



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 61.618.11\14

Орипова Ф.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН С
ЭНДОМЕТРИОМОЙ ЯИЧНИКА** <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.12788704>**АННОТАЦИЯ**

Эндомиоидная киста заполнена густой коричневой жидкостью. Эта жидкость в основном представляет собой «старую» кровь, поступающую из ткани эндометрия. У пациенток с эндомиоидом яичников установлено повышение уровня эстрадиола и пролактина в сравнении с группой контроля ($p < 0,001$). Наличие эндомиоза яичников у пациенток не оказывает негативного влияния на состояние овариального резерва. У больных эндомиозом яичников, биохимические параметры овариального резерва не имеют статистически значимых различий в сравнении со здоровыми пациентками.

Ключевые слова: эндомиома яичников, половые гормоны.

Oripova F.Sh.

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

STUDY OF SEX HORMONES IN WOMEN WITH OVARIAN ENDOMETRIOMA**SUMMARY**

An endometrioid cyst is filled with thick brown fluid. This fluid is mostly "old" blood coming from the endometrial tissue. In patients with ovarian endometrioma, an increase in the level of estradiol and prolactin was found in comparison with the control group ($p < 0.001$). The presence of ovarian endometriosis in patients does not have a negative effect on the state of the ovarian reserve. In patients with ovarian endometriosis, the biochemical parameters of the ovarian reserve do not have statistically significant differences in comparison with healthy patients.

Keywords: ovarian endometrioma, sex hormones.

Oripova F.Sh.

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston

**TUXUMDON ENDOMETRIOMASI BO'LGAN AYOLLARDA JINSIY
GORMONLARNI O'RGANISH****ANNOTATSIYA**

Эндомиоид киста qalin jigarrang suyuqlik bilan to'ldirilgan. Bu suyuqlik asosan endometriyal to'qimalardan keladigan "eski" qondir. Tuxumdon endometriomasi bo'lgan

bemorlarda nazorat guruhiga nisbatan estradiol va prolaktin darajasining oshishi aniqlandi ($p < 0,001$). Bemorlarda tuxumdon endometriozining mavjudligi tuxumdonlar zahirasining holatiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi. Tuxumdon endometrioz bilan og'rigan bemorlarda tuxumdon zahirasining biokimyoviy ko'rsatkichlari sog'lom bemorlarga nisbatan statistik jihatdan sezilarli farqlarga ega emas.

Kalit so'zlar: tuxumdonlar endometriomasi, jinsiy gormonlar.

Прежде чем говорить об эндометриоме, следует напомнить, что же собой представляют кисты яичников? Фактически, это – мешочки, заполненные жидким или твердым содержимым, которые могут образовываться снаружи или внутри яичников. В большинстве случаев они носят физиологический характер, зависящий от менструального цикла; реже они являются следствием патологических состояний, таких как эндометриоз или поликистоз яичников. Эндометриоидная киста или эндометриома – это патологическая киста, возникающая на фоне эндометриоза [1,5,11].

Эндометриоидная киста заполнена густой коричневой жидкостью. Эта жидкость в основном представляет собой «старую» кровь, поступающую из ткани эндометрия. Обычно эндометриомы имеют диаметр 2 – 5 см, но иногда могут достигать 10 – 20 см. Они не являются злокачественными опухолями, однако в редких случаях (менее 1%) дают начало злокачественным новообразованиям. Из-за шоколадного цвета эндометриомы также называют «шоколадными кистами» [2,7].

Эндометриому неправильно называть исключительно кистой яичников, (хотя 75% эндометриом связаны с яичниками). Она может формироваться и на фаллопиевых трубах, и на участках кишечника или брюшины. Согласно статистике, эндометриома встречается у 10% женского населения, и чаще всего они возникают на левом яичнике. Типичными симптомами эндометриомы являются: спазмы внизу живота, дисменорея, боль в области таза при мочеиспускании или дефекации, при физической нагрузке и движениях тела в целом. Эндометриоидная киста может разорваться и тогда у пациентки появляются сильные боли в животе, лихорадка, тошнота и рвота, вагинальное кровотечение, сопровождающееся выделением характерной темной крови [8,9,10].

Эндометриоидная киста не столько ухудшает качество яйцеклетки, сколько мешает развитию фолликула и процессу овуляции. А сбои в этом случае означают, что встреча между зрелой яйцеклеткой и сперматозоидом маловероятна или, наоборот опасна из-за риска внематочной беременности [12,13].

