

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№1 (Том 7)

2026

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 7, НОМЕР 1

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 7, ISSUE 1





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., проф.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., проф.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина д.м.н., проф.

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова, д.м.н., проф;
Ф.И. Иноятова, д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова, д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова, д.м.н., проф.

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. Шербексов (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.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1.	Абдукадирова Н. Б. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....	6
2.	Атаева М.С., Каюмова Ш.Ш. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ И НУТРИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ.....	9
3.	Axmatov A.A. GLOMERULONEFRITGA CHALINGAN BEMORLARNI DAVOLASHDA QO'LLANILADIGAN GLYUKOKORTIKOIDLARNING OSHQOZON-ICHAK TIZIMIGA NOJO'YA TA'SIRLARI VA ULARNING OLDINI OLISH.....	15
4.	Ashurova M. J. OBESITY AND VITAMIN D DEFICIENCY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, THE PRESENT CONDITION OF THE PROBLEMS.....	20
5.	Гойибова Н.С. СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.....	24
6.	Goyibova N. S. CARBOHYDRATE AND LIPID METABOLISM AND THEIR RELATIONSHIP WITH MICROALBUMINURIA IN CHILDREN WITH OBESITY.....	27
7.	Ibragimova Yu.B. BOLALARDA SURUNKALI GASTRITNING RIVOJLANISH MEKANIZMLARI VA KECHISH XUSUSIYATLARI..	30
8.	Исламова Д. С. КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	35
9.	Исламова Д. С. АНТИБИОТИКО-РЕЗИСТЕНТНОСТЬ HELICOBACTER PYLORI У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ.....	40
10.	Исломов Н. К. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЛЕВОСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ С ИЗВЛЕЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ПО МЕТОДИКЕ NOSE.....	45
11.	Mamatkulova F.X. IMMUN TROMBOTSITOPENIYANING ETILOGIK OMILLARI VA KLINIK KO'RINISHLARINING TAHLILI..	48
12.	Nabieva D.M. MODERN APPROACHES TO REHABILITATION OF CHILDREN WITH SECONDARY LACTASE DEFICIENCY AFTER ACUTE INTESTINAL INFECTION.....	52
13.	Nabieva Sh.M. FEATURES OF THE NEONATAL PERIOD IN NEWBORNS WITH PERINATAL ENCEPHALOPATHY DEPENDING ON THEIR FUNCTIONAL STATE.....	56
14.	Nabieva Sh.M. CHRONIC FETAL HYPOXIA AS A RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT OF PERINATAL ENCEPHALOPATHY IN NEWBORNS FROM MOTHERS WITH A HISTORY OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL PATHOLOGY.....	59
15.	Нажмиддинов З.А., Рузибоев С.А. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ.....	63
16.	Хамрабаева Ф.И., Мадумарова А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТАННАКОМП ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА (РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	66
17.	Холмурадова З.Э. КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ СИСТЕМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ОЖИРЕНИИ.....	69

18. Холмурадова З.Э. СЕМЕЗ БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА: ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИ ҲОЛАТИ, МЕТАБОЛИК БУЗИЛИШЛАР ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ КОМПЛЕКС ТАҲЛИЛИ.....	72
19. Хужабаев С.Т. ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЕНИЙ И СМЕРТНОСТИ В ХИРУРГИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЬЖ.....	75
20. Xusainova Sh.K. YANGI TUG'ILGAN SHAQALOQLARDA GIPERBILIRUBINEMIYA RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARINING TA'SIRI.....	79
21. Xusainova Sh.K., Vaxobova F.A. SHAQALOQLARDA UZOQ DAVOM ETUVCHI SARIQLIKLARNI TASHXISLASH VA DAVOLASHINI OPTIMALLASHTIRISH.....	82
22. Shavazi R.N., Ruziboev S.A., Ahrorov M.M. PERCUTANEOUS PUNCTURE-DRAINAGE PROCEDURES UNDER ULTRASOUND CONTROL FOR FLUID ACCUMULATIONS IN ACUTE PANCREATITIS.....	86
23. Шеркулов К.У., Раджабов Ж.П., Усмонкулов М. К., Каюмов О.К. ВЫСОКОРАЗРЕШАЮЩАЯ АНОРЕКТАЛЬНАЯ МАНОМЕТРИЯ (ВРАМ): ЕЁ РОЛЬ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ДЕФЕКАЦИИ.....	89
24. Шеркулов К.У., Усмонкулов М.К., Абдухоликова Н.А., Абдурашидова Н. СТЕПЛЕРНАЯ ГЕМОРРОИДОПЕКСИЯ VERSUS ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ ПО МИЛЛИГАНУ-МОРГАНУ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ДОЛГОСРОЧНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	95
25. Bekjanova O. Ye., Olimjanov K. J. ICHAKNING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI FONIDA MINERAL METABOLIZMNING BUZILISHI.....	101

