

Клинико-Иммунологические Особенности Течения Послеродового Периода У Женщин С Миомой Матки

1. Нарзуллоева Н. С.

Received 23rd Oct 2023,
Accepted 25th Nov 2023,
Online 30th Dec 2023

¹ Бухарский государственный
медицинский институт

Резюме: В статье приводится анализ соматического репродуктивного возрасте анамнеза послеродового периода у женщин с миомой матки.

Цель исследования. Изучить и определить оценка анализ соматического репродуктивного возрасте анамнеза послеродового периода у женщин с миомой матки.

Материал и методы. В этой статье мы изучили репродуктивного возрасте 58 женщин, которые прошли с бессимптомной миомой матки. Нами было исследовано 58 женщин, которым было проведено бессимптомной миомой матки. Как основным методом исследования из анамнеза был использован общие анализ крови использовались уровень гормонов для определения ФСГ, ЛГ, Пролактин, Прогестерон, Эстрадиол.

Результаты. Проведенные нами анализа клинических проявлений репродуктивного возрасте миомы матки было выявлено: отклонения менструального цикла: поздние или слишком обильные менструации сопровождаются ростом или снижением количества важных гормонов – эстрогенов. Довольно часто миома матки развивается у женщин с гипертонией, ожирением, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а так же у женщин, ведущих малоподвижный образ жизни. Так же одной из причин возникновения миомы матки может быть генетическая предрасположенность.

В репродуктивного возрасте миоме количество прогестероновых рецепторов превышает их содержание в обычном миометрии.

Ключевые слова: миома матки, гормон.

Эта особенность концентрации рецепторов делает миому по своим свойствам более близкой к эндometriю, чем к миометрию. Это возможно, и является причиной роста миоматозных узлов, чем неизменной мышечной ткани матки, при одинаковом уровне гормонов в крови.

Актуальности. Миома матки относится к истинным доброкачественным опухолям гормонально зависимых органов. Ее распространенность колеблется в широких пределах. По данным литературы, каждая четвертая-пятая женщина в мире больна миомой матки [3,15,22,27]. Несмотря на низкую вероятность малигнизации (1%), до 2/3 пациенток, страдающих миомой матки, подвергаются оперативному лечению, причем 60–96% всех операций являются радикальными и приводят к потере репродуктивной и менструальной функции у женщин. Это впоследствии становится основной причиной развития нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, а также вегетососудистых и психоэмоциональных сдвигов [17,21,32,35].

Охрана репродуктивного здоровья ювенильном возрасте женского населения остается одним из приоритетных направлений современного здравоохранения. Проблемы поиска патофизиологических механизмов развития миомы матки и разработки эффективных методов консервативного лечения опухолевого процесса в миометрии обусловлена двумя обстоятельствами: во-первых, широкой распространенностью заболевания и, во-вторых, высокой частотой оперативного лечения этой доброкачественной опухоли матки. Миомой матки страдают 25–30% женщин старше 35 лет, а в последние годы заболевание все чаще обнаруживается в более молодом возрасте [7,9,13]. Причины возникновения миомы матки окончательно не установлены. Миома матки является наиболее частой причиной аномальных маточных кровотечений, бесплодия, привычной потери беременности, нарушения функции тазовых органов [10-21]. Данные симптомы значительно ухудшают качество жизни женщины [1,9,17].

Цель исследования: Анализ соматического репродуктивного в ювенильном возрасте анамнеза женщин с миомой матки.

Материал и методы Всего нами были обследованы 115 ювенильном возрасте женщин с миомой матки, обратившихся в консультативную поликлинику г. Бухары.

Для решения поставленных перед исследованием задач все обследованные нами пациентки были разделены на 2 группы: 57 женщин с симптомной миомой матки и 58 женщин с бессимптомной миомой матки. 30 практически здоровых женщин составили контрольную группу.

