



Samarqand

2020, №2 (94)

ISSN 2181-466X

*Doktor
Axborotnomasi*





Учредитель:
САМАРКАНДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ДОКТОР АХБОРОТНОМАСИ
ВЕСТНИК ВРАЧА
DOCTOR'S HERALD

Журнал входит в перечень научных журналов
и изданий, рекомендованных ВАК при
Кабинете Министров Республики Узбекистан
при защите докторских диссертаций

UCH OYLIK

ILMIY-AMALIY JURNAL

1997 yilda t.f.d. J. A. Ahtamov
tomonidan tashkil etilgan

**ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

Основан в 1997 году
д.м.н. Дж. А. Ахтамовым

**QUARTERLY SCIENTIFIC
AND PRACTICAL JOURNAL**

Founded in 1997
by ph.d. J. A. Akhtamov

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100, г.Самарканд,
ул.Амира Темура, 18.
Тел.: +998 97 9291009

e-mail: vestnikvracha.vv@gmail.com

Дополнительная информация:
vestnikvracha.uz

Журнал перерегистрирован в
Самаркандском областном
управлении печати и информации
01 июля 2016 года
(регистрационный № 09-35).

Сдано в набор 23.06.2020.

Подписано в печать 30.06.2020.

Формат А 4. Гарнитура Times New Roman.

Объем 23,75 усл. п.л. Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии СамГосМИ.

Заказ № 41 (от 25.06.2020).

№ 2 (94)
2020 yil

<http://doi.org/10.38095/2181-466X-2020942>

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор:

Ж. А. Ризаев

Зам. главного редактора:

Б. Б. Негмаджанов

Ответственный секретарь:

В. О. Ким

А.А. Абдукадыров, Т.У. Арипова,
Ю.М. Ахмедов, Ш.Х. Зиядуллаев,
Ш.Б. Иргашев, З.Б. Курбаниязов,
Г.У. Лутфуллаев, Р.Ю. Рузибаев,
А.М. Хайдаров, Г.А. Хакимов,
Н.М. Шавази, А.М. Шамсиев,
Р.Х. Шарипов, К.Э. Шомуродов,
А.А. Юсупов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

А.А. Абдусаломов, Л.М. Абдуллаева,
Л.Р. Агабабян, А.А. Ахмедов,
Ж.А. Атакулов, А.Т. Джурабекова,
З.С. Камалов, В.И. Лим,
С.Э. Мамараджабов, С.Н. Пардаев,
А.В. Полевщиков, Г.У. Самиева,
А.Т. Сафаров, Э.С. Тоиров,
Х.Т. Хамраев, Т.Р. Хегай,
А.Ш. Шодиев, Н.А. Ярмухамедова