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Исломов Нуриддин Комилович

Ассистент кафедры хирургических болезней №2
Самаркандский Государственный медицинский университет
Самаркандский филиал Республиканского Центра Экстренной Медицинской Помощи
Самарканд, Узбекистан.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЛЕВОСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ С ИЗВЛЕЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ПО МЕТОДИКЕ NOSE



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.19797483>

АННОТАЦИЯ

Цель. Провести оценку непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с заболеваниями брюшной полости после выполнения лапароскопической левосторонней гемиколэктомии с извлечением резецированного препарата трансанально по методике NOSE.

Материал и методы. В статье подробно рассматривается первый клинический случай — пациента с патологией левых частей ободочной кишки и долихосигмы, в связи с чем, ему была выполнена лапароскопическая операция — левосторонняя гемиколэктомия с извлечением резецированного препарата трансанально, с интракорпоральным формированием анастомоза. Первым этапом проводилась левосторонняя гемиколэктомия выполняли оригинальным комбинированным латеро-медиальным способом. За 4 месяца выполнено 5 подобных оперативных вмешательств, результаты которых представлены в статье.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 233±12,9 мин. Интраоперационная кровопотеря не превышала 90-100 мл. Сохранить фасцию ободочной кишки удалось во всех 5 случаях. Не было отмечено ни одного интраоперационного осложнения. Уровень послеоперационной боли был в диапазоне от 0 до 1.

Заключение. Трансанальный доступ является идеальным способом извлечения резецированного препарата при операциях на толстой кишке благодаря анатомическим и физиологическим особенностям данной области.

Ключевые слова: лапароскопия, лапароскопическая гемиколэктомия, NOSE, интракорпоральное формирование межкишечного анастомоза, трананальный доступ, послеоперационная боль.

For citation: Islomov N.K.//Laparoscopic left-sided hemicolectomy with specimen extraction using the nose technique

Islomov Nuriddin Komilovich

Assistant of the Department of Surgical Diseases №2
Samarkand State Medical University
Samarkand Branch of the Republican
Center for Emergency Medical Care
Samarkand, Uzbekistan.

LAPAROSCOPIC LEFT-SIDED HEMICOLECTOMY WITH SPECIMEN EXTRACTION USING THE NOSE TECHNIQUE

ABSTRACT

Objective. To evaluate the immediate and long-term outcomes of surgical treatment in patients with abdominal diseases after performing laparoscopic left-sided hemicolectomy with transanal extraction of the resected specimen using the NOSE technique.

Materials and Methods. The article discusses in detail the first clinical case—a patient with pathology of the left parts of the colon and dolichosigmoid, for which he underwent a laparoscopic surgery—left-sided hemicolectomy with transanal extraction of the resected specimen, with intracorporeal anastomosis formation. The first stage involved a left-sided hemicolectomy performed using the original combined latero-medial method. Over 4 months, 5 similar surgical procedures were carried out, the results of which are presented in the article.

