



БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ



ISSN 0000-0000

DOI Journal 10.26739/0000-0000

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2024

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№2 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2024-2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Ш.Ж. ТЕШАЕВ

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М.Ж. Саноева
У.К. Абдуллаева
Д.А. Хасанова
М.Н. Исматова
С.С. Давлатов
А.Р. Облоқулов
Ш.Т. Ўроқов
Н.У. Нарзуллаев
Ш.Б. Ахророва
В.Р. Акрамов
У.С. Мамедов
И.К. Садуллоева
Г.Ж. Жарилкасинова
А.А. Саидов
Н.Н. Каримова
Д.А. Набиева

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Н.А. Нуралиев (Бухара)
А.Г. Гадаев (Ташкент)
Г.Н. Собирова (Ташкент)
М.М. Каримов (Ташкент)
У.К. Қаямов (Ташкент)
Л.Б. Новикова (Россия Федерацияси)
О.И. Летяева (Россия Федерацияси)
И.В. Реверчук (Россия Федерацияси)
Edip Gonullu (Турция)
Eva Lietto (Италия)

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

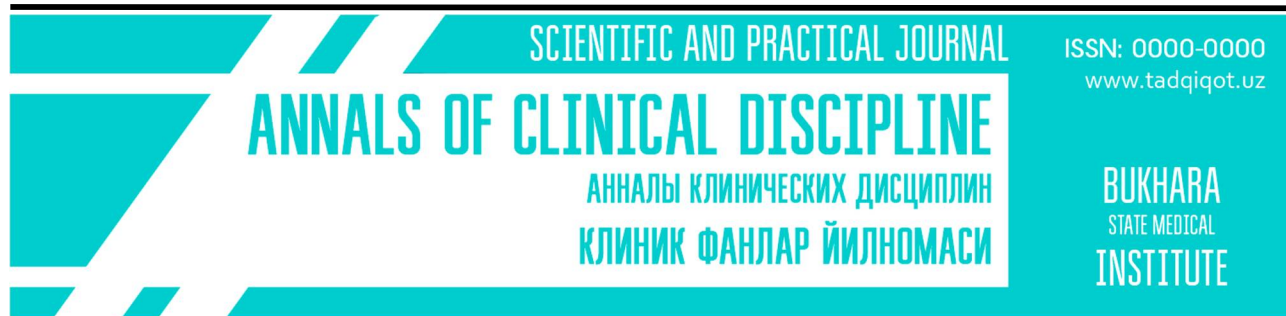
О журнале

Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.	
Effectiveness of comprehensive treatment of peptic ulcer	6
2. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.	
Therapeutic diet for ulcer disease in the Khorezm region.....	10
3. Akhrorova L.B.	
Study of the main serum cytokines in patients with liver echinococcosis.....	15
4. Boltayev E.B.	
Травматологик оперatsiyalar vaqtida o`tkaziladigan regional anesteziyada deksmedetomidinning roli.....	19
5. Ergashov B.B.	
Onkologik bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari.....	24
6. Ergashov B.B.	
Chemotherapy and cardiac arrhythmias.....	29
7. Eshniyazova G.Sh.	
Yarali kolit bilan og`rigan bemorlarga mikronutrient yetishmovchiligi.....	37
8. Gorbunov A.P., Pashov A.I., Reverchuk I.V., Gulyaeva A.A.	
Psychopathological and stress conditions in women at threatened premature birth.....	41
9. Hikmatov J.S.	
Bronxoektazni davolashda differensiyalashgan immunokorreksiyalashning ahamiyati.....	47
10. Mekhriddinov M.K.	
Strangulation of the sigmoid colon was the cause of acute intestinal obstruction. Clinical case....	52
11. Mirzoyeva M.R., Sadulloyeva R.S.	
The spread of coronavirus infection around the world.....	56
12. Mukhamedova M.S., Isaev I.S.	
Improving the organization of prevention of non-communicable diseases.....	60
13. Narzulloeva D.S.	
Assessment of the sodium-uretic peptide system and the structural and functional status of the myocardium in patients with chronic heart failure.....	64
14. Rajabov D.O'.	
Diabetik tovon sindromini kompleks jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish.....	69
15. Rakhimov A.Y.	
Microflora analysis of osteomyelitis and osteoarthritis in patients with complicated form of diabetic foot syndrome.....	80
16. Raupov F.S.	
Bolalarda o`tkir bakterial destruktiv pnevmoniyaning kechish xususiyatlari.....	84
17. Safarova G.A.	
Clinical and laboratory aspects of patients with post-covid nephropathy.....	90
18. Saidova L.B.	
Analysis of childhood infections, particular hepatitis.....	95
19. To'rayeva M.Sh., Gaziyeu K.U., Raximov A.Y.	
Gigantomastiyani T-kesma mamoplastika texnikasi yordamida kichraytirish.....	101
20. Umurova N.M.	
Epidemiological aspects of the incidence of pollinosis in the Bukhara region.....	106
21. Газиев К.У.	
Операциядан кейинги қорин чурраларида герниопластиканинг турли усуллариининг самарадорлигини қиёсий тавсифлаш.....	113
22. Жумаева М.Ф.	
Связь между тяжестью цирроза печени и анемией.....	118
23. Жумаева М.Ф.	
Редкие причины анемии наблюдаемые при заболеваниях печени.....	125

