

# ЖУРНАЛ гепато-гастроэнтерологических исследований



№4 (Том 6)

2025

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 6, НОМЕР 4

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH  
VOLUME 6, ISSUE 4



ТОШКЕНТ-2025



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал  
Издается с 2020 года  
Выходит 1 раз в квартал

**Учредитель**

Самаркандский государственный  
медицинский университет,  
tadqiqot.uz

**Главный редактор:**

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

**Заместитель главного редактора:**

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

**Ответственный секретарь**

Л.М. Гарифуллина к.м.н., доцент

**Редакционная коллегия:**

Д.И. Ахмедова, д.м.н., проф;  
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;  
Ш.Х. Зиядуллаев, д.м.н., доц;  
Ф.И. Иноятова, д.м.н., проф;  
М.Т. Рустамова, д.м.н., проф;  
Н.А. Ярмухамедова, к.м.н., доц.

**Редакционный совет:**

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)  
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)  
А.Н. Арипов (Ташкент)  
М.Ш. Ахророва (Самарканд)  
Н.В. Болотова (Саратов)  
Н.Н. Володин (Москва)  
С.С. Давлатов (Бухара)  
А.С. Калмыкова (Ставрополь)  
А.Т. Комилова (Ташкент)  
М.В. Лим (Самарканд)  
М.М. Матлюбов (Самарканд)  
Э.И. Мусабаев (Ташкент)  
А.Г. Румянцев (Москва)  
Н.А. Тураева (Самарканд)  
Ф.Г. Ульмасов (Самарканд)  
А. Фейзиоглу (Стамбул)  
Ш.М. Уралов (Самарканд)  
А.М. Шамсиев (Самарканд)  
У.А. Шербеков (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.

Тел.: +998662333034, +998915497971

E-mail: [hepato\\_gastroenterology@mail.ru](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).

# СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1	<b>Axmatov A.A.</b> BOLALARDA HELICOBACTER PYLORI INFECTSIYASINING MOLEKULYAR DIAGNOSTIKASI VA IMMUNOGENETIK JAVOB: TIZIMLI ADABIYOTLAR TAHLILI.....	5
2	<b>Goyibova N.S.</b> CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM AND THEIR RELATIONSHIP WITH MICROALBUMINURIA IN CHILDREN WITH OBESITY.....	9
3	<b>Гойибова Н.С.</b> ПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ТИПЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	12
4	<b>Ибрагимова М.Ф., Жамшедова С.Ж., Хурсанкулова Ф.К.</b> ВЛИЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ.....	15
5	<b>Ibragimova Yu.B.</b> ERTA YOSHDAGI BOLALARDA OBSTRUKTIV BRONXIT KECHISHINING XUSUSIYATLARI.....	18
6	<b>Ibragimova Yu.B.</b> BOLALARDA NOSTEROID YALLIG'LANISHGA QARSHI PREPARATLARNI QO'LLASH NATIJASIDA PAYDO BO'LADIGAN GASTRO ASORATLARNING KLINIK JIATLARI.....	21
7	<b>Исламова Д.С.</b> ЮНОШЕСКАЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ: АНАЛИЗ КЛЮЧЕВЫХ ФАКТОРОВ.....	25
8	<b>Исламова Д.С.</b> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	30
9	<b>Ishkabulova Gulchexra Djankurazovna</b> SURUNKALI IKKILAMCHI PIELONEFRITNI DAVOLASH XUSUSIYATLARI.....	36
10	<b>Пак Е. А., Абдукадирова Н.Б.</b> ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ КАРАТЭ...	40
11	<b>Рустамов М.Р., Гарифуллина Л.М.</b> МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ.....	45
12	<b>Рустамов М.Р.</b> ОБМЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ.....	49
13	<b>Turayeva D. X.</b> BOLALARDA METABOLIK SINDROM FONIDA RIVOJLANADIGAN JIGAR VA OSHQOZON OSTI BEZI STEATOZI.....	52
14	<b>Турдебеков Х.И., Ибрагимов С.Х.</b> КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НУТРИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ.....	55

# JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

## ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 616.4;616-009;616-01

Гойибова Наргиза Салимовна

Ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета  
Самаркандского государственного медицинского университета.  
Самарканд. Узбекистан

### ПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ТИПЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ


<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>

#### АННОТАЦИЯ

Исследовано 35 детей с ожирением в возрасте от 7 до 18 лет, а также 20 детей с нормальной массой тела. Получена взаимосвязь между выраженной нарушениями углеводного обмена, дислипидемии у детей и уровнем микроальбуминурии, которая выражалась повышением уровня холестерина, триглицеридов, ЛПНП и в снижении ЛПВП, повышении иммунореактивного инсулина и показателя ИР НОМА  $R$  у детей с высокой микроальбуминурией. Выявлено, что у детей с ожирением и микроальбуминурией определяются нарушения почечной гемодинамики на уровне междолевых и дуговых почечных артерий. Статистически значимое уменьшение  $V_{min}$  на уровне крупных почечных сосудов, позволяет, рассматривать данные изменения в качестве маркера ранних нарушений почечной гемодинамики.

**Ключевые слова:** ожирение, дети, микроальбуминурия, почечная гемодинамика

**For citation:** Goyibova N.S. /Renal hemodynamics in the abdominal type of obesity in children and adolescents

G'oyibova Nargiza Salimovna

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Davolash fakulteti  
pediatriya kafedrasи assistanti.  
Samarqand. O'zbekiston.

### BOLALAR VA O'SMIRLARDA ABDOMINAL SEMIZLIK TURIDA BUYRAK GEMODINAMIKASI

#### ANNOTASIYA

Biz 7 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan 35 ta semiz bolalarda, hamda 20 ta normal tana vazniga ega bo'lgan bolalarda tadqiqot o'tkazdik. Tadqiqot natijasida bolalarda ingleved almashinuvining yaqqol buzilishi, dislipidemiya va mikroalbuminuriya darajasi o'tasida bog'liqlik aniqlandi, bu xolesterin, triglitseridlар, PZLP darajasining oshishi va YuZLP ning pasayishi, immunoreaktiv insulin va IR lik, HOMA R indeksi ning oshishinatijasida yuqori mikroalbuminuriya kuzatildi. Semizlik va mikroalbuminuriya bo'lgan bolalarda interlobar va yoysimon buyrak arteriyalarida buyrak gemodinamikasining buzilishi aniqlanadi. Yirik buyrak tomirlarida  $V_{min}$  darajasining statistik jihatdan sezilarli darajada pasayishi, erta buyrak gemodinamik buzilishlarining belgisi sifatida ko'rib chiqishga imkon beradi.

**Kalit so'zlar:** semizlik, bolalar, mikroalbuminuriya, buyrak gemodinamikasi

Goyibova Nargiza Salimovna

Assistant at the Department of Pediatrics, Faculty of Medicine,  
Samarkand State Medical University.  
Samarkand. Uzbekistan

### RENAL HEMODYNAMICS IN THE ABDOMINAL TYPE OF OBESITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

#### ANNOTATION

We studied 35 obese children aged 7 to 18 years, as well as 20 children with normal body weight. A relationship was obtained between the severity of carbohydrate metabolism disorders, dyslipidemia in children and the level of microalbuminuria, which was expressed by an increase in the level of cholesterol, triglycerides, LDL and a decrease in HDL, an increase in immunoreactive insulin and an IR HOMA R index in children with high microalbuminuria. It was revealed that in children with obesity and microalbuminuria, violations of renal hemodynamics at the level of interlobar and arcuate renal arteries are determined. A statistically significant decrease in  $V_{min}$  at the level of large renal vessels allows us to consider these changes as a marker of early renal hemodynamic disorders.

**Keywords:** obesity, children, microalbuminuria, renal hemodynamics

**Актуальность проблемы.** Ожирение и метаболический синдром влияют на функциональное состояние систем детского организма, приводят к прогрессивному повреждению почек и являются факторами развития хронической болезни почек[1,2,7].Основными осложнениями ожирения являются сердечно-сосудистые и почечные заболевания, сочетаясь эти изменения формируют метаболический синдром, даже в детской популяции [7]. Несмотря на вышеуказанное имеются данные,

указывающие на то, что ожирение может привести к нарушению почечной функции, независимо от наличия инсулинерезистентности и повышения артериального давления, диабета и гипертонии [3,6]. Ожирение способствует повреждению почек через прямые и косвенные механизмы. Косвенные механизмы развития поражения почек связаны с наличием сахарного диабета и повышения АД. Прямые механизмы включают гемодинамические и гормональные эффекты, которые приводят к клубочковой гиперперфузии и гиперфильтрации [4,5]. Маркерами почечного повреждения наряду с поражением парциальных функций почек являются изменения почек по данным допплерографического метода исследования.

