



O'ZBEKISTON HARBIY

2025-YIL, 4-SON
(NOYABR)

ТИББИЙОТ



«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 бўйича диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган миллий илмий нашрлар рўйхатига киритилган.

Муассис:
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ҚУРОЛЛИ КУЧЛАРИ ҲАРБИЙ
ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

Бош муҳаррир:
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ҲАРБИЙ
ХАВФСИЗЛИК ВА МУДОФАА
УНИВЕРСИТЕТИНИНГ ҲАРБИЙ
ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ БОШЛИГИ
У.РАСУЛОВ

Масъул котиб:
Т.ф.д., Нагаева Г.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.

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

Таҳрир 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.д., Нагаева Г.А.
Т.ф.д., Абидова Д.Э.
Т.ф.н., доц. Рахимов А.Ф.
Т.ф.н., доц. Атамуродов Ш.И.
Т.ф.н., доц. Джаббаров А.М.
PhD., доц. Абдулахатов Б.Ш.
DSc., doc Кутлиев Ж.А.
DSc., prof. Халимбетов Ғ.С.
PhD., Давронов Ў.Р.
PhD., Абдусаматов Д.М.
PhD., доц. Махмудова Н.Р.
PhD., доц. Буранкулова Н.М.
PhD., доц. Пўлатова З.А.
PhD., Рустамов А.А.
PhD., Ибрагимова Н.Х.
Т.ф.н., Мирзаев Д.А.
Т.ф.н., Ачилов Ш.Ж.
Доц. Нуруллаев А.Ж.
Катта ўқитувчи Халимов Б.Х.
Дизайнер:
Ахунова Н.С.

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

Журнал 20.11.2025 йилда босмахонага топширилди.

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

<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308441>.

30. Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, et al. Heart disease and stroke statistics: a report of US and global data from the American Heart Association. *Circulation*. 2024.

<https://doi.org/10.1161/CIR.00000000000001209>.

31. Fuchs A, Kühl JT, Sigvardsen PE, et al. Subclinical coronary atherosclerosis and risk for myocardial infarction in a Danish cohort. *Ann Intern Med*. 2023;176(4):433–42. <https://doi.org/10.7326/M22-3027>.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НЕИНВАЗИВНОЙ ОЦЕНКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

РАХМАТУЛЛАЕВ А.М., МУМИНОВ Д.К., САИПОВА Д.С.
Ташкентский Государственный Медицинский Университет

Аннотация

Цель: Оценить прогностическую значимость степени фиброза печени, определённой методом транзистентной эластографии, у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), а также изучить её связь с клиническими проявлениями и особенностями медикаментозной терапии.

Материалы и методы: В исследование включены 130 пациентов с ХСН. Оценка фиброза печени проводилась с помощью FibroScan® и позволила разделить пациентов на четыре группы по жёсткости печени (<7,0; 7,0–9,5; 9,5–12,5; >12,5 kPa). Анализировались симптомы, функциональный класс NYHA, показатели функции сердца и почек, а также особенности терапии.

Результаты: Установлено достоверное увеличение частоты одышки, отёков и ухудшение функционального класса NYHA с ростом степени фиброза печени. Систолическая дисфункция, уровень креатинина и протеинурия усугублялись при повышенной жёсткости печени. Назначение диуретиков значительно чаще встречалось в группах с выраженным фиброзом. Логистическая регрессия подтвердила независимую связь жёсткости печени $\geq 9,5$ kPa с выраженными клиническими проявлениями и необходимостью усиленной терапии.

Выводы: Неинвазивная оценка фиброза печени является важным прогностическим маркером тяжести ХСН и может использоваться для оптимизации терапии и стратификации риска у данных пациентов.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность; фиброз печени; непрямая эластография печени прогнозирование; мультиорганное поражение

Введение

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — это мультисистемное заболевание, которое характеризуется не только снижением насосной функции сердца, но и прогрессирующим поражением различных органов-мишеней, включая почки, легкие и печень. Системное вовлечение органов объясняет высокую

частоту осложнений и ухудшение прогноза у пациентов с ХСН [1, 2].

