



## РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

*Шадиева Ш.Ш.*

Бухарский государственный медицинский институт, им. Абу Али ибн Сино

✓ *Резюме*

*Субъективная и объективная симптоматика у больных воспалительными заболеваниями пародонта у больных с ФД, до и после стандартного пародонтологического лечения (14 дней) и в комплексе с эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии*

*Ключевые слова: пародонт, воспаление, ротовая жидкость, кровь, иммунокомплексный, функциональная диспепсия, пародонтит, ткань, эрадикация, прокинетика и цитопротектор.*

## YALLIG'LANGAN PARODONTAL KASALLIKLAR VA FUNKSIONAL DISPEPSIYA BESORLARINI KOMPLEKS DAVOLASH NATIJALARI

*Shadieva Sh.Sh.*

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot institute

✓ *Rezyume*

*FD bilan og'rigan bemorlarda periodontal yallig'lanish kasalliklarida sub'ektiv va ob'ektiv simptomlar, standart periodontal davolashdan oldin va keyin (14 kun) va eradikatsiya, prokinetik va sitoprotektiv terapiya bilan birgalikda.*

*Kalit so'zlar: periodont, yallig'lanish, og'iz suyuqligi, qon, immunokompleks, funktsional dispepsiya, periodontit, to'qima, eradikatsiya, prokinetika va sitoprotektor.*

## RESULTS OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY PARODONTAL DISEASES AND FUNCTIONAL DYSPEPSIA

*Shadieva Sh.Sh.*

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina

✓ *Resume*

*Subjective and objective symptoms in patients with inflammatory periodontal diseases in patients with FD, before and after standard periodontal treatment (14 days) and in combination with eradication, prokinetic and cytoprotective therapy.*

*Key words: periodontium, inflammation, oral fluid, blood, immunocomplex, functional dyspepsia, periodontitis, tissue, eradication, prokinetics and cytoprotector.*

### Актуальность

В исследованиях нами, были поставлены задачи по оценке эффективности стандартного пародонтологического и комбинированного пародонтологического лечения с комплексной комбинированной разработанной эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии (КТ) у больных с воспалительными заболеваниями пародонта и функциональной диспепсией.

Больные были разделены на 2 группы по методике лечения.

Группа 1, контрольная, в составе - 110 больных с воспалительными заболеваниями пародонта и функциональной диспепсией которым проводилось стандартное пародонтологическое лечение.

Группа 2, основная, в составе 120 больных воспалительными заболеваниями пародонта и функциональной диспепсией которым проводилась комплексная схема консервативной эрадикационной терапии с использованием антибиотиков, кларитромицина, амоксициллина, ингибитора протонной помпы эзомепразола, прокинетической с использованием итомеда и цитопротекторной терапии с использованием ребагита, в комплексе со стандартным консервативным лечением пародонтита.

Для анализа эффективности лечения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта с использованием комбинации стандартной методики в комплексе с эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии, использовали сроки: 2 недели, 1,5 месяца, 3 месяца и 6 месяцев.

По нашим данным в результате исследования определено, что через 2 недели после лечения все больные субъективно отмечали исчезновение неприятного запаха изо рта, отсутствие болевых ощущений и значительное снижение кровоточивости дёсен при чистке зубов и приеме пищи. А через 3 и 6 месяцев жалобы больных по существу на запах из полости рта, болевые ощущения и дискомфорт со стороны пародонта не отмечались. Десна у больных становилась бледно-розового цвета, несколько увлажнёнными. Признаков воспалительного процесса не выявлялось.