24. Жумаева М.Ф.	
Есть ли влияние анемии на развитие гепаторенального синдрома?.....	133
25. Исмагова М.Н.	
Корреляция между клинико-лабораторными показателями и структурными изменениями почек при различных типах хронического гломерулонефрита с нефротическим синдромом.....	137
26. Мехридинов М.К., Носиров Ю.У.	
Бактериальная деструкция легкого, как осложнение COVID-19-пневмонии.....	141
27. Мирзоева М.Р., Ашурова Н.А.	
COVID-19 касаллигининг ҳомиладорларда учраш даражаси ва кечиш хусусияти.....	145
28. Мустафаева М.Р.	
Контраст-индуцированная нефропатия у больных стабильной ишемической болезнью сердца и однолетний прогноз // Анналы клинических дисциплин.....	150
29. Мухамеджанова М.Х.	
Прогностическое значение феррокинетических показателей у больных гепатитом с ассоциацией с хронической сердечной недостаточностью.....	158
30. Наврузова Л.Х.	
Комплексный подход при лечении некариозных поражений твердых тканей зубов.....	163
31. Ниёзов Ф.Ё.	
Лечение эхинококковых кист печени у детей - путьём лапароскопии и его возможности...	169
32. Нуриддинов С.С.	
Некоторые клинические характеристики больных детей с колостазом.....	175
33. Орипова Ф.Ш.	
Тухумдон эндометриомасини даволашнинг замонавий усулини ишлаб чиқиш.....	181
34. Орипова Ф.Ш.	
Исследование половых гормонов у женщин с эндометриомой яичника.....	185
35. Остапенко Е.Н., Новикова Н.П., Хондожко В.Н.	
К вопросу диагностики кардиоэмболических инфарктов мозга (случай из практики).....	191
36. Раджабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш.	
Результаты хирургических методов лечения больных с острым калькулёзным холециститом осложненный холедохолитиазом.....	199
37. Раджабова Г.Б.	
Сирка кислотаси билан ўткир захарланган беморлар организмида тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми белгиларининг ташҳисий сезгирлиги ва маълумотлилик қиймати.....	209
38. Саидова Н.Ф.	
Глазная патология с преморбидном фоном у детей.....	219
39. Тухтаев Д.А.	
Предикторы развития кардиоренального синдрома у больных хронической болезнью почек.....	223
40. Умурова Н.М.	
Динамика суточного мониторирования артериального давления у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких и артериальной гипертонией среди мужского населения.....	229
41. Хикматов Ж.С., Исмагов Ж.К., Солиева Ш.С.	
Эффективность применения повидон-йода при обработке остаточной полости после эхинококкэктомии легких.....	237




УДК: 616.514-008.04-002:616.447-053.2(075.2)

Наврузова Л.Х.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.12788687>

АННОТАЦИЯ

Среди патологий стоматологического характера кариес является не единственным видом заболевания, ещё более распространённым считается структурные изменения твёрдых тканей зубов, которые носят название некариозных поражений. При некариозном поражении зубов характерно отсутствие размягчений твёрдых тканей и отсутствие участия микроорганизмов в патологический процесс. В подобных изменениях важную роль играет дисминерализация твердых тканей зубов внешними или внутренними причинами. Некариозные заболевания зубов наблюдаются примерно у 15 процентов больных в популяции, но при этом за стоматологической помощью обращаются не более пять процентов, потому что этот процесс, как правило, протекает без болевых или иных субъективных ощущений, в основном ухудшают эстетический вид, который носит косметологический характер. Несвоевременное обращение к стоматологу пациентов приводит развитию ряд осложнений, вплоть до ранней утраты зубов.

