



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ
№2.1 (95) 2017

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

***А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,
З.И. Исмаилов, З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),
Ф.Г. Назиров, У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов,
А.М. Хаджибаев, Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков,
Ш.А. Юсупов***

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Адрес редакции:

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

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

(99866) 233-71-75
(99866) 231-00-39

Сайт

pbim.uz

e-mail

pbim.uz@gmail.com
sammi-xirurgiya@yandex.ru

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Аллаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарлов	(Бухара)
А.В. Девятов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
В.М. Розинов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
А.А. Хусинов	(Самарканд)

Подписано в печать 22.04.2017.

Сдано в набор 13.05.2017.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 66

Заказ 69

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

МАТЕРИАЛЫ

*71-й научно-практической конференции
студентов и молодых ученых
с международным участием*

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»**

Самарканд 18-19 мая 2017 г.

системы, а ко второй - больные с дисфункцией печени (ДП). Результаты и их обсуждение: Исследование гуморального иммунитета показало, что концентрация иммуноглобулинов (Ig) основных трех классов (А, М и G) у больных демодекозом менялось по-разному. Это согласуется и с частотой сменности уровня Ig по сравнению с нормой. Концентрация Ig А чаще была повышена, а Ig М и Ig G - находилась в пределах нормы. Суммарное содержание указанных Ig было ниже нормы ($p \geq 0,05$). Менялось процентное соотношение уровня Ig. При этом соотношение Ig G / Ig А у больных более чем в 2 раза было ниже нормы. Выявленные изменения свидетельствуют о дисбалансе сывороточных Ig, что может быть одним из признаков иммунодепрессии. В развитии и реализации иммунного ответа происходит серия сложных взаимодействий между клетками - Т- и В-лимфоцитами и другими иммунологическими показателями, которые обеспечивают разнообразие иммунного ответа. Для выявления изменений взаимосвязей показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных демодекозом была проведена оценка клеточного иммунитета позволяющая сделать вывод, что при демодекозе происходит изменения содержания в крови лимфоцитов и их активности, меняется соотношение Т- и В-лимфоцитов. Степень и частота нарушений иммунитета были выше у больных с ДП: чаще наблюдалось снижение числа лимфоцитов, активности Т- лимфоцитов, угнетение реакции торможения лейкоцитов. Результаты корреляционного анализа показали, что в развитии и реализации иммунного ответа при демодекозе происходит сложная перестройка взаимодействия между Т- и В-системами иммунитета, которая обеспечивает новую интеграцию иммунных процессов, отражает взаимодействия показателей иммунной системы.

ПРЕИМУЩЕСТВО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕМОДЕКОЗОМ

Чорненькая Ж.А.