Возраст обследованных колебался от 20 до 27 лет (табл.1). Как видно из приведенных в таблице данных, в основном женщины были в возрасте от 20 до 27 лет. Это не только наиболее трудоспособный и социально-значимый, но и сексуально-активный репродуктивный возраст. Особое внимание привлекает контингент пациенток в возрасте до 17 лет, как с симптомной миомой матки (8,8%), так и бессимптомной (10,3%), что согласуется с данными литературы об «омоложении» миомы матки.

Результаты исследований и обсуждения. Всего нами были обследованы 115 женщин с миомой матки, обратившихся в консультативную поликлинику г. Бухары.

Для решения поставленных перед исследованием задач все обследованные нами пациентки были разделены на 2 группы: 57 женщин с симптомной миомой матки и 58 женщин с бессимптомной миомой матки. 30 практически здоровых женщин составили контрольную группу.

Возраст обследованных колебался от 20 до 27 лет (табл. 3.1). Как видно из приведенных в таблице данных, в основном женщины были в возрасте от 20 до 27 лет. Это не только наиболее трудоспособный и социально-значимый, но и сексуально-активный репродуктивный возраст. Особое внимание привлекает контингент пациенток в возрасте до 25 лет, как с симптомной миомой матки (8,8%), так и бессимптомной (10,3%), что согласуется с данными литературы об «омоложении» миомы матки.

Нами также учитывалась структура занятости пациенток. Как видно среди контингента обследованных с симптомной миомой матки было 14 женщин с интеллектуальной деятельностью, 12 женщин с физической деятельностью, 15 женщин были заняты на сельхоз работах и 16 женщин были домохозяйками.

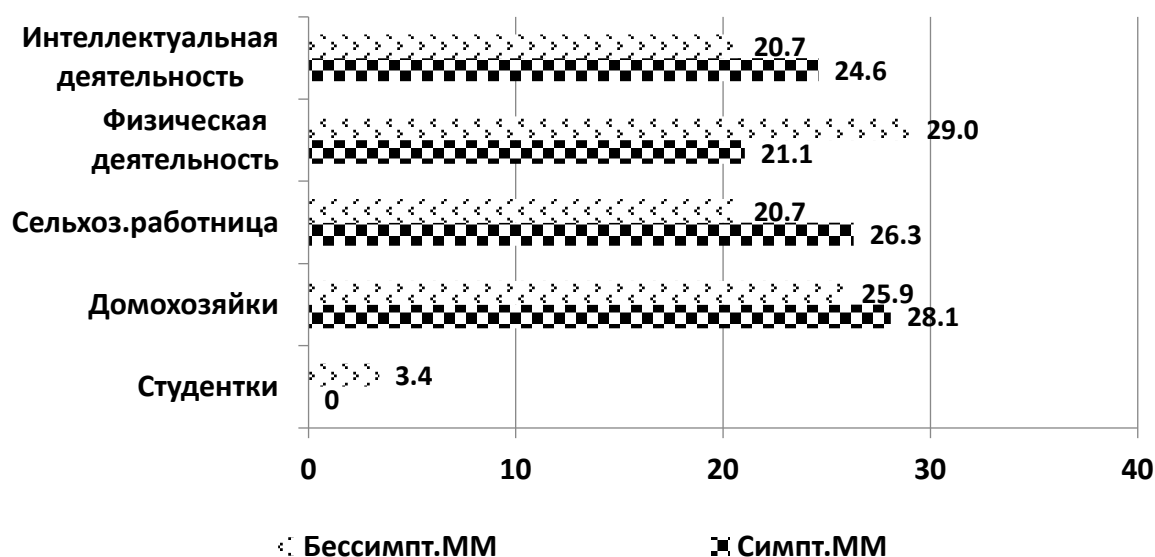


Рис. 1. Структура занятости обследованных женщин, %

Большая часть пациенток с бессимптомной миомой матки были заняты физической деятельностью (17). Женщин с интеллектуальной деятельностью и занятых на сельхоз работах было по 12 человек. 15 пациенток были домохозяйками. И 3,4% (2) составили студентки.

При анализе профессиональной принадлежности мы учитывали возможное влияние на возникновение и развитие миомы матки, условий и факторов трудовой деятельности. Как видно из представленных данных, частота встречаемости миомы матки с различными клиническими формами не зависело от профессиональных принадлежностей.

