



# O'ZBEKISTON HARBIY

2025-YIL 1-SON

Т  
И  
Б  
И  
Й  
И  
Й  
О  
Т  
И



«O‘zbekiston Harbiy Tibbiyoti» ilmiy-amaliy jurnali Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, Фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясининг 2023 йил 29 августдаги № 01-07/1410/33 сонли маълумотномасига асосан, тиббиёт фанлари буйича диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган миллий илмий нашрлар рўйхатига киритилган.

**Муассис:**  
**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ**  
**ҚУРОЛЛИ КУЧЛАРИ ҲАРБИЙ**  
**ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**Бош муҳаррир:**  
**т/х полковниги**  
**ФОЗИЛОВ Носиржон Хошимович.**

**Бош муҳаррир ўринбосари: PhD, т/х**  
**полковниги АБДУЛАХАТОВ**  
**Баходир Шарифжонович.**

**Масъул котиб:**  
**PhD. ПЎЛАТОВА З.А.**

**Ўзбекистон ҳарбий тиббиёти илмий-**  
**амалий журнали Ўзбекистон**  
**Республикаси Президенти**  
**Администрацияси ҳузуридаги Ахборот**  
**ва оммавий коммуникациялар**  
**агентлигида 2022 йил 5 августдаги**  
**1691-сонли гувоҳнома билан рўйхатга**  
**олинган.**

**Тахририят манзили:**  
**Тошкент шаҳри,**  
**Зиёлилар кўчаси, 4-уй**  
**Телефонлар: (71) 262-42-41**

**Тахрир хайъати:**  
Т.ф.д, проф. Мухамедова М.Г.  
Т.ф.д., проф. Миррахимова С.Ш.  
Т.ф.д., проф. Эшбеков М.Э.  
Т.ф.д., проф. Ибрагимов А.Ю.  
Т.ф.д., проф. Каюмов У.К.  
Т.ф.д., доц. Нуралиева Д.М.  
Т.ф.д., доц. Хидоятова М.Р.  
Т.ф.д., доц. Расулова З.Д.  
Т.ф.д., доц. Раимкулова Н.Р.  
Т.ф.д., Бозорова С.А.  
Т.ф.н., доц. Рахимов А.Ф.  
Т.ф.н., доц. Атамуродов Ш.И.  
Т.ф.н., доц. Джаббаров А.М.  
PhD., доц. Файзиева Д.Б.  
PhD., доц. Махмудова Н.Р.  
PhD., доц. Буранкулова Н.М.  
PhD., Расулов У.А.  
PhD., Рустамов А.А.  
PhD., Пўлатова З.А.  
Т.ф.н., Мирзаев Д.А.  
Т.ф.н., Ибрагимова Н.Х.  
Т.ф.н., Нагаева Г.А.  
Т.ф.н., Ачилов Ш.Ж.  
Т.ф.н., Муродов Б.Х.  
Т.ф.н., Гаджибаев Х.П.  
Доц. Нуруллаев А.Ж.  
Катта ўқитувчи Халимов Б.Х.  
Катта ўқитувчи Мусаева Г.И.  
**Дизайнер:**  
Райхона ОЧИЛОВА.

**Тахририятга юборилган мақола ва**  
**қўлёзмаларда берилган**  
**маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва**  
**ишончлилиги учун**  
**тўлиқ жавобгарликни муаллифлар**  
**ўз зиммасига олади.**

**Журнал 18.03.2025 йилда босмахонага**  
**топширилди.**

**Қоғоз бичими 60x84 1/8.**  
**Офсет усулида босилди.**  
**Шартли 6,75 босма табок.**  
**“Ўзбекистон Республикаси Ҳарбий тиббиёт**  
**академияси”нинг босмахонасида чоп**  
**этилди**

профилактике и лечению. Снижение риска возможно только при условии комплексного взаимодействия военной медицины, эпидемиологии, санитарных служб и командования частей.

Ключевыми направлениями профилактики должны стать улучшение санитарно-гигиенических условий размещения личного состава, строгий контроль за организацией питания и водоснабжения, проведение плановой вакцинации, регулярный медицинский осмотр военнослужащих, санитарно-просветительская работа и использование индивидуальных средств защиты в неблагоприятных по инфекциям регионах.

Таким образом, проблема факторов риска инфицирования у военнослужащих требует междисциплинарного подхода и системного решения. Комплекс профилактических и организационно-медицинских мероприятий позволит существенно снизить уровень инфекционной заболеваемости, повысить сохранность здоровья военнослужащих и укрепить боеспособность армии в целом.

### ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ

#### ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лещенко, В. М. Комбинированное лечение руброфитии / В. М. Лещенко // Успехи медицинской микологии. - 2003. - № 2. - С. 91-92;
2. Лещенко, В. М. Лабораторная диагностика грибковых заболеваний / В. М. Лещенко. - М. : Медицина, 1982. - 144 с.;

3. Лещенко, В. М. Новые антимикотики в лечении дерматомикозов / В. М. Лещенко // Вестник дерматологии и венерологии. - 2003. - № 4. - С. 54-55;

4. Лещенко, В. М. Современные антимикотики в дерматологии / В. М. Лещенко // Consilium medicum. - 2004. - Т. 6, № 3. - С. 186-191

5. Покровский А.В. Состояние здоровья допризывной и призывной молодежи и оптимизация медицинского обеспечения ее подготовки к службе в ВС России: автореф. дис. . канд. мед. наук. -Н. Новгород, 1999. -25 с.

6. Апчел В.Я., Цыган В.Н. Стресс и стресс устойчивость человека. СПб.: ВМедА, 1999.-86 с.

7. Архангельский В.И., Бабенко О.В. Руководство к практическим занятиям по военной гигиене: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 430 с.

8. Фандеев В.А, Хоменко И.М. Адаптация военнослужащих к условиям службы в регионах с неблагоприятным климатом // Вестник границы России. 1998.-№ 11-12.-С. 41-51.

9. Стрельникова Л.А., Андропова Т.В. Военная гигиена: учебное пособие / под ред. Л.П. Волкотруб. Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2009. - 98 с.

10. Тарасенко, Г. Н. Современные аспекты практической микологии / Г. Н. Тарасенко // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2006. - №6.-С. 49-61

## СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА КАК BRAIN–GUT DISORDER: КЛИНИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ, ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

**Ф.А.Икрамова, Н.Р.Раимкулова**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

**Резюме.** Синдром раздражённого кишечника (СРК) — одно из наиболее распространённых функциональных заболеваний ЖКТ, сопровождающееся хронической абдоминальной болью, нарушениями дефекации и снижением качества жизни при отсутствии органической патологии. Ключевыми патогенетическими механизмами считаются дисфункция оси «кишечник–мозг», висцеральная гиперчувствительность и психовегетативные нарушения. Особое значение имеют клинико-поведенческие фенотипы, включая ограничительное поведение и тревожную сенситивность. Персонализированный

подход, основанный на когнитивно-поведенческой терапии и модуляции центральной болевой чувствительности, открывает новые возможности в лечении СРК.

**Хулоса.** Таъсирданган ичак синдроми (ТИС) — меъда-ичак трактнинг энг кўп учрайдиган функционал касалликларидан бири бўлиб, у сурункали корин оғриғи, ичак фаолияти бузилишлари ва органик патология мавжуд бўлмаган ҳолларда ҳаёт сифатининг пасайиши билан намоён бўлади. Патогенезнинг асосий механизмлари сифатида «ичак–миё» ўқи дисфункцияси, висцерал гиперсезгирлик ва психовегетатив бузилишлар кўриб чиқилади. Клинико-хулқий фенотиплар, жумладан чекловчи хатти-ҳаракатлар ва ташвишли сезгирлик алоҳида аҳамиятга эга. Когнитив-хулқий терапия ва марказий оғрик сезгирлигини модуляция қилишга асосланган шахсийлаштирилган ёндашув ТИСни даволашда янги имкониятларни очиб беради.

**Abstract.** Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common functional gastrointestinal disorders, characterized by chronic abdominal pain, altered bowel habits, and impaired quality of life in the absence of organic pathology. The key pathogenetic mechanisms include gut–brain axis dysfunction, visceral hypersensitivity, and psychovegetative disturbances. Clinical–behavioral phenotypes, such as restrictive behavior and anxiety sensitivity, play a significant role in disease manifestation. A personalized approach based on cognitive–behavioral therapy and modulation of central pain sensitivity offers new opportunities in the management of IBS.

**Калит сўзлар.** Таъсирланган ичак синдроми; ичак–миё ўқи; висцерал гиперсезгирлик; ташвишли сезгирлик; чекловчи хатти-ҳаракат; когнитив-хулқий терапия; шахсийлаштирилган даволаш

**Ключевые слова.** Синдром раздражённого кишечника; ось «кишечник–мозг»; висцеральная гиперчувствительность; тревожная сенситивность; ограничительное поведение; когнитивно-поведенческая терапия; персонализированное лечение

**Keywords.** Irritable bowel syndrome; gut–brain axis; visceral hypersensitivity; anxiety sensitivity; restrictive behavior; cognitive–behavioral therapy; personalized treatment

Синдром раздражённого кишечника (СРК) — одно из наиболее распространённых функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта, характеризующееся хронической абдоминальной болью, вздутием, нарушениями дефекации при отсутствии каких-либо органических или биохимических отклонений. По современным данным, СРК выявляется у 10–15% взрослого населения, причём значительная часть пациентов страдает более 10 лет, испытывая выраженное снижение качества жизни и социальной активности (Ока и соавт., 2020).

