



ISSN 2181-9300

Doi Journal 10.26739/2181-9300

**БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ
ЖУРНАЛИ**
6 ЖИЛД, 4 СОН

**ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И
ПРАКТИКИ**
ТОМ 6, НОМЕР 4

**JOURNAL OF BIOMEDICINE
AND PRACTICE**
VOLUME 6, ISSUE 4



11. Мансур Анвар угли Аскарров, Азиз Мухамаджонович Азимов, Камрон Жасур угли Олимжонов, Шерзодбек Кодирали угли Исокжонов ДЕКОМПРЕССИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	77
12. Билалов Эркин Нозимович, Ашуров Олимжон Мирзажонович, Муротов Нодир Нуриддинович, Маматов Жамшид Фурқатович ТАРЗОРАФИЯ БИЛАН КОМБИНАЦИЯЛАШГАН АУТОКОНЪЮНКТИВОПЛАСТИКА УСУЛИДА ШОХ ПАРДА ЙИРИНГЛИ ЯРАЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ НАТИЖАЛАРИ.....	82
13. Мустафакулова Азиза Хабибуллаевна АСПЕКТЫ КАСАЮЩИЕСЯ РАЗРАБОТКИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВГВ.....	88
14. Орипов Окилхон Ильясович, Билалов Эркин Назимович, Умаров Равшан Зияиддинович ЛУЧЕВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПРИ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОМ ТРОМБОЗЕ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА.....	94
15. Бекжанова Ольга Есеновна, Ризаев Элёр Алимданович РОЛЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ И ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.....	100
16. Шарипов С.С., Хасанов У.С. БУРУН ОРҚАЛИ НАФАС ОЛИШИ БУЗИЛГАН РОНХОПАТИЯЛИ БЕМОРЛАРДА TGFB1 ГЕНИ RS1800471 ПОЛИМОРФИЗМИНИНГ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ.....	110
17. Джураев Ж.А., Хасанов У.С. СУРУНҚАЛИ ПОЛИПОЗ РИНОСИНУСИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАР ОРАСИДА IL4 ГЕНИДА C589T RS2243250 ПОЛИМОРФИЗМИ ТАРҚАЛИШ ЧАСТОТАСИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ НАТИЖАЛАРИ.....	116
18. Бобомуратов Т.А, Самадов А.А., Исканова Г.Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАТОРОВ ГИСТАМИНОВЫХ H2-РЕЦЕПТОРОВ У ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКЫМ СИНДРОМОМ, ПРИНИМАЮЩИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНУЮ ТЕРАПИЮ.....	124