Ключевые слова: дисминерализация, твёрдые ткани зубов, некариозные заболевания, композитные материалы, кариес резистентность эмали.

Navruzova L.Kh.

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

AN INTEGRATED APPROACH TO THE TREATMENT OF NON-CARIOUS LESIONS OF HARD DENTAL TISSUES

ANNOTATION

Among dental pathologies, caries is not the only type of disease; structural changes in the hard tissues of teeth, which are called non-cariou lesions, are considered even more common. Non-cariou lesions of teeth are characterized by the absence of softening of hard tissues and the absence of participation of microorganisms in the pathological process. In such changes, dismineralization of hard dental tissues due to external or internal causes plays an important role. Non-cariou dental diseases are observed in approximately 15 percent of patients in the population, but no more than five percent seek dental care, because this process, as a rule, occurs without pain or other subjective sensations, and mainly worsens the aesthetic appearance of a cosmetic nature. Since patients do not

turn to the dentist in a timely manner, a number of complications develop, including early tooth loss.

Keywords: dismineralization, hard dental tissues, non-carious diseases, composite materials, enamel caries resistance.

Navruzova L.X.

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston

QATTIQ TISH TO'QIMALARINING KARIESSIZ SHIKASTLANISHLARINING DAVOSIGA KOMPLEKS YONDASHUV

ANNOTATSIYA

Tish patologiyalari orasida kariyes tishlarning qattiq to'qimalaridagi strukturaviy o'zgarishlarning yagona turi emas, ular orasida karioz bo'lmagan shikastlanishlar deb ataluvchi patologiyalar ham keng tarqalgan. Tishlarning karioz bo'lmagan shikastlanishlari qattiq to'qimalardagi yumshatilishining yo'qligi va mikroorganizmlarning patologik jarayonda ishtirok etmasligi bilan tavsiflanadi. Bunday o'zgarishlarda tashqi yoki ichki sabablarga ko'ra qattiq tish to'qimalarining dismineralizatsiyasi muhim rol o'ynaydi. Kariyes bo'lmagan tish kasalliklari aholining taxminan 15 foizida kuzatiladi, ammo besh foizdan ko'p bo'lmagan holatlarda tish shifokoriga murojaat qiladi, chunki bu jarayon, qoida tariqasida, og'riqsiz yoki boshqa sub'ektiv hislarsiz sodir bo'ladi va asosan kosmetik xususiyatga ega estetik ko'rinishni yomonlashtiradi. Tish shifokoriga o'z vaqtida murojaat qilmaslik bir qator asoratlarni rivojlanishiga olib keladi, shu jumladan erta tishning yo'qolishi.

Kalit so'zlar: dismineralizatsiya, qattiq tish to'qimalari, karioz bo'lmagan kasalliklar, kompozit materiallar, emalning kariyesga chidamliligi.

Актуальность. Эрозия твердых тканей зубов имеет неправильную округлую форму, отличается прогрессирующим вымыванием эмали и дентина из коронок зубов на вестибулярной поверхности. Причинами служит механическое воздействие (зубными щетками) и эндокринные нарушения- гиперфункция щитовидной железы и дисфункция паращитовидных желез. Встречается главным образом у лиц среднего возраста и длится в течение 10-15 лет, имеет различные степени и стадии заболевания. Для лечения необходимо дополнительная минерализация твердых тканей зубов (препараты кальция, фтора, фосфора, поливитамины с микроэлементами), пломбирование эрозии композитными материалами, ставление искусственных коронок. Вопросы лечения и профилактики некариозных поражений твердых тканей зубов занимают одно из ведущих мест в стоматологии, так как эта патология представляет собой наиболее распространенную после кариеса группу заболеваний, которые приводят к прогрессирующей гибели эмали и дентина зуба, нарушению функции жевания и снижению эстетических параметров зубов. В настоящее время все некариозные поражения делят на две большие группы: возникающие до прорезывания зубов и после прорезывания зубов. К некариозным поражениям, возникающим после прорезывания зубов, относят эрозию эмали, клиновидный дефект, патологическое стирание [1].

