

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АКЦИОНЕРНЫЙ КОНЦЕРН
«УЗФАРМСАНОАТ»
ТАШКЕНТСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ВАКЦИН И СЫВОРОТОК

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ

Научно-практический журнал

1/2017

Журнал основан в 1999 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор — профессор Тулаганов А. А.
проф. Мухамедов Н.Р. (зам. главного редактора), проф. Бугланов А.А. (зам. главного редактора), проф. Постолова Е.А., проф. редакторы: проф. Мирзахмедов А.К. (зам. главного редактора), проф. Абдуллаев Р.В., проф. Аршнова Т.У., проф. Аринов А.Н., проф. Исмаилов С.И., проф. Исхакова З.И., проф. Каримов М.М., проф. Каримов М.Ш., проф. Комилов Х.М., проф. М.А. Мирзияев, проф. Мусабиев Э.И., проф. Мухамедов И.М., д.м.н. Шереметьев П.Н. (отв. секретарь), проф. Маматкулов И.Х., проф. Абдусаматов А.А., проф. Сабиров Д.М., акад. АН РУ Саатов Т.С., д.м.н. Саидов С.А., д.м.н. Абдухакимов А.Н., проф. Тураев А.С., проф. Ташев В.М., проф. Гудимов Н. Г., д.м.н. Хамраев А.Д., к.м.н. Вафакулова Г.Б., д.м.н., проф. Ибратова Г.А., к.м.н., доц. Наджимитдинова М.А., к.м.н., доц. Болтаев К.Ж.

Редакционный совет:

к. м. н. Тулаганов И.М. — председатель

акад. РАН Кудряв В.Е. (Москва)
акад. Акматов И.А. (Ташкент)
проф. Аринов А.В. (Ташкент)
проф. Шварц Г.Я. (Москва)
акад. Давлатов Г.У. (Ташкент)
проф. Хадидбеков М.Х. (Ташкент)
проф. Зонарьев В. (Ташкент)
акад. РАН Габриелов Ш.И. (Ташкент)

акад. Абдуллаходжаева М.С. (Ташкент)
проф. Ахмедова М.Д. (Ташкент)
акад. РАН Бахрамов С.М. (Ташкент)
проф. Гариб Ф.Ю. (Москва)
проф. Хужамбердиев М.А. (Андижан)
д.м.н., проф. Аскарров Г.А. (Бухара)
д.м.н., проф. Сайфутдинов Р.Г. (Казань)
д.м.н., проф. Юсупова М.А. (Ургенч)
д.м.н. Расулов С.К. (Самарканд)