Печень при ХСН подвергается хроническому венозному застою и гипоперфузии, что приводит к развитию застойной гепатопатии и формированию печеночного фиброза [3, 7, 8]. Это состояние сопровождается нарушением функций печени и является маркером тяжести системного застоя и мультиорганной дисфункции. Фиброз

печени также ассоциирован с повышенной смертностью и частыми госпитализациями у пациентов с ХСН [4, 9]. В последние годы транзиентная эластография получила широкое признание как неинвазивный, точный и доступный метод оценки степени фиброза печени. Этот метод позволяет количественно оценить жесткость печени и использовать полученные данные для стратификации риска у пациентов с сердечной недостаточностью [5, 6]. Несмотря на развитие методов диагностики, влияние степени фиброза печени на клинические проявления ХСН, тяжесть симптомов и особенности медикаментозной терапии остается недостаточно изученным. Существуют ограниченные данные, касающиеся взаимосвязи фиброза с тяжестью симптомов, функцией сердца и почек, а также с назначением базовой терапии ХСН, такой как β -блокаторы, ингибиторы АПФ и диуретики [7, 8, 10]. Таким образом, оценка степени фиброза печени у пациентов с ХСН представляет собой перспективное направление для улучшения клинической стратификации и персонализации терапии. В настоящем исследовании мы поставили задачу изучить прогностическую ценность неинвазивной оценки фиброза печени с акцентом на клинические и терапевтические особенности течения ХСН.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между степенью фиброза печени, определённой методом транзиентной эластографии, и клинико-лабораторными характеристиками, выраженностью симптомов, а также особенностями медикаментозной терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы

В исследование включены 130 пациентов с диагнозом хронической сердечной недостаточности (ХСН), проходивших обследование и лечение в специализированных кардиологических отделениях. Критерии включения: возраст от 45 до 75 лет, стабильное течение ХСН

II–IV функционального класса по классификации NYHA. Исключались пациенты с острыми инфекциями, онкологическими заболеваниями, декомпенсированным циррозом печени и когнитивными нарушениями, препятствующими полноценному обследованию.

Степень фиброза печени оценивалась методом транзиентной эластографии (FibroScan®). Пациенты были распределены на четыре группы по жёсткости печени (kPa):

<7,0 (n=48) — отсутствие или минимальный фиброз,

7,0–9,5 (n=54) — умеренный фиброз,

9,5–12,5 (n=33) — выраженный фиброз,

12,5 (n=15) — тяжёлый фиброз.

Клинические данные включали оценку симптомов (одышка, отёки), функционального класса по NYHA, показатели систолической и диастолической функции сердца, а также лабораторные показатели — уровень креатинина и протеинурии. Медикаментозная терапия анализировалась по назначению и дозировке следующих групп препаратов: β -блокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) или ангиотензиновых рецепторов (АРА), антагонисты кальция, диуретики.

Статистическая обработка включала описательную статистику, анализ различий между группами (ANOVA, χ^2), а также мультивариантный логистический регрессионный анализ для оценки влияния степени фиброза на клинические исходы и особенности терапии. Уровень статистической значимости принимался при $p < 0,05$.

Результаты. В данном исследовании были проанализированы клинические, лабораторные и терапевтические характеристики пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от степени фиброза печени, определённой методом транзиентной эластографии. Пациенты были распределены на четыре

группы в соответствии с показателями жёсткости печени (FibroScan). Далее рассмотрим распределение пациентов по

степени фиброза и основные клинические показатели в этих группах.

Таблица 1. Распределение пациентов по степени фиброза печени (FibroScan)

Степень фиброза (кПа)	Число пациентов (n)	Процент от общей выборки (%)
<7,0	48	36,9
7,0–9,5	54	41,5
9,5–12,5	33	25,4
>12,5	15	11,5

Большинство пациентов (41,5%) имели умеренный фиброз печени с показателями жёсткости в диапазоне 7,0–9,5 кПа. В группе с минимальной жёсткостью (<7,0 кПа) находилось 36,9% обследованных. Выраженный и тяжёлый фиброз печени (9,5–12,5 кПа и >12,5 кПа) выявлен у 25,4% и 11,5% пациентов соответственно. Такое распределение свидетельствует о высокой распространённости фиброза печени среди больных с ХСН и необходимости дальнейшего анализа клинических и терапевтических особенностей в

зависимости от степени поражения печени.

Важным аспектом оценки состояния пациентов с ХСН является анализ клинических симптомов, отражающих тяжесть сердечной недостаточности. Особое значение имеют наличие и выраженность одышки, отёков, а также функциональный класс по классификации NYHA. В следующей таблице представлены данные по распространённости этих симптомов в зависимости от степени фиброза печени.