Кафедра социальной медицины и здравоохранения ВГУЗ БГМУ

Цель исследования: Обосновать принципы и разработать способы повышения эффективности диагностики и лечения демодекоза на основе изучения клинко-гормональных особенностей течения инвазии. Материал и методы исследования: Проблема совершенствования лечения и профилактики паразитарных болезней и их последствий сегодня сохраняет свою актуальность. Это обусловлено чрезвычайным распространением паразитозов в мире и теми нарушениями, которые они вызывают в организме инвазированного человека, особенно среди лиц молодого трудоспособного возраста. Результаты и их обсуждение: Для выполнения поставленных задач обследовано 109 больных демодекозом в возрасте от 20 до 60 лет (63 мужчин и 46 женщин), которые находились на амбулаторном обследовании и лечении. Диагноз демодекоз у всех больных и его отсутствие в контрольной группе подтверждены в соответствии с критериями диагностики на основании совокупности клинической картины, клинко-лабораторных показателей и результатов лабораторного анализа на демодекоз. При обследовании до лечения больные предъявляли многочисленные жалобы на зуд, жжение, стягивания кожи, уменьшения эластичности и мягкости, чувство вбуравливания в кожу или ползания под ней паразитов и т.д. Жалобы на повышенное салоотделение предъявляли 100% пациентов. В клинических наблюдениях за больными демодекозом отмечалось, что внешне проявления демодекоза характеризовались возникновением на коже эритематозных пятен, очаговой или диффузной инфильтрации, мелкофолликулярного или грубопластинчатого шелушения, образованием фолликулярных папул розового или красного цвета различной величины, папуло-везикул, папуло-пустул, а также самостоятельных макропустул. Известно, что проводимая специальная терапия акарицидными препаратами контактного действия не обеспечивает полного клинического эффекта и создает предпосылки для формирования хронического длительного течения демодекоза. В связи с этим, терапия у всех больных обязательно сочеталась с патогенетическим лечением и назначением противопаразитарного препарата широкого спектра действия – альбендазола. Лечение альбендазолом проводилось по 10-дневной схеме в курсовой дозе 10 мг на 1 кг массы тела в 2-3 приема в течение суток. В зависимости от динамики совокупности субъективных и объективных клинических симптомов и результатов повторного клинко-лабораторного обследования, позволивших оценить характер и направленность развития имевшихся до лечения изменений, нами была принята следующая шкала оценки степени эффективности комплексного лечения больных демодекозом. 1. Степень эффективности (полное выздоровление) характеризовалась исчезновением субъективных и объективных клинко-лабораторных признаков заболевания, свидетельствующих об обратном развитии изменений, наблюдавшихся до лечения. 2. Степень (улучшение) характеризовалась исчезновением субъективных и значительным уменьшением объективных признаков, характерных для демодекоза в фазе обострения, при четко выраженной тенденции к обратному развитию клинко-лабораторных нарушений, наблюдавшихся до лечения. 3. Степень (отсутствие изменений) характеризовалась уменьшением субъективных признаков при отсутствии существенных изменений, указывающих на обратное развитие имевшихся до лечения клинко-лабораторных нарушений. 4. Степень (ухудшение) определялась у больных с незначительным субъективным улучшением или его отсутствием при ухудшении объективных показателей, свидетельствующих о нарастании патологических изменений в печени.

ИЗМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА, ПОЛА И СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ДЕМОДЕКОЗОМ

Чорненькая Ж.А.

Кафедра социальной медицины и здравоохранения ВГУЗ БГМУ

Цель исследования: Исследовать изменения гормональной регуляции дефинитивного хозяина в зависимости от возраста, пола и состояния печени, развивающихся в ответ на паразитарную инвазию. Материал и методы исследования: Для человека демодекоз - широко распространенное заболевание, имеющее течение хронического инвазивного дерматоза, обусловленного патогенетическим размножением в коже клеща рода *Demodex*. Заболевание имеет хроническое течение с периодическими обострениями в весенне-летний период. Демодекоз остается на сегодня одной из важных и серьезных проблем современной паразитологии. Он широко распространен во всех странах мира, в том числе и в Украине (15% заболеваний кожи и глаз обусловлено паразитированием в организме человека клеща рода *Demodex*). Результаты и их обсуждение: Базальный уровень гонадотропных гормонов гипофиза - ЛГ и ФСГ - были исследованы у больных демодекозом в стадии обострения заболевания. Содержание ЛГ у мужчин, больных демодекозом превышал контроль и колебался от 1,5 до 1,8 ммоль / л. При этом у больных с ДП уровень ЛГ существенно не отличался от контроля, в то же время у больных без ДП достоверно ($p \leq 0,05$) превышал норму. Проведенное сопоставление содержания ЛГ в зависимости от возраста показало, что в процессе старения у здоровых мужчин уровень гормона существенно не менялся или повышался. Для оценки состояния гипофизарно-гонадной системы, кроме исследования уровней ФСГ и ЛГ, проведено определение их соотношения. Коэффициент ФСГ / ЛГ у мужчин без дисфункции печени составлял 0,57 и приближался к норме (0,60), а у больных с дисфункцией печени он был несколько