- Х. Э. Карабаев, М. Т. Насретдинова, О. Р. Набиев*
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА 42 *H. E. Karabaev, M. T. Nasretdinova, O. R. Nabiev*
DIAGNOSTICS OPTIMIZATION OF THE MENIER'S DISEASE INITIAL FORMS
- Н. Н. Каримова, О. Й. Поянов, Ф. К. Ахмедов, Н. Зокирова*
НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ МАССИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РОДАХ 47 *N. N. Karimova, O. Y. Poyanov, F. K. Akhmedov, N. Zokirova*
SOME BIOCHEMICAL MECHANISMS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN WOMEN WHO HAVE UNDERGONE MASSIVE BLEEDING DURING CHILDBIRTH
- Н. Т. Маматова*
СИЛНИНГ ОҒИР ВА СУРУНҚАЛИ ШАҚЛЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРГА ПАЛЛИАТИВ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШНИНГ АҲАМИЯТИ 52 *N. T. Mamatova*
THE IMPORTANCE OF PALLIATIVE MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH SEVERE AND CHRONIC FORMS OF TUBERCULOSIS
- Э. В. Мурадова, Г. Н. Худаярова*
ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБОЛОЧЕК ЭХИНОКОККА И МЕСТНАЯ ТКАНЕВАЯ РЕАКЦИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНИЗМА-НОСИТЕЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ И ИНФИЦИРОВАНИЯ В ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ 56 *E. V. Muradova, G. N. Khudayarova*
HISTOLOGICAL STUDIES OF ECHINOCOCCAL MEMBRANES AND LOCAL REACTION OF TISSUE FROM THE HOST ORGANISM, DEPENDING ON THE PRESENCE OF PATHOGENIC MICROFLORA AND INFECTION IN ECHINOCOCCAL CYSTS
- У. Ю. Мусаев*
МАСТЕР-КЛАСС С ТРЕНИНГОМ В СТОМАТОЛОГИИ, КАК СУЩЕСТВЕННОЕ ЗВЕНО ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ИНТЕРАКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ 61 *U. Yu. Musaev*
MASTER-CLASS WITH TRAINING IN DENTISTRY, AS AN ESSENTIAL LINK IN INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF INTERACTIVE LEARNING IN POSTGRADUATE EDUCATION
- Р. О. Мухамадиев*
КРИСТАЛЛОГРАФИЯ СЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С ГЛАУКОМОЙ 66 *R. O. Mukhamadiev*
CRYSTALLOGRAPHY OF TIRES IN PATIENTS WITH GLAUCOMA
- М. Т. Насретдинова, А. А. Хайитов*
НАША ТАКТИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАЙМОРОВЫХ ПАЗУХ 71 *M. T. Nasretdinova, A. A. Xayitov*
OUR TACTICS FOR SURGICAL TREATMENT OF CYSTOSIS SINUSITIS
- М. Т. Насретдинова, А. Э. Шадиев*
ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ 75 *M. T. Nasretdinova, A. E. Shadiev*
CHANGES IN BLOOD COUNTS IN PATIENTS WITH CHRONIC ATROPHIC RHINITIS
- Ж. А. Ризаев, А. М. Мамадийоров*
ШИФОХОНАЛАРДА ТИББИЙ СУҒУРТА ХИЗМАТИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ НАТИЖАЛАРИ 79 *J. A. Rizaev, A. M. Mamadiyorov*
SERVICE PERFORMANCE RESULTS OF HEALTHCARE INSURANCE IN HOSPITALS
- М. Ж. Саноева*
МИГРЕННИНГ АСОРАТЛАРИДА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИК КЎРСАТКИЧЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИНИ АНАЛИТИК ТАҲЛИЛИ 83 *M. Zh. Sanoeva*
MODERN ASPECTS OF ELECTROENCEPHALOGRAPHIC CORRELATES OF SOME COMPLICATED FORMS OF MIGRAINE
- Л. В. Саркисова*
ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПОСРЕДСТВОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦИТОКИНОВ 88 *L. V. Sarkisova*
PROPHYLAXIS OF PREMATURE BIRTHS BY CYTOKINES IDENTIFICATION

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА**Х. Э. Карабаев, М. Т. Насретдинова, О. Р. Набиев**Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Ташкент,
Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан**Ключевые слова:** Болезнь Меньера, гидропс, вестибулярные реакции, нистагм.**Таянч сўзлар:** Меньер касаллиги, гидропс, вестибуляр реакциялар, нистагм.**Key words:** Meniere's disease, hydrops, vestibular reactions, nystagmus.

Течение болезни Меньера наблюдается у каждого второго больного и даже чаще. Несмотря на высокую частоту моносимптомного развития заболевания, многие авторы рассматривали это как атипичное течение болезни Меньера и даже выделяли кохлеарную и вестибулярную ее формы. Убедительных аргументов в пользу такой точки зрения, по нашему мнению, не приводится. Было обследовано 52 человека, которые подверглись оториноларингологическому осмотру, подробному аудиометрическому и вестибулометрическому обследованию. В каждой из рассмотренных групп больных снижение возбудимости на стороне поражения было наиболее типичной реакцией вестибулярной системы на гидропс лабиринта.