Ташкент-2017

53. РАЖАБОВ А.И., МАВЛОНОВА Г.И., ЛЯН Е.М., ЛВЕЗОВ А.А., УМУРОВ Н.А. КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	226-230
54. РАХИМБАЕВ Б.Б., УРИНОВ А.М., ШАЙХОВА Л.И., КАМИЛОВА А.Ш. ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА. ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛСКИХ РАЙОНАХ.....	230-235
55. РАХИМОВА В.Ш., СУБОТИНА И.А., СОМАТОВА И.Р., БРИГИДА К.С. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАРКИ РА В ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ.....	235-239
56. РАШИДОВА Н.С., ХАЛИМОВА Х.М., РАХИМБАЕВА Г.С. СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С ЭНДЛЕПСИЕЙ ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ПРОБЛЕМЫ, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.....	239-242
57. РУЗЬЯЕВ Р.Ю., САГАЕВ Д.Ш. ИЗУЧЕНИЕ АСПЕКТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕРИТОНЕА.....	242-246
58. САБИРОВ А.Р., ТУРСУНОВ Д.Х., КУРБАНОВА Л.Ж. ВЛИЯНИЕ ЭКДИСТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ КЕТИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АЛЮКСАНОЗОМ ДЕТЯМ.....	246-251
59. САДИКОВ А.А., МИРЗАЯЗОВ А.Х., ТОПИЛОВ Э.А., АЛПИСБАЕВ Х.Ш., ТУРСУНОВ В.Х. НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОРСЕТОВ ТИПА ШЕНО ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКОЛИОТИЧЕСКОГО ДЕФОРМИРУЮЩЕГО РАСТА И ПОДРОСТКОВ.....	251-257
60. САДИКОВА Х.Б., МИРЗАМУХАМЕДОВА М.Ш. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАДИКУЛЯРНЫХ ЦИСТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ.....	257-262
61. САГАЕВ Р.Ш. ЭХИНОКОККОЗ - АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ.....	262-266
62. САГАЕВ Р.Ш., МИРЗАМУХАМЕДОВА М.Ш. РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОЦИФРИТА В ПРИБЛИЖИТЕЛЬНОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ РЕГИОНА ПРИАРАЛЬЯ.....	266-269
63. SATTAROV B. M., LUMINOV A. T., KHAMIDAMOV Sh. A. IMMEDIATE RESULTS OF ENDOVASCULAR AND OTHER INVASIVE METHODS OF DIABETIC ANGIOPATHY TREATMENT.....	269-273
64. САБИРОВ Ф.И., ИСЛОМХУЖАЕВА Ф.Х. ПРОФИЛАКТИКА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОСТРОГО НЕФРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ.....	273
65. СТОИВЦОВ А.А., АГАМАНОВ Р.Н., ХОЖИЕВ Х.Ш., ЮСУПОВ О.И., ИЛЬЯСОВА М.М., ГАЧЕВЛАТОВА И.М. СИРКА КИСЛОТАСИ БИЛАН УТКИР ЗАХАРЛАНИШНИН БОЛГАНИШРЕ ВОСКИРИДА СУБСТРАТ МЕТАБОЛИК ПРЕПАРАТЛАРИН АХАМИШНИ.....	274-282
66. ГАММАДИШВА НА, ФОМИНА М.А., ЯКУБОВА Р.А., НАЗИРОВА Э.Р., БАРАТОВ К.Р. ДЕТСКИЙ МЕГАЦИТОЦИТОМАТИЧЕСКИЙ АПОПТОЗ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМИ ОПУХОЛЯМИ ЦЕРЕБРАЛИ.....	282-285
67. УБАЙДУЛЛАЕВ А.З., ЗАЛРОСЛЯНСКИЙ Д.В. ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ПОТРЕБНОСТИ В ЦЕФАЛОСПОРИНОВЫХ АНТИБИОТИКАХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОЙ ПНЕВМОНИИ.....	285-288
68. УБАЙДУЛЛАЕВ А.А., АСАТОВ С.И., ФАЙЗУЛЛАЕВА З.Р. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИМИКО-БОТАНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЭКСТРАКТА И НАСТОЙКИ ИЗ СМЕСИ СУХОГО МЫШЬИ ЧАСТИ (2:1) ГОРЦА ПТИЧЬЕГО И ТЫСЯЧЕЛИСТВИКА.....	289-294
69. УСМАНОВА Э.З. ЗАВИСИМОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА TNF- α	294-299

11.Griffiths M. Internet addiction: Fact or fiction? // Psychologist.- 1999.-v.12.- N.5.- p.246-250.

12. Web-сайт [электронный ресурс] Польза социальных сетей - в чем суть. - Изд.: Контекст-издательство. - Режим доступа: <http://www.texts.com.ua/go/ru/article--ResourceID--9529--category--page1--page.html>, свободный

13. Хаб Хабр [электронный ресурс] Социальные сети. Перспективы развития и способы монетизации. - Режим доступа: http://habrahabr.ru/blogs/social_networks/22811

14. Центр информационных коммуникаций [электронный ресурс] / Общение в социальных сетях вредит здоровью. - Режим доступа: http://www.3dnews.ru/intermedia/articles/2009_02_26_02.html.

15. Википедия [электронный ресурс] / Социальные сети. - Режим доступа: <http://ru.wikipedia.org/>

16. Социальные сети от А до Я [электронный ресурс] / Больше времени на общение. - Режим доступа: <http://www.social-networking.ru/papers/36/>.