выше (0,85). У женщин коэффициент ФСГ / ЛГ был ниже контроля, особенно у больных без ДП. Приведенные результаты содержания ФСГ и ЛГ и их соотношений свидетельствуют о том, что гонадотропной функции гипофиза у больных демодекозом меняется по-разному в зависимости от пола и состояния печени. Результаты: эстрадиола показали, что у мужчин с демодекозом средний уровень эстрадиола в крови как без ДП, так и с ДП был в 1,5 раза выше, чем в контроле. У женщин с демодекозом содержание эстрадиола в крови был пониженным по сравнению с контролем более чем в 2 раза, что наблюдалось несколько чаще у больных с ДП. Средний уровень тестостерона у больных демодекозом мужчин был значительно ниже, чем в контроле. У большинства больных без ДП и с ДП содержание тестостерона снижено. Содержание тестостерона в крови женщин с демодекозом в 5 - 6 раз превышал норму, при этом, без дисфункции печени был немного ниже, чем у больных с ДП. В отличие от мужчин уровень тестостерона у женщин чаще был повышен. Четкой корреляционной зависимости между содержанием тестостерона и возрастом не было обнаружено. У больных демодекозом средний уровень прогестерона в крови значительно возрастал как у мужчин (в 5 - 9 раз), так и у женщин (в 5 - 7 раз). При этом половые различия у больных с ДП сохранялись, а у больных без ДП средний уровень прогестерона у женщин был выше, чем у мужчин, но не достоверно. У мужчин с ДП уровень прогестерона повышался в 2 раза реже, чем без ДП. Не было выявлено достоверных различий в содержании прогестерона в зависимости от возраста как у здоровых, так и у больных демодекозом. Выводы: Демодекоз вызывает разнонаправленные изменения базального уровня гормонов гипофиза (ФСГ, ЛГ, пролактина), половых стероидных гормонов (эстрадиола, тестостерона и прогестерона) и их соотношений и взаимосвязей. Результаты и их обсуждение: содержание гормонов гипофизарно-гонадной системы и их соотношений свидетельствуют о том, что гонадотропной функции гипофиза у больных демодекозом меняется по-разному в зависимости от пола и состояния печени. У мужчин происходит повышение концентрации эстрадиола, прогестерона и снижение тестостерона на фоне умеренного повышения гонадотропных гормонов. У женщин повышается содержание тестостерона, прогестерона и относительно снижается эстрадиол на фоне незначительного повышения ЛГ и снижение ФСГ.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ БОЛЕЙ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Чоршанбиев И., резидент магистратуры СамМИ

Кафедра неврологии и нейрохирургии (зав. каф. – проф. Джурабекова А.Т.)

Научный руководитель: к.м.н. Шмырина К.В.