Ультразвуковая допплерометрия, метод позволяющий качественно и количественно оценить кровоток по сосудам почек, функциональное состояние почечной паренхимы и характер патологических изменений в ней.

В связи с этим изучение почечной гемодинамики на основании допплерографии почек у детей с ожирением представляет научно-практический интерес и обусловило постановки цели нашего исследования.

**Цель исследования.** изучить характер нарушений почечной гемодинамики с помощью метода ультразвуковой допплерометрии.

**Материал и методы:** наши исследования проводились в семейных поликлиниках города Самарканда (Узбекистан). В исследовании приняли участие 35 детей в возрасте от 7 до 18 лет (средний возраст детей  $12,14 \pm 0,18$  года), с экзогенно-конституциональным ожирением. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых детей с нормальной массой тела.

Антропометрические исследования проводились с использованием стандартных измерительных приборов (ростомер напольный и медицинские весы). Антропометрические измерения включают в себя: рост, массу тела, окружность талии и бедер. Сравнение полученных данных и оценку физического развития проводили по центильным таблицам возрастного и гендерного распределения ВОЗ роста и массы тела для детей 5-19 лет [1]. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали на основании измерений.

Результаты оценивались с использованием стандартных отклонений ИМТ (SDS) в соответствии с рекомендациями ВОЗ [1]. Ожирение у детей и подростков должно быть определено как  $+2,0$  SDS ИМТ, избыточная масса тела от  $+1,0$  до  $+2,0$  SDS ИМТ и недостаточная масса тела от  $-1,0$  до  $-2,0$  SDS ИМТ [1]. Все дети вошедшие в исследование были жителями Самаркандинской области.

Микроальбуминурия определялась в утренней моче полуколичественным методом с помощью визуальных тест-

полосок на микроальбуминурию MICRAL-TEST II (Микраль-Тест 2) Roche Diagnostics.

Концентрацию глюкозы в сыворотке крови определяли глюкозооксидазным методом. Холестерин (ХС), холестерин крови высокой плотности (ЛПВП) определяли с помощью ферментативного метода. ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП) определяли по формулам Фридвальда. Уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) с расчетом индексов ИР НОМАр по формулам.

Всем больным было выполнено ультразвуковое исследование почечных артерий на аппарате Voluson P8. Использовались конвексный и спектральный датчики с частотой сканирования 3,5 МГц. При цветовом допплеровском картировании проводилась качественная оценка гемодинамики в паренхиме почек.

Количественный анализ спектра допплеровского сдвига частот выполнялся с помощью компьютерных программ, встроенных в ультразвуковой аппарат. Для количественной оценки результатов определялись такие показатели, как индекс резистивности RI, максимальная скорость кровотока  $V_{max}$ , минимальная (конечная диастолическая) скорость кровотока  $V_{min}$ .

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере программой Statistica 10. Применялись методы вариационной параметрической и непараметрической статистики с определением средней арифметической (M), среднего квадратичного отклонения ( $\sigma$ ), стандартной ошибки среднего (m), относительных величин (частота, %). Статистическая значимость полученных измерений определялась по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P).

**Результаты исследования.** Анализ количественных значений метаболических параметров, характеризующих коморбидность при ожирении у детей и подростков, во взаимосвязи со степенью тяжести ожирения выявлено статистически значимое возрастание медианы всех параметров, характеризующих липидный и углеводный обмен при нарастании массы тела. Показатели углеводного и липидного обмена представлены в таблице №1, данные получены в сравнительном анализе после определения наличия и уровня альбумина в моче детей исследуемых групп. После его определения по уровню МАУ мы разделили детей основной группы на две подгруппы: 1 группа с МАУ до 20 мг/л, 2 группа с МАУ  $>20$  мг/л.

При сравнительном исследовании уровня углеводного обмена, выявлено,

Таблица 1.