Целью данного исследования явилось изучение уровня половых гормонов у женщин с эндометриомой яичника.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные обследования 87 пациенток с эндометриодными кистами яичников (ЭКЯ) в возрасте от 25 до 37 лет (средний возраст $29,4 \pm 2,3$ лет). Из них 55 (63,2%) женщин были со 2-ой степенью (средний диаметр кист $3,9 \pm 1,2$ см), составившие 1-ю группу и 32 женщины (36,8%) с 3-й степенью заболевания (выше 5,8 см)- 2-я группа пациенток. Для определения нормативных значений изучены показатели 20 соматически здоровых женщин в том же возрасте без нарушения репродуктивного здоровья.

Определение концентрации половых гормонов проводили изучением уровня ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола (на 2-3 день менструального цикла) и прогестерона (за 7 дней до начала МЦ) в сыворотке периферической крови методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Данные были статистически обработаны с использованием обычных подходов, результаты представлены как выборочное среднее (M) и стандартная ошибка среднего (m). Различия между сравниваемыми группами рассчитывали по критериям Стьюдента. Уровень значимости устанавливался равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Анализ анамнестических данных показал, что длительность бесплодия в исследуемых группах колебалась от 1 до 7 лет, первичное

бесплодие являлось доминирующим. Средний стаж бесплодия в группах составил $2,14 \pm 0,29$ лет и $1,71 \pm 0,36$ лет. Стаж эндометриоза яичников не превышал одного года, длительность заболевания от 2 до 6 месяцев наблюдалась у большинства больных (60,9%).

По данным ультразвукового исследования органов малого таза односторонняя локализация кист наблюдалась в 66,7 % случаев, двусторонняя – в 33,3 %. Число антральных фолликулов (ЧАФ) в 1-й группе составило 7 (5; 8,5) на стороне поражения, 7 фолликулов (3; 8,5) в правом и 8,5 (6; 10) в левом яичниках. ЧАФ в группе контроля составило 9 фолликулов (8,5; 10). По ультразвуковым признакам наличие в полости кисты мелкодисперсной взвеси наблюдалось у 64 (73,6%) пациентов, независимо от размеров кисты. По мнению некоторых исследователей, характерным эхографическим признаком эндометриоидной кисты яичника является двойной контур образования. По результатам нашего исследования, данный признак был отмечен в 14,9% случаев ($n=13$), что не противоречит результатам исследования [11]. При визуализации эндометриоидной кисты лоцировалась плотная гиперэхогенная капсула, толщина которой составила 1,7 мм (1,3; 2,5).

Функциональное состояние репродуктивной системы в исследуемых группах оценивалось с учетом биохимических маркеров овариального резерва (табл.1). Существенных изменений уровня гормонов ФГС у пациенток с эндометриозом яичников не наблюдалось. Возможно, такие результаты могут быть связаны с небольшими размерами эндометриом.

Таблица 1

Базальный уровень гипофизарных и яичниковых гормонов у женщин с эндометриозом яичников до хирургического лечения ($M \pm m$)

Показатели	Контроль ная группа	1-я группа	2-я группа
ФГС, мМЕ/мл	$5,46 \pm 0,34$	$5,79 \pm 0,38$	$5,35 \pm 0,33$
ЛГ, мМЕ/мл	$5,38 \pm 0,51$	$6,57 \pm 0,42$	$6,62 \pm 0,31$
Эстрадиол, ммоль/л	$61,7 \pm 19,8$	$226 \pm 20,5^*$	$246 \pm 22,3^*$
Прогестерон, ммоль/л	$20,9 \pm 1,46$	$13,6 \pm 1,32^*$	$10,42 \pm 1,24^*$
Пролактин, нг/мл	$19,8 \pm 0,82$	$24,6 \pm 1,03^*$	$25,9 \pm 1,12^*$
PGE2, нмоль/л	$0,51 \pm 0,18$	$1,05 \pm 0,25^*$	$1,1 \pm 0,24^*$

Примечание: *Значения достоверны по отношению к контрольной группе ($P < 0,05 - 0,001$)

По данным литературы [13] показано, что эндометриомы размером ≤ 3 см в диаметре не оказывают вредного влияния на маркеры резерва яичников.

