

SIGNIFICANCE OF THE INFLAMMATORY PROCESSES OF GENITIVES IN ORIGIN FEMALE INFERTILITY

**Musinjanova P.S.¹, Ahtamova N.A.², Khudoyarova D.R.³, Zokirova N.I.⁴,
Khasanova D.A.⁵ (Republic of Uzbekistan)
Email: Musinjanova514@scientifictext.ru**

*Musinzhanova Parvina Sanatjonovna - Graduate Student;
Akhtamova Nilyufar Akbarjonovna - Graduate Student;
Khudoyarov Dildora Rakhimovna - Associate Professor;
Zokirova Nodira Islamovna - Professor;
Khasanova Dilafruz Abduhamidovna - Assistant,
DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: *the growth of female genital mutilation diseases unprotected environmental and social conditions smoking addiction negatively affects the woman's reproductive function leading to a decrease in fertility. Some authors in the early postoperative period after laparoscopic operations during ectopic pregnancy used the method of extracorporeal hemocorrection with three main components for the rehabilitation of reproductive function and prevention of commissure - ultraviolet irradiation of blood, plasmapheresis and incubation of the blood cell mass with antibiotics. At the same time, the results of rehabilitation treatment remain to date insufficiently effective and require further searches for safe rehabilitation methods.*

Keywords: *genital mutilation diseases, reproductive function, infertility.*

ЗНАЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ГЕНИТАЛИЙ В ПРОИСХОЖДЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

**Мусинжанова П.С.¹, Ахтамова Н.А.², Худоярова Д.Р.³, Зокирова Н.И.⁴,
Хасанова Д.А.⁵ (Республика Узбекистан)**

*Мусинжанова Парвина Санатжоновна - студент магистратуры;
Ахтамова Нилюфар Акбаржоновна – студент магистратуры;
Худояров Дилдора Рахимовна – доцент;
Зокирова Нодира Исламовна - профессор;
Хасанова Дилафруз Абдухамидовна – ассистент,
кафедра акушерства и гинекологии,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Аннотация: *рост воспалительных заболеваний женских половых органов, неблагоприятная экологическая и социальная обстановка, курение, наркомания отрицательно сказываются на репродуктивной функции*

женщины, приводя к снижению фертильности. Некоторые авторы в раннем послеоперационном периоде после лапароскопических операций при внематочной беременности, для реабилитации репродуктивной функции и профилактики спайкообразования применяли метод экстракорпоральной гемокоррекции с тремя основными компонентами - ультрафиолетовое облучение крови, плазмаферез и инкубация клеточной массы крови с антибиотиками. В то же время результаты восстановительного лечения остаются до настоящего время недостаточно эффективными и требуют дальнейших поисков безопасных реабилитационных методов.

Ключевые слова: *воспалительные заболевания женской половой системы, репродуктивное здоровье, бесплодие.*

Актуальность. Сохранение репродуктивного здоровья является социально-медицинской и демографической проблемой. Проблема фертильности и ее нарушение у человека привлекала внимание исследователей во все времена. В русской литературе первое упоминание о бесплодии мы находим в руководстве Амбодика. Данная проблема разрабатывалась ведущими отечественными гинекологами [2,7], и остается актуальной до настоящего времени, так как бесплодие в браке составляет 18-20% и не имеет тенденции к снижению. Бесплодие в браке, которое наблюдается у 5-6 млн. женщин России [5,9], является важным фактором, снижающим репродуктивный потенциал населения страны. У большинства женщин бесплодие обусловлено непроходимостью маточных труб воспалительного генеза или эндокринной патологией, или их сочетанием [1, 13, 18]. По данным В.И. Кулакова [2012], лишь у 48% пациенток, страдающих бесплодием, диагностируется только один фактор бесплодия, у остальных 52% отмечается сочетание от 2 до 5 и более факторов, но воспаление гениталий присутствует во всех случаях. Средняя частота наступления беременности после лечения бесплодия не превышает 40% и колеблется от 20 до 80% в зависимости от характера нарушения репродуктивной функции [8,11]. Внедрение в повседневную клиническую практику методов эндоскопического обследования (лапаро- и гистероскопии) позволило объективно проанализировать структуру причин женского бесплодия и определить, что ведущее место [37-38%] в генезе нарушений репродуктивной функции занимает трубно - перитонеальный фактор, несколько реже [27-30%], встречается генитальный эндометриоз, далее - эндокринное бесплодие (18-30%), доброкачественные новообразования органов малого таза (8-12%) [19,5]. По данным исследований А.В. Михайлова [2016], Д.Н. Чувашкина [2015], у женщин с бесплодием наиболее часто выявляются хронические воспалительные заболевания придатков матки-62%, эндометриоз-23%, опухоли и опухолевидные процессы яичников 7%, сочетанная патология-37%, миома матки-6%, патология эндометрия и полости матки-7%, другие причины-4% случаев.