Таблица 4.1

**Субъективная симптоматика у больных воспалительными заболеваниями пародонта у больных ФД на фоне стандартного пародонтологического лечения и в комплексе с эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии, (%)**

Симптоматика	До лечения		После лечения -14 дней	
	Гр 1	Гр 2	Гр 1	Гр 2
Кровоточивость десны:				
а) при чистке зубов	100	100	16,7*	0,7*
б) во время приема пищи	23,3	26,7	6,7*	0*
в) спонтанно	12,7	10,0	5,4*	0
Неприятный запах из полости рта:				
а) да	83,8	83,3	36,7*	12,0*
б) нет	16,7	16,7	63,3*	88,0*
Болезненность десны:				
а) при чистке зубов	80,0	86,7	11,0*	0*
б) во время приема пищи	26,7	20,0	7,8*	0*
в) постоянно	3,3	0	1,2	0

\* достоверность различий показателей до и после лечения в выделенных группах ( $p < 0,05$ )

На фоне комбинированного комплексного пародонтологического лечения с добавлением разработанной эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии у больных во второй группы, частота регистрации неприятного запаха из полости рта уменьшилась на 71,3% и на 47,1% во первой группе (таблица 4.1). Болезненность десны, во второй группе неопределялась, а в первой группе сохранялась при чистке зубов в 11% случаев при чистке

зубов, 7, 8 % во время приёма пищи и постоянно у 1,2% больных с остаточной контаминацией пародонта.

Объективные симптомы заболеваний пародонта у больных ФД также существенно уменьшились, более выражено у больных во второй группе (таблица 4.2).

Болезненность десны при пальпации, которая до лечения выявлялась у 92% больных, на фоне лечения исчезла у всех больных второй группы, в то время как в первой группе она сохранялась в 15,7% случаев.

Гнойное отделяемое из пародонтальных карманов, выявляемое в 13-13,4% случаев до лечения, в первой и второй группе соответственно, после проведенного лечения в первой группе определялось у 3%, а во второй группе не регистрировалось. А частота выявления серозного экссудата в первой группе уменьшилась на 42%, а во второй группе - на 56,8%. До лечения свободное движение градуированного зонда в пародонтальном кармане выявлялось у больных первой группы у 92%, во второй группе у 93,5 больных. После проведенного лечения достигнуто соответственно уменьшение частоты регистрации данного симптома на 35,3% у больных первой контрольной группы и на 60,2% у больных второй основной группы.

Важной особенностью и положительным результатом, отражающим эффективность лечения, стало уменьшение глубины пародонтальных карманов у 32,8% больных первой группы и у 58% второй группы больных.

В результате проведенного исследования отмечено, что полученные положительные результаты объективных признаков воспалительных заболеваний пародонта коррелировала с динамикой резорбции костной ткани.

Так, в первой группе горизонтальная резорбция уменьшилась с  $3,9 \pm 0,3$  мм до  $2,9 \pm 0,1$  мм ( $P < 0,001$ ), а во второй группе с  $3,7 \pm 0,3$  мм до  $2,4 \pm 0,2$  мм ( $P < 0,001$ ). Причем конечная величина показателя во второй группе была статистически достоверно ниже, чем в первой группе ( $P < 0,05$ ). Смешанный тип резорбции в первой группе снизился с  $4,4 \pm 0,2$  мм до  $3,2 \pm 0,2$  мм ( $P < 0,001$ ), а во второй группе с  $4,2 \pm 0,4$  мм до  $2,7 \pm 0,1$  мм ( $P < 0,001$ ), причем конечные величины показателей были также статистически достоверны во второй группе, по сравнению с первой ( $P < 0,05$ ). Вышеописанная положительная динамика способствовала тенденции к снижению показателя подвижности зубов (таблица 4.2).

**Таблица 4.2**

**Субъективная симптоматика у больных с воспалительными заболеваниями пародонта и ФД на фоне стандартного пародонтологического лечения и в комплексе с эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии, (%)**

Симптомы заболевания	До лечения		После лечения(14 дней)	
	Гр 1	Гр 2	Гр 1	Гр 2
Болезненность десны при пальпации	86,7	92,0	5,7*	0*
Отделяемое из пародонтального кармана:				
а) серозное	54,0	60,0	12,0*	3,2*
б) гнойное	13,0	13,4	0*	0*
Движение градуированного зонда в пародонтальном кармане:				
а) свободное	92,0	93,5	56,7*	33,3*
б) затрудненное	10,0	6,7	43,3*	66,7*
Изменение глубины клинического пародонтального кармана:				
а) увеличение	-		0	0
б) уменьшение			32,8	58,0
Подвижность зубов:				
а) I-II степень	33,3	40,0	26,7	23,3
б) II-III степень	23,3	20,0	13,3	10,0