**МЕНЬЕР КАСАЛЛИГИНИНГ БОШЛАНҒИЧ ФОРМАЛАРНИ
ДИАГНОСТИКАСИНИ ТАККОМИЛАШТИРИШ****Х. Э. Карабаев, М. Т. Насретдинова, О. Р. Набиев**Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент,
Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Меньер касаллиги ҳар бир иккинчи беморда ва ҳатто ундан ҳам зиёд кузатилади. Касалликнинг моносимптоматик ривожланишининг юқори частотасига қарамадан, кўплаб муаллифлар буни Меньер касаллигининг атипик йўналиши деб ҳисоблашган ва ҳатто Кохлеар ва вестибуляр шакллари ажратиб туришган. Бизнинг фикримизча, бундай нуқтаи назарни қўллаб-қувватловчи ишончли далиллар келтирилмаган. Оториноларингологик, батафсил аудиометрик ва вестибулометрик текширувдан ўтган 52 киши текширилди. Беморларнинг ҳар бир гуруҳида зарарланган томонида қўзғалувчанликнинг пасайиши вестибуляр тизимнинг лабиринт гидропсларига энг типик реаксияси деб аниқланди.

DIAGNOSTICS OPTIMIZATION OF THE MENIER'S DISEASE INITIAL FORMS**H. E. Karabaev, M. T. Nasretdinova, O. R. Nabiev**Tashkent pediatric medical institute, Tashkent,
Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The course of Meniere's disease is observed in every second patient and even more often. Despite the high frequency of monosymptomatic development of the disease, many authors regarded this as an atypical course of Meniere's disease and even distinguished its cochlear and vestibular forms. In our opinion, no convincing arguments in favor of this point of view are given. 52 people were examined who underwent otorhinolaryngological examination, detailed audiometric and vestibulometric examination. In each of the examined groups of patients, a decrease in excitability on the side of the lesion was the most typical reaction of the vestibular system to the hydrops of the labyrinth.

Актуальность. Диагноз болезни Меньера, как правило, основывается на выявлении известной триады симптомов. Однако у многих больных патологический процесс во внутреннем ухе в начальном периоде не всегда проявляется развернутой клинической картиной [1,2]. Заболевание чаще начинается шумом в ухе и снижением слуха, реже на первое место выступают вестибулярные расстройства. Нередко проходят годы, прежде чем патологический процесс примет законченную клиническую форму и можно будет диагностировать заболевание. Данные литературы позволяют считать, что такое течение болезни Меньера наблюдается у каждого второго больного и даже чаще. Несмотря на высокую частоту моносимптомного развития заболевания, многие авторы рассматривали это как атипичное течение болезни Меньера и даже выделяли кохлеарную и вестибулярную ее формы. Убедительных аргументов в пользу такой точки зрения, по нашему мнению, не приводится [3]. Естественным было бы выяснение вопроса о том, не является ли моносимптомное начало заболевания более частым и типичным выражением его ранней формы, а развитие заболевания с приступа, включающего всю триаду симптомов, более редким и менее типичным.

В связи с этим мы проанализировали длительность периода, проходящего с момента появления первых симптомов заболевания до установления диагноза, и попытались выяснить не имеют ли первые симптомы каких-либо черт, которые позволили бы диагностировать заболевание в самом раннем периоде. Это представляется важным в первую очередь потому, что рано начатое лечение может предупредить нарастающее ухудшение слуха, которое к моменту установления диагноза у большинства больных достигает степени выраженной тугоухости [4,6].

Многие авторы ссылаются на эксперимент с гидропсом лабиринта, который поддерживался от 6 недели до 4 месяцев и не вызывал необратимых изменений в клетках внутреннего уха. Это убедительно подтверждает необходимость раннего лечения, последнее может обеспечить восстановление функции внутреннего уха и в то же время предотвратить вовлечение в процесс второго уха, которое в течение 5 лет поражается у 33 % больных.