Таким образом, большинство авторов считают, что основной причиной - перитонеального бесплодия, является воспалительный процесс маточных

труб. Независимо от возникновения трубно вида возбудителя, при первичном остром инфицировании маточных труб повреждается главным образом слизистая оболочка. Сращения, возникающие после первичного поражения трубы, обычно выглядят в виде тонких достаточно рыхлых мембран, тем не менее уже на этом этапе нарушаются механизмы захвата и транспорта яйцеклетки. После рецидивов хронического сальпингита возникают более плотные спайки, деформирующие трубу и грубо нарушающие ее функции. Параллельно отмечается повышение активностфибробластов на серозной оболочке трубы и часто развивается перитубарный спаечный, процесс [9,15]. Чаще всего проходимость маточных труб в результате инфекционного процесса нарушается в ампулярном отделе, реже - в интерстициальных и наиболее редко - в истмическом. При лапароскопии у 52% больных с патологией маточных труб выявлена непроходимость обеих труб, у 29% больных имела место непроходимость одной трубы, у 19% - трубы были проходимыми, но покрыты спайками, у 8% больных выявлена непроходимость в интерстициальном отделе трубы. По данным Т.П. Кулешовой, Ю.М. Богдановой (2014) у женщин с трубно- перитонеальным бесплодием при лапароскопии сужение ампулярного отдела маточной трубы отмечено в 62,2% случаев, истмического отдела в 14,2% случаев. Данный феномен связан с особенностями кровоснабжения ампулярных отделов маточных труб по типу венозных лакун и артериовенозных анастомозов, а также с преобладанием реснитчатого эпителия, неустойчивого к повреждающим факторам, особенно инфекционной природы. Эти анатомо-физиологические особенности и определяют преимущественное поражение ампулярных отделов маточных труб независимо от типа инфекции и путей ее попадания в трубу [21, 33]. По мнению О.А. Мынбаева [2007], патофизиологические механизмы образования послеоперационных спаек обусловлены действием трех групп факторов: механических, адгезивных и гуморальных. К механическим факторам относятся: чужеродные материалы (узлы ниток, дренажные трубки и др.), «шероховатость» поверхности оперированного органа вследствие некротических бляшек, обугливания ткани. Эти факторы вызывают локальное замедление перистальтики органов брюшной полости.

К адгезивным факторам относятся: выпотевания и коагуляция серозно-геморрагического экссудата, кровотечение и наличие сгустков крови, локальное снижение фибринолитической активности ткани и перитонеальной жидкости, повышение свертывающего и антифибринолитического потенциала перитонеальной жидкости. Адгезивные факторы создают условия в брюшной полости для образования и персистенции фибриновых сращений. К гуморальным и клеточным факторам относятся иммунокомпетентные клетки, белки, медиаторы воспаления и биологически активные вещества (БАВ) [20-23].

Попытки предотвратить развитие спаечного процесса в малом тазу с помощью введения различных декстранов в брюшную полость не дали ожидаемых результатов [10-14]. Бесспорным является положение о том, что

чем меньше травма, тем меньше возможность возникновения спаечного процесса. Однако прямая зависимость между этими процессами также отсутствует, поскольку, видимо, трудно учесть особенности индивидуальных тканевых реакций и различного порога чувствительности брюшины к раздражающему влиянию [10-12].

Таким образом, перенесенные воспалительные процессы органов малого таза, особенно придатков матки, а так же операции на органах малого таза вызывают как морфологические, так и функциональные изменения в маточных трубах, которые входят в понятие трубное и перитонеальное бесплодие, требующее реабилитационных мероприятий.