\* достоверность различий показателей до и после лечения в выделенных группах ( $p < 0,05$ )

Положительная динамика проведенного лечения нашла свое отражение в выраженном и статистически достоверном уменьшении значений стоматологических индексов (см. таблицу 4.3). Причем конечные величины ИГРУ и РМА во второй группе были статистически достоверно ниже величин показателей в первой группе, что также подтверждает более высокую эффективность предложенного комбинированного комплексного лечения в отношении пародонтологической патологии

**Таблица 4.3**

**Изменение величин стоматологических индексов у больных с воспалительными заболеваниями пародонта и ФД на фоне стандартного пародонтологического лечения и в комплексе с эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии, (%) (M±m)**

Индексы	До лечения		После лечения (14 дней).	
	I группа	II группа	I группа	II группа
ИГР - У	2,71 ±0,19	2,69 ±0,12	1,12 ±0,08*	0,72 ±0,13**
PI	2,16 ±0,09	2,18 ±0,08	1,48 ±0,09*	1,25 ±0,09*
РМА	46,18 ±2,16	45,11 ±3,05	29,8 ±2,3*	20,72 ±3,1**

\* достоверность различий показателей до и после лечения ( $p < 0,05$ )

\*\* достоверность различий конечных величин показателей в первой и второй группе ( $p < 0,05$ )

#### **4.2. Субъективная и объективная симптоматика у больных воспалительными заболеваниями пародонта у больных с ФД, до и после стандартного пародонтологического лечения (1,5 мес) и в комплексе с эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии**

Оценка состояния тканей пародонта и микрофлоры пародонтальных карманов проводилась одновременно с исследованием эффективности предложенного комбинированного комплексного пародонтологического лечения с добавлением разработанной эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии через 1,5 месяца. Выявлено нарастание положительного эффекта проведенного комбинированного лечения с полным отсутствием кровотечения и болезненности десны, дальнейшего прогрессирования снижения частоты ощущения неприятного запаха из полости рта у больных второй группы (таблица 4.4).

Динамика таких объективных симптомов, как болезненность десны при пальпации отсутствовала полностью, наличие серозного отделяемого из пародонтального кармана определялось только у 6,3% больных из первой группы. У всех больных второй группы свободное движение пуговчатого зонда в пародонтальных карманах отсутствовало., в то время как у больных первой группы оно сохранялось в 19,1% случаев. Также у всех больных второй группы отмечалось уменьшение глубины пародонтальных карманов, в то время как у 23,3% больных первой группы подобной положительной динамики выявлено не было, что, тем не менее, существенно ниже частоты регистрации данного признака после окончания комбинированной терапии (таблица 4.5).

Отмечено дальнейшее уменьшение резорбции костной ткани по сравнению с величиной показателей, регистрируемых на четырнадцатый день от начала комбинированной комплексной терапии. Так, в первой группе горизонтальная резорбция уменьшилась с  $2,9 \pm 0,1$  мм до  $2,4 \pm 0,1$  мм ( $P < 0,05$ ), а во второй группе с  $2,4 \pm 0,2$  мм до  $2,1 \pm 0,1$  мм.

Причем конечная величина показателя во второй группе была статистически достоверно ниже, чем в первой группе ( $P < 0,05$ ). Смешанный тип резорбции в первой группе снизился с  $3,2 \pm 0,2$  мм до  $2,7 \pm 0,1$  мм ( $P < 0,05$ ), а во второй группе с  $2,7 \pm 0,1$  мм до  $2,3 \pm 0,1$  мм ( $P < 0,05$ ),

причем конечные величины показателей были также статистически достоверны во второй группе, по сравнению с первой ( $P < 0,05$ ). Описанная выше тенденция к нормализации пародонтологического статуса привела к существенному уменьшению показателя подвижности зубов (таблица 4.5).

Тенденция к существенному снижению показателей стоматологических индексов, выявленная уже к моменту окончания комбинированной терапии, продолжилась к 1,5 месячному сроку наблюдения с сохранением выраженного и статистически достоверного отличия исходных и конечных величин показателей (таблица 4.6).