17. Виртуальная [электронный ресурс] / Социальные сети: пожиратели времени или полезные ресурсы. - Режим доступа: --<http://www.bigness.ru/articles/2008-12-09-internet-3614>

1. <http://www.saxo.com/ru/0847276>

ХУЛОСА

Компьютерда қарамликни профилактикасини асосан оила таъминлаши керак, ва бунда шахсий дамуда устулик килиши; компьютерда ишлаш вақти чеклашиши; вақтни маъмулий шаклини шароит яратиши; компьютер фақат ижтимоий-маданий ва интеллектуал ривожланиши ва таълим учун фойдаланиши муҳимдир.

SUMMARY

The main objective of the prevention of computer addiction is given to a family with parental personal position; example; also, limited working time with the computer and created conditions for a useful recreation effective; the computer must be used only as an element of social-cultural and intellectual development and education.

УДК 612.2.

ВЛИЯНИЕ ТИПОВ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В г. ТАШКЕНТЕ

Рахимов Б.Б., Уринов А.М., Шайхова Л.И., Камилова А.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Ключевые слова: дети дошкольного возраста, ожирение, факторы риска, выявление.

Актуальность. Ожирение является одной из важнейших проблем общественного здравоохранения в двадцать первом веке. Использование целостного подхода к решению данной проблемы предполагает принять во внимание все ее аспекты – нарушение питания, физическую активность, а также социально-экономические и социально-политические факторы в этой области [1,2]. Рассматривая их с точки зрения эпидемиологического распространения ожирения, как проблемы, выходящей за рамки временных и национальных границ, и частоты, вызывающей тревогу растет частоты ожирения среди детей, можно считать, что эта проблема представляет угрозу здоровью и благосостоянию будущих поколений [7,8]. Важной особенностью последнего десятилетия является увеличение числа и изменение соотношения факторов риска, воздействующих на состояние здоровья детей, эффективное выявление которых поможет целевому предотвращению развития ожирения. Факторы риска - это определяющие здоровье факторы, влияющие на него отрицательно. Они благоприятствуют возникновению и развитию заболеваний. Фактор риска - это признак, который каким-то образом связан в будущем с возникновением заболевания. Для развития болезни необходимо сочетание

факторы риска и непосредственных причин заболевания. Часто трудно выделить причину заболевания, так причины могут быть несколько взаимосвязаны. Выделяют главные факторы риска, т.е. являющиеся общими для самых различных заболеваний: курение, гиподинамия, избыточная масса тела, несоблюдение артериального питания, артериальная гипертензия, психоэмоциональные стрессы и т.д. Различают также факторы риска первичные и вторичные [9,11]. К первичным факторам относятся факторы, отрицательно влияющие на здоровьесберегающий образ жизни, загрязнение окружающей среды, отягощенная наследственность, неадекватная работа служб здравоохранения и т.д. К вторичным факторам риска относятся заболевания, которые отягощают течение других болезней: сахарный диабет, атеросклероз, артериальная гипертензия и т.д. [12,13,14].

Цель исследования – выявление факторов риска развития ожирения у детей дошкольного возраста, проживающих в г.Ташкенте.

Материалы и методы исследований. Обследовано 32 девочек и 26 мальчиков в возрасте от 8 до 12 лет с диагнозом экзогенно-конституциональное ожирение, проживающих в г.Ташкенте. Дети были обследованы в поликлинике Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра Эндокринологии (РСТИМЭ) – МЭРМ. Больные с ожирением находились на амбулаторном контроле. Диагноз был установлен на основании анамнестических, антропометрических данных и результатов осмотра педиатров, педиатров и эндокринологов. Во время амбулаторного обследования изучены нутритивный статус, а также самочувствие, активность и настроение больных. Антропометрические исследования включали биоимпедансный контроль состава тела с определением его массы, индекса массы тела (ИМТ), величины окружности талии и бедер (ОТ, ОБ), количества жировой массы. Измерения проводили с использованием антропометра Мартина, калипера, стандартных медицинских весов.

С целью определения степени значимости факторов риска ожирения у детей, нами проведен математический анализ частоты распространенности ведущих факторов риска с вычислением соответствующих показателей.

С помощью анкетирования нами были изучены характер питания, физическая активность, организация досуга, вредные привычки, данные о материальном положении семьи, образовании и профессии родителей. Анкеты составляли, согласно требованиям, применяемым в социологическом исследовании.