29. Неймарк М.И., Калинин А.П. Анестезия и интенсивная терапия в эндокринной хирургии. – Барнаул, 2016.- 175 с.
30. Неймарк М.И., Калинин А.П. Предоперационная интенсивная терапия и операционное обезболивание больных диффузным токсическим зобом // Анестезиология и реаниматология. – 2017. – № 3. – С. 38-40.
31. Осипова Н.А., Абузарова Г.Р., Петрова. Принципы клинического применения наркотических и ненаркотических средств при острой и хронической боли. – М.: МНМОИ им. П.А. Герцена, 2014. – 64 с.
32. Полонская В.А. Оптимизация анестезии при операциях по поводу удаления опухолей головного мозга // Материалы IX Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов. – Иркутск, 2014. – С. 262-263.
33. Рахимов А.У., Жониев С.Ш. Особенности предоперационной подготовки больных с диффузным токсическим зобом при сопутствующей артериальной гипертензии// Анестезиология и реаниматология. 2015. №4(S). С. 106-107
34. Рахимов А.У., Жониев С.Ш. Оценка эффективности премедикации у больных спатологией щитовидной железы в предоперационном периоде// Анестезиология и реаниматология. 2015. №4(S). С. 45-46
35. Старкова Н.Т. Клиническая эндокринология. – М.: Медицина, 2011.– 287 С.
36. Туракулов Я.Х., Ташходжаева Т.П. Внутритиреоидное дейодирование тироксина: влияние ТТГ и денервации щитовидной железы // Проблемы эндокринологии. – 1986. – Т. 32. – №5. – 335 с.
37. Фадеев В. В., Дроздовский Б. Я., Гусева Т. Н. Отдаленные результаты лечения токсического зоба радиоактивным I^{131} // Проблемы эндокринологии. – 2009. – № 1. – С. 3-10.
38. Фолков Б., Нил Э. Кровообращение. – М.: Медицина, 2009. – 446 с.
39. Чесноков Д.Н., Чурляев Ю.А., Денисов Э.Н., Мартыненко В.Я. Использование даларгина для интраоперационной защиты головного мозга при нейрохирургических вмешательствах // Анестезиология и реаниматология. – 2012. – №6. – С. 21-26.
40. Чесноков Д.Н., Нечаева Е. И. О противоишемическом действии даларгина при хирургическом лечении опухолей головного мозга // Материалы VIII Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов. – Омск, 2002. – 256 с.
41. Яворовский А.Г., Мещеряков А.В., Гришин В.В. Использование клофелина для профилактики периоперационной дисфункции миокарда у больных ИБС // Анестезиология и реаниматология. – 2012. – № 5.– С. 31-35.
42. Aghajanian G. Tolerance of locus coeruleus neurones to morphine and suppression of withdrawal responses to clonidine // Nature. –2013. –№ 27.–186 p.
43. Bonica J.J. Anatomic and physiologic basis of nociception and pain // The Management of Pain. – Philadelphia, 2010. – 28 p.
44. Croot A. Endocrinology. – New York, 2012. – P. 138-139.
45. Dunn A.J., Berridge C.W. Is Corticotropin - releasing factor a mediator of stress responses // Ann N. Y. Acad. Sci. – 2010. – № 579. – 183 p.
46. Eberhart L.H., Novatchkov N., Schrickler N. Clonidine compared to midazolam for intravenous premedication for ambulatory procedures. A controlled double blind study in ASA 1 patients // Anesth. Int. – Notfallmed (Schmerzther). – 2012. – № 35. (6). – P. 388-393.
47. Flynn Ch. Noninvasive monitoring // Anesthesiology. – 2017. – Vol. 37.– №3.– P. 265-267
48. Gayton A. Минутный объём сердца и его регуляция. – М.: Медицина, 2017. – 245с.
49. Hargreaves K.M., Dionne R.A. Evaluating endogenous mediators of pain and analgesia in clinical studies // The Design of Analgesic Clinical Trials. Advances in Pain Research and Therapy. – New York, 2013. – 579 p.
50. Wihmore D.W. Catabolic illness. Strategics for enhancing recovery // N. Engi. J. Med. – 2013. – № 325. – 695 p.


БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

УДК:616.61-002.33-002

Бобомуратов Т.А,
Самадов А.А.,
Исканова Г.Х.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БЛОКАТОРОВ ГИСТАМИНОВЫХ H₂-РЕЦЕПТОРОВ У ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ПРИНИМАЮЩИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНУЮ ТЕРАПИЮ

For citation: Bobomuratov T.A, Samadov A.A., Iskanova G.X. EFFICACY OF HISTAMINE H₂-RECEPTOR BLOCKERS IN CHILDREN WITH NEPHROTIC SYNDROME RECEIVING GLUCOCORTICOSTEROID THERAPY. Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 4, pp.124-129

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-4-18>

АННОТАЦИЯ

Проведено клинико-лабораторное обследование 46 детей в возрасте от 12 до 18 лет. Из них 30 девочек и 16 мальчиков. Все дети с диагнозом «нефротический синдром» получали глюкокортикостероидную терапию. При эзофагогастродуоденоскопии у детей выявлены эрозивные раневые поражения гастродуоденальной зоны. Детям первой группы назначали блокатор гистаминовых рецепторов ранитидин в дозе 300 мг, после лечения исследования показали, что у 85% пациентов первой группы эрадикация раны.

Ключевые слова: нефротический синдром, глюкокортикостероидная терапия, блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов.

Бобомуратов Т.А,
Самадов А.А.,
Исканова Г.Х.

ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИД ТЕРАПИЯДАГИ НЕФРОТИК СИНДРОМЛИ БОЛАЛАРДА H₂-ГИСТАМИН РЕЦЕПТОРИ БЛОКАТОРЛАРИ ҚЎЛЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

АННОТАЦИЯ

12 дан 18 ёшгача бўлган 46 нафар бола клиник-лаборатор текширувдан ўтказилган. Улардан 30 тасини қиз болалар ва 16 тасини ўғил болалар ташкил этган. Барча болалар “нефротик синдром” ташхиси билан глюкокортикостероид терапияда бўлган. Болаларда эзофагогастродуоденоскопия натижаларига кўра гастродуоденал зонанинг эрозив ярали зарарланиши аниқланган. Текширилган болаларнинг биринчи гуруҳига H₂ гистамин рецепторлари блокатори ранитидин 300 мг дан берилган. Даводан кейинги текширувларда 1нчи гуруҳ беморларнинг 85%ида яранинг эрадикацияси аниқланган.

Калит сўзлар: нефротик синдром, глюкокортикостероид терапия, H₂ гистамин рецепторлари блокатори

**Bobomuratov T.A,
Samadov A.A.,
Iskanova G.X.**

EFFICACY OF HISTAMINE H₂-RECEPTOR BLOCKERS IN CHILDREN WITH NEPHROTIC SYNDROME RECEIVING GLUCOCORTICOSTEROID THERAPY

Clinical and laboratory studies were conducted in 46 children from 12 to 18 years of age. Of these, there were 30 girls and 16 boys. All children received glucocorticosteroid therapy for nephrotic syndrome. According to the results of esophagogastroduodenoscopy, all children had lesions of the gastroduodenal zone. 1 group of patients was prescribed a drug from the group of histamine H₂-receptor blockers - ranitidine 300 mg. After therapy, 85% of group 1 children were found to have eradication of erosive lesions of the gastroduodenal zone

Key words: nephrotic syndrome, glucocorticosteroid therapy, histamine H₂-receptor blockers.

Во всем мире наблюдается увеличение количества больных с хронической **почечной** патологией. Это обусловлено фактическим ростом первичной заболеваемости **болезнями почек**. Нефротический синдром (НС) у детей является одним из актуальных вопросов в мировой педиатрической нефрологии, из-за высокой частоты этой патологии у детей. В настоящее время наиболее используемыми лекарственными средствами нефротического синдрома НС являются стероидные противовоспалительные средства (СПВС) и глюкокортикостероиды (ГКС). В то же время прием данных лекарственных средств сопровождается увеличением частоты возникновения повреждений слизистой оболочки (СО) гастродуоденальной зоны и приводит к развитию опасных осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта [1-5]. Эти препараты являются основными факторами риска развития патологии желудочно-кишечного тракта у детей с нефротическим синдромом, индуцированной использованием ГКС, однако взаимосвязи между данными причинами мало изучены [4,5,6]. У пациентов, принимающих ГКС наблюдается возрастание частоты развития эрозий и язв гастродуоденальной зоны (45%). Остается нерешенным вопрос о необходимости проведения применения блокаторов гистаминовых H₂-рецепторов при язвенной болезни у детей с НС. Блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов подавляют базальную и стимулированную гистамином, гастрином и ацетилхолином (в меньшей степени) секрецию соляной кислоты. Способствует увеличению рН желудочного содержимого и снижает активность пепсина у детей, длительное время принимающих ГКС [7]. В международных рекомендациях по профилактике возникновения ГКС-гастропатии говорится о том, что позитивное воздействие антихеликобактерной терапии отмечается среди тех детей, которым только назначена медикаментозная терапия с использованием ГКС. Во многих работах проводилось изучение морфологических эффектов влияния успешной антихеликобактерной терапии, однако имеется лишь небольшое количество работ, где оценивались морфологические показатели СО желудка после проведенной терапии блокаторами гистаминовых H₂-рецепторов у детей, которые длительное время используют ГКС [12-13]. Следовательно, изучение данных вопросов приведет к возможности уточнить следующие задачи: необходимо ли детям, длительно использующим ГКС, рекомендовать проведение противоязвенной терапии блокаторами гистаминовых H₂-рецепторов, а также какое влияние оказывает успешная терапия на морфологические показатели СО желудка.

Цель исследования – оценить перспективные эффекты противоязвенной терапии блокаторами гистаминовых H₂-рецепторов на состояние слизистой оболочки (СО) желудка у детей, которые длительное время принимают ГКС.