Особую тревогу вызывает высокая распространённость СРК среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью. Согласно данным метаанализа, частота СРК достигает 30% у пациентов первичного звена и до 50% — в практике гастроэнтерологов (Schmulson и соавт., 2021). Значительная часть таких больных

проходит многочисленные инвазивные обследования, включая колоноскопии и гастроскопии, не получая чётких объяснений своим жалобам.

Течение СРК, как правило, волнообразное: периоды ремиссий могут сменяться резким обострением без видимых причин. До 70–75% пациентов отмечают начало заболевания на фоне эмоционального стресса, тревожных состояний, нарушений сна. Примерно в 20–30% случаев СРК развивается после перенесённой кишечной инфекции, в том числе вирусной, бактериальной или паразитарной — так называемый постинфекционный СРК (Black C.J. и соавт., 2021).

На современном этапе СРК рассматривается как модель взаимодействия между осью «кишечник–мозг», висцеральной гиперчувствительностью, нарушениями моторики кишечника, иммунной

активацией, нарушениями микробиоты и психовегетативной дисфункцией (Chey W.D. и соавт., 2022). Это подтверждается высокой частотой коморбидных состояний у больных СРК: от тревожных и депрессивных расстройств до урогенитальных и соматоформных нарушений, включая мигрени, головокружения, панические атаки (Drossman D.A., 2021).

Пациенты с СРК часто демонстрируют феномены «ограничительного поведения»: избегание общественных мест, употребление строго определённых продуктов и ритуализированное пищевое поведение. Эти поведенческие паттерны, как правило, остаются нераспознанными, если врач не задаёт целенаправленные вопросы. В структуре жалоб нередко преобладают внекишечные симптомы, включая головные боли, ощущение нехватки воздуха, учащённое сердцебиение, головокружение, боли в поясничной области — что требует мультидисциплинарного подхода, включающего неврологов и психотерапевтов (Zhou S.-Y. и соавт., 2021).

Таким образом, СРК является не только гастроэнтерологическим диагнозом, но и типичным представителем системных функциональных расстройств, объединённых общей патофизиологией. Внимание к клинико-поведенческим фенотипам, изучение маркеров тревожной сенситивности, нейровегетативного статуса и персонализированный подход к терапии формируют новое направление в стратификации больных с СРК. Эта концепция открывает возможности для ранней диагностики, оптимизации терапии и снижения риска хронизации заболевания.

Клиническое течение синдрома раздражённого кишечника (СРК) зачастую сопровождается выраженными поведенческими изменениями, выходящими за рамки гастроэнтерологической симптоматики. Так называемое ограничительное поведение — стратегия избегания

ситуаций, провоцирующих симптомы (поездки, общественные места, употребление «незнакомой» пищи и т.д.) — является характерной особенностью пациентов с СРК и отражает нарушения центральной обработки афферентных сигналов (Fukudo и соавт., 2021). Такие пациенты могут оборудовать личные туалеты в автомобилях, питаться исключительно дома или соблюдать сложные ритуалы приёма лекарств, что свидетельствует о высокой тревожной сенситивности и «психосоматической фиксации» на кишечной симптоматике.

Доказано, что тяжесть СРК прямо коррелирует с уровнем нарушения качества жизни, а не с объективной интенсивностью боли или изменениями стула (Акиүата и соавт., 2020). Вторичная тревога, связанная с контролем над телесными функциями, в ряде случаев приводит к формированию устойчивой депрессии и социальной изоляции, что требует дифференцированной диагностики с первичными аффективными расстройствами.

Согласно современным нейрокогнитивным моделям, СРК, как и другие функциональные расстройства, может рассматриваться как заболевание с вовлечением систем центральной регуляции болевой чувствительности, включая соматосенсорные, лимбические и префронтальные области коры головного мозга (Maueг и соавт., 2022). Механизмы восприятия и обработки болевых сигналов в ЦНС у больных СРК изменены: наблюдается снижение порога болевой чувствительности, нарушение нисходящего торможения и устойчивый паттерн гиперактивации болевых путей. Эти изменения объясняют феномен висцеральной гиперчувствительности, являющийся ключевым патогенетическим компонентом СРК.