Практически каждый человек хотя бы раз испытывает в своей жизни такое неприятное ощущение как боль. Лечение нейропатического болевого синдрома предполагает применение препаратов трех основных классов: адьювантных анальгетиков (антиконвульсанты, в частности габапентин), анальгетиков из группы опиатов и местных анестетиков. Цель исследования: изучить влияние препарата Габагамма (габапентин) на редукцию болевого синдрома у пациентов с хронической неспецифической болью в нижней части спины. Материал и методы исследования: Проведено обследование 125 пациентов (50 мужчин (средний возраст 39,24±10,1) и 75 женщин (средний возраст 38,54±9,4)), страдающих хроническими неспецифическими болями в спине. Всем пациентам проведено: вертеброневрологический осмотр, КТ или МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, общеклинические анализы. 65 больным: 40 женщинам и 25 мужчинам в схему лечения был включен препарат Габагамма применяемый в течение четырёх недель, в начальной дозе 300 мг/сут, в дальнейшем ее увеличивали на 300 мг/сут каждый день в течение трех дней, достигая 900 мг/сут. При появлении побочных эффектов дозу снижали до переносимой. Группу сравнения составили 60 пациентов (35 женщин и 25 мужчин) получавших традиционное лечение. Результаты оценивали на 10-й день терапии и через 3 месяца от окончания лечения по показателям ВАШ боли и опроснику Осверсти. Результаты и их обсуждение. У 41 (32,8%) пациента выявлено поражение межпозвоночных дисков поясничного отдела с радикулопатией, у 19 (15,2%) – люмбаго, у 21 (16,8%) – пояснично-крестцовая радикулопатия. У 16 (12,8%) – ишиас, у 12 (9,6%) – хроническая люмбагия вследствие дегенерации межпозвоночного диска, у 5 (4%) - хроническая люмбагия вследствие поражения межпозвоночного диска и у 11 (8,8%) - поражение межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника с радикулопатией. В 1-й день обследования выраженность болевого синдрома по ВАШ в основной группе составила 8,18±0,66 баллов, в группе сравнения - 7,38±1,28 балла соответственно (p<0,01). На 10-й день лечения средняя интенсивность болевого синдрома в основной группе составила 2,49±1,76 баллов (p<0,001), в группе сравнения - 4,2±0,97 балла (p<0,001). Пациентов осматривали через три месяца после окончания терапии. При анализе динамики болевого синдрома по ВАШ установлено, что в группе пациентов получавших габагамму отмечалась положительная динамика - интенсивность болевого синдрома изменилась с 2,49±1,76 до 0,8±0,36 балла (p<0,05). В группе контроля отмечалась стабильная динамика в виде незначительного уменьшения боли: показатель изменился с 4,2±0,97 балла до 2,96±1,18 баллов (p<0,001). Рецидив болевого эпизода в основной группе не возник ни у одного пациента, в то время как в группе контроля у 9 пациентов (15%) отмечалось его повторение. С помощью опросника Осверсти было проанализировано влияние болевого синдрома на повседневную активность пациентов. Его заполнение осуществлялось в 1 день и на 10 день от начала терапии. До начала лечения средние балльные показатели по нему составили: в основной группе 78,7±1,5 баллов, в группе контроля - 79,4±1,9 баллов. В основной группе выраженность болевого синдрома на 10-е сутки понизилась до 26,1±2,1 балла, в группе контроля - лишь до 38,6±1,5 баллов (p<0,05). На следующем этапе пациентов осматривали на третий месяц после окончания терапии. При анализе результатов, полученных по опроснику Осверсти, через три месяца от начала лечения в основной группе указанный показатель составил 7,3±1,1 балла, в группе сравнения - 14,5±0,7 балла соответственно. (p<0,05). У 7 (9,3%) пациентов в основной группе отмечались побочные эффекты в виде головокружения и сонливости, которые прошли после корректировки дозы препарата. Выводы: Применение габагаммы в комплексной терапии хронической неспецифической боли в спине является клинически эффективным, патогенетически обоснованным и не сопровождается развитием серьезных побочных эффектов, что позволяет рекомендовать его включение в схему лечения пациентов с указанной патологией.

ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭФФЕКТОВ СТАТИНОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Шарипова А.А., Убайдуллаева З.З., Исхаков Ш.А., Аляви Б.А., Турсунов Р.Р., Абдуллаев А.Х.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»

Цель исследования: Оценить влияние терапии статинами на параметры функционального состояния левого желудочка (ЛЖ), некоторые показатели липидного обмена и воспаления у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Материал и методы исследования: В исследование включили пациентов с ИБС стабильной стенокардией напряжения I–III функциональных классов (ФК) с длительностью заболевания 5,5±0,6 лет (средний возраст 59,1±8,4 лет). Все пациенты получали стандартное лечение, включающее антиагреганты, бета-блокаторы, при необходимости - ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, нитраты и статины (I группа, 20 больных – аторвастатин (20-40 мг/сут) и II группа, 20 больных – розувастатин (10-20 мг/сутки). До и через 6 месяцев лечения определяли общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), ХСЛП высокой плотности (ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), С-реактивный белок (СРБ), фибриноген (Ф). Изучали параметры функционального состояния ЛЖ эхокардиографией (ЭХОКГ) с доплером (Samsung medison «SonoACE X6») и