Показатели углеводного и липидного обмена в зависимости от наличия МАУ			
Показатели	МАУ до 20 мг/л N=19	МАУ $>20$ мг/л. N=16	Контрольная группа
Глюкоза натощак; ммоль/л	4,26 $\pm$ 0,11	5,08 $\pm$ 0,11	4,03 $\pm$ 0,16
Глюкоза через 120' после нагрузки	7,48 $\pm$ 0,17	8,98 $\pm$ 0,11*	7,01 $\pm$ 0,03
Гликированный гемоглобин (HbA1c ;%)	5,01 $\pm$ 0,06	6,71 $\pm$ 0,05*	4,11 $\pm$ 0,16
Инсулин (пмоль/л)	54,30 $\pm$ 5,28	78,11 $\pm$ 3,12*	32,10 $\pm$ 1,19
Индекс ИР НОМАр (ус. ед)	2,03 $\pm$ 0,11	2,89 $\pm$ 0,16	1,21 $\pm$ 0,10
Триглицериды; ммоль/л	1,16 $\pm$ 0,02	1,75 $\pm$ 0,08**	0,91 $\pm$ 0,05
Общий ХС; ммоль/л	4,08 $\pm$ 0,14	5,32 $\pm$ 0,24*	2,97 $\pm$ 0,16
ХС ЛПВП; ммоль/л	1,09 $\pm$ 0,01	0,82 $\pm$ 0,01**	1,27 $\pm$ 0,03
ХС ЛПНП; ммоль/л	3,70 $\pm$ 0,10	4,75 $\pm$ 0,11*	2,69 $\pm$ 0,10

Примечание: \* достоверность различия между подгруппами уровней МАУ: \* $p<0,05$  и \*\* $p<0,01$

плотности ( $p<0,01$ ), т.е. все показатели имели тенденцию к увеличению, а ХСЛПВ к уменьшению

При допплерографическом исследовании почек установлено, что в обеих группах сравнения отсутствовали значительные отличия по индексу резистивности RI по сравнению с детьми контрольной группы.

Изучая литературные данные выявлено, что изменение RI у больных с тяжелой степенью ожирения с наличием микроальбуминурии сопровождается значимым снижением RI на уровне междолевой и дуговой артерий. При этом показатели RI в группе больных с избыточной массой тела или ожирением 1-2

степени были без значительных отклонений от нормальных показателей [5].

По данным других авторов значимых различий между средним значением RI у детей с нормальным уровнем альбумина мочи и микроальбуминурии не выявлено [4]. В нашем исследовании несмотря на имеющуюся разницу между двумя группами показатели были не достоверными.

Отличием по данным доплерографии в двух сравниваемых группах являлось достоверно значимое увеличение уровня максимальной скорости кровотока  $V_{max}$  в стволе почечной артерии, а также в сегментарных, междолевых и дуговых артериях, а также статистически значимое повышение минимальной скорости кровотока  $V_{min}$  в междолевых и дуговых артериях в группе детей с ожирением и нормоальбуминурией и по сравнению с группой контроля.

Таблица 2.

## Показатели почечной гемодинамики у детей с ожирением в зависимости от наличия МАУ

Калибр сосуда	Показатель	МАУ до 20 мг/л N=19	МАУ >20 мг/л. N=16	Контрольная группа
Ствол почечной артерии	$V_{max}$	82,80±1,98	71,3±2,01*	79,5±1,52
	$V_{min}$	35,51±1,35	31,0±0,93*	37,0±1,1
	RI	0,62±0,01	0,63±0,02	0,62±0,02
Сегментарная почечная артерия	$V_{max}$	45,5±0,68	40,1±0,87*	45,0±0,52
	$V_{min}$	20,0±0,54	17,0±0,97	22,0±0,47
	RI	0,61±0,02	0,58±0,03	0,60±0,02
Междолевая артерия	$V_{max}$	36,0±1,18	31,8±1,12	34,0±0,95
	$V_{min}$	14,5±0,9	10,0±0,84*	14,0±0,75
	RI	0,59±0,02	0,55±0,03	0,59±0,02
Дуговая артерия	$V_{max}$	23,0±0,98	18,0±0,74	23,0±0,67
	$V_{min}$	10,0±0,56	7,5±0,47	10,0±0,48
	RI	0,59±0,02	0,34±0,01*	0,59±0,02

Примечание: \* достоверность различия между основной группой и контролем  $*p<0,05$ .