Приведенные данные указывают на то, что рано начатое лечение может предотвратить переход заболевания в необратимую стадию, проявляющуюся постоянным головокружением и прогрессирующим снижением слуха [2,5].

Целью исследования явилось ранее выявление начальных форм болезни Меньера.

Методы исследования. Нами было обследовано 52 больных с болезнью Меньера в период с 2012-2018 года, обратившихся амбулаторно в клинику №1 Самаркандского медицинского института. Среди них было 18 мужчин, 34 женщины в возрасте от 18 до 54 лет. Средний возраст мужчин 38 лет, средний возраст женщин 36 лет. Все больные подверглись оториноларингологическому осмотру, подробному аудиометрическому и вестибулометрическому обследованию. Было выяснено, что у 20 (38,4%) больных заболевание проявлялось только симптомами нарушения слуха – шумом в ухе, снижением слуха, у 22 (42,3%) больных – только нарушениями вестибулярной функции: приступообразным головокружением, изменением вестибулярной возбудимости и у 10 (19,3%) больных – периферическим кохлеовестибулярным синдромом, из них только у 3 больных – классической Меньеровской триадой.

Из приведенных выше данных видно, что у 42 (80,7%) больных патологический процесс в раннем периоде был четко ограничен в одной из двух частей внутреннего уха – кохлеарной или вестибулярной. Оказалось, что у 49 из 52 обследованных больных в начальном периоде болезнь проявилась или моносимптомно, или таким сочетанием двух симптомов, которое не позволяло диагностировать заболевание.

После выяснения перечисленных выше фактов представлялось важным установить, какой период проходит с момента появления первых симптомов до полного развития клинической картины и уточнения диагноза [3]. Анализ этих данных показал, что в начале первого года, т.е. в сравнительно раннем периоде, болезнь Меньера была диагностирована у 13 больных; у 39 больных, более чем у 2/3 больных, для развития полной клинической картины и уточнения диагноза потребовалось от 2 до 10 лет и более. Все это время в связи с неустановленным диагнозом больным не проводилась рациональная терапия. Приведенные данные позволяют заключить, что ранний диагноз болезни Меньера представляет важную задачу, решение которой может способствовать существенному улучшению результатов лечения.

Результаты исследования. Рассмотрим теперь основные данные о состоянии слуховой и вестибулярной систем у наших больных.

У 13 больных с длительностью заболевания до 1 года (1-я группа) среднее снижение слуха составило 37 дБ. При этом у 4 больных слух в зоне речевых частот не был нарушен, у 4 больных снижение слуха не превышало 30 дБ, т. е. приблизительно у 2/3 больных первые атаки не привели к тяжелому нарушению слуховой функции. Почти у 1/3 больных 1-й группы регистрировалась выраженная тугоухость, функция громкости, определявшаяся по дифференциальному порогу силы звука и SiSi-тесту, оказалась нарушенной у 9 (69 %) больных, 4 (31%) больных ФУНГ отсутствовал. Шум в ухе, усиливавшийся на высоте приступа, от-

мечен у 6 больных 1-й группы.

У 32 больных (2-я группа) с продолжительностью заболевания от 1 года до 8 лет среднее снижение слуха составило 58 дБ. Только у 1 больного слух не был нарушен в зоне речевых частот, в этом случае ФУНГ отсутствовал. У 4 больных ФУНГ не определялся из-за глухоты. У 27 (84,4%) больных выявлен ФУНГ, у 26 больных зарегистрирован односторонний шум в ухе.

У 7 больных (3-я группа) с продолжительностью заболевания до 10 лет и более среднее снижение слуха составило 64 дБ. У 5 (71,4%) больных определялся ФУНГ, у 2 выявлена односторонняя глухота. У 7 больных был односторонний шум в ухе.