Диагноз трубно-перитонеальной формы бесплодия может быть установлен с высокой степенью достоверности лишь при визуализации органов малого таза в условиях лапароскопии [9,11,6]. Но в то же время, в целях диагностики анатомического и функционального состояния маточных труб используются ряд способов не столько конкурирующих, сколько дополняющих друг друга. Наибольшее распространение получили методы пертубации, гидротубации, гистеросальпингографии и другие, каждый из которых имеет ряд модификаций [4,9,20]. Гистеросальпингография - один из самых распространенных способов исследования состояния матки и маточных труб [1, 3]. С помощью контрастной гистеросальпингографии определяют проходимость маточных труб, их форму, уровень окклюзии, но при наличии перитубарных спаек диагностическая ценность рентгенологического метода исследования снижается [17,18,23].

Из других способов рентгенологического исследования маточных труб привлек внимания рентгенокимографический, позволяющий в определенной мере судить о функции маточных труб [20,23]. Однако большое число производимых снимков, а, следовательно, и резкое увеличение лучевой нагрузки привели к тому, что практически этот способ в настоящее время не применяется. Одним из современных способов диагностики проходимости маточных труб при трубно-перитонеальном бесплодии является эхографическая гистеросальпингография (гидросонография) [3,6,21]. Исследование выполняется путем трансабдоминальной эхолокации, в первую фазу менструального цикла, путем заполнения полости матки стерильным физиологическим раствором, через специальный наконечник, который препятствует обратному току. При нормальной проходимости маточных труб эвакуация жидкости наступает через 30-75 секунд и регистрируется при помощи УЗИ. Преимуществами УЗИ-ГСГ являются: простота исследования, практически полная атравматичность, возможность пролонгированного и динамического исследования [20,22,23,24].

В последние годы в гинекологии находят значительное распространение различные эндоскопические методы, позволяющие производить непосредственный осмотр внутренних половых органов, обнаружить аномалии их развития, спайки. Сочетание лапароскопии с введением в матку окрашенной жидкости [метиленовый синий, индигокармин] позволяет визуально определить проходимость труб - хромосальпингоскопия. [2,7]. В

последние годы в зарубежной и отечественной литературе обобщается первый опыт применения трансвагинальной гидролапароскопии. Метод исследования является менее инвазивным по сравнению с диагностической лапароскопией, позволяет избежать риска общей анестезии, не требует госпитализации в стационар и не ограничивает трудоспособность пациенток, высокоинформативен, может применяться на ранних этапах обследования, дешевле традиционной лапароскопии [5,2,19]. Началу лечения при бесплодии воспалительного происхождения обязательно должно предшествовать установление фазы воспалительного процесса, так как от этого зависит комплекс терапевтических и хирургических мероприятий [15,17]. Выбор антибиотика определяется видом первичного возбудителя воспаления после проведенного бактериологического обследования с учетом внутриклеточной инфекции передающийся половым путем. Наряду с антибактериальной терапией в этот же период по данным многих авторов, должны применяться средства, направленные на рассасывание инфильтративных изменений, усиление общей резистентности организма, что достигается, по мнению многих авторов, назначением препаратов алоэ, лидазы, аутогемотерапией, витаминотерапией и др. [1,4,6].

Существует мнение о перспективности назначения системной энзимотерапии [19,21]. При использовании в комплексной терапии у больных с трубно-перитонеальным бесплодием препаратов таких как вобэнзима показало, что восстановление проходимости маточных труб было отмечено у 64% больных, а беременность наступила в 40% случаев [17,22].

Ряд исследований показали эффективность использования квантовой терапии при лечении ряда гинекологических заболеваний воспалительного генеза [9,13]. Особенностью квантовой терапии является комплексное воздействие на организм, сочетание импульсного лазерного и непрерывного излучений инфракрасного диапазона совместно с постоянным магнитным полем, чем обеспечивается максимальная естественность физиологического воздействия на биологические точки и организм в целом, обеспечивая высокую терапевтическую эффективность этого метода лечения [1,7,10].