У больных детей с ожирением и МАУ на уровне междолевой и дуговой артерий отмечено снижение средних показателей периферического сопротивления ниже нормальных значений, т.е. по мере увеличения степени проявлений микроальбуминурии показатели кровотока имели тенденцию к снижению на всех уровнях почечной артерии.

Полученные данные являются свидетельством начала нарушения функции почек, когда в основе лежит нарушения внутрипочечной гемодинамики, а именно развитие внутриклубочковой гипертензии, гиперфильтрация развивающаяся при данном состоянии является последствием этого. Почка имеет способность на увеличение перфузионного давления давать соответствующее возрастание сосудистого сопротивления. В ответ на повышение АД тонус в почечных сосудах соответственно должен увеличиваться, т.е. возрастает напряжение, сосуд суживается и повышается сопротивление току крови, что должно было отразиться на RI. Однако индекс резистивности сосудов на обеих стадиях, что нормоальбуминурии, что микроальбуминурии значимо не изменился, что характеризует компенсаторный механизм повышения скорости внутрипочечного кровотока, а также фактором который удерживает возрастание внутриклубочковой гипертензии.

У детей с ожирением и МАУ отмечались снижением конечно-диастолической скорости кровотока как в крупных артериях (стволовая, сегментарные), так и в мелких артериях (междолевых и дуговых) почек, что, являлось отражением наиболее ранних

этапов перестройки внутрипочечной гемодинамики у данной категории пациентов.

Таким образом, ранним маркером развития поражения почек у детей с ожирением и МАУ можно считать уменьшение конечно-диастолической скорости кровотока в сосудах почек всех калибров.

**Выводы:** протеинурия и МАУ являются важными факторами поражения почек и, по данным последних исследований, все чаще встречаются у людей, страдающих избыtkом массы тела и ожирением, даже при отсутствии сахарного диабета. В данном исследовании была получена четкая взаимосвязь между степенью ожирения и выраженностю нарушений углеводного обмена и дислипидемии у детей и подростков, которая выражалась повышением уровня холестерина, триглицеридов, ЛПНП и в снижении ЛПВП, повышении иммунореактивного инсулина и повышение показателя ИР НОМА r.

Также выявлено, что уже на стадии нормоальбуминурии у детей с ожирением определяются нарушения почечной гемодинамики на уровне междолевых и дуговых почечных артерий, по мере прогрессирования поражения почек в процесс вовлекаться сосуды почек более крупного калибра (сегментарные и стволовые). Статистически значимое уменьшение  $V_{min}$  на уровне крупных почечных сосудов, а также в дуговой артерии позволяет рассматривать данные изменения в качестве маркера ранних нарушений почечной гемодинамики и требуют дальнейшего изучения.

## Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Всемирная организация здравоохранения. Ожирение и избыточный вес. Информационный бюллетень № 311. Январь 2015 г.
2. Lobstein T, Baur L, Uauy R. IASO International Obesity TaskForce. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obes Rev 2004; 5 Suppl 1: 4-104
3. Wang Y, Chen X, Song Y et al. Association between obesity and kidney disease: a systematic review and metaanalysis. Kidney Int 2008; 73: 19-33
4. Wahba IM, Mak RH. Obesity and obesity-initiated metabolic syndrome: mechanistic links to chronic kidney disease. Clin J Am Soc Nephrol 2007; 2: 550-562
5. Sarafidis PA, Ruilope LM. Insulin resistance, hyperinsulinemia, and renal injury: mechanisms and implications. Am J Nephrol 2006; 26: 232-244
6. Вялкова АА, Лебедева ЕН, Красиков С.И и др. Клинико патогенетические аспекты повреждения почек при ожирении (обзор литературы). Нефрология 2014; (3): 24-33 [Vyalkova AA, Lebedeva EN, Krasikov CI i dr. Kliniko-patogeneticheskie aspekty povrezdeniya pochek pri ogirenii. Nefrologiya 2014; (3): 24-33]
7. Дедов И.И, Мельниченко Г.А, Романцова Т.И. Патогенетические аспекты ожирения. Ожирение и метаболизм 2004; (1): 3-9 [Dedov II, Mel'nicenko GA, Romancova TI. Patogeneticheskie aspekty ogirenija. Obeznenie i metabolizm 2004; (1): 3-9]

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

**Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.  
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Тел: (+998-94) 404-0000