Материал и методы В исследование по проспективной оценке влияния проивоязвенной терапии на морфологическую картину желудка вошло 46 детей с НС, которые использовали ГКС постоянно в течение длительного времени. Из детей, включенных в исследование, было 30 девочек и 16 мальчиков. Все исследованные дети были в возрасте 12-18 лет, которые имели лекарственную язву желудка.

Критерии диагноза НС у детей. Нефротический синдром у детей характеризуется протеинурией $> 3,0$ г/сут (> 50 мг/кг массы тела в сутки или > 40 мг/м² поверхности тела в час), снижением концентрации альбумина крови < 25 г/л, гиперлипидемией и развитием отеков [1, 2]. Возраст участников исследования 12-18 лет.

Все дети с диагнозом НС, включенные в исследование, длительное время использовали СПВС в стандартной дозе и продолжали принимать данные лекарственные средства в дальнейшем. Участники исследования в течение длительного времени принимали ГКС. Дети, включенные в исследование, использовали в дебюте заболевания преднизолон назначали в дозе 60 мг/м² в сутки ежедневно в 3 приема в течение 6 нед, затем — 40 мг/м² в 48 ч в 1 прием в альтернирующем режиме в течение 4-6 нед с последующим снижением дозы на 5-10 мг в неделю до полной отмены [2, 3,4]. При рецидиве заболевания применяли преднизолон в дозе 60 мг/м² в сутки ежедневно в 3 приема, до 3 анализов мочи без протеинурии (отношение белка к креатинину мочи < 20 мг/моль или наличие белка $< 1+$ при определении тест-полосками), затем продолжали терапию преднизолоном в альтернирующем режиме в дозе 40 мг/м² в 48 ч в 1 прием в течение 4-6 нед с последующим снижением дозы на 5-10 мг в неделю до полной отмены [2, 3]. Всем обследованным проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с выполнением биопсии СО желудка. При выявлении на ЭГДС эрозивно-язвенных повреждений гастродуоденальной зоны диагностировали наличие НПВС гастропатии. При морфологическом анализе биоптатов СО желудка оценивались показатели активности, воспаления, атрофии СО желудка, а также количество лимфоидных фолликулов. При проведении описания СО желудка применялась четырехуровневая визуально аналоговая шкала. Обследованным, которые были включены в первую группу (I группа), была проведена противоязвенная терапия препаратом ранитидин по 300 мг в сутки (блокатором гистаминовых H₂-рецепторов). Пациентам, вошедшим во вторую группу (II группа), противоязвенная терапия не проводилась. Обследованные I и II групп до включения в работу принимали СПВС постоянно в течении длительного времени и затем использовали их в дальнейшем. Обследованным I группы, в которую вошло 26 пациентов, была проведена противоязвенная терапия. Участникам исследования группы сравнения противоязвенная терапия не проводилась. Между пациентами в группе, где была проведено лечение ранитидином и группой сравнения, в которой противоязвенная терапия не выполнялась, не было выявлено различий по возрасту ($p > 0,05$), продолжительности НС ($p > 0,05$), а также длительности приема ГКС ($p > 0,05$). Контроль успешности терапии выполняли не ранее, чем через 2 месяца после проведения лечения. При этом за две недели до выполнения повторной ЭГДС с биопсией участники исследования не должны были принимать антисекреторные и антибактериальные лекарственные средства. Эффективность лечения определялось при одновременном отрицательном результате гистологического исследования биоптатов СО желудка. Оценка эндоскопических эффектов влияния терапии на риск возникновения эрозий и язв гастродуоденальной зоны у обследованных, которые длительное время используют ГКС, проводилась через $6 \pm 1,6$ месяцев после эрадикации *H. pylori* у 26 участников исследования (I группа) и у 20 пациентов группы сравнения (II группа), где противоязвенная терапия не выполнялась. В ходе исследования применялась статистическая обработка полученных данных с использованием программы STATISTICA 10.0. Для оценки нормальности распределения использовался W теста Шапиро-Уилка (Shapiro-Wilk W test) и тест Колмогорова-Смирнова (KolmogorovSmirnov one-sample test). В работе применялась следующая описательная статистика: медиана (Me), 25-й и 75-й процентиля (P25; P75), среднее (M) и стандартное отклонение (σ). Анализ морфологических данных осуществлялся

методами непараметрической статистики с применением теста Уилкоксона в зависимых группах и теста Манна–Уитни в независимых группах.