Таблица 4.4

**Динамика субъективных симптомов у больных с воспалительными заболеваниями пародонта и ФД через 1,5 мес. после стандартного пародонтологического лечения и в комплексе с эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии, (%)**

Жалобы больного	Через 1,5 мес	
	I группа	II группа
Кровоточивость десны:		
а) при чистке зубов	6,2	0
б) во время приема пищи	2,8	0
в) спонтанно	1,5	0
Неприятный запах из полости рта:		
а) да	19,7	3,7
б) нет	81,3	96,3
Болезненность десны:		
а) при чистке зубов	4,3	0
б) во время приема пищи	0	0
в) постоянно	0	0

Таблица 4.5

**Динамика объективных симптомов у больных с воспалительными заболеваниями пародонта и ФД через 1,5 мес. после стандартного пародонтологического лечения и в комплексе с эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии, (%)**

Симптомы заболевания	Через 1,5 мес.	
	I группа	II группа
Болезненность десны при пальпации	0	0
Отделяемое из пародонтального кармана:		
а) серозное	3,3	0
б) гнойное	0	0
Движение градуированного зонда в пародонтальном кармане:		
а) свободное	19,3	0
б) затрудненное	80,7	100,0
Изменение глубины клинического пародонтального кармана:		
а) увеличение	0	0
б) уменьшение	76,7	100,0*

Подвижность зубов: а) I-II степень	16,7	3,3
б) II-III степень	0	0

\* достоверность различий конечных величин показателей в первой и второй группах ( $p < 0,05$ )

Рецидива воспалительной патологии пародонта к 1,5 месячному сроку после завершения комбинированного комплексного пародонтологического лечения с добавлением разработанной эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии не было отмечено, что обусловлено высокой эффективностью эрадикации *H. pylori* в гастродуоденальной зоне и полости рта.

Таблица 4.6

**Изменение величин стоматологических индексов у больных с воспалительными заболеваниями пародонта и ФД через 1,5 мес, после стандартного пародонтологического лечения и в комплексе с эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии, (%) ( $M \pm m$ )**

Индексы	До лечения 1 группа	До лечения 2 группа	1,5 мес 1 группа	1,5 мес 2 группа
ИГР-У	2,71 $\pm$ 0,19	2,69 $\pm$ 0,12	0,74 $\pm$ 0,16*	0,48 $\pm$ 0,14*
PI	2,16 $\pm$ 0,09	2,18 $\pm$ 0,07	1,38 $\pm$ 0,09*	1,18 $\pm$ 0,08*
PMA	46,18 $\pm$ 2,16	45,11 $\pm$ 3,05	23,5 $\pm$ 2,2*	16,14 $\pm$ 2,7*

\* достоверность различий показателей до и после лечения ( $p < 0,05$ )

При оценке результатов лечения была отмечена позитивная динамика в виде снижения значений индекса Грин-Вермилиона, пародонтального индекса по Russel, индекса кровоточивости ВОР, глубины пародонтальных карманов, подвижности зубов.

При анализе изменения показателей индекса Грин-Вермилиона через 1,5 месяца после проведенного лечения отмечалась позитивная динамика в виде максимального снижения ОНІ-S с последующим умеренным повышением значений в обеих группах. Следует отметить, что на всех отметках наблюдения показатели индекса гигиены полости рта были достоверно ниже, чем показатели до лечения (таблица 4,7).

После лечения регистрировалось снижение значения индекса ВОР в обеих группах. При этом статистически значимое различие показателей между первой и второй группами регистрировали через полтора месяца и три месяца после лечения. На отметке наблюдения 6 месяцев статистически достоверных отличий между стандартной терапией и стандартной терапией в комбинации с комбинированной не было выявлено (таблица 4,8).

