   |
| А.К. Иорданишвили | (Россия)    |
| Б. Маматкулов     | (Ташкент)   |
| Ф.Г. Назиров      | (Ташкент)   |
| А.М. Шамсиев      | (Самарканд) |
| А.К. Шодмонов     | (Ташкент)   |
| А.М. Хаджибаев    | (Ташкент)   |
| Б.З. Хамдамов     | (Бухара)    |
| М.Х. Ходжибеков   | (Ташкент)   |
| И.И. Затевахин    | (Россия)    |
| А.Ю. Разумовский  | (Россия)    |
| В.М. Розинов      | (Россия)    |
| Л.М. Рошаль       | (Россия)    |
| Rainer Rienmuller | (Австрия)   |

Подписано в печать 19.01.2021.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 56,96

Заказ 9

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

# **«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ – ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ»**

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ**

**Международной научно-практической конференции**

**(Самарканд, 21 января 2021 г.)**

**Данный журнал посвящается 95-летию со дня рождения  
выдающегося ученого, основателя акушерской школы  
Узбекистана, заслуженного деятеля науки республики  
Узбекистан, академика АН Республики Узбекистан,  
доктора медицинских наук, профессора  
Ислама Захидовича Закирова**

Самарканд – 2021



Барча гуруҳдаги аёллар қон плазмасидаги витамин Д билан организмнинг тўйинганлик даражаси ўрганилди. Унга кўра, симптомсиз миомали беморлар гуруҳида атиги 6,7%да нормал ҳолат аниқланди, назорат гуруҳига (66,7%) нисбатан 10 марта паст натижани кўрсатди (жадвал 3).

Симптомли миомали беморлар орасида эса витамин Д билан нормал тўйинганлик даражаси умуман аниқланмади. Витамин Д нинг етишмовчилиги 2-гуруҳда 60%ни ташкил этиб, 1- гуруҳга нисбатан – 2,5 баробар ва 3-гуруҳга нисбатан 3 баробар кўп кузатилди. Витамин Днинг дефицити 2 ва 3 гуруҳларда назорат гуруҳига нисбатан 5 ва 7 марта юқори натижани кўрсатди. Оғир даражали дефицит ҳолати фақат симптомли миомали аёлларда 33,3% ҳолатда аниқланди.

**Жадвал 3.** Гуруҳларда витамин Днинг тўйинганлик даражаси натижалари

| Витамин Днинг тўйинганлик мезонлари | 1 гуруҳ, n=15 |      | 2 гуруҳ, n=15 |      | 3 гуруҳ, n=15 |      |
|-------------------------------------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|
|                                     | абс.          | %    | абс.          | %    | абс.          | %    |
| Норма                               | 10            | 66,7 | 1             | 6,7  | 0             | 0    |
| Етишмовчилик                        | 4             | 26,7 | 9             | 60   | 3             | 20   |
| Дефицит                             | 1             | 6,7  | 5             | 33,3 | 7             | 46,7 |
| Оғир даражали дефицит               | 0             | 0    | 0             | 0    | 5             | 33,3 |

\*P<0.05 назорат гуруҳига солиштирилганда сезиларли фарқ

**Хулоса.** Олинган малумотлардан хулоса қилиб айтганда анамнезида ҳайз цикли бузилишлари, кўп марта ҳомиладорлик, катта ёшда туғиш, артифициал абортлар ва ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши миомали аёлларда, айниқса симптомли миомали аёллар анамнезида кўп учради, бу эса миоманинг ривожланишида санаб ўтилган омиларнинг алоҳида ўринга эга эканлигини кўрсатди. Асосий гуруҳ аёлларининг қон плазмасидаги 25(ОН)D миқдорининг пастлиги соғлом гуруҳ билан солиштириш натижасида витамин Д ва бачадон миомаси ривожланиши орасида боғлиқлик борлигини кўрсатади. Организмнинг витамин Д билан тўйинганлик даражасининг етарли эмаслиги бачадон миомаси ва унинг клиник қуринишларининг ривожланиш хавф омилларидан бири бўлиб қолади.