При сборе анамнеза нами учитывалось проживание пациенток вблизи

экологически опасных объектов. Анализ места проживания показал, что с симптомной МИОМА МАТКИ было больше среди сельских жительниц, а с бессимптомной - среди городских (рис.3.2).

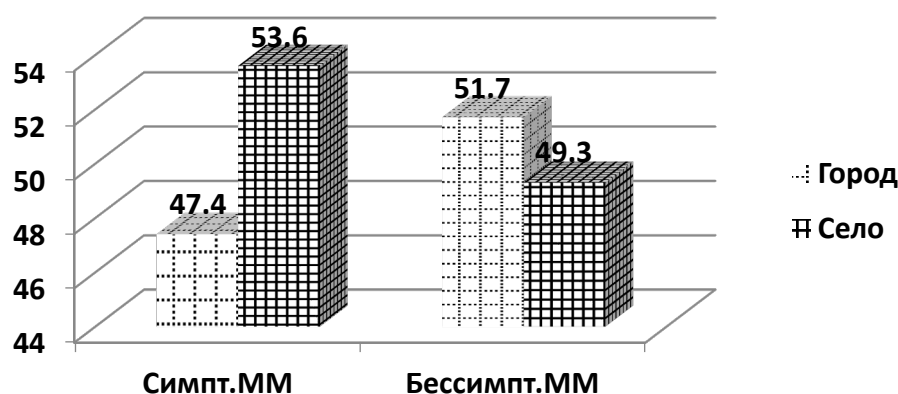


Рис.3.2. Место проживания обследованных женщин, %

Патогенез миомы матки до сих пор вызывает много споров. Существующие теории развития заболевания основаны на результатах лабораторных и экспериментальных исследований и объясняют лишь некоторые звенья патогенеза. Одно из центральных мест в патогенезе миомы матки отводится особенностям функционального состояния репродуктивной системы [22-32].

К факторам риска развития миомы матки традиционно относят позднее менархе, обильные и болезненные менструации. Нами проведен анализ особенностей периода становления менструальной функции у женщин с различными клиническими формами миомы матки (табл.2). Как видно из данных таблицы, у женщин контрольной группы становление менструальной функции было в основном 12-13 лет. И только у одной женщины было в 15 лет. У женщин с симптомной миомой матки при менорагиях становление МЦ было в возрасте 20-25 лет, а у 3 женщин в 16 лет. Анамнез женщин с тазовыми болями показал, что у большей части становление МЦ было в 12 – 13 лет. У основной массы женщин с бесплодием становление МЦ было несколько запоздалым – в 15 -16 лет. В группе женщин с бессимптомной миомой матки у большинства становление МЦ наблюдалось в 12-13-14 лет.

Таблица 2. Становление менструального цикла у женщин с различными клиническими формами миомы матки, абс/%

Группы обследованных	Возраст становления МЦ				
	12 л.	13л	14л	15л	16л
Контрольная группа, n=30	13 (43,3)	12 (40,0)	2 (6,7)	1 (3,3)	-
Симптомная миома матки: n=57					
Меноррагии, n=18	2 (11,1)	3 (16,7)	6 (33,3)	4 (22,2)	3(16,7)
Тазовые боли, n=20	5 (25,0)	6 (30,0)	4 (20,0)	3 (15,0)	-
Бесплодие, n=19	2 (10,5)	3 (15,8)	2 (10,5)	5 (26,3)	6(31,6)
Бессимптомная миома матки n= 58					
Малые формы миомы матки n=38	15(39,5)	12 (31,6)	6 (15,8)	5 (13,1)	-
Большие формы миомы матки, n=20	9 (45,0)	6 (30,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	-

Все женщины имели правильный ритм менструаций (100,0%). Средняя длительность менструального цикла – $28,5 \pm 0,2$ дня, средняя продолжительность менструального кровотечения – $4,5 \pm 0,1$ дня.