Выбор метода лечения эрозии твердых тканей зуба зависит от активности процесса, глубины поражения и наличия сопутствующей соматической патологии у пациента.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилась разработка комплексного подхода в лечении эрозии твердых тканей зубов различной степени тяжести.

Материалы и методы исследования. В основу данной научной работы положены собственные клинические наблюдения, проведенные с 2012 по 2024 годы. Стоматологическому и соматическому исследованию подвергнуты всего 88 пациентов, обратившиеся за санацией ротовой полости. Работа основана на результатах клинико-лабораторного, инструментального исследования пациентов. Нами проведено комплексное лечение эрозии твердых тканей зубов II и III степени тяжести у 20 пациентов.

Возраст больных колебался от 10 до 80 лет, распределение пациентов по возрастной категории и полу показано в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу (сравнительная, 1-группа)

Пациенты/пол	Возраст, лет										Итого	
	10-20		21-30		31-40		41-50		50-80			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчины	3	10,0	4	13,3	6	20,0	2	6,7	1	3,3	16	53,3
Женщины	2	6,7	2	6,7	8	26,7	1	3,3	1	3,3	14	46,7
Всего	5	16,7	6	20,0	14	46,7	3	10,0	2	6,7	30	100

В сравнительной группе между количеством женщин и мужчин не имело достоверной разницы, тогда как, количество пациентов с кариозными зубами без клиники гиперпаратиреоза в возрасте до 40 лет (83,4%) было в 5 раз больше, чем у пациентов старше 40 лет (16,6%).

Для правильной диагностики и выбора терапии заболевания у пациентов был тщательно собран анамнез, и независимо от предъявляемых жалоб (с анализом причины и времени возникновения болевого синдрома; локализации, характера; продолжительности, сконцентрированности; вызывающих её причин) и выявляемых стоматологических и клинических симптомов были обследованы зубочелюстная и лицевая область. Начинали стоматологическое обследование с визуального осмотра – обращали внимание на состояние кожных покровов лица (цвет, тургор, имеющиеся высыпания, деформации) и видимых слизистых, симметричность лица, состояние имеющихся на лице складок. Далее, осуществляя поверхностную, глубокую, вне- и внутриротовую пальпацию области лица и челюсти, таким образом определяли резистентность, конфигурацию, подвижность кожи, мышц и костей данной области, в том числе оценивали состояние головки сустава. После общего осмотра провели исследование непосредственно состояния зубов, среди которых важное значение для нашей работы имел наиболее распространенный показатель – индекс КПУ (кариес, пломба, удалённые зубы), показатель, отражающий интенсивность поражения кариесом. Кариесрезистентность эмали и её минерализирующий потенциал (ТЭР-тест эмалевой резистентности) оценивали по методике В.Р. Окушко, И.А. Луцкой, Л.И. Косаревой (1984).

Результаты и обсуждение. Индекс КПУ, отражающий интенсивность и распространённость поражения зубов кариесом в сравнительной группе в среднем составило $3,27 \pm 0,36$ зубов, и в основной группе $13,2 \pm 0,71$ зубов, что равнялось 10,9% с низкой интенсивностью и распространённостью у больных в группе сравнения, и 48,9% средней степени интенсивности и распространённости кариеса у больных основной группы, страдающих гиперпаратиреозом.

По методике В. Окушко, И. Луцкой, Л. Косаревой у больных сравнительной группы устойчивую кариесрезистентность с 10% окрашиваемостью наблюдали у 10 (33,3%) больных, минимальную кариесрезистентность у 12 (40,0%), и отсутствие резистентности к кариесу было отмечено у 8 (26,7%) пациентов (табл2).