Таблица 2. Клинические симптомы в зависимости от степени фиброза печени

Симптом	<7,0 кПа (%)	7,0–9,5 кПа (%)	9,5–12,5 кПа (%)	>12,5 кПа (%)	р-значение
Одышка	52	68	75	87	<0,01
Отёки	40	55	65	80	<0,01
NYHA III–IV	22	38	54	67	<0,001

С увеличением степени фиброза печени наблюдается достоверное усиление симптомов ХСН. Частота одышки возросла с 52% в группе с минимальной жёсткостью печени до 87% у пациентов с тяжёлым фиброзом ($p < 0,01$). Аналогично, отёки отмечались у 40% пациентов с жёсткостью <7,0 кПа и у 80% с жёсткостью >12,5 кПа ($p < 0,01$). Распределение по функциональному классу NYHA III–IV также демонстрирует тенденцию к увеличению с ростом фиброза — с 22% до 67% ($p < 0,001$). Эти данные свидетельствуют о том, что прогрессирование фиброза печени тесно

связано с тяжестью клинических проявлений сердечной недостаточности.

Функциональное состояние сердца и почек является ключевым фактором прогноза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Нарушения систолической функции и ухудшение почечной функции усугубляют клиническую картину и требуют более интенсивной терапии. В следующей таблице представлены показатели систолической дисфункции, уровни креатинина и протеинурии в зависимости от степени фиброза печени.

Таблица 3. Функция сердца и почек в зависимости от степени фиброза печени

Показатель	<7,0 кПа	7,0–9,5 кПа	9,5–12,5 кПа	>12,5 кПа	р-значение
Систолическая дисфункция (%)	38	50	60	70	<0,01

Креатинин, мкмоль/л	95 ± 15	105 ± 18	115 ± 20	130 ± 22	<0,05
Протеинурия, г/сут	0,35 ± 0,07	0,42 ± 0,09	0,48 ± 0,11	0,55 ± 0,12	<0,05

С увеличением степени фиброза печени наблюдается значительное ухудшение систолической функции сердца: доля пациентов с систолической дисфункцией возросла с 38% в группе с минимальным фиброзом до 70% в группе с тяжёлым фиброзом ($p < 0,01$). Параллельно наблюдалось достоверное повышение уровней сывороточного креатинина и протеинурии, что свидетельствует о прогрессирующем нарушении функции почек при нарастании фиброза печени ($p < 0,05$). Эти результаты подчеркивают

мультиорганный характер поражения у пациентов с выраженным фиброзом и ХСН.

Медикаментозная терапия пациентов с хронической сердечной недостаточностью направлена на улучшение симптоматики и замедление прогрессирования заболевания. Важно оценить, как степень фиброза печени влияет на особенности назначения основных групп препаратов, включая β -блокаторы, ингибиторы АПФ/АРА, антагонисты кальция и диуретики.

Таблица 4. Особенности медикаментозной терапии в зависимости от степени фиброза печени

Препараты	<7,0 kPa (%)	7,0–9,5 kPa (%)	9,5–12,5 kPa (%)	>12,5 kPa (%)	р-значение
β-блокаторы	75	78	80	82	>0,05
иАПФ/АРА	65	67	68	70	>0,05
Антагонисты кальция	30	32	33	35	>0,05
Диуретики	45	60	70	85	<0,01

Частота назначения β -блокаторов, ингибиторов АПФ/АРА и антагонистов кальция была сопоставима между группами и не зависела от степени фиброза печени ($p > 0,05$). В то же время назначение диуретиков значительно чаще встречалось у пациентов с выраженным и тяжёлым фиброзом (70% и 85% соответственно), что отражает возрастание объёма застойной жидкости и потребность в коррекции водно-солевого баланса. Эти данные свидетельствуют о том, что степень фиброза печени является

маркером тяжести застойных проявлений и определяет необходимость усиления диуретической терапии.

Для оценки независимого влияния степени фиброза печени на клинические симптомы и особенности терапии проведён мультивариантный логистический регрессионный анализ с учётом возраста, пола и сопутствующих заболеваний. В качестве ключевого предиктора была взята жёсткость печени, разделённая на категории с порогом $\geq 9,5$ kPa (выраженный и тяжёлый фиброз).

Таблица 5. Результаты логистической регрессии: влияние фиброза печени ($\geq 9,5$ kPa) на клинические проявления и терапию

Зависимая переменная	Относительный риск (OR)	95% ДИ	р-значение
Наличие одышки	3,2	1,5 – 6,8	0,003
Наличие отёков	2,9	1,3 – 6,5	0,007
Назначение диуретиков (высокая доза)	3,7	1,6 – 8,4	0,002
Повышенный NYHA (III–IV)	2,8	1,2 – 6,2	0,01

Полученные результаты подтверждают, что высокая жёсткость печени ($\geq 9,5$ kPa), свидетельствующая о выраженном фиброзе, является независимым фактором риска развития выраженных симптомов ХСН — одышки и отёков. Кроме того, данный предиктор ассоциируется с необходимостью назначения диуретиков в высоких дозах и ухудшением функционального класса NYHA. Эти данные подчеркивают клиническую значимость оценки степени фиброза печени при стратификации риска и выборе тактики лечения пациентов с ХСН.