#### Адабиётлар:

1. Адамьян Л. В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации (протокол лечения) / Л. В. Адамьян [и др.] – Москва: Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова, 2015. – 100 с.
2. Беженарь В.Ф., Комличенко Э.В., Ярмолинская М.И. и др. Инновационные подходы к восстановлению репродуктивной функции у больных с миомой матки. //Акушерство и гинекология. 2016. № 1. С. 80-87.
3. Буянова С.Н., Шукина Н.А., Е.Л. Бабунашвили. Биологическая роль, терапевтический потенциал флавоноидов, витамина Д в лечении больных с миомой матки и другие перспективные фармакологические направления. // Российский вестник акушера- гинеколога. 2018 №5. С. 36-42.
4. Логинова О.Н. Сонова М.М., Арсланян К.Н. Миома матки и витамин Д. //В сб: Инновационные подходы в современной науке. Сборник статей по мат. IX межд. научно-практ. конф. 2017. С. 59-65.
5. Калинин С.Ю., Желенко М.И., Гусакова Д.А. Витамин Д и репродуктивное здоровье женщин.// Проблемы репродукции. 2016 №22(4).С.
6. Ciebiera M. M. Wolodorezyk.. Vitamin D and Uterine Fibroids-Review of the Literature and Novel Concepts. Int J Mol Sci. 2018 Jul 14;19(7), pii: E2051.

### ВЛИЯНИЕ ПРОВЕДЕННОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА

Чориева Г.З., Садикова Д.Р., Садуллаева У.А., Парвизи Н.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

**Введение.** В мире в настоящее время в области охраны материнства и детства, получено множество открытий, основными направлениями которых являются, снижение числа материнской и неонатальной заболеваемости и смертности. Но, к сожалению, проводимые лечебно-профилактические мероприятия зачастую не имеют должного эффекта в снижении тяжелых форм гемолитической болезни (ГБ) плода. Проблема ГБ плода и новорожденных по АВО системе остается актуальной в мире, так как отсутствует программа обязательной профилактики АВО-изоиммунизации женщин репродуктивного возраста. При иммунологическом конфликте, как правило, в плаценте возникают довольно выраженные изменения. Плацентарный барьер является наиболее важным из всех факторов, предупреждающих сенсбилизацию организма матери антигенами плода [5].

При изосерологической несовместимости крови матери и плода чаще нарушается созревание плаценты. Развивающиеся хронические гипоксические состояния фетоплацентарного комплекса, обусловленные иммунологической несовместимостью, приводят к синдрому вторичной плацентарной дисфункции (ПД) [4; 7]. По данным Литература, частота ПД при невынашивании колеблется от 50 до 77%, при гестозах она составляет 30,6%, при соматической патологии 24-45% [2; 8; 10]. Основу патогенеза при плацентарной дисфункции составляют нарушения маточно-плацентарного кровотока. Последняя занимает четвертое место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности, и признаки ее выявляются у 10% детей, родившихся живыми [1; 9].

В поиске наиболее эффективных средств для лечения заболеваний создание новых лекарственных препаратов относится к закономерным процессам. Новые лекарственные препараты включают в себя как вновь синтезированные активные вещества, так и комбинации хорошо известных фармакологических средств. [3; 6]. К таким препаратам относятся антигипоксанты, представителем которых является Кокарнит (Pharmaceutical Company «World medicine» Австрия, США). Кокарнит содержит аденозин трифосфат (10 мг), кокарбоксилазу (50 мг), цианкоболамин (500 мкг) и никотинамид (20 мг), что позволяет оказывать позитивное действие на нарушенные метаболические процессы в тканях организма.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 95 беременных со сроком беременности от 16 до 38 недель. Все беременные были разделены на 3 группы: I группа (группа сравнения) – 32 беременные и 26 новорожденных с АВО иммунизацией получившие традиционную терапию с L-аргинином (тивортин, аминар) 100,0 мл 1 раз в сутки 10 дней, затем по 5 мл 4 раза в сутки 20 дней; низкомолекулярный гепарин (эноксапарин, надропарин кальция) 1 раз в сутки в зависимости от массы тела 7 дней. Традиционная терапия проводилась трижды в сроки беременности: 16-18; 24-26; 36-37 недель, со срока установления диагноза АВО-иммунизации; II группа (основная группа) - 33 беременные с АВО иммунизацией, получившие терапию с препаратом кокарнит и их 31 новорожденные. Препарат кокарнит назначался с 16 недель гестации – по 2,0 мл ежедневно внутримышечно 10 дней, три курса за период наблюдения; III группа (группа контроля) - 30 здоровых беременных с O (I) группой резус положительной принадлежностью крови и их 30 новорожденных без АВО конфликта.