Таблица 2

Состояние кариес резистентности эмали и её минерализирующего потенциала у исследуемых

Группа больных	10%		40%		40-100%	
	абс	%	абс	%	абс	%

1-группа(n=30)		10	33,3	12	40,0	8	26,7
2-группа (n=58)	первичный	2	3,5	11	19,0***	39	67,2***
	вторичный	0	0,0	2	3,5	4	6,9**

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$);

В основной группе устойчивая кариес резистентность эмали зубов практически не определялась, однако слабая кариес резистентность была выявлена у 13 (22,4%) пациентов, при этом у пациентов с первичным гиперпаратиреозом она выявлялась в 5,4 раза чаще ($P<0,001$), чем при вторичном гиперпаратиреозе. Тем самым, отсутствие резистентности к кариесу у 43 (74,1%) больных 2-группы в 2,8 раза превышало таковых, по сравнению с группой сравнения ($P<0,01$), в то время, как у больных с первичным гиперпаратиреозом оно было почти в 10 раз больше, чем при вторичном гиперпаратиреозе ($P<0,001$). Из анализа следует, что структура зубов, а в частности эмалевое покрытие у больных с гиперпаратиреозом оказалось менее устойчивым к кариесу, по сравнению с больными, не страдающими гиперпаратиреозом.

Кариесрезистентность эмали и её минерализирующий потенциал, оцененные по методике В. Окушко, И. Луцкой, Л. Косаревой показали положительную динамику после проведения предлагаемой нами программы лечения. Устойчивая кариесрезистентность в 10% случаях выявлено у 14 (24,1%) пациентов с первичным, у 3 (5,2%) пациентов с вторичным гиперпаратиреозом; минимальная кариесрезистентность в 40% случаях наблюдали у 29 (50,0%) пациентов с первичным, у 2 (3,4%) пациентов с вторичным гиперпаратиреозом, и наконец неустойчивую кариесрезистентность (с окрашиваемостью от 40 до 100%) выявили у 9 (15,5%) больных с первичным, у 1 (1,7%) пациента с вторичным гиперпаратиреозом, которые оказались статистически достоверными по отношению с количеством пациентов до проведенной терапии, сказанное выглядело таким образом (рис. 1).

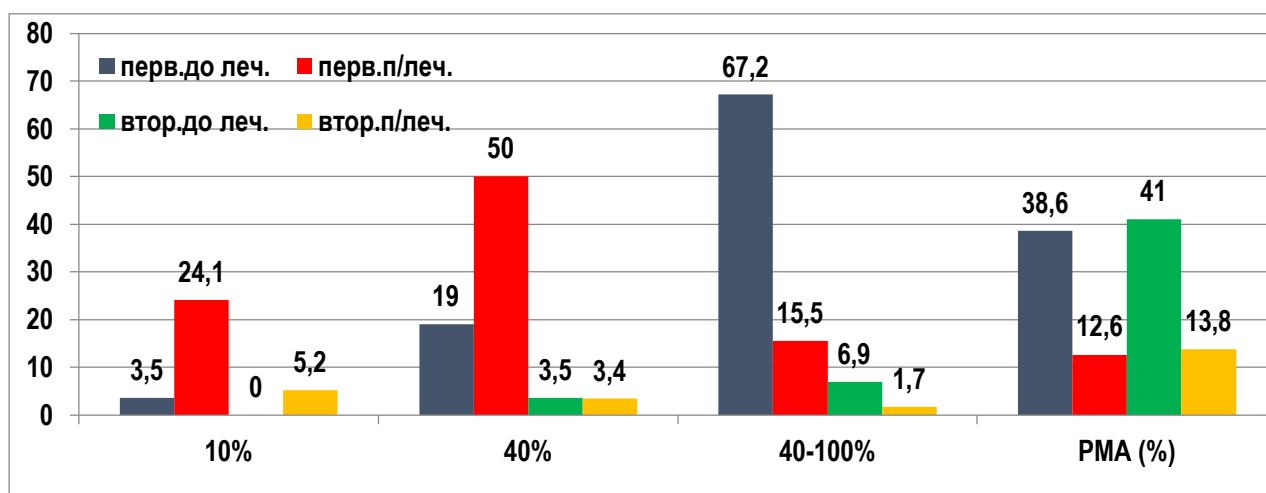


Рис. 1 Динамика лечения кариесрезистентности эмали и её минерализирующего потенциала

Комплексное лечение включало проведение общей и местной терапии с проведением отдаленных профилактических мероприятий. Пациентам с сопутствующей соматической патологией рекомендовалось проведение комплексного обследования и лечения фонового заболевания внутренних органов, способствующего прогрессированию имеющейся эрозии твердых тканей зуба. Проведение общей терапии заключалось в назначении пациенту для приема внутрь глицерофосфата кальция по 1,0 г 3 раза в день на 1 месяц. В случае активной стадии течения эрозии препараты назначались длительно (5—6 месяцев). Местное лечение эрозии твердых тканей зуба включало комплекс мер, основой которых являлось проведение реминерализирующая терапия с последующим пломбированием эрозивных дефектов

твердых тканей зуба. Важным условием успешного лечения являлось исключение избыточного употребления пациентами кислых соков, фруктов и газированных напитков.

