



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.

до 70 лет, находившиеся на лечении в дневном стационаре поликлиники Тернопольской городской клинической больницы № 2 в связи с обострением бронхиальной астмы. Результаты и их обсуждение: Проведенное перед началом лечения анкетирование показало, что 86% опрошенных больных отмечают пищевую аллергию и связывают ее с приступом бронхиальной астмы. Среди опрошенных наиболее часто были названы следующие продукты с высокой антигенной активностью: клубника, цитрусовые, малина, смородина, сладкие дыни, абрикосы и персики, шоколад, орехи, рыбные блюда, икра и морепродукты, жирное мясо (утка, гусь), мед, бобы, томаты и соусы на их основе, продукты на основе дрожжей, яйца, алкоголь, кофе. У 2/3 опрошенных отмечается аллергическая реакция на различные пищевые добавки – красители, ароматизаторы. Выводы: Лечебное питание имеет большое значение при бронхиальной астме, особенно когда пищевая аллергия является либо первичным пусковым механизмом заболевания. При этом диетические режимы рекомендуется обрабатывать скрупулезно, с учетом мельчайших деталей. При составлении лечебной диеты пациент должен получить ясные и четкие указания относительно того, какие вещества, продукты и готовые пищевые изделия следует исключить из питания. Необходимо также твердо знать, что некоторые ингаляционные аллергены имеют общие антигенные свойства с конкретными пищевыми веществами. Например, такие свойства имеют пыльца злаковых трав и пищевые злаки; пыльца орешника и ореха; пыльца полыни и подсолнечника и т. д. В этой связи пациенты с указанными видами аллергии, особенно в период обострения заболевания, соответствующие продукты из рациона должны исключить. При непереносимости ацетилсалициловой кислоты необходимо исключить из рациона продукты, содержащие салицилаты (малина, абрикосы, крыжовник, яблоки).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Рябоконе М.А., студент 7 группы 3 курса мед. факультета, Оныськив М.О. студент 18 группы 3 курса мед. факультета, Корыльчук Б.Т., студент 9 группы 4 курса мед. факультета ГВНЗ ТГМУ им. И.Я. Горбачевского
Кафедра первичной медико-санитарной помощи и общей практики семейной медицины (зав. каф. - проф. Бабинец Л.С.)
Научный руководитель: к.м.н. Рябоконе С.С.

Эксперты ВОЗ отмечают, что за последние 30 лет уровень смертности в результате хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в мире увеличился на 163% и по прогнозам в 2030 данная патология займет 4-е место в структуре смертности (GOLD, 2014), поэтому поиск новых форм терапии остается актуальной проблемой. Цель исследования: Изучить эффективность добавления фенспирида гидрохлорида к базисной терапии у больных с ХОБЛ. Материал и методы исследования: В исследовании участвовали 46 больных (мужчин - 34, женщин - 12) с инфекционным обострением ХОБЛ, средний возраст которых $57,4 \pm 3,2$ лет. Длительность заболевания ХОБЛ составила $18,2 \pm 2,6$ года. Все больные были курильщиками, стаж курения составил $31,8 \pm 2,7$ пачко-лет. Все пациенты были разделены на 2 группы: контрольная группа - пациенты получали базисную терапию ХОБЛ в соответствии с существующими протоколами и исследованная группа – лечение базисной терапией в сочетании с фенспиридом гидрохлоридом (80 мг 2 раза в сутки на протяжении 13 дней). Статистическая обработка полученных данных проведена по методу вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента. Результаты и их обсуждение: Оценку клинического течения заболевания определяли, рассчитывая процент положительного клинического эффекта, включавший исчезновение или уменьшение выраженности основных симптомов заболевания (выраженную одышку в покое, которая усиливалась при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до $37,4 - 37,8$ °C, надсадный кашель с гнойной мокротой, общую слабость, раздражительность) и динамику объективных показателей на основе аускультативных данных. У больных в лечении которых использовали комбинацию базисной терапии и фенспирида наблюдался регресс клинических проявлений: уменьшение кашля, снижение температуры тела, отсутствие общей слабости - на $2,9 \pm 0,4$ дней раньше к сравнению с контрольной группой, одышки на $2,3 \pm 0,33$. Продолжительность койко-дней составила $11,5 \pm 1,9$ дней, что является положительной тенденцией. Выводы: Включение препарата фенспирида гидрохлорида в комплексную схему лечения больных с обострением ХОБЛ повышает его эффективность, что сопровождается не только быстрой регрессии клинических симптомов, но и уменьшением койко-дней.

АНАЛИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ УКРАИНЫ

Садковская И.Ю., студентка I мед. факультета 5 курса, 8 группы ХНМУ
Кафедра эпидемиологии (зав. каф. – проф. Чумаченко Т.А.)
Научный руководитель: Макарова В.И.

Актуальность сальмонеллеза определяется как повсеместным распространением возбудителя, многообразием источников инфекции, путей и факторов передачи, так и разной интенсивностью инфекционного процесса – от носительства до манифестных форм. Цель исследования: Изучить на современном этапе количественные и качественные проявления эпидемического процесса сальмонеллеза в Харьковском регионе Украины. Материал и методы исследования: На основании официальных данных проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости сальмонеллезом населения Харьковского региона Украины за 2016 год. Результаты и их обсуждение: Проведенный ретроспективный эпидемиологический анализ выявил, что в 2016 году сальмонеллезом заболело 996 жителей Харьковского региона Украины, при этом интенсивный (инт.) показатель составил 36,7 на 100 тыс. населения. При сравнении интенсивности эпидемического процесса сальмонеллеза с 2015 годом установлено снижение уровня заболеваемости на 30,5%, когда было зарегистрировано 1433 случая сальмонеллеза, инт. показатель был равен 52,7 на 100 тыс. населения. Анализ этиологической структуры сальмонеллеза выявил преобладание таких возбудителей как *S. enteritidis*, *S. typhimurium*, *S. infantis*, которые выявлялись соответственно в 68,4%, в 13,7% и в 14,8% от всех бактериологически подтвержденных случаев сальмонеллеза. При изучении данных лабораторных исследований, установлено, что диагноз был подтвержден бактериологически у 82,2% зарегистрированных больных. Определяет заболеваемость сальмонеллезом детское население, удельный вес которого в возрастной структуре составляет 73%. Следует отметить, что заболеваемость детей сальмонеллезом имеет тенденцию к снижению. Так, в 2016 году данная патология зарегистрирована у 727 детей, инт. показатель 171,9 на 100 тыс. населения, что на 35,3% меньше предыдущего 2015 года, в течение которого сальмонеллезом заболели 1123 ребенка, инт. показатель составил 268,03 на 100 тыс. населения. Случаи сальмонеллеза чаще всего регистрировались у детей от 1 до 4 лет, их доля в структуре заболеваемости детского населения составила 63,3%. Также зарегистрирован высокий удельный вес детей в возрасте от 5 до 9 лет – 21,2%. Среди заболевших детей процент не посещающих детские дошкольные заведения составил 56,1%, а школьников – 15,9%. Анализ путей и факторов передачи сальмонеллеза выявил превалирование пищевого пути – в 97% случаев инфицирование сальмонеллами связано с употреблением различных продуктов питания, и только в 3% случаев отмечался контактно – бытовая передача возбудителя. Среди продуктов питания как факторов передачи лидируют яйца – 39,6%. Также в структуре факторов передачи высок удельный вес мясной и молочной продукции – 20,4% и 12,8% соответственно, употребление кондитерских изделий привело к инфицированию в 1,1% случаев, в 26,1% случаи сальмонеллеза связаны с другими продуктами. Выводы: Проведенный ретроспективный анализ выявил напряженную эпидемическую ситуацию по сальмонеллезу для населения

Харьковского региона Украины. Выявленные группы риска - дети от 1 до 4 лет и от 5 до 9 лет, не посещающих детские дошкольные заведения и ведущий путь - пищевой и факторы передачи - яйца, мясная и молочная продукция, указывают на недостаточный санитарный и ветеринарный контроль. Вариантом решения проблемы может быть доступность для семей с разными материальными возможностями за счет удешевления продукции детских молочных кухонь, на которых проводится тщательный контроль производственных процессов, качества готовой продукции, а также ее транспортировки и хранения.

**ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
БЕЗ ПОДЪЕМА СЕКМЕНТА ST В ПОД ОСТРОМ ПЕРИОДЕ**

Садыкова Ш.Н., резидент магистратуры СамМИ

Кафедра внутренних болезней №3 и эндокринологии (зав. каф. – доц. Шодикулова Г.З.)

Научный руководитель: доц. Шодикулова Г.З.