Появление термина «болезнь мозга, проявляющаяся через кишечник» (brain-gut disorder) подчёркивает роль нейронных сетей в формировании болевых паттернов и поведенческих фенотипов при СРК (Fond и соавт., 2020). Такой подход даёт

обоснование для применения не только симптоматической, но и патогенетической терапии, направленной на модуляцию центральной болевой чувствительности.

Современные рекомендации (Drossman и соавт., 2021) включают несколько уровней терапии:

- установление доверительных врач–пациент отношений, обеспечение информированности больного, проведение базовых лабораторных и инструментальных обследований.
- назначение препаратов симптоматического ряда (спазмолитики, прокинетики, энтеросорбенты, муко-протекторы и др.).
- использование низких доз трициклических антидепрессантов (амитриптилин, имипрамин) или селективных ингибиторов обратного захвата серотонина/норадреналина (дусулепин, венлафаксин) с постепенной титрацией дозы (Bellini и соавт., 2022).
- когнитивно-поведенческая терапия, направленная на коррекцию тревожных паттернов, катастрофизации, а также обучение навыкам нейро-эмоционального саморегулирования.

Примером препарата с подтверждённой эффективностью при СРК является дулоксетин — антидепрессант двойного действия, воздействующий на модуляцию болевой чувствительности. В рандомизированных исследованиях было показано, что его применение снижает частоту эпизодов боли, метеоризма и нормализует стул у пациентов с тяжёлым СРК (Chou и соавт., 2020). При этом положительный эффект сохранялся даже спустя 12 месяцев после завершения курса лечения.

Таким образом, подход к лечению СРК должен учитывать нейровегетативные и поведенческие аспекты, быть многоуровневым и персонализированным. Идентификация подтипа пациента по тревожной чувствительности, структуре

гиперчувствительности и адаптационным стратегиям поведения открывает путь к более целенаправленной и эффективной терапии.

Одним из ключевых патогенетических механизмов синдрома раздражённого кишечника (СРК) является висцеральная гиперчувствительность — пониженный болевой порог на растяжение кишечной стенки, встречающийся у 85–90% пациентов, независимо от клинического подтипа заболевания (Simrén и соавт., 2022). Она ассоциирована с нарушениями центральной сенсорной обработки, особенно в структурах, ответственных за модуляцию и восприятие боли, включая островковую, поясную, префронтальную кору и таламус.

Методы нейровизуализации, включая функциональную магнитно-резонансную томографию (фМРТ), позволили количественно оценить активность мозговых структур в ответ на ректальное растяжение. В частности, при введении латексного баллона в прямую кишку и его расширению объёмами до 40, 87 и 120 мл, у пациентов с СРК наблюдалась активация в медиальной префронтальной коре, передней поясной извилине, островке, мозжечке и таламусе — с нарастанием активности по мере увеличения объёма баллона (Капо и соавт., 2020). Эта закономерность подтверждает прямую связь между степенью растяжения кишки и уровнем центрального восприятия боли, характерного для феномена висцеральной гиперчувствительности.

Для объективной оценки висцеральной гиперчувствительности наиболее надёжным и воспроизводимым методом остаётся ректальный баллонный дистензионный тест. Он основан на постепенном нагнетании воздуха в баллон, помещённый в прямую кишку, с измерением давления и объёма, при которых пациент впервые ощущает дискомфорт, боль или позыв к дефекации (Sperber и соавт., 2021). Параллельно оцениваются субъективные параметры (визуально-аналоговая шкала боли, анкета Visceral Sensitivity Index — VSI).