В нашем исследовании отмечается тенденция к повышению гормонов ЛГ у женщин с эндометриомой яичников в сравнении с контролем. По мнению R.S. Schenken и соавт. (1984), повышение уровня ЛГ может приводить к увеличению длительности фолликулярной фазы, ановуляции – лютеинизации неовулирующего фолликула и дисфункции лютеиновой фазы, что описано при эндометриозе.

Гиперэстрадиолемиа у пациенток с эндометриомой являлась статистически значимой в сравнении с контролем ($P < 0,01$). Установлен повышенный уровень эстрадиола и у пациенток 2 группы в сравнении с группой контроля ($P < 0,01$). Наличие гиперэстрадиолемии у пациенток с эндометриозом подтверждает эстроген зависимый характер заболевания и находит подтверждение в работах других исследователей [1] (рис.1). Клинические исследования показывают, что в очагах эндометриоза развивается локальная

гиперэстрогения. Иными словами, эстрадиола становится много – но только там, где растут гетеротопии.

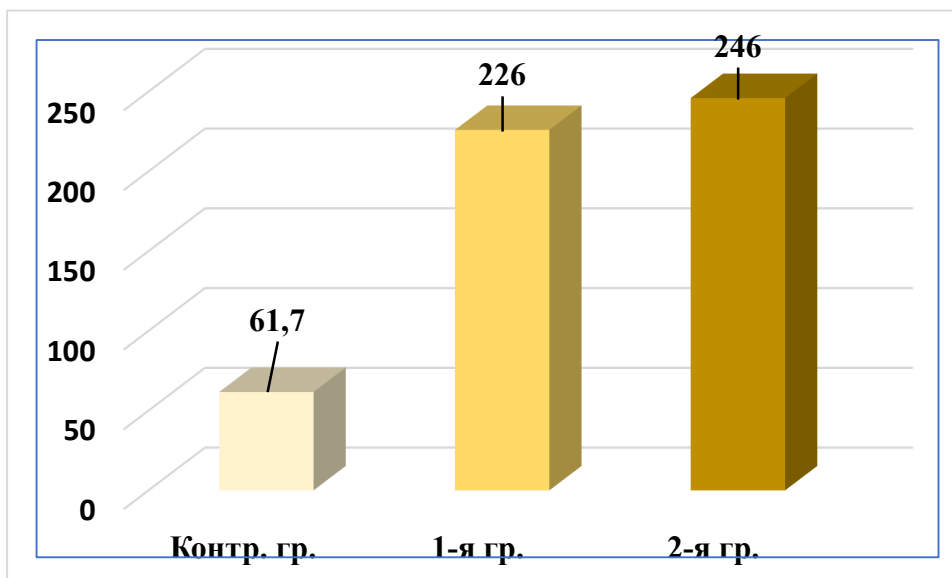


Рис.1. Уровень эстрадиола у обследованных женщин, нмоль/л

По данным некоторых авторов [5] отмечено, что на фоне эндометриоза в организме женщины растет концентрация фермента ароматазы, и это также приводит к усилению выработки активного эстрадиола. Одновременно с этим снижается продукция фермента 17 β -ГСД типа 2, который должен превращать эстрадиол в биохимически более слабый эстрон. Но этого не происходит – и очаги эндометриоза продолжают расти. Есть мнение, что нехватка 17 β -ГСД типа 2 также связана с резистентностью к прогестерону, но этот вопрос пока изучается [7].

Уровень прогестерона у пациенток был достоверно снижен относительно данных контрольной группы ($P < 0,01$). Соотношение рецепторов к прогестерону тоже меняется при эндометриозе [6]. В очагах практически не обнаруживаются прогестероновые рецепторы типа В, тогда как рецепторы типа А остаются в пределах нормы [8]. Такие изменения свидетельствуют о резистентности очагов эндометриоза к влиянию прогестерона. Уровень прогестерона у пациенток 1 группы был в 1,5 раза ниже значений контрольной группы ($P < 0,01$), а у женщин 2-й группы – в 2 раза ($P < 0,001$) (рис.2).