Цель исследования: Оценка показателей функции эндотелия (ФЭ) и клинико-лабораторные данные у больных с инфарктом миокарда (ИМ) без подъема сегмента ST в под острым периоде. Материал и методы исследования: Обследовано 21 больных с инфарктом миокарда (ИМ) без подъема сегмента ST и 20 практически здоровых лиц. Средний возраст больных (M±s) соответствовал 63,7±5,2 лет. Среди обследованных пациентов было 13(61,9%) мужчин и 8(38,1%) женщин. Общее клиническое обследование выполнялось по стандартной схеме, включало в себе клинические, инструментальные и лабораторные данные, в частности определение в крови содержание оксида азота (NO) в виде метаболитов и эндотелина-1. Результаты и их обсуждение: Установлено, что у обследованных больных отмечалась отягощенная анамнестическая характеристика. У 8 пациентов (38,1%) отмечалась ранняя клиника стенокардии, 12 пациентов (57,1%) среди обследованных, перенесли ИМ. По наличию фактора риска ИБС на первом месте выступала артериальная гипертензия (61,9%), значительно меньшее количество пациентов страдало сахарным диабетом (СД) 2 типа (23,8%). Большая часть пациентов страдала избыточной массой тела (средний показатель индекса массы тела составил 29,4±5,4 кг/м²), у 16 (76,1%) больных регистрировалась гиперхолестеринемия. Почти половина пациентов - 10 (47,6%) имели такую вредную привычку как курение. Число сердечных сокращений (ЧСС) составляла от 80,3±2,9 до 59,3 ±2,7 уд/мин. Показана прямая связь между ЧСС и количеством ангинозных приступов (p<0,005). У обследованных больных в крови уровень NO составил 20,48±8,61 ммоль/л и эндотелина-1 17,21±5,15 ммоль/л, а в контрольной группе уровень NO составило 12,1±5,2 ммоль/л, эндотелина-1 7,2±3,15 ммоль/л. Среди больных с ИМ без подъема сегмента ST 63,9% имеет место дисфункция эндотелия. Выводы: Таким образом, следует отметить, что любой случай инфаркта миокарда без подъема сегмента ST нуждается в тщательном рассмотрении, больных необходимо обследовать активно и лечить индивидуально. Обследование и лечение должно быть основано на тяжести инфаркта, на исходном состоянии функции левого желудочка, на учете сопутствующих заболеваний и наличия доступных методов лечения среди больных ИМ без подъема сегмента ST, по нашим данным в 63,9% случаев имела место дисфункция эндотелия что является прямым фактором риска развития сердечно сосудистых заболеваний.

ОПЫТ ПО РАСШИРЕНИЮ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В КАЗАХСТАНЕ

(на примере Акмолинской области)

Садыкова Л.А., Куракбаев К.К., Берикова Э.А.

Кафедра политики и управления здравоохранения Каз НМУ им. С.Д. Асфендиарова

(зав. каф. - Маймаков Т.А.)

Цель исследования: проанализировать результаты лечения больных туберкулезом в условиях амбулатории, а также посредством стационаро-замещающих технологий на примере Акмолинской области Республики Казахстан. Материал и методы исследования: материалы пилотного проекта по расширению амбулаторного лечения больных туберкулезом в Акмолинской области. Результаты и их обсуждение: В Казахстане в 2014 года Национальная противотуберкулезная программа претерпевает изменения. Реализуется Комплексный план по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы, согласно которому планомерно проводится реформирование противотуберкулезной службы с расширением амбулаторной и стационаро-замещающей помощи больным туберкулезом[1]. На сегодняшний день в стране функционируют 1611 кабинетов непосредственного контролируемого лечения (НКЛ), развёрнутых в первичном звене. Планомерно проводится сокращение стационаров, объединение и централизация региональных противотуберкулезных служб, с переносом акцента на амбулаторное лечение. В целом, по итогам 2015 года, удельный вес больных туберкулезом в стране, начавших лечение в амбулаторных условиях, увеличился до 17,7%. [2]. Для разработки механизмов оказания амбулаторной помощи туберкулезом в Казахстане, в Акмолинской области (2012-2014 гг.) был организован пилотный проект по расширению амбулаторного лечения и психосоциальной поддержки. Амбулаторную помощь больным туберкулезом оказывают дневной стационар на 90 коек и стационар на дому на 25 коек. Созданы группы психологической и социально-экономической поддержки больных туберкулезом, в которую вошли представители департамента координации занятости и социальных программ Акимата Акмолинской области, заведующий диспансерным отделением, социальный работник, юрист, 2 медицинских работника среднего звена и психолог. Особенностью внедрения пилотного проекта является то, что на основе предварительно собранной информации о больном, в течение первых 2-недель от начала лечения разрабатывается предварительный план мероприятий по удержанию больного на лечении, который при необходимости может корректироваться в процессе. В 2015 году в области было пролечено 120 больных, в том числе 38 пациентов с множественно-лекарственным туберкулезом (МЛУ ТБ). Были достигнуты следующие Результаты и их обсуждение: эффективность лечения возросла с 55% в 2012 года до 100% в 2014 году; среди пациентов, взятых на лечение в дневном стационаре и стационаре на дому, не было зарегистрировано ни одного случая отрыва от лечения; из числа контактных случаев туберкулез не был зарегистрирован. Выводы: Таким образом, расширение амбулаторного лечения в Казахстане на примере Акмолинской области показала свои первые положительные результаты.