9. Ford AC, Quigley EM, Lacy BE, et al. Efficacy of probiotics, prebiotics, and synbiotics in IBS: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2014;109(10):1547–1561. <https://doi.org/10.1038/ajg.2014.202>
10. Ford AC, Sperber AD, Corsetti M, Camilleri M. Irritable bowel syndrome. *Lancet*. 2020;396(10263):1675–1688. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31548-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31548-8)
11. Fukudo S, Nomura T, Muranaka M, Taguchi F. Brain–gut response to stress and cholinergic stimulation in irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol*. 2011;45 Suppl:S90-4. <https://doi.org/10.1097/MCG.0b013e31821afaa7>
12. Hillestad EMR, Kilander S, Arnesson LG, Lerner A, Tulika D. The microbiota-gut-brain axis in irritable bowel syndrome. *Microbiome*. 2022;10(1):55. <https://doi.org/10.1186/s40168-022-01274-y>
13. Labus JS, Bolus R, Chang L, et al. The Visceral Sensitivity Index: development and validation of a gastrointestinal symptom-specific anxiety scale. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;20(1):89-97. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2004.02007.x>
14. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, Chey WD, Keefer LA, Long MD, et al. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(1):17–44. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001036>
15. Laird KT, Tanner-Smith EE, Russell AC, Hollon SD, Walker LS. Short- and long-term efficacy of psychotherapies for irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017;15(5):804–816.e7. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2016.11.038>
16. Mayer EA, Labus JS, Tillisch K, Cole SW, Baldi P. Towards a systems view of IBS. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015;12(10):592–605. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.121>
17. Nisticò V, Buonavolontà R, Sansone A, et al. Functional brain imaging in irritable bowel syndrome with rectal balloon-distention by using fMRI. *World J Gastroenterol*. 2003;9(7):1356–1360. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8978134/>
18. Oka P, Parr H, Barberio B, Black CJ, Savarino EV, Ford AC. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;5(10):908–917. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30217-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30217-X)
19. Schmulson MJ, Drossman DA. What is new in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil*. 2017;23(2):151–163. <https://doi.org/10.5056/jnm16214>
20. Simrén M, Törnblom H, Palsson OS, van Oudenhove L, Whitehead WE, Tack J. Visceral hypersensitivity is associated with GI symptom severity in functional GI disorders: consistent findings from five different patient cohorts. *Gut*. 2018;67(2):255–262. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2016-312361>

154	ИКРАМОВА Ф.А., РАИМКУЛОВА Н.Р. РОЛЬ КИШЕЧНОГО БАРЬЕРА, МИКРОБИОТЫ И НЕЙРОМЕДИАТОРНОЙ РЕГУЛЯЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ	813
155	АЗИЗОВ Б.С., ТАШМАТОВА З.У., ИБРАГИМОВ О.Д. К ВОПРОСУ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ	820
156	Ф.А.ИКРАМОВА, Н.Р.РАИМКУЛОВА СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА КАК BRAIN-GUT DISORDER: КЛИНИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ, ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ	832
157	МУМИНОВ АЗИМ ШАРИФОВИЧ, ВАЛИЕВ ЭРКИН ЮЛДАШЕВИЧ, МУМИНОВ МИРЗО БЕХРУЗ АЗИМОВИЧ ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТРАВМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	838
158	БУРИЕВ Л.Б., ДУСМАНОВ И.И., БУРАНКУЛОВА Н.М ВАРИКОЦЕЛЕ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИНАМИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ	846
159	ЖУМАЕВ ЛАЗИЗ РАЖАБОВИЧ, ИСЛАМОВ УМИДЖОН МУЗАФФАРОВИЧ ХРОНИЧЕСКИЙ АПИКАЛЬНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ У ДЕТЕЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ	852
160	САЛИХОВ Б.Р. КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ	871
161	ЖУМАЕВ ЛАЗИЗ РАЖАБОВИЧ, ИСЛАМОВ УМИДЖОН МУЗАФФАРОВИЧ КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА У ДЕТЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	876
162	З.Г.ГАНИЕВ, Ш.Д.АЧИЛОВ, Н.М. БУРАНКУЛОВА ПЕРИТОНИТНИНГ ОҒИР ШАКЛЛАРИДА ЛАПАРОСТОМИЯНИ САМАРАДОРЛИГИ	889
163	МАМЕДОВА Г.Б., МУХАМЕДОВА М.Г., НАГАЕВА Г.А., ПУЛАТОВА З.А., БУРАНКУЛОВА Н.М., ХАЙДАРОВА Н.У. ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН: АНАЛИЗ ДАННЫХ ЗА ПЕРИОД 2016–2021гг	894
164	ТАНГРИБЕРДИЕВ К.Р., КАЮМОВ У.К., ХАЛИМБЕТОВ Г.С. ПОДХОДЫ К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И РАЗРАБОТКЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ИНДЕКСОВ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	897
165	МАМЕДОВА Г.Б., МУХАМЕДОВА М.Г., НАГАЕВА Г.А., ПУЛАТОВА З.А., БУРАНКУЛОВА Н.М., ХАЙДАРОВА Н.У. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ДИСПАНСЕРНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН В 2016–2021 ГГ.: ТЕНДЕНЦИИ И ФАКТОРЫ РИСКА	908
166	ГАИБОВ Г.К., КАЮМОВ У.К., ХАЛИМБЕТОВ Г.С. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ	911
167	САДУЛЛАЕВ М.С., МУХАМЕДОВА М.Г КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	919
168	САЛИХОДЖАЕВА Р.К., МУХАМЕДОВА М.Г., НАГАЕВА Г.А МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ ПЕРЕД ПРИЗЫВОМ.	931