Диагноз АВО-конфликт устанавливался на основании: акушерско-гинекологического анамнеза, клинических проявлений, иммуногематологических и биохимических показателей, данных УЗИ, доплерометрии и кардиотокографии. Во время беременности об эффективности проведенных лечебно-профилактических мероприятий судили по результатам БФПП его итоговой оценке, состоянию детей при рождении, течению раннего неонатального периода.

**Результаты.** Назначение Кокарнита беременным с АВО иммунизацией III группы, показало существенное улучшение биофизического профиля плода (рис. 1). Фетометрические показатели у 87,1% плодов соответствовали норме, а патологические показатели были в 2,1 раза реже, чем в I группе. КТГ, свидетельствующая о гипоксии плода, наблюдалась в 2 случаях (6,5%), что в 12 раз меньше чем в I группе. Нормальная частота дыхательных движений, проявляющаяся укорочением эпизодов дыхания до 39-50 секунд встречалась в 77,4% случаях, а патологическая в 3 раза реже чем в I группе. У 29,0% двигательная активность плода сопровождалась уменьшением количества генерализованных движений плода до 1-2 раз. В 71,0% случаев отмечалась удовлетворительная двигательная активность, что даже в 1,2 раза превышает показатели контроля, в 3 раза - показатель I группы.

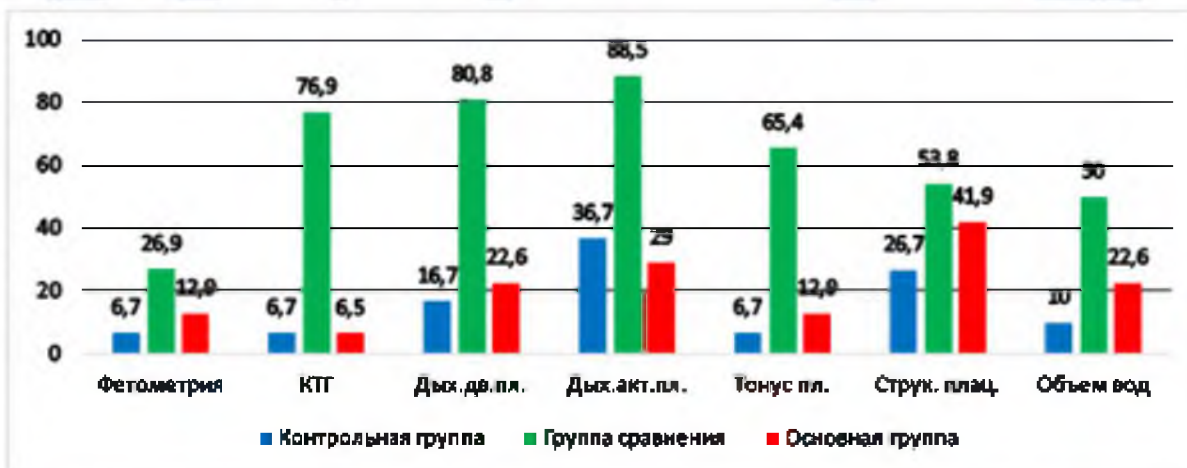


Рис. 1. Патологические признаки биофизического профиля плода при различных подходах к лечению

Значительно чаще (в 3 раза), чем в I группе, отмечается нормальный (87,1%) мышечный тонус плода. После метаболической терапии нормальная структура плаценты отмечалась у 51,6% женщин и на 10,5% превышало показатели I группы. Патологический объем околоплодных вод в виде мало- и многоводия отмечалось в 2 раза реже в группе получавших метаболическую терапию.

Согласно полученным данным биофизического профиля плода, отмечено улучшение состояния фетоплацентарной системы, а частности гипоксии и отставании роста плода при относительно невысокой частоте (77,4% и 71,0 соответственно) нормальных показателей дыхательных движений и двигательной активности плода - «маркеров динамического состояния фетоплацентарной системы».