Результаты Повторное исследование было проведено через 6 месяцев после гастропротекторной терапии. В ходе оценки результатов лечения было выявлено, что у 4 (15%) из 26 пациентов определялась язва. Следовательно, частота успешной терапии равнялась 85%. Также, была произведена оценка морфологических эффектов у пациентов с успешной терапией (26 человек, I группа) и среди участников исследования, которым не проводили аналогичное лечение (20 участников исследования, II группа). Между I и II группами не определялось статистически значимых различий по времени проведения повторного обследования ($p=0,19$). Исходное морфологическое исследование биоптатов СО желудка показало, что между обследованными I группы (пациенты, у которых была диагностирована успешная гастропротективная терапия) и II группы (группа сравнения) не определялось статистически значимых различий ($p>0,05$) по морфологическим показателям СО желудка (активность, воспаление, атрофия, количество лимфоидных фолликулов). Повторная оценка влияния успешной терапии была выполнена у 26 участников исследования I группы через 3 месяца. При выполнении проспективного исследования в СО антрального отдела желудка было выявлено статистически значимое снижение:

-активности ($p < 0,001$) на 50,3%

-воспаления ($p < 0,001$) на 24,0%

-атрофии ($p=0,017$) на 26,4%

При этом в СО фундального отдела отмечалось статистически значимое уменьшение показателей активности ($p<0,001$) на 54% и понижение воспаления ($p<0,001$) на 34% (табл. 1). Таким образом, был отмечен положительный эффект успешной терапии ранитидином на состояние СО желудка у детей с НС, которые постоянно в течение

Таблица 1 – Морфологические показатели слизистой оболочки желудка у пациентов с успешной противоязвенной терапией (I группа)

Морфологические показатели, в баллах		Исходные данные (M±σ), n=37	После эрадикации Helicobacter pylori (M±σ), n=37	Статистическая значимость
Активность	Анtrum	1,43±0,77	0,71±0,46	p<0,001
	Тело	1,19±0,65	0,68±0,41	p<0,001
Воспаление	Анtrum	1,79±0,34	1,36±0,49	p<0,001
	Тело	1,67±0,45	1,21±0,39	p<0,001
Атрофия	Анtrum	1,21±0,69	0,89±0,56	p=0,017
	Тело	0,35±0,063	0,18±0,08	p=0,115
Кишечная	Анtrum	0,11±0,029	0,06±0,004	p=0,109
Метаплазия	Тело	0,00±0,00	0	-

Примечание: n – количество пациентов в группе; p – статистические отличия в сравнении с исходными показателями, M – среднее, σ – стандартное отклонение.

Таблица 2 – Морфологические показатели слизистой оболочки желудка у пациентов группы сравнения (II группа)

Морфологические показатели, в баллах		Исходные данные (M±σ), n=16	После лечения ИПП (M±σ), n=16	Статистическая значимость
Активность	Анtrum	0,91±0,43	0,97±0,58	p=0,541
	Тело	0,78±0,36	1,16±0,60	p=0,066
	Анtrum	1,70±0,38	1,72±0,39	p=0,753

Воспаление	Тело	1,63±0,48	1,67±0,46	p=0,715
Атрофия	Анtrum	0,92±0,45	0,92±0,70	p=0,851
	Тело	0,21±0,03	0,59±0,79	p=0,529
Кишечная	Анtrum	0	0,07±0,27	-
Метаплазия	Тело	0,07±0,27	0,07±0,27	-

Примечание: n – количество пациентов в группе; p – статистические отличия в сравнении с исходными показателями, M – среднее, σ – стандартное отклонение. длительного времени использовали ГКС и продолжали принимать данные лекарственные средства в дальнейшем.