Results. The average duration of the operation was 233±12.9 minutes. Intraoperative blood loss did not exceed 90-100 ml. It was possible to preserve the colonic fascia in all 5 cases. No intraoperative complications were noted. The level of postoperative pain ranged from 0 to 1.

Conclusion. Transanal access is the ideal method for extracting the resected specimen in colon surgeries due to the anatomical and physiological features of this area.

Keywords: laparoscopy, laparoscopic hemicolectomy, NOSE, intracorporeal formation of intestinal anastomosis, transanal access, postoperative pain.

Введение. В 80-х годах прошлого века была успешно выполнена первая лапароскопическая резекция толстой кишки, что особенно актуально в связи с ежегодно увеличивающимся числом вновь выявленных онкологических заболеваний толстой кишки.

Многочисленные исследования демонстрировали, что пациенты после перенесенной лапароскопической операции имели раннее восстановление функции кишечника, снижение уровня послеоперационной боли, снижалось время нахождения в стационаре и общее количество осложнений [3, 4, 8, 9].

Традиционно для извлечения препарата во время выполнения лапароскопической резекции толстой кишки выполняется минилапаротомия, что в свою очередь, может привести к увеличению уровня послеоперационной боли, возможности развития раневой инфекции. В настоящее время методика извлечения резецированного препарата (natural orifice specimen extraction (NOSE)) через естественные отверстия организма (прямая кишка, влагалище) привлекает все больше внимания колопрокто-логического сообщества всего мира [10].

В настоящее время мы имеем большое количество убедительных данных, свидетельствующих о преимуществах извлечения резецированного препарата толстой кишки через анус и влагалище: снижение уровня послеоперационной боли, периода послеоперационного восстановления и улучшение качества жизни, без увеличения числа интра- и послеоперационных осложнений [12, 13].

Логичным стал следующий шаг — проведение лапароскопической операции на толстой кишке с извлечением препарата по методике NOSE. Впервые нами подобная операция выполнена в 2025 году, результаты проведенной операции мы представляем в данной статье. В настоящее время нами выполнено уже 5 подобных операций.

Цель. Провести оценку непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с заболеваниями брюшной полости после выполнения лапароскопической левосторонней гемиколэктомии с извлечением резецированного препарата трансанально по методике NOSE.

Материал и методы. Мужчина, 57 года, поступил в Самаркандский филиал Республиканского Центра Экстренной Медицинской Помощи с жалобами на боли в нижних отделах живота, общую слабость. Лабораторные методы исследования указали на наличие анемии легкой степени тяжести. Из инструментальных методов, первым этапом пациенту выполнено УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Пациент отметил расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, потерю аппетита или веса, запоров. С целью окончательной верификации причины анемии, выполнена фиброколоноскопия, и был установлен диагноз долихосигма и мешаколон левых отделов ободочной кишки.

Пациенту было предложено выполнение лапароскопической операции — левосторонняя гемиколэктомия с извлечением препарата по методике NOSE, интракорпоральным формированием анастомоза.

Техника операции. При выполнении операции - левосторонняя гемиколэктомия мы использовали оригинальный комбинированный латеро-медиальный способ мобилизации левых отделов ободочной и сигмовидной кишок. От латерального доступа остается только первый этап — рассечение желудочно-ободочной связки до селезеночного изгиба. Далее с помощью ультразвуковых ножниц методом тупой диссекции входили вглубь мезоколон и продвигались между фасцией Тольди и Герота для обнажения нижнего полюса левой почки непосредственно у места отхождения мочеточника, после визуализации которого дальнейшая диссекция в данной области была прекращена. Следующим этапом рассекли париетальный листок брюшины и обнажили крупные сосуды (a. и v. ileocolica, a. и v. colica sinistra). В описанном случае у пациентки a. colica sinistra отходила непосредственно от ствола a. mesenterica superior. Используя 10 мм аппарат LigaSure, создали туннель около сосудистого пучка, визуализировали мочеточник и только после этого выполнили интракорпоральное лигирование сначала a. colica sinistra, причем лигирование проводили в двух местах для достижения полного гемостаза, затем a. ileocolica, a. mesenterica inferior, а также ветвь a. rectalis superior согласно описанным принципам. Затем рассекли связки и сверху вниз мобилизовали левый латеральный канал. Следующий этап операции — «реконструкция». Пересекли нисходящую ободочную кишку, в поперечном направлении пересекли проксимальную часть прямой кишки линейным степлером. Интракорпоральный анастомоз был сформирован циркулярным степлером D=32, который был впоследствии фиксирован серо-серозными одиночными узловыми швами, нитью Vicryl 3.0, далее в целях снизить процент вероятности образования несостоятельности швов была зафиксирована коллагеновая губка над анастомозом дистального конца поперечной ободочной кишки и проксимального конца прямой кишки.