При анализе начала половой жизни обследованных женщин было выявлено, что основная масса пациенток вышла замуж до 27 лет. После 27

Таблица 3. Начало половой жизни у пациенток с миомой матки, абс/%

Группы обследованных	До 20 лет	20 – 27 лет	После 27 лет
Контрольная группа, n=30	4/13,3	19/63,3	6/20,0
Симптомная миома матки: n=57			
Меноррагии, n=18	3/16,7	10/55,5	5/27,8
Тазовые боли, n=20	2/10,0	12/60,0	6/30,0
Бесплодие, n=19	2/10,5	11/57,9	6/31,5
Бессимптомная миома матки: n= 58			
Малые формы миомы матки, n=38	7/18,4	26/68,4	5/13,1
Большие формы миомы матки, n=20	3/15,0	12/60,0	5/25,0

лет вышли замуж в контрольной группе 6 женщин. В группе с тазовыми болями и с бесплодием 30,0% и 31,5% женщин вышли замуж после 27 лет.

В клинической практике важное значение имеет характер опухолевого роста. Опухоли матки разделяются по тканевому составу — миомы, фибромы, ангиомы и аденомиомы — в зависимости от содержания в них соединительной ткани и степени развития сосудистого компонента. Выделяют простые и пролиферирующие опухоли, последние встречаются у каждой четвертой больной с миомой матки.

Как известно, субмукозные узлы, частично или полностью находятся в полости матки (табл. 4). Такие узлы вызывают обильные менструации и мешают наступлению беременности. Это обусловлено тем, что занимая полость матки, миома препятствует прикреплению плодного яйца. В наших

Таблица 4. Расположение узлов у пациенток с миомой матки, абс/%

Группы обследованных	Субмукозная	Интрамуральная
Симптомная миома матки: n=57		
Меноррагии, n=18	13/72,2	5/27,8
Тазовые боли, n=20	12/60,0	8/40,0
Бесплодие, n=19	10/52,6	9/47,4
Бессимптомная миома матки: n= 58		
Малые формы миомы матки, n=38	20/52,6	18/47,4
Большие формы миомы матки, n=20	7/35,0	13/65,0

исследованиях было выявлено, что среди женщин с симптомной миомой матки с клиническим проявлением в виде меноррагии, субмукозная форма встречалась в 72,2% случаев, у женщин с тазовыми болями встречалась в 60,% случаев и среди женщин с бесплодием субмукозная форма миомы матки наблюдалась у 52,6% случаев. В группе женщин с бессимптомной миомой матки субмукозная форма встречалась у 52,6% пациенток с малыми формами миомы и у 47,4% случаев – среди женщин с большими формами миомы матки

Интрамуральные узлы растут в толще мышечной стенки матки и из-за неудачного расположения могут перекрывать вход в маточную трубу, что мешает процессу слияния сперматозоида с яйцеклеткой. У 47,4% женщин с бесплодием была выявлена интрамуральная форма узла.

Если роль узлов субмукозной локализации в снижении фертильности не вызывает сомнений у исследователей [1,7,12], то влияние узлов интрамуральной локализации — предмет активных дискуссий (известно, что независимо от метода исследования интрамуральные узлы выявляются в 58 % случаев миомы матки) [5,9,14]. Выстроить единую концепцию патогенеза бесплодия при интрамуральной форме миомы матки сложно также и потому, что различные исследователи оперируют разными категориями размеров узлов — от 4 до 7 см в диаметре, также по разному учитывается количество и расположение узлов относительно полости матки [3,7,17,23]. При этом считается, что наличие узлов субсерозной локализации, как правило, не ассоциировано со снижением фертильности [9,33-51].

У обследованных пациенток с миомой матки зафиксирована относительно большая частота соматических заболеваний. Структура перенесенных в анамнезе соматических заболеваний обследованных женщин представлена в табл. 5. Основной процент сопутствующих соматических заболеваний приходился на анемию, которая встречалась с высокой частотой у обследованных женщин всех групп. Эндокринные заболевания (51 / 44,3%), связанные в основном с работой щитовидной железы, были не редкими среди обследованных женщин. Как видно из приведенных данных повышена частота встречаемости таких заболеваний, как сердечно-сосудистой системы (24/20,8%), дыхательной системы (18/15,6%), функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (30/26,08%); заболевания органов выделения (27/23,4%). Среди женщин с миомой матки также были часты различные аллергические заболевания (36/31,3).

