

## ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ХЕЙЛИТОМ

*Разикова Дилноза Кадировна  
Бухарский государственный медицинский  
институт имени Абу Али ибн Сино*

**Резюме.** Многие врачи-стоматологи испытывают трудности при постановке диагноза и выборе метода лечения у лиц с атопическим хейлитом. Клиническая картина атопического хейлита характеризуется вовлечением в патологический процесс красной каймы губ и поражением кожи периоральной части губ, наиболее интенсивным в области углов рта, что проявляется в виде ее инфильтрации и лихенификации. В этой статье мы рассказали о диагностике, лечении и профилактике атопического хейлита.

**Ключевые слова:** атопический хейлит, поражение кожи, стоматолог, иммунитет, аллергия, лечение.

Данная статья посвящена актуальной проблеме - диагностике и лечению атопического дерматита в стоматологической практике. К сожалению, для врачей-стоматологов эта тема представляется довольно сложной и часто сомневаясь в правильном диагнозе, они направляют больных к другим специалистам (аллергологам, дерматовенерологам). Во многих странах мира наблюдается тенденция к повышению частоты аллергических заболеваний, кожные проявления которых чаще всего представлены атопическим дерматитом. Распространенность атопического дерматита среди детского населения составляет до 20%, среди взрослого населения - 2-8% [5]. Считается доказанной роль аллергии к клещам домашней пыли, энтеротоксинам золотистого стафилококка, плесневым грибам, а также IgE-аутореактивности в механизмах развития заболевания [15]. К генетическим факторам развития атопического дерматита относят наличие мутации гена филагтрина в нарушении функции эпидермального барьера при атопическом дерматите, а также семейный анамнез аллергических заболеваний [8, 13, 16]. Пациенты с атопическим дерматитом имеют повышенные уровни общего IgE, концентрация которых коррелирует с тяжестью заболевания [17,19].

В 1980 г. J.M. Hanifin и G. Rajka предложили большие и малые диагностические критерии атопического дерматита, в качестве одного из таких критериев был предложен хейлит - воспаление кожи губ или их красной каймы [12]. Атопический хейлит -хроническое заболевание аллергической природы,

которое может протекать самостоятельно либо сопровождать общую картину атопического дерматита - хронического лихенифицирующего воспаления кожи, возникающего в результате аллергической реакции, которая запускается как атопическими, так и неатопическими [1,4]. Клиническая картина атопического хейлита характеризуется вовлечением в патологический процесс красной каймы губ и непременным поражением кожи периоральной части губ, наиболее интенсивным в области углов рта, что проявляется в виде ее инфильтрации и лихенификации нарушением смыкания губ [4, 6].

Ряд авторов отмечает, что к местным факторам, влияющим на течение атопического хейлита, относится мацерация углов рта слюной при неправильном смыкании губ и контакт с зубной пастой, лекарствами могут быть причиной возникновения аллергических реакций у этой категории больных [11, 14]. Врач-стоматолог должен рассматривать симптомы атопического хейлита, периорального дерматита, трещины комиссур рта у детей, как возможные проявления аллергического процесса. Необходимо рекомендовать родителям обратиться для обследования ребенка к педиатру и аллергологу [4].

Некоторые авторы указывают на необходимость проведения дифференциальной диагностики атопического хейлита с контактным аллергическим, актиническим, экзематозным хейлитом, хейлитом при болезни Крона и язвенном колите, коллагенозах, железодефицитной анемии, многоформной экссудативной эритеме, сахарном диабете, ВИЧ-инфекции и синдроме Дауна [6,7,9,10, 18].

Алгоритм диагностики атопического хейлита включает микробиологическое исследование, проведение анализа крови, определение уровня глюкозы в крови [2, 9]. Атопический хейлит возникает в осенне-зимний период, летом наступает ремиссия. К окончанию периода полового созревания у большинства больных происходит самоизлечение, однако, в дальнейшем у них могут наблюдаться рецидивы заболевания. Ряд авторов указывает, что длительность ремиссии изолированной формы атопического хейлита составила в среднем 4-6 месяцев, а ремиссии атопического хейлита на фоне атопического дерматита лишь 2-3 месяца [4].