Таблица 4,7

**Динамика показателя ОНІ-S у больных с воспалительными заболеваниями пародонта и ФД в ходе лечения через 1,5, 3, 6 мес, после стандартного пародонтологического лечения и в комплексе с эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии.**

ОHI-S баллы	Стандартный метод + ЭПЦТ	Стандартный метод	Достоверность
До лечения	3,3±0,10	3,21±0,11	p>0,05
1,5 месяца	0,93±0,04	1,08±0,03	p<0,05
3 месяца	1,06±0,03	1,2±0,04	p<0,05
6 месяцев	1,26±0,03	1,34±0,03	p>0,05

Таблица 4,8

**Динамика показателя ВОР у больных с воспалительными заболеваниями пародонта и ФД в ходе лечения через 1,5, 3, 6 мес, после стандартного пародонтологического лечения и в комплексе комбинированного пародонтологического лечения с добавлением разработанной эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии**

ВОР, %	Стандартный метод+ ЭПЦТ	Стандартный метод	Достоверность
До лечения	66,5±1,1	66,0±1,0	p>0,05
1,5 месяца	7,76±0,1	9,98±0,1	p<0,05
3 месяца	12,41±0,2	15,51±0,25	p<0,05
6 месяцев	18,55±0,43	19,49±0,48	p>0,05

В обеих группах регистрировалась положительная динамика значений пародонтального индекса по Russel на фоне лечения. Необходимо подчеркнуть, что лучшие результаты были получены на отметке наблюдения 6 месяцев при использовании комбинированного комплексного пародонтологического лечения с добавлением разработанной эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии по сравнению с группой стандартной терапии (таблица 4,9).

Таблица 4.9

**Динамика показателя PI у больных с воспалительными заболеваниями пародонта и ФД в ходе лечения через 6 мес, после стандартного пародонтологического лечения и в комплексе с эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии.**

PI (баллы)	Стандартный метод+ ЭПЦТ	Стандартный метод	Достоверность
До лечения	2,18 ±0,07	2,16 ±0,09	p>0,05
6 месяцев	1,06 ±0,08*	1,28 ±0,09*	p<0,05

При обследовании пациентов на этапе зондирования отмечалось уменьшение глубины пародонтальных карманов у пациентов первой и второй группы в течение всего периода наблюдения. Более значимые результаты были получены в первой группе пациентов через полтора месяца и три месяца наблюдения по сравнению с показателями второй группы на

аналогичных отметках наблюдения. Статистически достоверного различия показателей между пациентами первой и второй групп на отметке наблюдения 6 месяцев зарегистрировано не было (таблица 4.10).

Таблица 4.10

**Динамика показателя глубины пародонтального кармана у больных с воспалительными заболеваниями пародонта и ФД в ходе лечения через 1,5, 3, 6 мес, после стандартного пародонтологического лечения и в комплексе с эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии.**

Глубина пародонтального кармана при зондировании (мм)	Стандартный метод+ ЭПЦТ	Стандартный метод	Достоверность
До лечения	4,5±0,06	4,48±0,04	p>0,05
1,5 месяца	3,61±0,05	3,9±0,05	p<0,05
3 месяца	3,73±0,05	4,07±0,06	p<0,05
6 месяцев	4,08±0,05	4,21±0,05	p>0,05

На фоне проведенного лечения в обеих группах пациентов выявлено значительное уменьшение подвижности зубов на всех отметках наблюдения. Значения периотестометрии коррелируют с клиническими показателями подвижности, выявленными при осмотре. Статистически достоверного различия показателей между пациентами первой и второй групп в течение всего срока наблюдения зарегистрировано не было (таблица 4.11).

Таким образом, комбинация стандартной и комбинированного комплексного пародонтологического лечения с добавлением разработанной эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии у больных с хроническим пародонтитом и функциональной диспепсией способствует увеличению эффективности терапии, а значит, и пролонгированию сроков ремиссии, что подтверждается уменьшением значений клинических показателей и стоматологических индексов.

Таблица 4.11

**Динамика значений периотестометрии у больных с воспалительными заболеваниями пародонта и ФД в ходе лечения через 1,5, 3, 6 мес, после стандартного пародонтологического лечения и в комплексе с эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии.**

Периотест, у.е.	Стандартный метод+ ЭПЦТ	Стандартный метод	Достоверность
До лечения	26,01±0,41	25,55±0,45	p>0,05
1 месяц	8,5±0,35	9,25±0,30	p>0,05
3 месяца	7,8±0,37	8,1±0,32	p>0,05
6 месяцев	6,85±0,38	7,7±0,38	p>0,05

Пародонтологическое лечение пациентов проводилось после окончания стационарного лечения. Положительная динамика проведенного лечения нашла свое отражение в уменьшении значений стоматологических индексов.