Обсуждение Следовательно, полученные данные говорят о том, что успешная противоязвенная терапия сопровождается улучшением состояния СО желудка. В настоящее время широко обсуждается воздействие противоязвенной терапии на морфологические показатели СО желудка через различные временные интервалы. Во многих работах имеется положительная динамика морфологических показателей СО желудка после выполнения успешного лечения[11,12,13]. Хотя имеется большое количество работ, посвященных изучению морфологических эффектов антихеликобактерной терапии, в настоящее время существует только небольшое количество проспективных исследований, посвященных влиянию противоязвенной терапии на СО желудка у пациентов, которые в течение длительного времени принимают ГКС. Полученные данные о совместном влиянии ГКС и микроорганизма *H. pylori* в развитии патологических изменений со стороны СО желудка противоречивы. В одной из работ было показано, что выполнение антихеликобактерной терапии способствует снижению активности и воспаления в СО желудка в сравнении с теми обследованными, которым эрадикация микроорганизма *H. pylori* не проводилась [11-14]. В то же время в исследовании M. Frezza и соавт. было выявлено, что персистенция микроорганизма *H. pylori* не сопровождается ухудшением состояния СО желудка [13]. Следовательно, взаимодействие между микроорганизмом *H. pylori* и длительным использованием ГКС имеет мировое значение.

Заключение При проспективной оценке морфологических эффектов противоязвенной терапии у детей с НС, которые длительное время использовали ГКС и продолжали их принимать в дальнейшем, была выявлена статистически значимая положительная динамика морфологических показателей СО антрального и фундального отделов желудка.

Литература:

1. Обухова В.А., Длин В.В. Факторы риска часто рецидивирующего течения стероид-чувствительного нефротического синдрома у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2014. — Т. 59. — № 6 — С. 79-83.
2. Нефротический синдром у детей. Клинические рекомендации.
3. Клинические практические рекомендации KDIGO по лечению гломерулонефритов.
4. Lombel RM, Gipson DS, Hodson EM; Kidney Disease: Improving Global O. Treatment of steroid-sensitive nephrotic syndrome: new guidelines from KDIGO. *Pediatr Nephrol.* 2013;28(3):415-426. doi: 10.1007/S00467-012-2310-X.
5. Hahn D, Hodson EM, Willis NS, Craig JC. Corticosteroid therapy for nephrotic syndrome in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(3):CD001533. doi: 10.1002/14651858.CD001533.pub5.
6. Рекомендации международных согласительных документов по профилактике рака желудка и рецидивов гастродуоденальной язвы / С.И. Пиманов [и др.] // *Consilium medicum.* – 2008. – Т. 10, № 8. – С. 9–15.
7. Foster BJ, Shults J, Zemel BS, Leonard MB. Risk factors for glucocorticoid-induced obesity in children with steroid-sensitive nephrotic syndrome. *Pediatr Nephrol.* 2006;21(7):973-980. doi: 10.1007/S00467-006-0100-Z.

8. Пиманов, С. И. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*: положения Маастрихт-ВФлорентийского Консенсуса и комментарии : пособие для врачей / С. И. Пиманов, Е. В. Макаренко. – Минск : Четыре четверти, 2017. – 90 с.
9. Дикарева, Е. А. Влияние приверженности лечению ингибиторами протонной помпы на частоту возникновения гастропатии, индуцированной приёмом нестероидных противовоспалительных средств / Е. А. Дикарева // Вестн. ВГМУ. – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 41–47.
10. Пиманов, С. И. Приверженность к фармакотерапии – необходимое условие эффективного лечения / С. И. Пиманов, Е. А. Дикарева, Е. В. Макаренко // Лечеб. дело. – 2014. – № 5. – С. 47–52.
11. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. International Workshop on the Histopathology of Gastritis, Houston 1994 / M. F. Dixon [et al.] // Am. J. Surg. Pathol. – 1996 Oct. – Vol. 20, N 10. – P. 1661–1681.
12. Fichman, S. Histological changes in the gastric mucosa after *Helicobacter pylori* eradication / S. Fichman, Y. Niv // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2004 Nov. – Vol. 16, N 11. – P. 1183–1188.
13. *Helicobacter pylori* eradication therapy improves atrophic gastritis and intestinal metaplasia: a 5-year prospective study of patients with atrophic gastritis / M. Ito [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2002 Aug. – Vol. 16, N 8. – P. 1449–1456.
14. who.int [Internet], WHO child growth standards: training course on child growth assessment. Geneva; WHO [cited 2017 Jun 9].



ISSN 2181-9300

Doi Journal 10.26739/2181-9300

**БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ
ЖУРНАЛИ
6 ЖИЛД, 4 СОН**

**ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И
ПРАКТИКИ
ТОМ 6, НОМЕР 4**

**JOURNAL OF BIOMEDICINE
AND PRACTICE
VOLUME 6, ISSUE 4**

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

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/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000