Три основополагающие позиции являются главными, по мнению И.К. Луцкой с соавт. (2012), в лечении атопического дерматита: устранение причинных факторов, вызывающих обострение (аллергенных и неаллергенных триггеров), лечебно-косметический уход за кожей, наружная противовоспалительная терапия. Из пищевого рациона следует исключить вещества, способные вызвать сенсibilизацию организма [2]. Ряд авторов указывают, что для лечения атопического хейлита должны применяться следующие группы препаратов:

- 1) антигистаминные препараты
- 2) глюкокортикостероиды, преимущественно топические
- 3) топическое применение такролимуса и пимекролимуса
- 4) топические кератопластические и регенерирующие средства
- 5) топическая иммуномодулирующая терапия
- 6) антибактериальные или антифунгальные препараты, преимущественно топические [1,4,5].

В связи с тем, что атопический хейлит часто сочетается с бронхиальной астмой, аллергическим ринитом, лекарственной, пищевой аллергией, общее лечение атопического хейлита, по мнению И.К. Луцкой с соавт. (2012), требует назначения гипосенсибилизирующей терапии, в частности применения антигистаминных средств [6]. В течение 2 - 3 недель пациент должен находиться на строгой диете с исключением всех продуктов, которые могут вызвать аллергическую реакцию. На фоне диетотерапии назначают внутрь витамины, антигистаминные препараты. При упорном течении атопического хейлита на 2 - 3 недели врач дерматолог назначает внутрь кортикостероиды: преднизолон (детям 8-14 лет по 10-15 мг/сут, взрослым по 15-20 мг/сут) или дексаметазон, который более эффективен. Местно применяются кортикостероидные мази, из пищевого рациона следует исключить острую, соленую, пряную пищу, резко ограничить количество углеводов.

По мнению В.М. Елизаровой и В.В. Репиной (2013) неотъемлемой частью комплексного лечения атопического хейлита является наружная терапия, которая оказывала не только местное, но и общее воздействие на организм через нервно-рецепторный аппарат в результате кожного всасывания, что приводило к исчезновению или уменьшению кожных высыпаний и таких субъективных ощущений, как зуд, боль, жжение, что благоприятно сказывалось на общем и психоэмоциональном состоянии пациентов [4]. Наружно на губы лицам, страдающим атопическим хейлитом, авторы назначали следующие мази: 0,05 %-ный алклометазон и 0,1 %-ный метилпреднизолон ацепонат; при сухой коже лица применялся 1 %-ный крем пимекролимуса. Препараты наносили тонким слоем на пораженную поверхность 2 раза в сутки и осторожно втирали до полного впитывания, мази применялись до полного исчезновения симптомов. У лиц с атопическим хейлитом с присоединением стрептостафилококковой инфекции, корочки, чешуйки и сухую красную кайму губ размягчали с помощью протеолитических ферментов. Для этого марлевую салфетку, смоченную 0,1 %-ным раствором трипсина или химотрипсина, накладывали на красную кайму губ и кожу периоральной области. Экспозиция ферментов составляла 10-15 минут, назначались мази: 0,05 %-ный алклометазон и 2 %-ная фузидовая кислота в равных частях, препараты наносились на пораженные участки кожи 3 раза в

сутки в течение 10 дней. Хороший эффект от лечения средствами наружной терапии был достигнут со стороны 62 (62 %) пациентов, удовлетворительный - 31 (31 %), отсутствие эффекта наблюдалось у 7 (7 %) детей [4].

Многие авторы указывают на необходимость проведения дифференциальной диагностики атопического хейлита с контактным аллергическим, актиническим, экзематозным хейлитом, хейлитом при болезни Крона и язвенном колите, коллагенозах, многоформной экссудативной эритеме, железодефицитной анемии, ВИЧ-инфекции и синдроме Дауна, сахарном диабете [18]. Больным показано тщательное микробиологическое исследование, проведение анализа крови, определение уровня глюкозы в крови [4, 11]. Клеточный профиль воспалительного инфильтрата мазков-отпечатков слизистой оболочки красной каймы губ, характеризуется доминированием в клеточном составе плазматических клеток, которые являются маркёрным признаком генерализации процесса, в основе которого лежит иммунный механизм развития, которым является атопический дерматит [1]. У пациентов с атопическим хейлитом нарушение системного иммунитета проявляется дисглобулинемией, снижением концентрации IgA и IgM и повышением концентрации IgE, а также изменением клеточного иммунитета (изменением соотношения клеточных фракций, особенно лимфоцитов) [3]. Атопический хейлит возникает в осенне-зимний период, летом наступает ремиссия. К окончанию периода полового созревания у большинства больных происходит самоизлечение, однако, в дальнейшем у них могут наблюдаться рецидивы заболевания. Наследственная отягощенность по атопии была выявлена у 79% детей с атопическим хейлитом [2]. Л.Н. Дроботько с соавт. (2013) отмечают, что сочетание атопического хейлита с аллергическими заболеваниями глаз, носа, верхних и нижних дыхательных путей наблюдалось у 73% детей. У всех обследованных были яркие проявления атопического хейлита: отечность кожи вокруг рта; инфильтрация и шелушение красной каймы губ; лихенификация, радиальная исчерченность, шелушение, папулезные высыпания в углах рта. Дети ощущали боль при употреблении пищи и постоянный зуд губ. Авторы сообщают о хорошем эффекте применения препарата «Иммудон» у детей с атопическим хейлитом [2]. Патоморфологические изменения при атопическом хейлите определяются в эпителии (акантоз, паракератоз) и соединительной ткани (периваскулярная инфильтрация преимущественно лимфоцитами и эозинофилами) [2].

Лечение атопического хейлита включает препараты для воздействия на вторичную инфекцию (*S. aureus* комбинация фузидиевой кислоты и 1% крема гидрокортизона, (*Candida*) -кетоконазол, что приведет к уменьшению интенсивности воспалительного процесса, будет способствовать профилактике

осложнений [5,11]. В ряде случаев используются антибиотики самостоятельно, так и в двойном (глюкокортикостероид и антибиотик или противогрибковое средство), а также в тройном сочетании с глюкокортикостероидом (глюкокортикостероид, антибиотик и противогрибковое средство), эти препараты представлены различными официальными кремами и мазями, такими как «Пимафукорт», «Тридерм», «Акридерм ГК». В течение 2 - 3 недель ребенок должен находиться на строгой диете с исключением всех продуктов, которые могут вызвать аллергическую реакцию. На фоне диетотерапии назначают внутрь витамины А, В, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, фолиевую кислоту, пантотенат кальция, антигистаминные препараты. Местно применяют кортикостероидные мази («Фторокорт», «Флуцинар», «Лоринден», «Синафлан», «Оксикорт»), которые необходимо наносить 4 - 5 раз в день. Из пищевого рациона следует исключить вещества, способные вызвать сенсibilизацию организма [2, 4]. Лечение наружными глюкокортикостероидами является наиболее эффективным методом терапии детей с атопическим дерматитом, поэтому терапию следует проводить длительно, до наступления полной ремиссии заболевания. А.В. Дятел (2015) рекомендует следующую схему общего лечения атопического хейлита: селективный анксиолитик «Афобазол» в виде сублингвальных таблеток по схеме: 1 таблетка 3 раза в день после еды, курс лечения 2-4 недели; блокатор Н<sub>1</sub> гистаминовых рецепторов «Телфаст» в виде таблеток по схеме: 1 таблетка на ночь независимо от приёма пищи, курс лечения 7 дней; сублингвальные таблетки «Траумель С» по схеме: 1 таблетка 3 раза в день, курс 7-10 дней; «Мильгама» по 2 мл в/м 2 раза в неделю, на курс 10 инъекций; иммуномодулятор «Имудон» по схеме: 5-8 таблеток в день, курс лечения 21 день; комплекс витаминов группы В «Нейромультивит» по схеме; внутрь по 1 таблетке 1/3 раза в сутки, после еды, запивая небольшим количеством жидкости, курс 7-10 дней. Местное лечение: аппликации геля «Траумель С» по схеме: 2-3 или 3-4 раза в день, курсом 7-10 дней. Автор полагает, что общее лечение атопического дерматита и назначение глюкокортикостероидных препаратов общего и местного действия должно проводиться врачом-дерматологом.

Анализ клинической эффективности предложенной схемы лечения пациентов показал низкую чистоту рецидивов клинических проявлений у данной группы больных.

### **Список литературы**

1. Гажва С.И., Артифексова А.А., Дятел А.В. Морфологическое исследование слизистой оболочки губы у пациентов с атопическим нейродермитом // Современные проблемы науки и образования. - 2014. - № 6.; URL: <http://www.stience-education.m/m/artide/view?id=17072> (дата обращения: 19.10.2020).



2. Дроботько Л.Н., Страхова С.Ю., Жевнова М.В. Атопический хейлит у детей. Современный подход к терапии // Клиническая стоматология. - 2011. - № 4. - С. 24.
3. Дятел А.В. Повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний красной каймы губ у пациентов с атоническим дерматитом : автореф. дисс. канд. мед. наук. - Н. Новгород. - 2015. - 25 с.
4. Зайков С.В., Жериховская О.В. Диагностика и лечение аллергических заболеваний губ //Справочник специалиста. Аллергология. - 2014. - № 1-2 (485-486). - С.14-16.
5. Зыкеева С.К., Билисбаева М.О. Заболевания языка и губ у детей и подростков //Вестник КАЗНМУ- 2018. - С.148-152.
6. Клинические рекомендации. «Атопический дерматит».- 2020. - 69 с.
7. Луцкая И.К., Марченко Е.И., Чухрай И.Г. Медикаментозное лечение проявлений кожных и венерических заболеваний в челюстно-лицевой области // «Рецепт» -2012. - № 1 (81). - С.122-132.
8. Шашмурина В.Р., Купреева И.В., Мишутина О.Л., Волченкова Г.В. Дифференциально-диагностические признаки основных стоматологических заболеваний. - утверждено ФИРО // Справочное пособие для врачей-стоматологов. - Смоленск, СГМА. - 2016. - 142 с.
9. Bao L., Zhang H., Chan L.S. The involvement of the JAK-STAT signaling pathway in chronic inflammatory skin disease atopic dermatitis. JAKSTAT. - 2013. - 2(3). - e24137.
10. Gandhi N.A., Pirozzi G., Graham N.M. Commonality of the IL-4/IL-13 pathway in atopic diseases. Expert. Rev. Clin. Immunol. - 2017. - Vol.13 (5). - P. 425-437.
1. 13.Kadirovna RD Indicators of the hemostasis system in the blood of patients with COVID-19 complicated hypertension of both stages //International Conference on Multidimensional Research and Innovative Technological Analyses. – 2022. – S. 179-181.
2. Kadirovna RD A new approach to optimizing the treatment and prevention of atopic cheilitis in children //International Journal of Formal Education. – 2023. – Т. 2. – No. 12. – pp. 447-451.
3. . - Vol . 138. - R. 336-349.
4. ИХТИЯРОВА Г. А., ДУСТОВА Н. К., КУДРАТОВА Р. Р., БАХРАМОВА С. У. И ХАФИЗОВА Д. Б. (2021). Предкурсовая подготовка женщин с репродуктивной потерей плода в анамнезе. *Анналы Румынского общества клеточной биологии*, 6219-6226.
5. Бахадуровна, Х. Д., и Акмаловна, И. Г. (2022). РОЛЬ МУЛЬТИГЕННОЙ ТРОМБОФИЛИИ У ЖЕНЩИН С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ИСХОДАМИ

ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ. *Журнал анализа и изобретений ResearchJet*, 3(1), 44-50.

6. Хафизова, Д. Б. (2023). Оценка Роли Генетического Полиморфизма Факторов Системы Гемостаза Гена F3 в Развитии Тромбофилии у Женщин Узбекской Популяции. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*, 2(11), 225-234.
7. Khafizova, D. B. (2023). Assessment of the Role of Genetic Polymorphism of the Hemostatic System Factors of the F3 Gene in the Development of Thrombophilia in Women of the Uzbek Population. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(6), 659-667.
8. Хафизова, Д. Б. (2023). Роль Полиморфизма G/A Гена F7 Фактора В Генезе Неблагополучных ЭКО. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*, 2(12), 127-133.
9. Хафизова, Д. Б. (2023). ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ G/A ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА TNEF7 В РАЗВИТИИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ЭКО У ЖЕНЩИН С ТРОМБОФИЛИЕЙ. *Британский медицинский журнал*, 3(2).
10. Хафизова, Д. Б., & Ихтиярова, Г. А. (2022). Оценка Роли Генетического Полиморфизма Факторов Системы Гемостаза Гена F3 В Развитии Тромбофилии У Женщин Узбекской Популяции. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*, 1(5), 20-28.
11. Аслонова, М. Ж., Ихтиярова, Г. А., Хафизова, Д. Б., & Мирзоева, М. Р. (2018). МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ И ГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМИРОВАНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ. In *ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ИММУНОЛОГИИ И ИНФЕКТОЛОГИИ* (pp. 9-15).
12. Ихтиярова, Г. А., Курбанова, З. Ш., & Хафизова, Д. Б. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД ПРИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА.
13. Ikhtiyarova, G. A., Dustova, N. K., & Qayumova, G. (2017). Diagnostic characteristics of pregnancy in women with antenatal fetal death. *European Journal of Research*, (5), 5.
14. Kayumova, G. M., & Nutfilloyevich, K. K. (2023). CAUSE OF PERINATAL LOSS WITH PREMATURE RUPTURE OF AMNIOTIC FLUID IN WOMEN WITH ANEMIA. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*, 2(11), 131-136.
15. Kayumova, G. M., & Dustova, N. K. (2023). Significance of the femoflor test in assessing the state of vaginal microbiocenosis in preterm vaginal discharge. Problems and scientific solutions. In *International conference: problems and scientific solutions. Abstracts of viii international scientific and practical conference* (Vol. 2, No. 2, pp. 150-153).

16. Каюмова, Г. М., Мухторова, Ю. М., & Хамроев, Х. Н. (2022). Определить особенности течения беременности и родов при дородовом излитии околоплодных вод. *Scientific and innovative therapy. Научный журнал по научный и инновационный терапии*, 58-59.
17. Kayumova, G. M., & Dustova, N. K. (2023). ASSESSMENT OF THE STATE OF THE GENITAL TRACT MICROBIOCENOSIS IN PREGNANT WOMEN WITH PREMATURE RUPTURE OF THE MEMBRANES USING THE FEMOFLOR TEST. *Modern Scientific Research International Scientific Journal*, 1(1), 70-72.
18. Valeryevna, S. L., Mukhtorovna, K. G., & Kobyllovna, E. S. (2019). Premature Birth In A Modern Aspect. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 11(10), 31-37.
19. Саркисова, Л. В., Каюмова, Г. М., & Умидова, Н. Н. (2018). Морфологические изменения фетоплацентарного комплекса при герпетической инфекции. *Тиббиётда янги кун*, 188-191.
20. Каюмова, Г. М., Саркисова, Л. В., & Умидова, Н. Н. (2018). Современные взгляды на проблему преждевременных родов. *Тиббиётда янги кун*, 183-185.
21. Каюмова, Г. М., Хамроев, Х. Н., & Ихтиярова, Г. А. (2021). Причины риска развития преждевременных родов в период пандемии организм и среда жизни к 207-летию со дня рождения Карла Францевича Рулье: сборник материалов IV-ой Международной научнопрактической конференции (Кемерово, 26 февраля 2021 г.). ISBN 978-5-8151-0158-6.139-148.
22. Саркисова, Л. В., Каюмова, Г. М., & Бафаева, Н. Т. (2019). Причины преждевременных родов и пути их решения. *Биология ва тиббиёт муаммолари*, 115(4), 2.
23. Kayumova, G. M., & Dustova, N. K. (2023). Significance of the femoflor test in assessing the state of vaginal microbiocenosis in preterm vaginal discharge. Problems and scientific solutions. In *International conference: problems and scientific solutions. Abstracts of viii international scientific and practical conference* (Vol. 2, No. 2, pp. 150-153).
24. KAYUMOVA, G., & DUSTOVA, N. (2023). Features of the hormonal background with premature surge of amniotic fluid. *Of the international scientific and practical conference of young scientists «Science and youth: conference on the quality of medical care and health literacy» Ministry of healthcare of the republic of kazakhstan kazakhstan's medical university «KSPH»*. ISBN 978-601-305-519-0.29-30.
25. Қаяумова, Г. М. НҚ Дўстова.(2023). Muddatdan oldin qog'onoq suvining ketishida xavf omillarning ta'sirini baholash. *Журнал гуманитарных и естественных наук*, 2(07), 11-18.



26. Каюмова, Г. М., & Мухторова, Ю. М. (2022). Пороговые значения антител к эстрадиолу, прогестерону и бензо [а] пирену как факторы риска преждевременного излития околоплодных вод при недоношенной беременности. *Scientific and innovative therapy. Научный журнал по научный и инновационный терапии*, 59-60.
27. Каюмова, Г. М., Мухторова, Ю. М., & Хамроев, Х. Н. (2022). Причина преждевременных родов. *Scientific and innovative therapy. Научный журнал по научный и инновационный терапии*, 57-58.
28. Sarkisova, L. V., & Kayumova, G. M. (2019). Exodus of premature birth. *Тиббиётда янги кун*, 1(25), 155-159.
29. Саркисова, Л. В., & Каюмова, Г. М. (2018). Перинатальный риск и исход преждевременных родов. *Проблемы медицины и биологии*, 169-175.
30. Каюмова, Г. М., Саркисова, Л. В., & Рахматуллаева, М. М. (2018). Особенности состояния плаценты при преждевременных родах. In *Республиканской научно практической конференции «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка, достижения и перспективы»* (pp. 57-59).
31. Каюмова, Г. М., Саркисова, Л. В., & Саъдуллаева, Л. Э. (2018). Показатели центральной гемодинамики и маточно-фетоплацентарного кровотока при недонашивании беременности. In *Республиканской научно практической конференции «Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка, достижения и перспективы»* (pp. 56-57).
32. Саркисова, Л., Каюмова, Г., & Рузиева, Д. (2019). Современные тренды преждевременных родов. *Журнал вестник врача*, 1(4), 110-114.
33. Каюмова, Г. М., & Ихтиярова, Г. А. (2021). Причина перинатальных потер при преждевременных родов у женщин с анемией. (2021). In *Материалы республиканской научно-практической онлайн конференции. «Актуальные проблемы современной медицины в условиях эпидемии»* (pp. 76-7).
34. Kayumova, G. M., Khamroev, X. N., & Ixtiyarova, G. A. (2021). Morphological features of placental changes in preterm labor. *Тиббиётда янги кун*, 3(35/1), 104-107.
35. Khamroyev XN, Q. G. (2021). Improving the results of treatment of choledocholithiasis in liver diseases.
36. Kayumova, G. M. (2023). TO DETERMINE THE FEATURES OF THE COURSE OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH PRENATAL RUPTURE OF AMNIOTIC FLUID. *AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI*, 2(11), 137-144.
37. Kayumova, G. M. (2023). To Determine the Features Of Pregnancy and Children During Antenature Ruption Of Ambient Fluid. *American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences (2993-2149)*, 1(9), 66-72.

38. Kayumova, G. M. (2023). Features of the Hormonal Background During Premature Relation of Amniotic Fluid. *American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences (2993-2149)*, 1(9), 73-79.
39. Kayumova, G. M. (2023). The Significance Of Anti-Esterogen And Progesterone Antibodies As A Risk Factor In Premature Rupture Of Amniotic Fluid. *American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences (2993-2149)*, 1(9), 58-65.
40. Каюмова, Г. М. (2024). ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ДОРОДОВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК. *Journal of new century innovations*, 46(1), 242-251.
41. Каюмова, Г. М. (2024). ОПРЕДЕЛИТЬ ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ. *ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ*, 38(6), 228-235.
42. Каюмова, Г. М. (2024). ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА МИКРОБИОТА ВЛАГАЛИЩА ПРИ АКТИВНО-ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД. *Journal of new century innovations*, 46(1), 231-241.
43. Каюмова, Г. М. (2024). ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБИОТА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД. *Journal of new century innovations*, 46(1), 213-221.
44. Каюмова, Г. М. (2024). ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ. *Journal of new century innovations*, 46(1), 222-230.
45. Kayumova, G. M. (2024). ANTIBACTERIAL THERAPY FOR PRETERMARY AND ANTENATURE RURUSION OF AMBITIONAL FLUID. *Journal of new century innovations*, 46(1), 252-262.
46. Уроков, Ш. Т., & Хамроев, Х. Н. (2019). Influe of diffusion diseases of the liver on the current and forecfst of obstructive jaundice. *Тиббиётда янги кун*, 1, 30.
47. TESHAEV, S. J., TUHSANOVA, N. E., & HAMRAEV, K. N. (2020). Influence of environmental factors on the morphometric parameters of the small intestine of rats in postnatal ontogenesis. *International Journal of Pharmaceutical Research (09752366)*, 12(3).
48. Хамроев, Х. Н. (2022). Toxic liver damage in acute phase of ethanol intoxication and its experimental correction with chelate zinc compound. *European journal of modern medicine and practice*, 2, 2.
49. Khamroev, B. S. (2022). RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH BLEEDING OF THE STOMACH AND 12 DUO FROM NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS-INDUCED OENP. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 1901-1910.

50. Nutfilloyevich, K. K. (2023). STUDY OF NORMAL MORPHOMETRIC PARAMETERS OF THE LIVER. *American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences* (2993-2149), 1(8), 302-305.
51. Nutfilloyevich, K. K. (2024). NORMAL MORPHOMETRIC PARAMETERS OF THE LIVER OF LABORATORY RATS. *ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ*, 36(3), 104-113.
52. Nutfilloyevich, K. K., & Akhrorovna, K. D. (2024). MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE LIVER IN NORMAL AND CHRONIC ALCOHOL POISONING. *ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ*, 36(3), 77-85.
53. Kayumova, G. M., & Namroyev, X. N. (2023). SIGNIFICANCE OF THE FEMOFOR TEST IN ASSESSING THE STATE OF VAGINAL MICROBIocenosis IN PRETERM VAGINAL DISCHARGE. *International Journal of Medical Sciences And Clinical Research*, 3(02), 58-63.
54. Хамроев, X. H., & Тухсанова, H. Э. (2022). НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ. *НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ Учредители: Бухарский государственный медицинский институт, ООО "Новый день в медицине"*, (1), 233-239.
55. Хамроев, X. H. (2024). Провести оценку морфологических изменений печени в норме и особенностей характера ее изменений при хронической алкогольной интоксикации. *ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ*, 36(3), 95-3.
56. Хамроев, X. H., & Тухсанова, H. Э. (2021). Characteristic of morphometric parameters of internal organs in experimental chronic alcoholism. *Тиббиётда янги кун*, 2, 34.
57. Хамроев, X. H., Хасанова, Д. А., Ганжиев, Ф. X., & Мусоев, Т. Я. (2023). Шошилинич тиббий ёрдам ташкил қилишининг долзарб муаммолари: Политравма ва ўткир юрак-қон томир касалликларига ёрдам кўрсатиш масалалари. *XVIII Республика илмий-амалий анжумани*, 12.
58. Хамроев, X. H., & Хасанова, Д. А. (2023). Жигар морфометрик кўрсаткичларининг меъёрда ва экспериментал сурункали алкоголизмда қиёсий таснифи. *Медицинский журнал Узбекистана | Medical journal of Uzbekistan*, 2.
59. Khamroyev, X. N. (2022). TOXIC LIVER DAMAGE IN ACUTE PHASE OF ETHANOL INTOXICATION AND ITS EXPERIMENTAL CORRECTION WITH CHELATE ZINC COMPOUND. *European Journal of Modern Medicine and Practice*, 2(2), 12-16.

60. Xamroyev, X. N. (2022). The morphofunctional changes in internal organs during alcohol intoxication. *EUROPEAN JOURNAL OF MODERN MEDICINE AND PRACTICE*, 2(2), 9-11.
61. Xamroyev, X. N. (2022). TOXIC LIVER DAMAGE IN ACUTE PHASE OF ETHANOL INTOXICATION AND ITS EXPERIMENTAL CORRECTION WITH CHELATE ZINC COMPOUND. *European Journal of Modern Medicine and Practice*, 2(2), 12-16.
62. Xamroyev, X. N. (2022). The morphofunctional changes in internal organs during alcohol intoxication. *EUROPEAN JOURNAL OF MODERN MEDICINE AND PRACTICE*, 2(2), 9-11.
63. Латипов, И. И., & Хамроев, Х. Н. (2023). Улучшение Результат Диагностики Ультразвуковой Допплерографии Синдрома Хронической Абдоминальной Ишемии. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(4), 522-525.
64. Хамроев, Х. Н., & Уроков, Ш. Т. (2019). ВЛИЯНИЕ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ НА ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ. *Новый день в медицине*, (3), 275-278.
65. Хамроев, Х. Н., & Ганжиев, Ф. Х. (2023). Динамика структурно-функциональных нарушение печени крыс при экспериментальном алгоколние циррозе. *Pr oblems of modern surgery*, 6.
66. Уроков, Ш. Т., & Хамроев, Х. Н. (2018). Клинико-диагностические аспекты механической желтухи, сочетающейся с хроническими диффузными заболеваниями печени (обзор литературы). *Достижения науки и образования*, (12 (34)), 56-64.
67. Nutfilloevich, N. K., & Akhrorovna, K. D. (2023). COMPARATIVE CLASSIFICATION OF LIVER MORPHOMETRIC PARAMETERS IN THE LIVER AND IN EXPERIMENTAL CHRONIC ALCOHOLISM. *International Journal of Cognitive Neuroscience and Psychology*, 1(1), 23-29.