#### Заключения

Резюмируя можно отметить, что разработанный и предложенный новый эффективный комплекс диагностики, сочетающий общеклинические и стоматологические методы лечения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта и кислотозависимыми заболеваниями

желудочно-кишечного, таким как ФД, является наиболее эффективным комплексом профилактических и терапевтических мероприятий, оказывающий выраженный saniрующий эффект на слизистую оболочку рта и пародонт у пациентов воспалительным заболеванием пародонта и функциональной диспесией.

Функциональная диспесия занимает одно из ведущих мест среди кислотозависимых заболеваний гастродуоденальной зоны, которая требует проведения широкого спектра диагностических мероприятий и выбора рациональных схем лечения.

Распространенность этого заболевания, вызывает необходимость разработки критериев диагностики заболевания, начиная со стоматологического кабинета, так как многие его симптомы проявляются в полости рта, а симптомы заболевания в виде тошноты, отрыжки могут затруднить стоматологическое лечение пациента.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шодиева Ш.Ш., Жураева Г.Б., Хабибова Н.Н., Рамазонова Г.С. Изменения в показателях местного и гуморального иммунитета организма у больных хроническим генерализованным пародонтитом // Российская стоматология. 2016. №1(9). С. 130-133.
2. Шодиева Ш.Ш. Клинико-иммунологические особенности состояния полости рта и цитокинового статуса ротовой жидкости у больных хроническим генерализованным пародонтитом // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2015. № 3 (10) С. 48-51
3. Shodiya Shukhratovna Shadieva Role of immune mechanisms in patients with inflammatory periodontal pathology //European research: innovation in science, education and technology. 2019. P. 73-75
4. Shadieva Sh.Sh. The cytokine status and nonspecific defense system of the oral cavity in the dynamics of the development of inflammatory diseases in periodontal tissues//New Day in Medicine 4(32)2020 707-709 <https://cutt.ly/fz5BToR>
5. Кадырова Л.В., Рахимова Г.Ш. «Некоторые Аспекты Состояния Эндокринных Желёз Белых Крыс После Черепно-Мозговой Травмы» CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2021. – С. 254-257.
6. 7.Кадирова Л.В., Тўраев У.Р., Абдуллаева М.А. Changes of Indicators of Immune Status in atients with Nonspecific AortoArteritis on the Base of Combined Therapy// The Pharmaceutical and Chemical Journal. 2020. - №7(1) .-P. 35-38.
7. Абдуллаева М.А. Цитокиновый профиль у больных неспецифическим аортоартериитом на фоне терапии. // Биология ва тиббиёт муаммолари. 2019. - №116. – С.7-10.
8. 9.Наврузова У.О., Каримова Г.К., Ихтиярова Г.А.- Современные диагностика патологии шейки матки // Тиббиёт ва спорт -2020 №1. С. 74-773.
9. 10.Наврузова У.О., Хамидова Н.Қ., Юсупов Ш.А- Evropean journal of pharmaceutical and medical research Journal. 2019 №3. С-108-113.
10. Косимова Д.С.,Каримова Н.Н. Акушерские кровотечения:ранние и отдаленные результаты. // Оналик ва болаликни мухофаза килишнинг долзарб муоммолари. – Республика илмий –амалий анжумани материаллари. Бухоро, №1 2015. – С. 75-76 .
11. Косимова Д.С., Ихтиярова Г.А. Гемодинамические изменения у родилниц перенесших тяжелую преэклампсию и ее реабилитация. //Монография. Бухоро 2015й 215б.
12. Negmatullayeva M.A., Navruzova U.O., Inoyatov A.SH., Jabboroba O.I. Ways to solve the incidence of covid-19 as a global problem //Annals of the Romanian for cell biology.2021

**Поступила 09.04.2022**