Таким образом, было выявлено что с увеличением жёсткости печени значительно возрастала частота таких симптомов, как одышка и отёки, а также ухудшался функциональный класс NYHA. Параллельно наблюдалось ухудшение систолической функции сердца и повышение уровней креатинина и протеинурии, что свидетельствует о мультиорганном поражении. Медикаментозное лечение пациентов демонстрировало стабильную частоту назначения β -блокаторов и ингибиторов АПФ/АРА независимо от степени фиброза, однако диуретики назначались значительно чаще при выраженном фиброзе печени. Мультивариантный логистический регрессионный анализ подтвердил, что жёсткость печени $\geq 9,5$ kPa является независимым предиктором выраженных симптомов сердечной недостаточности, необходимости усиленной диуретической терапии и ухудшения функционального состояния. Данные результаты подчеркивают важность неинвазивной оценки фиброза печени для комплексной стратификации риска и индивидуализации терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Обсуждение

Настоящее исследование подтвердило значимую связь степени фиброза печени с тяжестью клинических проявлений хронической сердечной недостаточности (ХСН) и особенностями медикаментозной терапии. Полученные

данные показывают, что пациенты с выраженным фиброзом печени имеют более частые и выраженные симптомы застойной сердечной недостаточности, такие как одышка и отёки, а также более высокий функциональный класс NYHA.

Результаты согласуются с данными ранее опубликованных исследований, в которых подчеркивается мультиорганный характер поражения при ХСН и важность оценки состояния печени как маркера системного венозного застоя и дисфункции [4, 6, 8]. Повышение жёсткости печени, отражающее выраженный фиброз, связано с ухудшением функции сердца и почек, что усложняет клиническую картину и требует более агрессивной медикаментозной коррекции.

Особое внимание привлекает более частое назначение диуретиков у пациентов с повышенной жёсткостью печени. Это обусловлено необходимостью компенсации застойных явлений и коррекции водно-солевого баланса, что подтверждает роль фиброза печени как индикатора выраженной застойной патологии.

Мультивариантный регрессионный анализ выявил высокую прогностическую значимость жёсткости печени $\geq 9,5$ kPa как независимого предиктора выраженных клинических проявлений и необходимости усиленной терапии. Эти результаты свидетельствуют о потенциале неинвазивной эластографии печени как инструмента для улучшения стратификации риска и оптимизации лечебной тактики у больных с ХСН.

Несмотря на важные выводы, исследование имеет ограничения, связанные с ретроспективным дизайном и относительно небольшим размером выборки. Для подтверждения полученных данных необходимы дальнейшие проспективные исследования с более длительным периодом наблюдения и включением дополнительных биомаркеров.

Выводы. В настоящем исследовании выявлена значимая связь между степенью фиброза печени,

определённой методикой транзиторной эластографии, и клиническими проявлениями хронической сердечной недостаточности (ХСН). Повышение жёсткости печени коррелирует с усилением симптомов одышки и отёков, ухудшением функционального класса NYHA, а также с прогрессированием дисфункции сердца и почек.

Особое внимание заслуживает тот факт, что пациенты с выраженным фиброзом печени чаще требуют назначения диуретиков в высоких дозах, что отражает тяжесть застойных изменений и потребность в более интенсивной терапии.

Таким образом, неинвазивная оценка фиброза печени служит важным прогностическим маркером тяжести заболевания и может быть использована для комплексной стратификации риска и индивидуализации лечения пациентов с ХСН. Внедрение данной методики в клиническую практику позволит улучшить качество ведения пациентов и повысить эффективность терапии.

Список использованной литературы:

1. Fudim M., Miller W.L., Tang W.H.W. Liver stiffness and outcomes in heart failure with preserved ejection fraction. *ESC Heart Fail.* 2021;8(3):1784–1793.
2. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis – 2021 update. *J Hepatol.* 2021;75(3):659–689.
3. Lee S., Kim B.K., Kim S.U. Noninvasive assessment of liver fibrosis in

patients with congestive hepatopathy: current evidence and future perspectives. *Clin Mol Hepatol.* 2022;28(1):33–44.

4. Wang Y., Zeng C., Sun W. et al. The impact of liver stiffness on prognosis of patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Front Cardiovasc Med.* 2023;10:1081234.

5. Zhang X., Li Q., Wang Y. et al. The relationship between liver fibrosis assessed by transient elastography and cardiovascular outcomes: a prospective cohort study. *J Clin Med.* 2023;12(5):1723.