Допплерометрическое исследование фетоплацентарного кровотока проведено 31 беременной в третьем триместре беременности (рис. 2). У 9 (29,0%) беременных с АВО иммунизацией, получивших Кокарнит выявили нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод, у 2 (6,4%) новорожденные родились с низкой оценкой по шкале Апгар на 5 минуте, а у 7 (22,6%) новорожденных оценка по шкале Апгар на 5 минуте была выше 7 баллов. В группе беременных без нарушения кровотока в фетоплацентарной системе из 22 (71,0%) в 2(6,4%) случаях родился новорожденный с оценкой по шкале Апгар ниже 7 баллов на 5 минуте, а в 20 (64,5%) случаях – с оценкой по шкале Апгар выше 7 баллов на 5 минуте. у 2 (6,4%) из 7 беременных с нарушениями фетоплацентарного кровотока I степени родились дети с низкой оценкой



## «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ – ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ»

по шкале Апгар на 5 минуте, у 5 (16,2%) родились дети - выше 7 баллов. При нарушении МППК I степени - 2 (6,4%) во всех случаях родились новорожденные с оценкой по шкале Апгар выше 7 баллов на 5 минуте.

Допплерометрические данные показали, что после проведенного курса метаболической терапии нарушение МППК снизилось в 2,3 раза по сравнению с группой, получающих традиционное лечение, из них в 1,7 раза снизилось нарушение МППК I степени, в 4,2 раз - II степени. В II группе после лечения на 51,3 % чаще не имели нарушений маточно-плацентарно-плодового кровотока, чем в группе женщин, получающих традиционное лечение.

Назначение мощного метаболического препарата и антигипоксанта Кокарнит позволило предотвратить и провести лечение возникшей гипоксии плода, улучшить состояние ФПК у беременных с АВО иммунизацией, что проявлялось повышением оценки по шкале Апгар, отсутствием гипоксических поражений плода тяжелой степени.

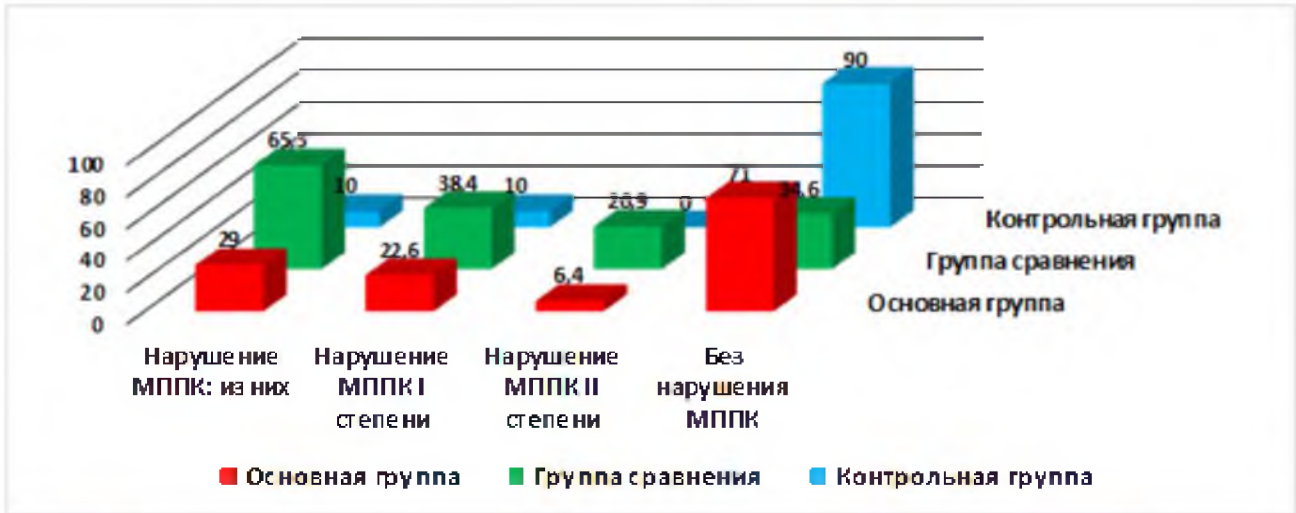


Рис. 2. Допплерометрическое исследование сосудов в системе мать-плацента-плод после традиционного лечения