Таким образом, несмотря на определенные успехи консервативного лечения трубного бесплодия, после перенесенного воспалительного процесса, результаты его оказываются не всегда удовлетворительными и поэтому были предложены дополнительно хирургические способы.

Много лет назад были разработаны основные принципы техники хирургических вмешательств на маточных трубах после их воспаления. Вначале на оперативное лечение возлагались большие надежды, но это увлечение сменилось разочарованием в силу низкой результативности и отсутствия принципиально новых предложений, которые могли бы кардинально увеличить частоту наступления беременности после операций. Однако за последние 15- 20лет интерес к хирургическому лечению вновь возрос [2-7]. Внедрение в клиническую практику эндоскопических методов с использованием современных технических средств, таких как лазерная и электрохирургия, совершенствование оптических систем и хирургических

инструментов, сделало лапароскопию одним из самых эффективных методов диагностики и лечения трубно-перитонеального бесплодия [17-22].

Данное обстоятельство обусловлено рядом преимуществ лапароскопических операций, которые сопровождаются меньшей послеоперационной болью, потребностью в анальгетиках, уменьшением срока госпитализации, быстрым восстановлением активности и трудоспособности, меньшей травмой тканей и числом послеоперационных осложнений, лучшим гемостазом, а также более быстрой реабилитацией и восстановлением репродуктивной функции за счет меньшего послеоперационного спайкообразования [23-26].

Во время лапароскопии производится воздействие на патологический очаг посредством механической, термической, электрической, лазерной, ультразвуковой и комбинированной энергией [11,12,24,21].

При анализе результата лечения у женщин с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, с применением этого вида воздействия при лапароскопических операциях, беременность наступила у 32,5% женщин.

При контроле эффективности оперативного лечения при трубно-перитонеальном бесплодии, необходимо учитывать степень распространенности спаечного процесса. При 1-2 степени распространенности спаечного процесса восстановление проходимости маточных труб происходит в 1,5 - 2 раза чаще, чем при 3 - 4 степени [3,7].

Разновидностью лапароскопии для диагностики и лечения бесплодия, является минилапароскопия [27,28,33]. По данным этих авторов эффективность минилапароскопии не отличается от традиционной лапароскопии, частота наступления беременности после традиционной лапароскопии составляет 30,4%, а после микрохирургических операций 29,8%. Преимуществом минилапароскопии является отсутствие послеоперационной боли и накожных швов, минимальная травма тканей органов малого таза. Однако, отмечена ограниченная визуализация операционного поля и увеличение времени операции у женщин, имеющих спаечный процесс органов малого таза [2,6,9].

Важное условие для проведения адекватной терапии - контроль динамики воспалительного процесса в раннем послеоперационном периоде [7,17]. С этой целью была разработана методика динамической лапароскопии. По определению Г.И. Перминовой, «динамическая лапароскопия - метод визуальной оценки состояния брюшной полости в динамике путем неоднократных лапароскопических исследований у того же больного в течение нескольких суток [часов]». Одним из путей профилактики образования послеоперационных спаек является не просто разработка наиболее рациональных методов оперативных вмешательств с использованием эндоскопической техники, операционных микроскопов, микрохирургических инструментов, лазеров, электро - и термокоагуляторов, более физиологичных шовных материалов и современных полимеров, но и ранняя восстановительная терапия в послеоперационном периоде [9,5].