Установка троакаров производилась по стандартной схеме, представленной на рисунке 1.

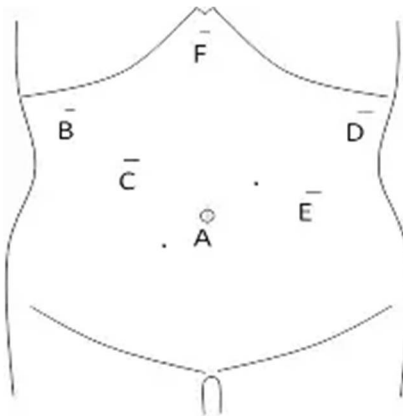


Рис. 1. Точки установки троакаров А,В,С,Е

Результаты и обсуждения. С декабря 2025 года по январь 2026 год нами выполнено 5 подобных хирургических вмешательств. Показаниями для выполнения операции являлись: долихосигма и мегаколон левых отделов ободочной кишки. Возраст пациентов колебался от 31 до 53 лет.

Не было отмечено ни одного летального случая. Средняя продолжительность операции составила 233±12,9 мин. Интраоперационная кровопотеря не превышала 90-100 мл, что никак не повлияло на результаты общего анализа крови, взятого после операции. Сохранить фасцию ободочной кишки удалось во всех 5 случаях. Не было отмечено ни одного интраоперационного осложнения. Мы придерживались тактики ранней

послеоперационной вертикализации пациентов, активизация началась через 5 часов после операции благодаря использованию мультимодального обезболивания с применением перидуральной анестезии и установки портативной помпы. Уровень послеоперационной боли измерялся через 2, 4, 8, 12, 24 и 48 часов после операции и был в диапазоне от 0 до 1. Для измерения уровня боли использовалась визуальная аналоговая шкала (VAS). В качестве профилактики тромбоэмболических осложнений в обязательном порядке назначаются эластический трикотаж (чулки) и в раннем послеоперационном периоде низкомолекулярный гепарин. Через сутки после операции пациенты начали принимать воду и жидкую пищу, выписаны на 3

сутки после операции, однако проходили еженедельное обследование в течение 30 дней со дня операции. Пациенты довольны косметическим результатом и результатом всей операции в целом.

В лапароскопической колопроктологии парадигмой является извлечение резецированного препарата через минилапаротомный разрез, что, зачастую, не удовлетворяет и самих хирургов. Настоящей революцией в хирургии сигмовидной кишки стало появление хирургии через естественные отверстия, которая приобретает всю большую популярность [14]. Это, без сомнения, стало решением сразу многих проблем, связанных с минилапаротомным разрезом: снижение косметического эффекта, увеличение уровня послеоперационной боли, риска развития раневой инфекции. В настоящий момент методика NOSE

позволяет извлекать препарат трансвагинально, транс-гастрально и трансанально, однако для двух последних методик имеются строгие ограничения.