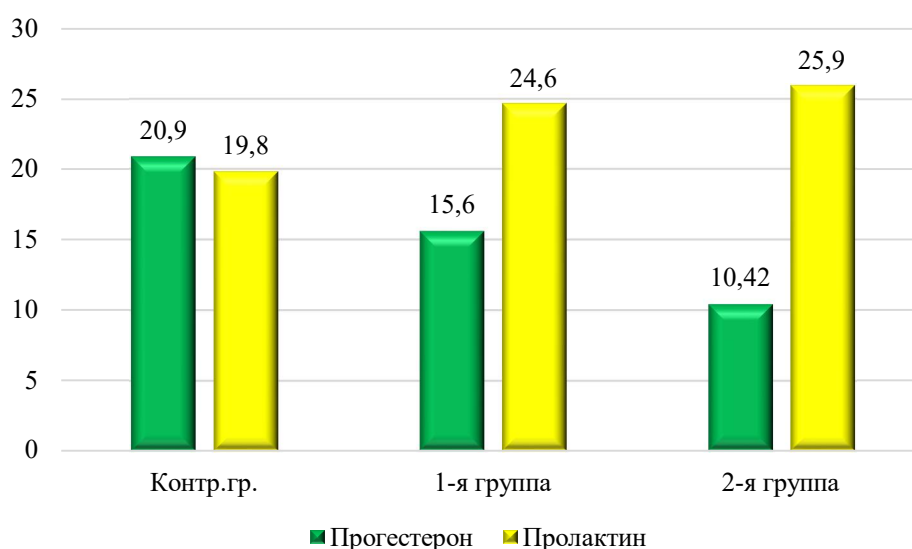


Рис.2.Уровень прогестерона и пролактина у женщин с эндометриомой яичников

От пролактина зависит овуляция. Гормон задействован в регуляции выработки прогестерона: его повышение приводит к снижению продукции прогестерона и, как следствие, к замедлению процессов овуляции.

Концентрация простагландина E₂ при эндометриозе достоверно повышен. Как видно из представленных данных, уровень простагландина E₂ у женщин 1-й и 2-й группы повышен более чем в 2 раза ($P < 0,001$) (рис.3).

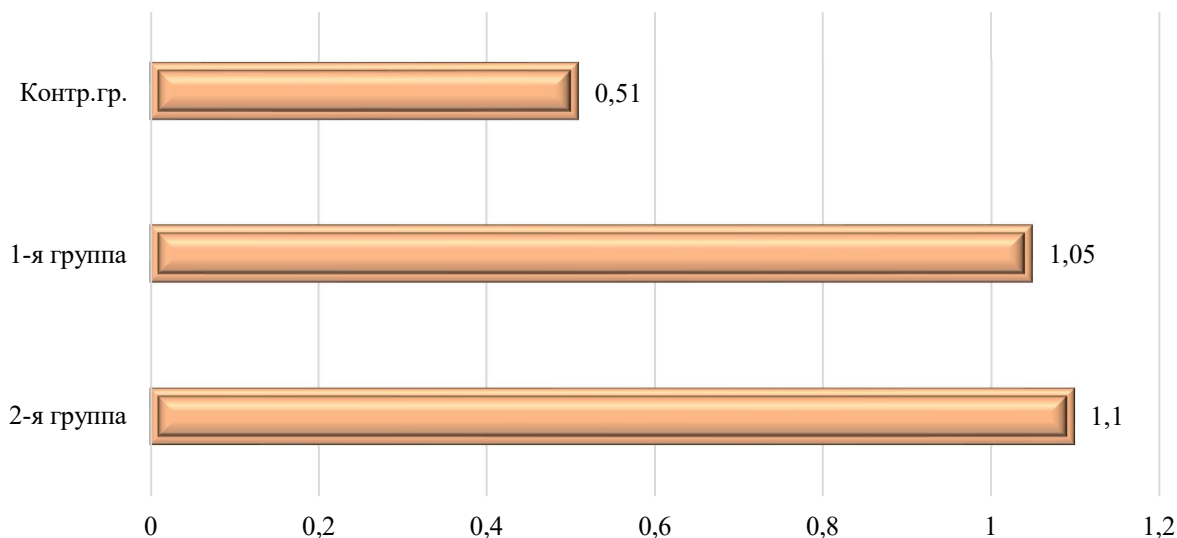


Рис.3. Уровень пролактина у обследованных женщин, нмоль/л.

Усиленная выработка эстрадиола способствует увеличению концентрации простагландина E₂, который отвечает за воспаление и ведет к прогрессированию болезни.