О необходимости этапной реабилитации больных высказываются многие авторы [19-21]. По данным Г.В. Витушкиной [2008], гидротубации проводимые уже со 2 - 3го дня после операции, дают примерно такие же результаты в отношении восстановления проходимости труб, как и длительное нахождение полихлорвиниловых протекторов в оперированных трубах. По мнению В.И. Кулакова [2011] раннее восстановительное лечение должно начинаться с 1-2 суток после операции и продолжаться от 3 до 10 - 14 дней. По данным И.М. Грязновой [2010] курс неспецифической терапии надо начинать с 4 - 5 дня послеоперационного периода и в дальнейшем сочетать с первым курсом гидротубаций и электрофорезом сульфата цинка по брюшно-крестцовой методике. Для ускорения репаративных процессов в послеоперационном периоде ряд авторов рекомендуют использовать физиотерапевтические методы. Так, использование электрического поля УВЧ в первые сутки после операции способствуют отграничению воспалительного инфильтрата, уменьшению выраженности" острых явлений и болей [4-9]. Указанные авторы предлагают в восстановительное лечение применять антибактериальную терапию, инфузионную, физиотерапию, лазерное облучение крови, фитотерапию, гирудотерапию. В последнее время все более пристальное внимание исследователей привлекают методы квантовой терапии - ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, использование которых в лечебных целях позволяет добиться улучшения течения послеоперационного периода и снижения частоты осложнений [1,2,5,9,20]. Некоторые авторы [13-17] в раннем послеоперационном периоде после лапароскопических операций при внематочной беременности, для реабилитации репродуктивной функции и профилактики спайкообразования применяли метод экстракорпоральной гемокоррекции с тремя основными компонентами - ультрафиолетовое облучение крови, плазмаферез и инкубация клеточной массы крови с антибиотиками. Беременность наступила у 18,2% женщин.

На сегодняшний день имеется большое количество методов медикаментозного и немедикаментозного воздействия в раннем послеоперационном периоде после лапароскопических операций, позволяющих улучшить результаты не только по восстановлению проходимости маточных труб, но и восстановить их морфологию и функцию в послеоперационном периоде. В то же время результаты восстановительного лечения остаются до настоящего время недостаточно эффективными и требуют дальнейших поисков безопасных реабилитационных методов.

Список литературы / References

1. *Абдухалик-заде Г.А. и др.* Прогностическая оценка состояния новорожденных при внутриутробном инфицировании грибами рода *Raesiomyces* в зависимости от степени перинатальной отягощенности // Проблемы экологии, здоровья, фармации и паразитологии. М, 2008. С. 88-90.

2. *Абдухалик-заде Г.А. и др.* Показатели гуморального противопециломикозного иммунитета у новорожденных, подвергшихся внутриутробному инфицированию грибом рода *Raecilomyces* // Проблемы экологии, здоровья, фармации и паразитологии. М, 2008. С. 86-88.
3. *Абдухалик-заде Г.А. и др.* Прогностическая оценка состояния новорожденных при внутриутробном инфицировании грибами рода *Raecilomyces* в зависимости от степени перинатальной отягощенности // Проблемы экологии, здоровья, фармации и паразитологии. М, 2008. С. 88-90.
4. *Ганиев Ф.И., Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д.* Лечебная тактика при сочетанной гинекологической и хирургической патологии // ООО «Махлиyo-shifo» & V, 2013. С. 100.
5. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
6. *Закирова Н.И.* Материнская смертность в регионе с высокой рождаемостью // Акушерство и гинекология, 1998. № 2. С. 21-24.
7. *Закирова Н.И.* Клинические аспекты причин материнской смертности и ее профилактика в регионе с высокой рождаемостью. Автореф... докт. мед. Наук, 1999.
8. *Зайниев С.С., Бургутов М.Д., Махмудов З.М.* Некоторые показатели антиинфекционной резистентности и эндогенной интоксикации у детей с хроническим гематогенным рецидивирующим остеомиелитом // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2006. № 2. С. 250-250.
9. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // Bulletin of Experimental & Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1.
10. *Кондаков В.Т. и др.* Модифицированная методика операции Иванисевича при варикоцеле у детей // Клиническая хирургия, 1992. № 6. С. 9-12.
11. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2015. № 4. С. 41-42.
12. *Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б.* Основы педиатрической андрогинекологии. Хирургические аспекты // Андрол и генит хир, 2002. Т. 2. С. 70-5.
13. *Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б.* Секстрансформационные операции при нарушениях органов репродуктивной системы // Пробл. эндокринолог., 1993.
14. *Окулов А.Б., Богданова Е.А., Негмаджанов Б.Б.* Ректосигмоидальная вагинопластика с реконструкцией шейки матки при аплазии влагалища и гемагометре // Реконструктивная хирургия и реабилитация репродуктивной функции у гинекологических больных. М., 1992. С. 54.
15. *Тоджиева Н.И., Худоярова Д.Р., Базарова З.З.* Совершенствование методов лечения гиперпластических процессов эндометрия в пременопаузе // Профессионал года 2018, 2018. С. 81-84.