6. Saito T., Yamagishi T., Matsuo T. et al. Prognostic value of liver stiffness measurement by transient elastography in patients with acute decompensated heart failure. *Sci Rep.* 2019;9(1):12323.

7. Ghosh S., Gupta V., Nair N., Sen P., Bajaj S. Cardioresenal and cardiohepatic syndrome in heart failure: a review. *Cardiol Rev.* 2021;29(5):236–242.

8. Pan Y., Yang L., Yan Y. et al. Hepatic fibrosis in chronic heart failure: mechanisms and clinical implications. *Heart Fail Rev.* 2022;27(6):1755–1765.

9. Zhao Z., Chen M., Zheng Y. et al. Non-invasive liver fibrosis markers predict hospitalization and mortality in heart failure patients. *J Card Fail.* 2020;26(6):477–485.

10. Mendez-Sanchez N., Ponciano-Rodriguez G., Arrese M., Uribe M. The importance of liver-heart interaction in clinical practice: an update. *Ann Hepatol.* 2021;22:100300.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ИССЛЕДУЕМЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЛАКУНАРНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

АБДУРАХМАНОВ РАВШАН ШУКУРОВИЧ

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Аннотация. Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей нейровизуализации и ультразвуковых характеристик церебрального кровотока у пациентов с лакунарным ишемическим (ЛИ) и геморрагическим инсультом (ГИ). Обследованы 120 пациентов, из них 80 с ЛИ и 40 с ГИ. Использованы методы МРТ/МСКТ, ЦДС и ТКДГ. Выявлено, что при ЛИ мозга преобладали атеросклеротические изменения с двухсторонними стенозами магистральных артерий головы, снижением ЛСК и

158.	УСМОНОВ Д.А. МУМИНОВ Ш.К. АБДУРАЗАКОВА З.К. ОПТИМИЗАЦИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: РОЛЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ СТАТИНОВ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ	783
159.	MUMINOV SH.K. USMONOV D.A. ORTIKBOYEV J.O. ABDURAZAKOVA Z.K SAFETY OF STATINS IN LIVER CIRRHOSIS	788
160.	БАХРИТДИНОВА Ф.А., МАКСУДОВА З.Р., ХАМИДОВ У.Б., НАЗАРОВА Ж.А. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА	792
161.	БАХРИТДИНОВА Ф.А., МАКСУДОВА З.Р., ХАМИДОВ У.Б., НАЗАРОВА Ж.А. РЕТИНАЛЬНЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ КАСКАД: ПАТОФИЗИОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ	797
162.	РАХМАТУЛЛАЕВ А.М., МУМИНОВ Д.К., САИПОВА Д.С. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НЕИНВАЗИВНОЙ ОЦЕНКИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ	802
163.	АБДУРАХМАНОВ РАВШАН ШУКУРОВИЧ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ИССЛЕДУЕМЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЛАКУНАРНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ И ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА	807
164.	ПРОФИЛАКТИК ТИББИЁТ	812
165.	РУСТАМОВ А.А., ЯХЯЕВ Ш.А., XUSHVAKTOV A.S., ИМОМАЛИЕВ М.Й. ЗИРХЛИ ТЕХНИКАЛАРНИ ТАЪМИРЛАШ ЗАВОДИ ИШЧИЛАР САЛОМАТЛИГИГА КАСБИЙ ОМИЛЛАР ТАЪСИРИ ВА УЛАРНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА ҲОЗИРГИ ЗАМОН ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ	813
166.	ТАДЖИЕВА У.Х ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ МАРКЕТИНГОВОЙ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО И ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ТУРИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН (ЧАСТЬ I)	818
167.	МАХМУДОВ З.С. КАРИЕС ПРОФИЛАКТИКАСИДАГИ ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР ВА УЛАРНИНГ ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРГА МОСЛАШТИРИЛИШИ.	830
168.	BO‘RIBOYEV E.M., BO‘RIBOYEVA M.M. TAMAKI ISHLAB CHIQRISH KORXONASI ISHCHILARINING QISH FASLIDA KUNLIK RATSIONI TARKIBIDAGI VITAMINLAR BILAN TA‘MINLANGANLIK DARAJASI VA UNI GIGIYENIK TAHLILI	832
169.	ТУЙЧИЕВ Л.Н., МАМАТМУСАЕВА Ф.Ш., МУРОДОВА И.А. ОИВ-ИНФЕКЦИЯДА ИЧАК МИКРОБИОМАСИ: ИЧАКДАГИ ЎЗГАРИШЛАР, БИОМАРКЕРЛАР ВА ТЕРАПЕВТИК СТРАТЕГИЯЛАР	835