Таблица 5. Сопутствующие соматические заболевания у пациенток с миома матки, %(abc)

Заболевания	Группы пациенток				
	1 n=18	2 n=20	3 n=19	4 n=38	5 n=20
Анемия	100,0 (18)	50 (10)	36,8 (7)	78,9 (30)	55,0 (11)
Эндокринные заболевания	55,5 (10)	25,0 (5)	57,9 (11)	47,4 (18)	35,0 (7)
Заболевания органов дыхания	16,7 (3)	20,0 (4)	15,8 (3)	13,1 (5)	15,0 (3)
Заболевания ЖКТ	27,8 (5)	30,0 (6)	42,1 (8)	28,9 (11)	40,0 (8)
Заболевания органов выделения	33,3 (6)	15,0 (3)	36,8 (7)	15,8 (6)	25,0 (5)
Заболевания ССС	16,7 (3)	20,0 (4)	26,3 (5)	23,7 (9)	15,0 (3)
Аллергические заболевания	22,2 (4)	25,0 (5)	21,05 (4)	39,5 (15)	40,0 (8)
Нарушение обмена веществ (МС)	5,6 (1)	10,0 (2)	21,05 (4)	31,6 (12)	25,0 (5)
Заболевания ЦНС	16,7 (3)	30,0 (6)	36,8 (7)	26,3 (10)	35,0 (7)
АТ к ГВИ	55,6 (10)	(60,0) 12	73,6 (14)	76,3 (29)	80,0 (16)

Примечание: с 1 по 3- группы с симптомной миома матки: 1-я –с меноррагиями, 2-я- с тазовыми болями, 3-я – с бесплодием. 4 – 5 –группы с бессимптомной миома матки 4-я с малыми формами миома матки, 5-я с большими формами миома матки.

Избыточный вес женщины в сочетании с низкой физической активностью и частыми стрессами относятся к факторам, способствующим появлению миомы матки (24 / 20,8%).

Среди женщин с различными клиническими проявлениями миомы матки не редки неврозы и неврозоподобные состояния 3(33/ 28,7%).

В настоящее время повышена частота встречаемости антител к различным вирусам. Из анамнеза большинства женщин (64,3%) из 115 обследованных, были выявлены АТ к ВПГ, ЦМВ и др. Известно, что острая или рецидивирующая инфекция, вызванная вирусом простого герпеса, может быть одним из факторов, провоцирующих быстрый рост миомы матки. Как видно из приведенных данных в таблице 5, в группе женщин с большими формами миомы матки был выявлен высокий процент АТ к герпесвирусным инфекциям.

Кроме того, при оценке риска возникновения миомы матки не исключается генетическая предрасположенность ее развития, которая, по данным анамнеза была зафиксирована у 19 обследованных женщин (16,5%) .

Необходимо отметить, что в исследование были включены пациентки без острых проявлений экстрагенитальной патологии, т.е. имеющих заболеваний в стадии ремиссии.

Выводы: Таким образом, в ходе проведенных нами анализа клинических проявлений миомы матки было выявлено: отклонения менструального цикла: поздние или слишком обильные менструации сопровождаются ростом или снижением количества важных гормонов – эстрогенов. У женщин, которые начали жить нерегулярной половой жизнью в возрасте 25 и более лет, так же существует повышенный риск заболевания миомой матки. Довольно часто миома матки развивается у женщин с гипертонией, ожирением, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а так же у женщин, ведущих малоподвижный образ жизни. Так же одной из причин возникновения миомы матки может быть генетическая предрасположенность.

В настоящее время миому матки принято рассматривать и как следствие процесса патологической регенерации миометрия, поврежденного в результате воспалительных изменений, внутриматочных вмешательств, травматичных родов. При этом от момента воздействия возможного причинного фактора до выявления опухоли может пройти не один год.