Выводы. Главные задачи профилактики кариеса должны быть направлены: на создание условий для фундаментальной минерализации твердых тканей зуба и формирования здоровых зубов; обеспечению условий для вторичной минерализации физиологического созревания твердых тканей зуба, а при необходимости, стимуляция подобных процессов; устранению и/или снижению развития кариесогенной ситуации в полости рта; предотвращению количества осложнений кариеса – пульпита, периодонтита, числа интенсивности и прироста кариеса и др.

На сегодняшний день для профилактики патологий, в том числе кариозных и некариозных заболеваний зубов, для предотвращения возможного развития, обострения и прогрессирования патологического состояния зубов, зубной эмали и мягких тканей ротовой полости доказано, что правильно, и своевременно оказанная профилактика может гарантировать 95% эффективности проводимых мероприятий. Имеются несколько этапов профилактических мероприятий.

При эрозиях зубов рекомендуется усилить гигиенический уход и ограничить употребление кислых продуктов (лимона, цитрусовых). Механический фактор, вызывающий эрозию, необходимо предотвратить использованием более мягкой зубной щетки, а вместо гигиенических паст применять фторсодержащие.

Реабилитация является частью программы вторичной профилактики, включает лечение и восстановление заболеваний зубов, поддержание их целостности. Она может считаться эффективной, если патологический процесс стабилизировался, уменьшилась степень тяжести его течения и т.д. В дальнейшем действие должно заключаться в выздоровлении, предупреждение перехода болезни в более тяжелую форму или стадию, предупреждение обострений, снижение временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности.

Список использованной литературы

1. Бахмудов Б.Р., Бахмудова З.Б. Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенические навыки ухода за полостью рта. *Стоматология* 2000; 3: 12—14.
2. Боровский Е.В. Пути повышения качества лечебной работы. *Стоматология* 2017; 1: 65—68.
3. Федоров Ю.А., Пигаревский В.Е., Блохин В.П. Диагностика заболеваний пародонта и прогнозирование результатов лечения. *Л*; 2015; 19 с.
4. Чучмай Г.Н. Стоматологическая диспансеризация беременных и ее значение в предупреждении пародонтопатий у матерей и кариеса зубов у детей. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Львов; 2014.
5. Наврузова Л.Х. Scanning elektronik mikroskopi of hard dental tissues at hyperfunktion of parascitroid. *Вестник науки и образования* № 4(102) декабрь 2020
6. Ирсадиев Х.И. Наврузова Л.Х. Изменение на нижней челюсти при гиперпаратиреодной остеодистрофии. *Новый день в медицине*. Ташкент 4(28)2019 с- 163-166
7. Dasanayake A.P. Poor periodontal health of the pregnant women as a risk factor for low birth weight. *Ann Periodontol* 2018; 3 (1): 206—212.
8. Navruzova L.X. Results examination of the organs of the oral cavity by index estimates for hyperparathyroidism. *Eurasian journal of medical and natural sciences innovative academy*. Research Support Cente UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Volume 3 Issue 2, February 2023. – ISSN 2181-287X – P. 164-169 1996; 3: 15—18.
9. Navruzova L.X. The role of sex hormones (FSH, LH) in the development of carious and non-carious dental diseases in hyperparathyroidism. *Eurasian journal of medical and natural*

sciences innovative academy. Research Support Cente UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Volume 3 Issue 2, February 2023. – ISSN 2181-287X – P. 164-169

10. Offenbacher S., Jared H.L., O'Reilly P.O., Wells S.R., Salvi G.E., Lawrence H.P., Socransky S.S., Beck J.D. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. *Ann Periodontol* 2012; 3 (1): 233—250.

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины
основан в 2024 году
Бухарским государственным
медицинским институтом
Выходит один раз в 3 месяца
Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт