

УРОГЕНИТАЛ ХЛАМИДИОЗНИНГ ЭРКАКЛАР БЕПУШТЛИГИДА ВА ЖИНСИЙ ҚУВВАТИНИНГ ПАСАЙИШИДАГИ РОЛИ

Ахмедов Шавкат Қурбоналиевич

Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети тери-таносил касалликлари
кафедраси ассистенти

Аннотация: Урогенитал хламидиозига хламидиялар сабаб бўлади. Улар майда грамм-манфий кокклар шаклида бўлиб, прокорриотларга хос бактерияларга ўхшаб кетади; морфологик ва биологик хоссалари жиҳатидан икки хил яшаш шаклига эга бўлиб, элементар ва унициал (ретикуляр) таначалар сифатида ифодаланади. Хламидиялар 48-72 соатлик ривожланиш босқичини босиб ўтиб, одатда ҳужайралар ичида ва ташқарисида яшашга мослашган. Уларда ҳам бактерияларга хос, ҳам вирусларга хос хусусиятларни кўришимиз мумкин. Яъни улар бактерияларга ўхшаб антибиотиклар таъсирида нобуд бўлиши мумкин, оддий озиқ муҳитларида эмас, балки махсус озиқ муҳитлардагина ўсиши уларни вирусларга хос хусусияти ҳисобланади.

Калит сўзлар: *C. Trachomatis*, элементар ва ретикуляр таначалар, уретрит, сурункали простатит, бепуштлик, жинсий заифлик, левофлоксацин.

Долзарблиги: Ҳар йили урогенитал хламидиоз билан ўртача 100 миллион киши касалланишади. Бу дунёдаги жинсий фаол бўлган эркак ва аёлларнинг 5-15 фоизи демакдир. Урогенитал хламидиозда касаллик клиник кўриниши бўйича 20 дан ортиқ синдромни кузатиш мумкин. Жумладан, гонококксиз ёки гонококкдан кейинги уретрит, эпидидимит, простатит; перигепатит, фарингеал инфекция, отит, вульвовагинит ва цервицит, сальпингит оқибатида бачодан найлари ўтказувчанлиги бузилиши ва ёпилиб қолиши, бепуштлик, абортлар, ҳомиланинг она қорнида касалликка чалиниши ва шу билан бирга неонатал ўлимга сабаб бўлиши кузатилади.

ХЛАМИДИЯЛАРНИНГ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Турлари	Сероварлар	Касалликлар
<i>Chlamydia trachomatis</i> (одам учун бирламчи патоген)	A, B, Ba, C, D, E, F, G, H, I, K L1, L2, L2a, L3	Трахома, паратрахома. Урогенитал хламидиоз, пневмония, венерик лимфогранулема

<i>Chlamydia psitaci</i> (хайвонлар, қушлар ва одам учун бирламчи патоген)	13	Орнитоз (пситтакоз), кератоконъюктивит, қўйларда бола ташлаш
<i>Chlamydia pneumonia</i> (одам учун бирламчи патоген)	TWAR, IOL-207, KA, CWL	Пневмония, атеросклероз, саркоидоз, астма, ЎРВИ,

Chlamydia trachomatis нинг ҳаёт цикли

1. Абсорбция ЭТ нинг сезгир ҳужайрага жойлашиши

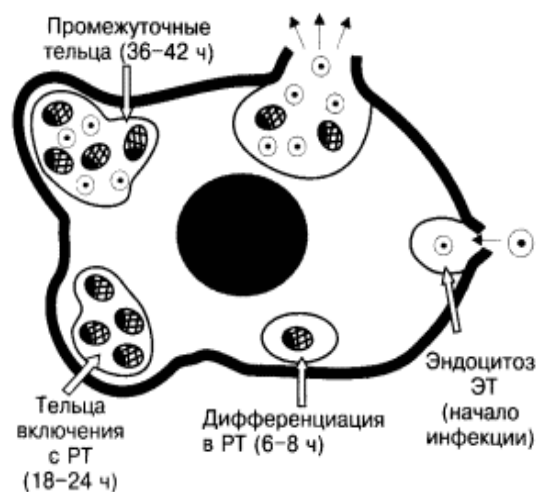
2. Кириш ЭТ ни эндоцитоз йўли б-н ҳужайрага кириши (7-10 с.).

3. Реорганизация ЭТ нинг РТ га айланиши (6-8 с.).

4. Бўлиниш РТ нинг бўлиниши (18-24 с.).

5. Етилиш РТ ўтиш шаклидан ЭТ га етилиши (36-42 с.).

6. Чиқиш ЭТ ни ҳужайрадан чиқиши ва ҳужайра нобуд бўлиши. Тўлиқ цикл – 48-72 соатни ташкил этади.



Хламидиялар шунингдек, атеросклероз, суяклар заифлашуви, қон томир касалликлари, ҳаттоки, қандли диабетнинг ривожланишига ҳам сабаб бўлади. Унинг кўрликка (трахома касаллигини ҳам чақириши оқибатида) олиб келган ҳолатлари ҳам қайд этилган. Хламидиоз мунтазам равишда иммун тизимини заифлаштириб, организмнинг ўз-ўзини ҳимоя қилиш кучидан маҳрум этади. Юқиш йўллари: жинсий алоқа ва бемор онадан ҳомилага. Урогенитал хламидиоз сперматозоидларнинг уруғлантириш қобилятининг бузилишига олиб келадиган омиллардан биридир. Тадқиқотлар урогенитал инфекциянинг деярли барча шаклларида левофлоксациннинг юқори терапевтик самарадорлигини тасдиқлайди. Шунинг таъкидлаш керакки, бутун дунёда ахолининг табиий ўсишининг паст суръатлари ҳатто яшаш сифати энг юқори бўлган мамлакатларда ҳам кузатилмоқда. Соф ижтимоий-иқтисодий сабабларга қўшимча равишда, демографик инкирозда, албатта, эркеклар ва аёлларнинг репродуктив саломатлиги муаммоси етакчи ўринни эгаллайди. Маълумки, эр-хотиннинг бепуштлиқ сабабларининг тахминан 40% эркек омили билан боғлиқ бўлса, шундан, эркекларнинг 70% да олигоастенотератозооспермия, 13% эса азоспермия ҳолатлари кузатилади. Репродуктив органлар патологияси ривожланишида муҳим ўринни уропатоген ва кенг доирадаги оппортунистик микроорганизмлар эгаллайди, шу жумладан жинсий

йўл билан юқадиган инфекцияларнинг (ЖАВЮИ) сийдик таносил аъзолари тизимидаги колонизацияси ҳам эякулятсида патологик ўзгаришларга олиб келади.

Эркаларнинг фертиллигининг пасайишига олиб келадиган яна бир муҳим омил - бу простатитдир. Маълумки, безнинг секретор функциясининг ўзгариши уруф суюклигининг миқдорий ва сифатий таркибининг бузилишига олиб келади ва микроорганизмлар ва уларнинг метаболит маҳсулотларининг токсик таъсири сперматогенезга зарарли таъсир кўрсатади. Сурункали простатит спермада КАФ (кислород радикалларининг актив формаси) ишлаб чиқаришнинг ўртача 8 марта ошишига олиб келиши хақида далиллар мавжуд. Хозирги кунда хламидиоз диагностикасида бир неча хил замонавий текшириш усуллари ишлаб чиқилган ва булар қўйидаги жадвалда келтириб ўтилган.

Усуллар	Мақсад	Ишлатиладиган тестлар
Бактериоскопик	Қўзғатувчининг морфологик структураларини аниқлаш	Романовский- Гимза, РИФ бўйича препаратларни бўйлаш
Бактериологик	Қўзғатувчини аниқлаш	Ҳужайра культураси; Товуқ эмбриони; Лаборатория ҳайвонлари
Серологик	Антиген ёки антилеони аниқлаш	РИФ, РИА, ИФА, РСК
Молекуляр-биологик	ДНК диагностикаси	ДНК-гибридизация, ДНК-зондлар, ПЦР

Хламидиозни даволашнинг бир неча хил усуллари мавжуд бўлиб, қўйида келтириладиган жадвалда жаҳоннинг ривожланган давлатлари тиббиёти томонидан ишлаб чиқилган схемалардан баъзилари акс эттирилган.

№	Препаратлар	Дозаланиши	Муддати
1	Доксициклин моногидрат	100 мг дан кунига 2 маҳал овқатдан сўнг	7-10 кун
2	Азитромицин	1,0 грамм овқатдан олдин	1 марта

3	Джозамицин	500 мг дан кунига 2 маҳал овқатдан олдин	7 кун
4	Левифлоксацин	500 мг дан кунига 1 маҳал овқатдан олдин	7 кун
5	Офлоксацин	400 мг дан кунига 2 маҳал овқатдан сўнг	7 кун

Хламидиозга чалинган ҳомиладор аёлларни даволаш

ЖССТ тавсияси	АҚШ тавсияси	ЕВРОПА тавсияси
Азитромицин 1,0 овқатдан олдин 1 марта	Азитромицин 1,0 овқатдан олдин 1 марта	Азитромицин 1,0 овқатдан олдин 1 марта
Амоксициллин 500 мг кунига 3 маҳал овқатдан сўнг 7 кун	Эритромицин 500 мг дан кунига 4 маҳал овқатдан олдин 7 кун	Кларитромицин 250 мг кунига 2 маҳал овқатдан сўнг 7 кун
Джозамицин 500 мг дан кунига 3 маҳал овқатдан олдин 7 кун		

Тадқиқот мақсади: Урогенитал хламидиоз билан бирга келган сурункали бактериал простатит (СБП) ва сурункали простатитни (СП) даволашда тижорий номи леворекс бўлган 3-авлод фторхинолон левофлоксациннинг самарадорлиги ва хавфсизлигини ўрганиш ҳисобланади.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Кузатувимиз остида 30 ёшдан 50 ёшгача бўлган 48 нафар эркак олинган бўлиб, беморлар 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ (14 киши) - сурункали простатитнинг қўзиши ҳисобига простатитнинг характерли клиник кўринишлари билан мурожаат қилганлар эркаклар; Ушбу гуруҳда келтирилган беморлар анамнездан аниқланишича охириги 8 йил мобайнида сурункали простатитнинг бир неча хил кўринишдаги симптомлари билан безовта бўлиб келишганликлари маълум бўлди. Жумладан, беморларнинг деярли барчасида сийишининг бузилиши, сийгандан сўнг сийдик каналдан сийдикнинг томчилаб қолиши, киндикдан пастки соҳаларда ўтмас оғриқ, 5 нафар эркакда эса бел-думғаза соҳаларида ушлаб қолувчи оғриқ каби симптомлар кузатилиб келган. Шунингдек, қолган 9 нафар беморларда юқорида кўрсатиб ўтилган симптомлардан ташқари жинсий аъзолар соҳасида доимий совуқ сезиш ва кўп терлаш, умумий дармонсизлик, жаҳлдорлик ва жинсий қоблятининг ҳам сусайиши каби патологик симптомлар безовта қилиб келган. 2-гуруҳ (34 киши) - оилада хомиладорликни режалаштиришдан олдин текшириш учун мурожаат қилган эркакларда ҳам

сийишининг бузилиши, сийгандан сўнг сийдик каналдан сийдикнинг томчилаб қолиши, киндикдан пастки соҳаларда ўтмас оғриқ, 8 нафар эркақда эса бел-думғаза соҳаларида ушлаб қолувчи оғриқ каби симптомлар кузатилиб келган. Кузатувимиз остидаги беморларнинг (42 нафар) барчасига стандарт андрологик, клиник ва лаборатория текширувлардан сўнг яъни: сийдик йўлидан келаётган ажралма, простата беzi секретини ва сперманинг микроскопик ҳамда бактериоскопик текширишлари натижасида қуйидагича ташхис қўйилди: 1-гурухдаги 14 нафар беморга сурункали бектериал простатит ташхиси қўйилди. 2-гурухдаги 34 нафар эркақдан 28 нафар эркақларда (4-категорияли) сурункали простатит ташхиси қўйилди яна 6 нафар беморларга хламидия инфекцияси билан ассоцирланган сурункали простатит ташхиси қўйилди. Охирида кўрсатиб ўтилган 6 нафар эркақда юқоридаги беморларда аниқланган сурункали простатига хос бўлгани умумий белигилардан ташқари сийдик каналдан шилимшиқ ажралма келиб туриши, уретра лабларининг эрталабалари бир-бирига бироз ёпишиб қолиши, баъзан бўғимларда оғриқлар безовта қилиб келган. Шу билан бирга 2-гурухдаги беморларда сурункали простатит ва бактериоспермия фониди нормал спермограмма параметрларининг турли хил кўринишдаги бузилишлари (астенозооспермия, астенотератозооспермия, спермаглютинация, лейкоспермия) қайд этилди. Юқорида кўрсатиб ўтилган беморларнинг ҳаммаси шу пайтгача бир неча марталаб уролог, венеролог, андролог врачлар қабулида бўлишган, уретдан суртма, сийдик таҳлили, простата беzi соки анализлари ва УЗИ диагностикаси хулосаларига кўра уларнинг тавсиясига биноан даво курсларини ҳам олишган. Даволаниш вақтида ва ундан сўнг беморлар умумий аҳволида бирмунча енгиллик сезишган бўлсада, аммо орадан кўп вақт ўтмасдан касаллик белгилари яна безовта қила бошлаган.

Барча беморларда бактериоскопик текширув вақтида аниқланган патогенлар микроорганизмлар Леворексга сезгир эди. Препарат 250, 500 ва 750 мг дан уч хил дозада чиқарилади. Левофлоксацин фаол модда сифатида офлоксациннинг чапга айланувчи изомерини сақловчи кенг таъсир доирасига эга фторхинолонлар гуруҳи антибиотигидир. Бактериялардаги ДНК гираза (топоизомераза II) ва топоизомераза IV ни блоклайди ва ДНК суперспирализациясини ва узилишларини бузади. Оқибатда уларда ДНК синтезини бостиради, цитоплазмада, хужайра деворида ва мембраналарда чуқур морфологик ўзгаришларни чақиради. Микроорганизмларнинг кўпчилик штаммларига нисбатан *in vitro* шароитида ҳам, *in vivo* шароитида ҳам самарали. Сурункали бектериал простатит билан оғриган беморлар 20 кун давомидида кунига бир марталик 500 мг дозада леворекс тавсия этилди ; оилада хомиладорлик режалаштирилган фертиллиги бузилган ва сурункали простатитнинг 4-категорияси билан касалланган ҳамда хламидия билан ассоцирланган сурункали простатити бор эркақларда даволаниш муддати 10 кунни ташкил этди, препарат кунига 1 марта 500 мг дозада буюрилди.

Асосий препарат Левофлоксацин терапиясидан ташкари, барча эркаклар бир вақтнинг ўзида физиотерапевтик муолажалар, инфекцияни организмдан тезроқ элиминация қилишга эришиш учун иммуномодуляция қилувчи ректал свеча (полиоксидоний), витаминотерапия ҳамда седатив муолажалар ҳам тавсия этилди. Левофлоксациннинг самарадорлиги сурункали бактериал простатит билан оғриган беморларда даволанишидан сўнг 14-21 кундан кейин ва сурункали простатитнинг 4-категорияси ташхиси қўйилган ҳамда хламидиоз билан қўшилиб келган сурункали простатити бор беморларда 28-35 кундан кейин бахоланди. Бахолаш простата беши секретини ва эякулятни микроскопик ва бактериоскопик текшириш маълумотларига асосланиб олиб борилган бўлса, 2-гuruh эркакларда спермограмма ва *S. Trachomatis* ҳам назоратга олинди.

Натижалар: Микробиологик даволаниш барча ҳолатларда кайд этилди. Жумладан, простата беши секретини ва эякулятдаги лейкоцитлар сони мўтадил кўрсаткичларга етди. Шу билан бирга, сурункали бактериал простатит билан оғриган 14 нафар беморларда простатит белгилари деярли тўлиқ бартараф этилди, сурункали простатитнинг асимптоматик шакли ва у билан бирга келадиган патоспермия ҳолати бўлган эркакларда эякулят кўрсаткичлари нормал кўрсаткичларга яқинлашди” - *S. Trachomatis* эса текширувларда қайта аниқланмади.

Хулосалар: Олиб борилган тадқиқотимиздан қуйидаги хулосалар чиқрашимиз мумкин. Левофлоксацин урогенитал инфекциянинг деярли барча шакларини даволашда юқори терапевтик самарадорлигини кўрсатади. Бу препаратнинг простата беши тўкималарига кириб бориши учун ажойиб хусусиятга эга эканлиги ҳамда Левофлоксациндан фойдаланишнинг ҳам қулайлиги яъни (қунига 1-2 марта), уни сурункали бактериал простатит билан оғриган беморларни даволашда юқори самарали антибактериал воситалардан бири сифатида тавсия қилиш имконини беради. Шунингдек, хламидия инфекцияси билан боғлиқ сурункали простатитда ҳам юқори самаралидир ва деярли ҳеч қандай жиддий ножўя таъсирга ҳам эга эмас.

АДАБИЁТАЛАР:

1. Ахмедов, Ш. К., Эшбаев, Э. Х., & Орипов, Р. А. (2012). СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КЛИНИКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕГОНОКОККОВЫХ УРЕТРИТОВ. *Академический журнал Западной Сибири*, (4), 25-25.

2. Kurbonalievich, A. S., Mardonovich, N. R., Muxammadievich, X. M., Anvarovich, O. R., Negmatovich, T. N., & Usmonovna, B. M. (2021). Experience of the Combination of Tiflox and Immunomax in the Treatment of Trichomoniasis Combined with a Bacterial Process. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 25(3), 2376-2380.

3. Ахмедов, Ш. К., Баратова, М. Р., Орипов, Р. А., Саламова, Л. А., & Исламов, Н. Х. (2020). ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ И

ИММУНОСТИМУЛЯТОРОВ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ. *Достижения науки и образования*, (1), 111-114.

4. Орипов, Р. А., & Ахмедов, Ш. К. (2012). Комплексный метод лечения кандидоза полости рта. *Тюменский медицинский журнал*, (2), 59-59.

5. Ахмедов, Ш. К., Абдуллаев, Д. М., Камалов, И. Ш., Эрназаров, С. М., & Сулаймонов, А. Л. (2015). ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ ВТОРИЧНОЙ ДЕПИГМЕНТАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСОРИАЗА. *Академический журнал Западной Сибири*, 11(1), 57-57.

6. Ахмедов, Ш. К., Абдиев, З. М., & Абдамитов, О. Р. (2013). Роль дисбактериоза кишечника при развитии атопического дерматита у детей. *Академический журнал Западной Сибири*, 9(3), 12-12.

7. Орипов, Р. А., Абдурахмонов, И. Р., Ахмедов, Ш. К., & Тураев, Х. Н. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОДЕРМИТА. *Сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума*, 98.

8. Ахмедов, Ш. К., Орипов, Р. А., Нуруллаева, А. А., & Рахматова, А. Х. (2019). СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЮ ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА. In *Актуальные тренды и перспективы развития науки, техники, технологий* (pp. 64-68).

9. Ахмедов, Ш. К., Купадзе, Р. В., & Камолов, И. Ш. (2013). Микро-и макроэлементный статус крови у больных при алопеции. *Академический журнал Западной Сибири*, 9(3), 102-103.

10. Ахмедов, Ш. К., Баратова, М. Р., Орипов, Р. А., Саламова, Л. А., & Исламов, Н. Х. (2020). Эффективность влияния антиоксидантов и иммуностимуляторов на иммунологический статус больных сифилисом. *Достижения науки и образования*, (1 (55)), 111-114.

11. Ахмедов, Ш. К., Тураев, Х. Н., Абдурахмонов, И. Р., & Орипов, Р. А. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ПРОДУКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ. *Сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума*, 93.

12. Ахмедов, Ш. К., Орипов, Р. А., Рахматова, А. Х., & Нуруллаева, А. А. (2019). СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА, КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ В ВЫБОРЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ И ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ. *www.issledo.ru Редакционная коллегия*, 68.

13. Ахмедов, Ш. К., Камалов, И. Ш., Рустамов, А. У., Эрназаров, С. М., & Солиев, К. А. (2015). ПОЭТАПНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫХ ЛУЧЕЙ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ЛЕТНЕГО ТИПА ПСОРИАЗА. *Академический журнал Западной Сибири*, 11(1), 55-56.

14. Купадзе, Р. В., Ахмедов, Ш. К., Камолов, И. Ш., & Лим, М. (2013). Клинико-иммунологический статус больных ранними формами сифилиса. *Академический журнал Западной Сибири*, 9(3), 104-106.

15. Ахмедов, Ш. К., Абдуллаев, Д. М., Камалов, И. Ш., Эрназаров, С. М., & Абдуллаев, Х. Д. (2015). ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИЗОТРЕТИНОИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ. *Академический журнал Западной Сибири*, 11(1), 56-56.

16. Ахмедов, Ш. К., & Орипов, Р. А. (2012). Применение мирамистина при урогенитальном хламидиозе. *Тюменский медицинский журнал*, (2), 49-49.

17. Ахмедов, Ш. К., & Орипов, Р. А. (2012). Применение мирамистина при урогенитальном хламидиозе. *Тюменский медицинский журнал*, (2), 49.

18. Ахмедов, Ш. К., & Орипов, Р. А. (2012). Новый подход в лечение урогенитального трихомониаза в сочетании с бактериальным процессом. *Академический журнал Западной Сибири*, (4), 23-24.

19. Ахмедов, Ш. К., & Орипов, Р. А. (2012). Анаферон при лечении генитального герпеса. *Тюменский медицинский журнал*, (2), 49-50.

20. Ахмедов, Ш. К., & Орипов, Р. А. (2012). Анаферон при лечении генитального герпеса. *Тюменский медицинский журнал*, (2), 49-50.

21. Ахмедов, Ш. К., Купадзе, Р. В., Камалов, И. Ш., Абдиев, З. М., & Солиев, К. А. (2014). Негонококковые уретриты. *Академический журнал Западной Сибири*, 10(3), 39-40.

22. Ахмедов, Ш. К., Купадзе, Р. В., Камалов, И. Ш., Абдамитов, О. Р., & Рисмурадов, Ж. М. (2014). Новое направление в клиникоиммунологическом статусе больных ранними формами сифилиса. *Академический журнал Западной Сибири*, 10(3), 78-80.

23. Ахмедов, Ш. К., Эшбаев, Э. Х., & Орипов, Р. А. (2012). ОСОБЕННОСТИ ИММУНОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТРИХОМОНИАЗЕ. *Академический журнал Западной Сибири*, (4), 24-25.

24. Ахмедов, Ш. К., & Орипов, Р. А. (2012). Урогенитальный трихомониаз. *Тюменский медицинский журнал*, (2), 50.

25. Ахмедов, Ш. К., & Орипов, Р. А. (2012). Урогенитальный трихомониаз. *Тюменский медицинский журнал*, (2), 50-50.

26. Ахмедов, Ш. К., Орипов, Р. А., Самандаров, Н. В., & Мамадиева, Н. Ф. ВНИМАТЕЛЬНОЕ ОТНОШЕНИЕ К АНАМНЕЗУ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ—ОДИН ИЗ ВАЖНЫХ ФАКТОРОВ ПРОДУКТИВНОЙ ТЕРАПИИ.

27. Ахмедов, Ш. (2022). САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ТРИХОФИТИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ. *Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences*, 2(12), 260-273.

28. Kurbanalievich, A. S. (2022). GONOREYANI KOMPLEKS DAVOLASH SAMARADORLIGINI ISHLAB CHIQISH VA BAHOLASH. *BARQARORLIK VA YETAKCHI TADQIQOTLAR ONLAYN ILMIIY JURNALI*, 437-440.