В целом, поскольку миома матки может развиваться с разными скоростями (стремительно или в течение 5 и даже 10 лет) и с разными симптомами, является полиэтиологичным заболеванием и может реализовываться через разные патогенетические механизмы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/References

1. Aghababayan, L. R., Akhmedova, A. T., Abdullaeva, L. M., Nasirova, Z. A., & Makhmudova, S. E. (2019). Non-hormonal correction of menopausal disorders in women with endometriosis. *Questions of Science and Education*,(26 (75)), 77-84.
2. Aslonova, M. J. The Nature of Disorders in the Mother-Placenta-Fetus System and Their Role in the Development of Fetal Growth Restriction Syndrome. *GAS*, 293, 00-5.
3. Ikhtiyarova, G. A., Karimova, G. K., & Navruzova, N. O. (2019). KhairullaevCh. K. Ultrasound diagnostics of diabetic fetopathy in pregnant women with metabolic syndrome on the background of diabetes mellitus. *Medicine and sports2019*,(3-4), 56-58.
4. Ikhtiyarova, G. A., Tosheva, I. I., & Narzullayeva, N. S. (2020). MODULAR SYSTEM IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY EDUCATION: PRACTICAL EFFECTIVENESS OF THE USE OF INNOVATIVE ELECTRONIC TEXTBOOKS AND 3D TECHNOLOGIES. In Высшее образование в условиях глобализации: тренды и перспективы развития (pp. 184-188).

5. Ikhtiyarova, G. A., Tosheva, I. I., & Narzulloeva, N. S. (2017). Causes of fetal loss syndrome at different gestation times. *Asian Journal of Research*, 3(3).
6. Ismoilova, M. Z. (2023). Modern Obstetric Aspects of Prognosis and Management of Post-Term Pregnancy. *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SYSTEMS AND MEDICAL SCIENCES*, 2(4), 93-96.
7. Ismoilova, M. Z. (2023). Preeclampsia in Multiparous Women and their Actions of the Body.
8. Ismoilova, M. Z. (2023). PREGNANCIES COMPLICATED BY PRETERM DELIVERY AND HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY. *BARQARORLIK VA YETAKCHI TADQIQOTLAR ONLAYN ILMIY JURNALI*, 3(4), 265-270.
9. Karimova, G. K., Navruzova, N. O., & Nurilloeva Sh, N. (2020). An individual approach to the management of gestational diabetes. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(2), 6284-6291.
10. Narzullaeva, N. S. (2021). Gynecological and somatic history of women with uterine myoma according to retrospective analysis. *Акуш., гинекол., перинатол.*, (2), 86.
11. Narzullaeva, N. S. (2023). Clinical and Immunological Aspects of Leiomyoma with Endometritis. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(4), 89-94.
12. Narzullaeva, N. S. (2023). Diagnosis of Asymptomatic Uterine Leiomyoma in Premenopausal Women. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(4), 95-100.
13. Narzullaeva, N. S., Ixtiyarova, G. A., & Sh, B. A. (2022). Clinical and Immunological Aspects of Leiomyoma with Endometritis. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(4), 301-305.
14. Narzullaeva, N. S., Musakhodzhaeva, D. A., Abdurakhmanov, M. M., & Ikhtiyarova, G. A. (2019). Cytokine dynamics as a result of phyto-flavonoid exposure in women with uterine myoma. *Russian Journal of Immunology*, 22(2-1), 435-437.
15. Narzullaeva, N. S., Musakhodzhaeva, D. A., Abdurakhmanov, M. M., & Ikhtiyarova, G. A. (2019). Cytokine dynamics as a result of phyto-flavonoid exposure in women with uterine myoma. *Russian Journal of Immunology*, 22(2-1), 435-437.
16. Narzullayeva, N. S. (2022). INNOVATIVE METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT IN WOMEN WITH INFERTILITY ASSOCIATED WITH UTERINE FIBROIDS. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 3313-3321.
17. Narzulloeva, N. S. (2022). Uterine Myoma: Optimization of Management and Immunomodulating Therapy. *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SYSTEMS AND MEDICAL SCIENCES*, 1(4), 284-289.
18. Navruzova, N. O., Ikhtiyarova, G. A., & Karimova, G. K. (2020). Colposcopia as a diagnostic method for early detection of cervical diseases. *Problems of Biology and Medicine*, (1.1), 117(18), 2181-1601.
19. Navruzova, N. O., Karimova, G. K., & Ikhtiyarova, G. A. (2020). Modern approaches to the diagnosis of cervical pathology. *Medicine and sports*, (1), 74-77.
20. Абдуллаева, Л. М. (2012). Клинико-гистологическая характеристика доброкачественных образований яичников. *Здоровье женщины*, (2), 197-198.

21. Абдуллаева, Л., Каттаходжаева, М., Сафаров, А., & Сулейманова, Н. (2022). Clinical and morphological parallels in pregnancy complicated by polyhydramnios. *in Library*, 22(1), 4137-4141.
22. Аслонова, М., Ихтиярова, Г., & Дустова, Н. (2020). РАЗВИТИЕ ПЛОДА И ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК. *Журнал вестник врача*, 1(3), 113-116.
23. Исмоилова, М. З., & Туксанова, Д. И. (2021). MICROBIOLOGICAL RECOGNITION OF ANTIBODIES TO ANTIGENS OF MICROORGANISMS IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE GENITAL. *УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ*, 2(5)
24. Ихтиярова, Г. А., & Гамидова ШШ, Н. Н. (2020). ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). *Сопредседатели редакционной коллегии: АШ ИНОЯТОВ*, 60.
25. Ихтиярова, Г. А., Каримова, Г. К., Наврузова, Н. О., & Хайруллаев, Ч. К. (2019). Ультразвуковая диагностика диабетической фетопатии у беременных с метаболическим синдромом на фоне сахарного диабета. *Тиббиёт ва спорт*, (3-4), 56-58.
26. Ихтиярова, Г. А., Тошева, И. И., & Нарзуллоева, Н. С. (2017). Причины синдрома потери плода на разных сроках гестации. *Азиатский журнал исследований*, (3), 3.
27. ИХТИЯРОВА, Г., НАРЗУЛЛОЕВА, Н., & ҲАМИДОВА, Ш. СИМПТОМЛИ ЛЕЙОМИОМАДА ИММУН ТИЗИМИНИНГ БАЪЗИ ПАРАМЕТРЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ. ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ (20), 0-05.
28. Каримова, Г. К., Ихтиярова, Г. А., & Наврузова, Н. О. (2020). Скрининг диагностика гестационного диабета. *Новый день в медицине*, (1), 220-222.
29. Каримова, Г. К., Наврузова, Н. О., & Нуриллоева, Ш. Н. (2020). Индивидуальный подход к ведению гестационного диабета. *Европейский журнал молекулярной и клинической медицины*, 7(2), 6284-6291.
30. Нарзуллаева, Н. С., Абдурахманов, М. М., & Ихтиярова, Г. А. (2019). Эффективность иммунокорректирующей терапии у женщин с миомой матки: Метод. рекомендации.
31. Нарзуллаева, Н. С., Абдурахманов, М. М., & Магзумова, Н. М. (2018). Параметры гуморального звена иммунной системы у пациенток с миомой матки. *Журнал теоретической и клинической медицины*. Ташкент, 4(3), 91.
32. Нарзуллаева, Н. С., Абдурахманов, М. М., & Магзумова, Н. М. (2022). Учредители: Институт иммунологии Академии Наук Республики Узбекистан. ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ Учредители: Институт иммунологии Академии Наук Республики Узбекистан ISSN: 2091-5853 (1), 0-05.
33. Нарзуллаева, Н. С., Мусаходжаева, Д. А., & Ихтиярова, Г. А. Gynecological and somatic history of women with uterine myoma according to retrospective analysis. *European journal of pharmaceutical and medical research*. SJIF Impact Factor, 4(897), 153.
34. Нарзуллаева, Н. С., Мусаходжаева, Д. А., Абдурахманов, М. М., & Ихтиярова, Г. А. (2019). Динамика цитокинов в результате воздействия фитофлаваноидов у женщин с миомой матки. *Российский иммунологический журнал*, 13(2-1), 435-437.