Заключение. Трансанальный доступ является идеальным способом извлечения резецированного препарата при операциях на толстой кишке, благодаря анатомическим и физиологическим особенностям данной области. Наш небольшой опыт выполнения подобных операций показывает, что применение методики NOSE возможно у пациентов с заболеваниями органов брюшной полости. Кроме того, данная процедура является исключительно безопасной, что нашло отражение в результатах операций. Уровень боли позволяет говорить практически об ее отсутствии, а послеоперационное качество жизни пациентов оценили максимальными показателями.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Xiong B, Ma L, Zhang C. Laparoscopic versus open total mesorectal excision for middle and low rectal cancer: a meta-analysis of results of randomized controlled trials. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2012 Sep;22(7):674-84. doi: 10.1089/lap.2012.0143.
2. Kellokumpu IH, Kairaluoma MI, Nuorva KP, Kautiainen HJ, Jantunen IT. Short- and long-term outcome following laparoscopic versus open resection for carcinoma of the rectum in the multimodal setting. *Dis Colon Rectum*. 2012 Aug;55(8):854-63. doi: 10.1097/DCR.0b013e31825b9052.
3. Buunen M, Veldkamp R, Hop WC, Kuhry E, Jeekel J, Haglind E, et al. Survival after laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: long-term outcome of a randomised clinical trial. *Lancet Oncol*. 2019 Jan;10(1):44-52. doi: 10.1016/S1470-2045(08)70310-3.
4. Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H, Walker J, Jayne DG, Smith AM, et al. Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multi-centre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2015 May 14;365(9472):1718-26.
5. Tong DK, Fan JK, Law WL. Outcome of laparoscopic colorectal resection. *Surgeon*. 2018 Dec;6(6):357-60.
6. Poon JT, Law WL, Wong IW, Ching PT, Wong LM, Fan JK, et al. Impact of laparoscopic colorectal resection on surgical site infection. *Ann Surg*. 2019 Jan;249(1):77-81. doi: 10.1097/SLA.0b013e31819279e3.
7. Schwenk W, Haase O, Neudecker J, Mriler JM. Short term benefits for laparoscopic colorectal resection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 20;(3):CD003145. doi: 10.1002/14651858.
8. Wang Q, Wang C, Sun DH, Kharbuja P, Cao XY. Laparoscopic total mesorectal excision with natural orifice specimen extraction. *World J Gastroenterol*. 2013 Feb 7;19(5):750-54. doi: 10.3748/wjg.v19.i5.750.
9. Пучков КВ, Хубезов ДА. Малоинвазивная хирургия толстой кишки: рук для врачей. Москва, РФ: Медицина; 2015. 280 с.
10. Brinkmann L, Lorenz D. Minilaparoscopic surgery : alternative or supplement to single-port surgery? *Chirurg*. 2011 May;82(5):419-24. doi: 10.1007/s00104-010-2007-2. [Article in German].
11. Zagherian KN, Murrell Z, Fleshner PR. Scarless single-incision laparoscopic loop ileostomy: a novel technique. *Dis Colon Rectum*. 2011 Dec;54(12):1542-46. doi: 10.1097/DCR.0b013e31822b71eb.
12. Dostalík J, Gunkova P, Martinek L, Mazur M, Gunka I, Richter V, et al. NOSE (Natural Orifice Specimen Extraction) in laparoscopic colorectal surgery. *Rozhl Chir*. 2012 Mar;91(3):141-45. [Article in Czech].
13. Palanivelu C, Rangarajan M, Jategaonkar PA, Anand NV. An innovative technique for colorectal specimen retrieval: a new era of "natural orifice specimen extraction" (NOSE). *Dis Colon Rectum*. 2018 Jul;51(7):1120-54. doi: 10.1007/s10350-008-9316-2.
14. Gill IS, Cherullo EE, Meraney AM, Borsuk F, Murphy DP, Falcone T. Vaginal extraction of the intact specimen following laparoscopic radical nephrectomy. *J Urol*. 2012 Jan;167(1):238-



ISSN 2181-1008

Doi Journal 10.26739/2181-1008

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

Editorial staff of the journals of 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
Phone: (+998-94) 404-0000

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