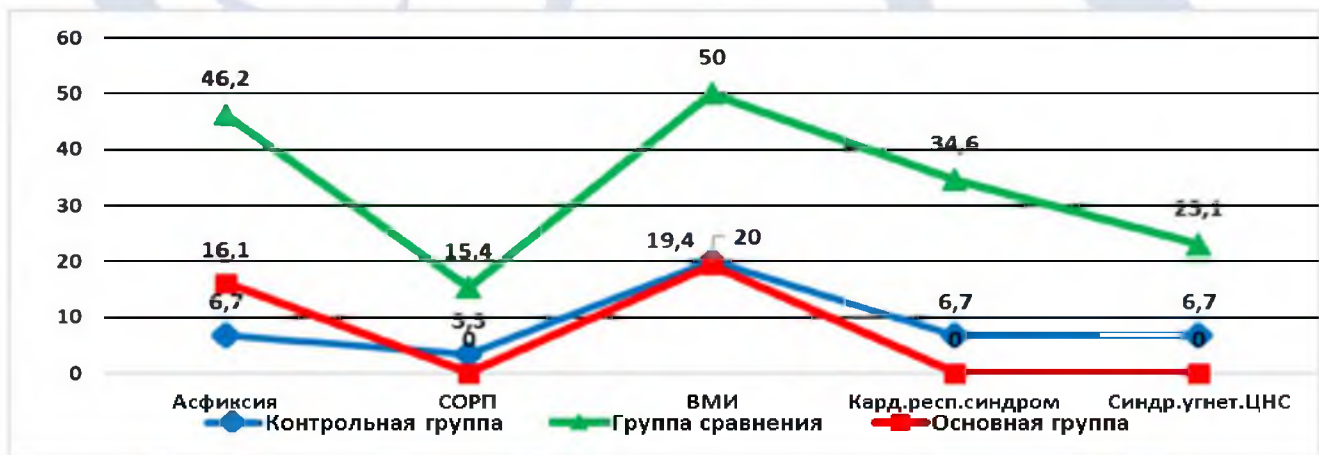


Рис. 3. Состояние новорожденных у обследованных женщин с АВО-иммунизацией получавших Кокарнит



Рис. 4. Степень тяжести и формы гемолитической болезни новорожденных, (%)

Все новорожденные родились доношенными с оценкой от 4-5 баллов до 8-10 баллов по шкале Апгар на 1-5-й минуте. Средняя оценка составила 9,0 баллов. При оценке состояния новорожденных установлено, что в данной группе показатель среднего балла по шкале Апгар в 1,2 раза выше, чем в I группе. Как видно из рис. 3, после назначения метаболической терапии в группе внутриматочное инфицирование плода снизилось в 2,6 раза, частота асфиксии новорожденных в 2,8 раза. СОРП, синдром угнетения ЦНС, кардиореспираторный синдром и недоношенность в этой группе не встречались.

Число детей с легким течением гемолитической болезни, родившихся от женщин, получавших метаболическую терапию, по сравнению с I группой увеличилось в 1,2 раз, тогда как этот показатель со среднетяжелым течением уменьшился в 3,3 раз, а тяжелой формы заболевания не наблюдалось.

Об эффективности назначенного лечения, свидетельствует также увеличение числа новорожденных с легкой и среднетяжелой формами и отсутствие тяжелой формы гемолитической болезни новорожденных у матерей, которых во время предшествующей беременности роды закончились мертворождением или гибелью новорожденного от гемолитической болезни.

В группе с метаболической терапией (рис. 4) родились 15 (48,4%) здоровых и 16 (51,6%) больных детей с гемолитической болезнью новорожденных, из них 5 (31,3%) детей родились с желтушной формой заболевания, это в 2,4 раза реже, в 3,3 раз чаще, чем в I группе встречалась анемичная форма заболевания, а с отечной формой заболевания рождение детей в этой группе не наблюдалось.

Назначение метаболического препарата Кокарнит позволило предотвратить и провести лечение возникшей гипоксии плода при АВО-иммунизации у беременных, что проявлялось снижением частоты гемолитической болезни новорожденных, нормализацией итоговой оценки биофизического профиля плода, повышением оценки по шкале Апгар у детей II группы.