35. Нарзуллоева, Н. С., Тошева, И. И., Мирзоева, М. Р., & Ихтиярова, Д. Ф. (2018). Клинические и иммунологические аспекты миомы матки в сочетании с различными инфекциями. Редакционная коллегия, 232.
36. Нарзуллоева, Н. С. (2019). Пролиферация и апоптоз миофибробластов в патогенезе лейомиомы. Сотникова НЮ, Воронин ДН, Анциферова ЮС, Малышкина АИ, Нагорный СН, Нарзуллоева НС Назарий ва клиник тиббиёт, 1.
37. Нарзуллоева, Н. С. (2020). Бачадон миомаси билан хасталанган аёлларда таққосий имиома маткиункоррекцияни патогенетик асослаш. Тиббиёт фанлари номзоди бўйича фалсафа доктори (PhD) диссертация автореферати. Тошкент.
38. Нарзуллоева, Н. С. (2020). Патогенетические, иммунологические аспекты у женщин с миомой матки. In Белые ночи 2020 (pp. 185-185).
39. Нарзуллоева, Н. С. (2022). Алтернативный Лечения При Миомах Матки. AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI, 1(7), 319-324.
40. Нарзуллоева, Н. С. (2022). Факторы Развития Миома Матки В Ювенильном Возрасте. AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI, 1(5), 7-19.
41. Нарзуллоева, Н. С. (2022). Факторы Развития Плацентарной Недостаточности У Беременных С Перенесших Коронавирусную Инфекцию. AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI, 1(6), 203-210.
42. Нарзуллоева, Н. С. (2023). НЕОНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ. European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 15, 333-342.
43. Нарзуллоева, Н. С., & Азамов, Б. (2019). Effects of the cytokines in the development of myoma of the uterus in reproductive age of females. In Сборник материалов первой Бухарской международной конференции студентов-медиков и молодежи (No. 1, pp. 604-605).
44. Нарзуллоева, Н. С., & Азамов, Б. (2019). Effects of the cytokines in the development of myoma of the uterus in reproductive age of females. In Сборник материалов первой Бухарской международной конференции студентов-медиков и молодежи (No. 1, pp. 604-605).
45. Нарзуллоева, Н. С., & Неъматова, М. Р. (2022). Иммунологические Ответы У Женщин В Пременопаузальном Периода С Миомой Матки. AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI, 1(6), 301-307.
46. Нарзуллоева, Н. С., & Неъматова, М. Р. (2022). Иммунологические Ответы У Женщин В Пременопаузальном Периода С Миомой Матки. AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI, 1(6), 301-307.
47. Нарзуллоева, Н. С., & Неъматова, М. Р. (2022). Инновационные Методы Диагностики И Лечения У Женщин В Пременопаузальном Периода С Бесплодием На Фоне Миома Матки. AMALIY VA TIBBIYOT FANLARI ILMIY JURNALI, 1(6), 308-317.
48. Нарзуллоева, Н. С., & Олимов, Ж. Н. (2020). ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ОТВЕТ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ. In Вопросы фундаментальной и клинической медицины: традиции и инновации (pp. 55-60).
49. Нарзуллоева, Н. С., & Олимов, Ж. Н. (2020). Патогенетическое обоснование дифференцированной иммунокоррекции бесплодие у женщин с миомой матки. Новый день в медицине, (1), 298-302.

50. Нарзуллоева, Н., Ашурова, Н., & Жумаева, М. (2019). Изучение эффективности иммунокорректирующей терапии при миомах матки. Журнал вестник врача, 1(3), 80-83.
51. Tosheva, I. I. (2022). Research Article: Study of Obstetric and Somatic History in Women with Discharge of Amniotic Fluid. International Journal of Clinical Reports and Studies, 1(2).