Хурсанов Ё.Э., Бобокулов А.У. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХПН.....	222
Хурсанов Ё.Э., Маманазаров Д.М., Суюнов В.У. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХСН У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	222
Хушвактов О. ИЗУЧИТЬ СРАВНИТЕЛЬНУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ, БЕЗОПАСНОСТЬ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ВИБРОЦИЛ.....	223
Хушнаев С.О. ОПТИМАЛЬНАЯ, КОМБИНИРОВАННАЯ, ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.....	223
Чорненькая Ж.А. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ДЕМОДЕКОЗОМ.....	223
Чорненькая Ж.А. ПРЕИМУЩЕСТВО КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕМОДЕКОЗОМ.....	224
Чорненькая Ж.А. ИЗМЕНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА, ПОЛА И СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ДЕМОДЕКОЗОМ.....	224
Чоршанбиев И. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ БОЛЕЙ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ.....	225
Шарипова А.А., Убайдуллаева З.З., Исхаков Ш.А., Аляви Б.А., Турсунов Р.Р., Абдуллаев А.Х. ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭФФЕКТОВ СТАТИНОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....	225
Шваб А.Н., Плеш И.А. ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТАДИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИУРЕТИКОВ.....	226
Шинкура Л.М. ПОСТОЯННЫЙ ТОК В МЕДИЦИНЕ. ГАЛЬВАНИЗАЦИЯ, ЛЕЧЕБНЫЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ.....	226
Шкляев А.Е., Лялина А.С., Хисамутдинова А.М., Мокшина П.С. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА ИСХОД ПНЕВМОНИИ.....	227
Шодиева Г.Р., Насирова А.А., Алиев Х.Э. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.....	227
Шодиева Д.Ж., Бойбутаев Ж. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРУЦЕЛЛЁЗА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ПО ДАННЫМ ОИКБ ГОРОДА САМАРКАНДА.....	228
Шомирзаева Д.Ш. КОРРЕГИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ НЕКОТОРЫХ ПРОТИВОГИСТАМИННЫХ СРЕДСТВ НА АКТИВНОСТЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПРИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ.....	228
Шохайдарова Р.Ю. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО - ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	228
Шохасан К.К. ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ.....	229
Шукурова Х.С., КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ - КАК РИСК РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	229
Шумко Г.И., Рева Т.В. ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ГОРМОНАЛЬНЫМ И ВЕГЕТАТИВНЫМ СОСТОЯНИЕМ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	230
Шумко Г.И. СОСТОЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ БЕЛКОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	230
Эгамбердиева М.Э. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ.....	231
Элламонов С.Н., Шарипова Ю.Ш., Ходжиметова Г.М., Лаханов А.О., Кадырова Ф.Ш. ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХСН У БОЛЬНЫХ С ИБС.....	231
Эргашева У.З., Тогаева Б.М., Султонов И.И. ПОЛОВАЯ И ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ.....	231
Эргашева З. НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН СТАРШЕ 70 ЛЕТ.....	232
Юлдашева Д.А. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕХОДЯЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	232
Юлдашев Т. МИЛЬГАММА В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....	232
Юлдашев У.А., Нигманов Б.Б. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И СОСУДИСТОГО ПАРКИНСОНИЗМА.....	233
Юсупов А., Хамроев Г.Б. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ПОРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.....	233
Якубова Л.И., Хамраева Д.Х., Ким О.В., Нарзуллаева Д.А., Норшодиева Р.У. АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ.....	234
Ярматов Р.Х. ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПРЕМЕДИКАЦИЮ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПОДЪЕМОМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В УТРЕННИЕ ЧАСЫ.....	234
Яранцева Н.А., Опарин А.А., Семенова Н.В. ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ У СТУДЕНТОВ.....	234
Ясинская Э.Ц. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПРИЧИН ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....	235