Установлена определенная зависимость между степенью снижения слуха и продолжительностью заболевания. Функция слышимости меньше всего пострадала у больных 1-й группы, у 1/2 этих же больных ФУНГ не определялся, что существенно затруднило ранний диагноз заболевания. Во 2-й и 3-й группах ФУНГ был выявлен у 82% больных. Следует отметить, что в группу больных с отсутствием ФУНГ мы включили 6 человек с односторонней глухотой, так как выявление односторонней глухоты не облегчает задачу топического диагноза. Таким образом, в раннем периоде заболевания почти у 11 больных и при длительном течении у 15 больных отсутствовал один из основных признаков поражения кохлеарного рецептора.

Спонтанный нистагм зарегистрирован у 14 (26%) из 52 обследованных. Сравнительно невысокая частота выявления спонтанного нистагма, очевидно, обусловлена тем, что почти все больные наблюдались в межприступном периоде. В 1-й группе больных он был отмечен у 1-го больного, во 2-й – реже, в 3-й – у половины больных. Существенной зависимости между продолжительностью заболевания и частотой спонтанного нистагма нами не установлено. Очевидно, отсутствие спонтанного нистагма не исключает болезнь Меньера, а выявление его имеет относительное диагностическое значение.

Из 52 больных вестибулярная возбудимость на стороне процесса оказалась сниженной у 49 (94,2%), повышенной у 2, нормальной у 1. В каждой из рассмотренных групп больных снижение возбудимости на стороне поражения было наиболее типичной реакцией вестибулярной системы на гидропс лабиринта. Однако диагностическое значение этого симптома весьма относительно, так как он неспецифичен и наблюдается при многих процессах. При определении феномена ускоренного нарастания вестибулярной возбудимости (ФУНВВ) выявлены следующие данные. Положительный ФУНВВ зарегистрирован у 49 (94%) больных. В 1-й группе он наблюдался у 12 больных и отсутствовал у 1, во 2-й и 3-й группах наблюдался у 37 больных и отсутствовал у 2.

Таким образом, ФУНВВ был выявлен почти у всех больных независимо от продолжительности заболевания. Этот феномен, по нашим данным, появляется в самом раннем периоде и все время сопровождает патологический процесс.

Приводим наблюдение раннего диагноза болезни Меньера.

Больной Е., 26 лет, обратился 17/II 2017 г. с жалобами на шум в левом ухе, головокружение в виде приступов с тошнотой и рвотой. Заболевание началось с шума в ухе, затем через 3 мес присоединилось головокружение. Эндоскопически ЛОР-органы не изменены, на рентгенограммах шейного отдела позвоночника и краниограммах патологии не обнаружено. Кровь и моча без особенностей. Слух не нарушен, ФУНГ не выявлен. При исследовании вестибулярной функции установлено снижение вестибулярной возбудимости ФУНВВ. Это, а также приступообразное головокружение с выраженной вегетативной реакцией позволили нам диагностировать болезнь Меньера. Рекомендованный курс лечения больной не выполнил. Приступы нарастающей интенсивности продолжались. При повторном обследовании через год снижение слуха в зоне речевых частот достигло 52 дБ. Выявлен ФУНГ.

В этом наблюдении диагноз болезни Меньера основывался на выявлении ФУНВВ. Необходимо отметить, что снижение слуха и ФУНГ в этот период еще не наблюдались, через непродолжительное время процесс приобрел развернутую клиническую форму болезни

Меньера. В результате сопоставления субъективных ощущений с результатами исследования слуховой и вестибулярной функций у больных в раннем периоде болезни Меньера (1-я группа) было выявлено, что у 8 из 13 больных заболевание началось моносимптомно, у 5 проявилось симптомами поражения слухового и вестибулярного отделов лабиринта. К моменту установления диагноза у 2 больных заболевание проявилось кохлеовестибулярным синдромом. Необходимо подчеркнуть, что среднее снижение слуха у больных с развернутой клинической картиной было выражено значительно, в 8 случаях наблюдался ФУНГ, у всех больных вестибулярная возбудимость на стороне процесса была сниженной и в 12 случаях ФУНВВ оказался положительным.

Таким образом, у 7 больных в раннем периоде заболевания, несмотря на ранние сроки и нечеткость клинической картины, диагноз не представлял значительных трудностей. У других больных к моменту обращения моносимптомно заболевание субъективно продолжало оставаться только приступами головокружения. На основании классических принципов в этих случаях поставить диагноз болезни Меньера было бы невозможно. По данным клинического обследования этих больных у 5 из них слух в зоне речевых частот оставался нормальным, у 1 повышение порогов слуха достигало 20 дБ, т. е. тональный слух был нарушен минимально. Положительный ФУНГ был выявлен только в 3 случаях. У всех 6 больных отмечено снижение вестибулярной возбудимости на стороне процесса. Окончательный диагноз в этих 6 случаях мог быть поставлен тогда, когда заболевание приобрело бы все характерные для него черты. У всех 6 больных этой группы дозированное калорическое раздражение выявило ФУНВВ. Этот объективный признак поражения рецепторного отдела вестибулярной системы был основным симптомом и с учетом приступообразного течения он позволял в каждом случае диагностировать раннюю форму болезни Меньера.

Успех лечения болезни Меньера, по мнению всех без исключения клиницистов, зависит от стадии, на которой начинается курс фармакотерапии или выполняется хирургическое вмешательство. Самый благоприятный эффект достигается тогда, когда симптомы сохраняют способность флукуировать. Это очень надежный признак отсутствия необратимых изменений.

Таким образом, настоящая работа была проведена с целью выяснения особенностей клиники начальных форм болезни Меньера и обоснования возможности диагноза в этом периоде.

Выводы. Приведенные данные позволяют заключить, что у 94% больных начальная форма болезни Меньера может проявляться или малосимптомно, или стертой кохлеовестибулярной симптоматикой. Поэтому первая часть диагностической задачи решается успешно, если любой субъективный кохлеарный или вестибулярный симптом (односторонний шум в ухе, снижение слуха, приступ головокружения и др.) создает предпосылку для подозрения на возможность водянки лабиринта. У больных со снижением слуха правомерность такого предположения обосновывается наличием пяти типичных для болезни Меньера признаков слуховой дисфункции. Это достигается выявлением одностороннего снижения вестибулярной возбудимости (парез лабиринта) симптома, который свидетельствует о периферическом характере процесса, и наконец обнаружением объективного ФУНВВ.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование – Х.Э. Карабаев., М.Т. Насретдинова.

Концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста – О.Р. Набиев.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Использованная литература:

1. Насретдинова М. Т., Карабаев Х. Э. Головокружение в лор-практике //инновационные технологии в медицине детского возраста северо-кавказского федерального округа. – 2017. – С. 216-219.
2. Насретдинова М. Т., Карабаев Х. Э. Оценка классических диагностических вестибулярных тестов у пациентов скохлеовестибулярными нарушениями //Оториноларингология Восточная Европа. – 2017. – №. 3. – С. 323-329.
3. Насретдинова М. Т., Карабаев Х. Э. Совершенствование методов диагностики у пациентов с головокружением //Оториноларингология Восточная Европа. – 2017. – Т. 7. – №. 2. – С. 194-198.
4. Омонов Ш. Э., Насретдинова М. Т., Нурмухамедов Ф. А. Оптимизация методов определения ушного шума при различной патологии //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2014. – №. 4.
5. Singh R.K., Singh M. Otorhinolaryngology Clibics: An International Journal. 2012. Vol. 4(2). P. 81–85.
6. Wolschner U., Strösser W., Weiser, M., Klein P. Treating vertigo-combination remedy therapeutically equivalent to dimenhydrinate: results of a reference-controlled cohort study. Biol Med. 2010. Vol. 30. P. 184–190.