16. *Худоярова Д.Р. и др.* Случай атипичного кольпопоза при дистопии единственной почки // Андрология и генитальная хирургия, 2004. Т. 5. № 4. С. 52-54.
17. *Худоярова Д.Р., Негмаджанов Б.Б.* Диагностика и тактика ведения больных с пороками развития половых органов // Андрология и генитальная хирургия, 2005. Т. 6. № 1. С. 20-22.
18. *Раббимова Г.Т., Негмаджанов Б.Б.* Оценка эффективности лечения и профилактики осложнений у беременных с вагинальной инфекцией // Здоровье и образование в XXI веке, 2017. Т. 19. № 1.
19. *Раббимова Г.Т., Негмаджанов Б.Б.* Регуляция кардиоритма беременных при преэклампсии тяжелой степени // ББК 51.1+ 74.58 Қ 22, 2013. С. 125.
20. *Маматкулова М.Д. и др.* Грибковое поражение вульвы и влагалища у женщин с искусственным влагалищем // ООО «Maxliyo-shifo» & V. С. 101.
21. *Негмаджанов Б.Б., Худоярова Д.Р., Рахимова Г.Э.* "Эффективность двухэтапного лечения маточных кровотечений пубертатного периода на фоне эндемического зоба". Врач-аспирант. № 6, 2009: 467-471.
22. *Негмаджанов Б.Б., Шавкатов Х.Ш., Маматкулова М.Д.* Хирургическое лечение повторного пролапса матки и стенок влагалища после гистрорентрофиксации // International scientific review of the problems and prospects of modern science and education, 2017. С. 83-85.
23. *Насимова Н.Р.* Добровольная хирургическая контрацепция женщин репродуктивного возраста, страдающих пролапсом тазовых органов // Наука и Мир, 2015. Т. 2. № 1. С. 95-97.
24. *Элтазарова Г.Ш.* Тухумдонлар хавфсиз усмаларининг морфологик жихатдан турларининг ешга боғлиқ учраши. Сборник "Тенденции и перспективы развития науки и образования при условиях глобализации" № 46, Украина, 2019. С. 546-551.
25. *Юсупов Ш.А.* Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните // Педиатрия, 2009. Т. 61. № 7.
26. *Юсупов Ш.А.* Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2009. Т. 86. № 3.
27. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино», 2001.
28. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
29. *Шамсиев А.М., Зайниев С.С.* Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // Детская хирургия, 2012. № 1.
30. *Шамсиев Ж.А. и др.* Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // European science, 2017. № 7 (29).
31. *Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Аипов Р.Р.* Ультразвуковая сонография в диагностике аноректальных мальформаций у детей // Колопроктология, 2017. № 3S. С. 49а-50.

32. *Шамсиев Р.А.* Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба (Обзор литературы) // *Journal of biomedicine and practice*, 2018. Т. 2. С. 32-36.
33. *Шамсиев Р.А.* Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // *Вісник наукових досліджень*, 2016. № 4. С. 49-51.
34. *Якубова Г.К., Худоярова Д.Р., Негмаджанов Б.Б.* Влияние сахарного диабета I-го типа на становление менструальной функции у девушек-подростков // *Врач-аспирант*, 2010. Т. 39. № 2.2. С. 275-278.
35. *Jamshid S., Ravshan S.* Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // *European science review*, 2017. № 1-2.
36. *Malik A. et al.* Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan // *Nagoya journal of medical science*, 2014. Т. 76. № 3-4. С. 255.
37. *Minaev S.V. et al.* Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver // *World journal of surgery*, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
38. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia // *The International Journal of Artificial Organs*, 2013. Т. 36. № 8.
39. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // *Klinicheskaja khirurgija*, 1981. № 6. С. 78.
40. *Zayniev S.S.* Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // *Journal of Experimental and Clinical Surgery*, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
41. *Shamsiev A.M., Zayniev S.S.* Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомієліту // *Вісник наукових досліджень*, 2017. № 4.
42. *Shamsiev A.M., Yusupov S.A., Shahriev A.K.* Ефективність ультразвукової сонографії при апендикулярних перитонітах у дітей // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, 2016. Т. 26. № 2.