Таким образом, функционирование эндокринной системы у больных эндометриозом имеет ряд особенностей. Наблюдается монотонность выработки и отсутствие необходимой амплитуды колебаний уровней ФСГ и ЛГ в динамике менструального цикла. Указанное приводит к десинхронизации биоритмов выработки половых гормонов, нарушению соотношений прогестерон-эстрадиол, когда высокий уровень эстрадиола на протяжении всего менструального цикла сопровождался превышением уровня здоровых лиц прогестероном в фолликулиновую фазу менструального цикла. То есть, разбалансированность эндокринной системы проявляется при эндометриозе нарушениями ритмов выработки гонадотропных гормонов и соотношений между гонадотропинами и половыми гормонами. Наблюдалось отсутствие овуляторных пиков ФСГ и ЛГ при высоком базальном уровне их, изменение соотношения между прогестероном и эстрадиолом с обратной динамикой прогестерон-эстрадиолового коэффициента. Все эндокринные нарушения были мозаичны, что подтверждает неоднородность группы больных эндометриозом. Количество, размеры и локализация эндометриоидных гетеротопий, так же, как и возраст больных эндометриозом, существенно не отражались на характере изменений эндокринного статуса.

Выводы. У пациенток с эндометриозом яичников установлено повышение уровня эстрадиола и пролактина в сравнении с группой контроля ($p < 0,001$). Наличие эндометриоза яичников у пациенток не оказывает негативного влияния на состояние овариального резерва. У больных эндометриозом яичников, биохимические параметры овариального резерва не имеют статистически значимых различий в сравнении со здоровыми пациентками.

Список использованной литературы

1. Андреева Е.Н., Гаврилова Е.Ф. Генитальный эндометриоз: пути решения в XXI веке. // Вестник репродуктивного здоровья. — 2011. — №2. — С. 3—10.

2. Игенбаева Е.В., Узлова Т.В., Куренков Е.Л. Эндометриоз –вопросы прежние... // Современные проблемы науки и образования. — 2016. — №6. — С. 58—67.
3. Денисова В.М., Ярмолинская М.И., Полякова В.О., и др. Особенности экспрессии рецепторов половых стероидных гормонов при наружном генитальном эндометриозе. // Молекулярная медицина. — 2014. — №5. — С. 29—32.
4. Девятова Е.А., Цатурова К.А., Эсмурзиева З.И., и др. Эндометриоз. // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. — 2015.— №3. — С. 91—100.
5. Сергеев П.В., Шимановский Н.Л. Фармакологические свойства гестагенов // Фарматека. — 2003. — Т. 71. — №8. —С. 33—41.
6. Федотчева Т.А., Шимановский Н.Л. Роль гестагенов в лечении эндометриоза. // Проблемы эндокринологии. — 2018. — Т. 64. — №1. —С. 54—61. doi: 10.14341/probl8742
7. Arosh JA, Lee J, Balasubbramanian D, et al. Molecular and preclinical basis to inhibit PGE2 receptors EP2 and EP4 as a novel nonsteroidal therapy for endometriosis. Proc Natl Acad Sci USA.2015;112(31):9716-9721. doi: 10.1073/pnas.1507931112
8. Descamps P, Andreeva E, Leng J, et al. The place of gonadotropin-releasing hormone agonists in the management of endometriosis. J Endometr Pelvic Pain Disord. 2014;6(1):1-11. doi: 10.5301/je.5000174
9. Kim JJ, Kurita T, Bulun SE. Progesterone action in endometrial cancer, endometriosis, uterine fi broids, and breast cancer. Endocr Rev. 2013;34(1):130-162. doi: 10.1210/er.2012-1043
10. Johnson NP, Hummelshoj L. Консенсус по ведению эндометриоза. // Репродуктивная эндокринология. — 2013. — №12. — С. 66—88.
11. Schindler AE, Campagnoli C, Druckmann R, et al. Classifi cation and pharmacology of progestins. Maturitas. 2008;61(1-2):171-180.
12. Schindler AE. Non-contraceptive benefi ts of oral hormonal contraceptives. Int J Endocrinol Metab. 2013;11(1):41-47. doi: 10.5812/ij em.4158
13. Xu X, Zheng Q, Zhang Z, et al. Periostin enhances migration, invasion, and adhesion of human endometrial stromal cells throughIntegrin-linked kinase 1/Akt signaling pathway. Reprod Sci. 2015;22(9):1098-1106. doi: 10.1177/1933719115572481

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