Летальность новорожденных от гемолитической болезни в группе женщин, получавших метаболическую терапию не наблюдалась. Гемолитическая болезнь у всех новорожденных закончилась выздоровлением, среднее пребывание на койке составило 5,4 суток. В I группе этот показатель перинатальной смертности составил - 19,2%. Из них антенатальную смертность составил 11,5%, постнатальную - 7,6%.

**Заключение.** Таким образом, результаты проведенных исследований показывают, что в группе беременных получавших Кокарнит, наблюдалось снижение частоты асфиксии, в частности, тяжелых форм, не развивалась тяжелая форма гемолитической болезни новорожденных, чаще обуславливающая постнатальную смертность. Эффективность препарата Кокарнит в качестве коррекции гемодинамических и гемостазиологических нарушений, вероятно обусловлена действием препарата на различные патогенетические звенья плацентарной дисфункции. Назначение метаболической терапии позволило предотвратить и провести лечение возникшей гипоксии плода, улучшить состояние ФПК у беременных с АВО иммунизацией, что проявлялось отсутствием тяжелых гипоксических поражений плода, повышением оценки по шкале Апгар.

#### Литература:

1. Александрович А.С., Пальцева А.И., Алексинский В.С. Особенности морфологии плаценты у беременных с фетоплацентарной недостаточностью // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины. Гродненский государственный медицинский университет - 2019. - №9. - С.3-15.
2. Барановская Ю.П. Клинико-иммунологические факторы формирования плацентарной недостаточности: Автореф. дис. канд. мед. наук. 14.00.01. - М., 2013. - 23 с.
3. Белоусов Д.Ю., Чеберда А.Е. Фармакоэкономический анализ применения препарата Кокарнит при лечении диабетической полинейропатии // Качественная клиническая практика. - 2016. - №4. - С. 14-26
4. Девликамова Ф.И. Применение препарата кокарнит при лечении пациентов с диабетической полинейропатией. // Журнал неврологии и психиатрии. - 2016. - №11. - С. 64-68.
5. Керимова Э.А. Динамика показателей врожденного и адаптивного иммунитета у плодов с гемолитической болезнью, обусловленной резус-конфликтом, перенесших однократное внутриутробное внутрисосудистое переливание крови // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2018. - №1. - С. 15-18.
6. Рачин А.П., Шаров М.Н. Сравнительное открытое рандомизированное исследование по оценке эффективности и безопасности применения препарата Кокарнит при боли в спине у пациентов, страдающих диабетической полинейропатией // РМЖ. - 2017. - №9. - С. 586-590.
7. Сус Л.А. Патогенетические факторы формирования кардиоплацентарной недостаточности у плода при беременности высокого риска и совершенствование антенатальной диагностики состояния маточно-плодово-плацентарного кровотока. Автореф. дис. ...канд. мед. наук 14.00.01 и 14.03.03. - Сургут, 2012. - 23 с.
8. Сюдюкова Е.Г., Медведев Б.И., Сашенков С.Л., Зайнетдинова Л.Ф., Канайкина А.Ю. Гистоморфологические особенности плаценты при преэклампсии // Медицинский вестник Башкортостан. - 2014. - № 5, Том 9. - С. 33-39.
9. Bennardello F., Coluzzi S., Curciarello G., Todros T., Villa S.; Italian Society of Transfusion Medicine and Immunohaematology (SIMTI) and Italian Society of Gynaecology and Obstetrics (SIGO) working group. Recommendations for the prevention and treatment of haemolytic disease of the foetus and newborn. Blood Transfus. 2015. 13(1):109-34. doi: 10.2450/2014.0119-14.
10. Daniela G. ABO blood group incompatibility and infertility: still an open debate // American Society for Reproductive Medicine. - 2017. - №3, Vol. 107. - P.579.