ЭХОКГ - ПРИЗНАКИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Саидахмедова Д.А., студентка 5 курса факультета мед. педагогики СамМИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, функциональной диагностики и клинической патофизиологии

(заф. каф. - доц. Ярмухамедова С.Х.)

Научный руководитель: доц. Ярмухамедова С.Х.

Митральная недостаточность –это порок сердца, при котором возникает обратное движение крови из левого желудочка в левое предсердие во время сокращения желудочков сердца вследствие неполного смыкания его створок. Цель исследования: Изучить признаки легочной гипертензии у больных с недостаточностью митрального клапана. Материал и методы исследования: Обследовано 28 больных с ревматической болезнью сердца, недостаточностью митрального клапана в возрасте от 18 до 37 лет, из них мужчин -19,а женщин- 9. Все они находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении

Печерских М.В. КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРЕПАРАТА «МИКАРДИС» В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	185
Печерских М.В., Грязева А.С. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ, НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И БИЛИАРНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.....	186
Пименова Е.С. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОТИЧЕСКОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	186
Подвербецкая Е.В. АГРЕГАТНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.....	187
Подвербецкая Е.В. НЕЙРОПЕПТИДЫ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ.....	187
Покусаева О.С. ПОКАЗАТЕЛИ ПЕЧЕНОЧНЫХ ТРАНСАМИНАЗ У ПАЦИЕНТОВ 40-65 ЛЕТ С ПОТРЕБНОСТЬЮ В КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ.....	188
Полищук С.М., Совалкина М.В. ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ВЗАИМОСВЯЗИ СИСТЕМ ИММУНИТЕТА И ФИБРИНОЛИЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....	188
Пыльнюк Г.М. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ У ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	188
Равшанов Ш.Р. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	189
Раджабова Н.И., Хамроев Г.Б. ВЫЯВЛЕНИЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ.....	189
Расулова М.Т. ИЗМЕНЕНИЕ ТИРОИДНОГО СТАТУСА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	189
Расулова М.Т. ЗАВИСИМОСТЬ ИНТЕНСИВНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА ОТ КОЛИЧЕСТВА ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ.....	190
Рауфов А.А. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	190
Рахимов М.М. ПАРАМЕТРЫ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ.....	190
Рахматова Д.И., Пулатов С.С., Бобоёрова Д.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.....	191
Раца В.В., Гараздук А.И., Федив А.И. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА.....	191
Рева Т.В., Шумко Г.И., Рева В.Б. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....	192
Руденко О.В., Марущак М.И., Криницкая И.Я. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИМАТА.....	192
Рустамова Г.А., Абдусаматов А.У. ОЦЕНКА ЭХОКГ-ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ.....	192
Рустамов А.У., Юлдашев У.К., Бегматова Д.А., Собиров М.С. КАК ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫЙ ПСОРИАЗ ОТ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОЙ КЕРАТОДЕРМИИ.....	193
Рустамов А.У., Юлдашев У.К., Бегматова Д.А., Эрназаров С.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИЛ КРЕМ В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КЕРАТОДЕРМИЯМИ.....	193
Рустамов А.А. ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОГО СТРЕССА НА ОРГАНИЗМ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ СЕССИИ.....	194
Рустамжонов А.Б. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА.....	194
Рябокоть М.А., Стасышын Л.Р., Болух О.А. ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НА РАЗВИТИЕ АСТМАТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА У ВЗРОСЛЫХ.....	194
Рябокоть М.А., Оныськив М.О., Корыльчук Б.Т. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОБЛ.....	195
Садковская И.Ю. АНАЛИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ УКРАИНЫ.....	195
Садыкова Ш.Н. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В ПОД ОСТРОМ ПЕРИОДЕ.....	196
Садыкова Л.А., Куракбаев К.К., Берикова Э.А. ОПЫТ ПО РАСШИРЕНИЮ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В КАЗАХСТАНЕ (НА ПРИМЕРЕ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ).....	196
Саидахмедова Д.А. ЭХОКГ - ПРИЗНАКИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА.....	196
Саидхонова Ф.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМИ ПСИХОЗАМИ.....	197