|   |            |
|---|------------|
| Сувонкулов У.Т., Аширов З.Ф., Абдуллаев Д.М., Тошев С.У., Абдуллаев Х.Д.<br><b>Встречаемость кожных лейшманиозов в эндемичных районах среди населения Узбекистана</b> | <b>275</b> |
| Султанова Н.С.<br><b>Показатели иммунологического статуса у детей в разные периоды жизни в зависимости от методов ухода</b>   | <b>276</b> |
| Тоджиева Н.И.<br><b>Оценка эффективности гормонального лечения гиперпластических процессов эндометрия без атипии в пременопаузе</b>                                   | <b>278</b> |
| Тураев Б.Т., Очилов У.У.<br><b>Туғруқдан кейинги психозларнинг клиник кўринишлари ва даволашнинг ўзига хос хусусиятлари</b>   | <b>280</b> |
| Турдиева Ш.Т., Раджабова Н.К.<br><b>Течение раннего неонатального периода у новорождённых от матерей с эндемическим зобом</b>   | <b>282</b> |
| Фазилова М.О., Султанов С.Н.<br><b>Прекоцепционная подготовка при неразвивающейся беременности, учитывая супружеские роли</b>   | <b>284</b> |
| Хабибуллаев Д.М., Ниязметов Р.Э.<br><b>Рецидивирующий холестатический гепатоз беременных – пути его решения</b>   | <b>287</b> |
| Хаитов А.О.<br><b>Неонатал сепсиснинг ичак формасида ёнбош ичак лимфоид тўқимасининг иммуногистокимёвий ўзгаришлари</b>   | <b>290</b> |
| Хайдарова Р.С., Хамидова М.Э.<br><b>Показатели физического и полового развития девочек пубертатного возраста</b>  | <b>292</b> |
| Хамдамова М.Т., Ахматова Д.Ф.<br><b>Остеопороз как причина посткастрационного синдрома у женщин репродуктивного возраста</b>  | <b>293</b> |
| Хамдамова Э.Г., Матлубов М.М., Худойбердиева Г.С.<br><b>Индивидуал ва профилактик премедикация: фойдаланиладиган дорилар самарадорлиги ва унинг аҳамияти</b>          | <b>296</b> |
| Хамраев Х.Х.<br><b>Витамин Д танқислигида приэкламсия ривожланишининг юқори хавф гуруҳига кирувчи аёллардан қоннинг айрим лаборатор ўзгаришлари</b>                   | <b>299</b> |
| Хасанова Д., Камалова Д.<br><b>Беременность и роды при аутоиммунном тиреоидите</b>  | <b>301</b> |
| Ходжаева А.С.<br><b>Функциональные кисты яичников: перспективы лечения</b>  | <b>303</b> |
| Хомидова Ш.М.<br><b>Прогнозирование и ведение женщин с яичниковой недостаточностью в репродуктивном возрасте</b>  | <b>304</b> |
| Хусаинов Ш.Я., Муродов М.Ш., Намозов Б.К.<br><b>Физическая культура как эффективное средство в профилактике наркомании молодежи</b>                                   | <b>306</b> |
| Хусинова Ш.А.<br><b>Распространенность и клиническая характеристика дисменореи у девочек</b>  | <b>308</b> |
| Хушвакова Н.Ж., Бурханов У.М.<br><b>Анализ уровни цитокинов в сыворотке крови и назального секрета у больных с хроническими формами риносинуситов</b>                 | <b>309</b> |
| Хушвакова Н.Ж., Нишанбаева Ф.М.<br><b>Влияние внутривенного лазерного облучения крови на иммунологические аспекты при хроническом тонзиллите</b>                      | <b>311</b> |
| Ҳазратқулова Х.У., Садикова Д.Р., Чориева Г.З.<br><b>Бачадон миомаси ривожланишида аёллар репродуктив фаолияти ва витамин д нинг роли</b>                             | <b>313</b> |
| Чориева Г.З., Садикова Д.Р., Садуллаева У.А., Парвизи Н.И.<br><b>Влияние проведенной метаболической терапии на состояние фетоплацентарного комплекса</b>              | <b>314</b> |
| Шавази Н.Н., Байрамалиев С.Дж.<br><b>Современные подходы в диагностике преждевременного разрыва плодных оболочек у беременных женщин</b>                              | <b>318</b> |
| Шавази Н.Н.<br><b>Значение клинико-лабораторного исследования амниотической жидкости при физиологическом и патологическом течении беременности</b>                    | <b>319</b> |
| Шамсиев Ф.М., Мусажанова Р.А., Узакова Ш.Б., Зуфарова Н.И., Атажанов Х.П.<br><b>Оптимизация диагностики муковисцидоза у детей</b>                                     | <b>322</b> |