Для изучения социально-гигиенических, биологических и других факторов, влияющих на формирование ожирения у детей было проведено социологическое исследование в семьях, имеющих детей с ожирением (случай) и семьях, имеющих здоровых детей (контроль «случай-случай-контроль»). Информацию собирали методом анкетирования и выкопировали данные из медицинской документации детей с ожирением. Контролем служили данные 80 детей с нормальным весом (здоровые). Группу случаев составили 58 детей с избыточной массой тела (ожирение). В дальнейшем с помощью математико-статистических методов мы определили распространенность этих факторов в основной и контрольной группах. При сопоставлении их вычислены коэффициенты относительного риска. Кроме того, путем анализа отношения самого высокого уровня относительного риска в каждой градации факторов мы рассчитали весовые коэффициенты, т.е. ранговые места, которые каждый фактор занимает по значимости в развитии ожирения у детей [3,4].

Для определения риска возникновения ожирения у детей использовали один из современных методов доказательной медицины и клинической эпидемиологии – метод «случай-контроль» – коэффициент «относительный риск» [4, 16]. Метод «случай-контроль» расценивается как достоверная факторов риска. Принципиальный план исследования «случай-контроль» заключается в том, что сначала на основании выборки популяции

отобранных случаев сопоставляются материалы и признакам группы пациентов, но методика анализа данных (случаи и контроль) – без изучаемого заболевания. Затем в обеих группах рассчитываются частоты воздействия изучаемого фактора риска. Для оценки влияния фактора риска рассчитываются отношения и индексы наличия фактора риска к фактору заболевания, что эквивалентно показателю относительного риска.

Неслучайный метод случайного контроля, при правильном дизайне обладает рядом преимуществ, хорошо подходит для изучения заболеваний с длительным латентным периодом, редких заболеваний, эффективны по времени и затратам, позволяют выявить значимые биологические факторы.

Для установления причинно-следственной связи между фактором риска и заболеванием, исследуемая группа должна во всем сопоставима с группой случаев, за исключением изучаемого фактора. Случаи и контроли необходимо отбирать в одной и той же географической области. Выбор случаев и контроля отбираются из популяции или сообщества, без какой-либо специальной части популяции или производится случайная выборка из всей популяции. Это позволяет избежать систематических ошибок.

Случаи, входящие в контрольную группу являются крайне важной задачей. Если состав контрольной группы, которые могли быть отобраны в качестве случаев, не будет у них риск возникновения заболевания, не все население, у которого нет изучаемого заболевания. Поэтому контрольная группа должна быть максимально похожей на лиц из группы случаев, кроме изучаемого фактора. Важно также подумать о количестве случаев, чтобы создать соотношение 1:1, при таком соотношении создается максимальная статистическая мощность.

Если относительный риск (ОР) составляет 1,0, это означает, что нет никакой разницы в риске заболевания в какой-либо группе (одинаковая).

ОР > 1,0 означает, что риск заболеть у людей в группе, подверженной действию фактора, в 1,5 раз выше, чем у людей в группе, не подверженной действию фактора.

ОР < 1,0 означает, что риск заболеть у людей в группе, подверженной действию фактора, в 1,5 раз ниже, чем у людей в группе, не подверженной действию фактора (или риск на 60% ниже, чем в группе, подверженной действию фактора).

ОР = 0,5 означает, что фактор имеет эффект фактора риска, когда фактор риска имеет защитный или ингибирующий эффект.

Результаты и обсуждение. По нашим данным избыток массы тела выявлен у 82 девочек в возрасте от 5 до 6 лет. При обследовании масса тела у девочек составила в среднем 23,5 кг, а у мальчиков 21,5 кг. Среди детей отчетливо выявлено преобладание ожирения у девочек, в этом случае половое соотношение достигает 2:1. В этом случае преобладающим фактором служит большая выраженность подкожного жирового слоя у девочек, связанная с половой зрелостью и половым созреванием.

Если говорить о распространенности различных типов (форм) ожирения, то самым распространенным является экзогенно-конституциональная (или простая) форма ожирения, которая составляет 75-97% случаев [6]. У наших обследуемых преобладающим диагнозом является экзогенно-конституциональное ожирение 1 степени.

Установлена наследственная генетическая предрасположенность к ожирению, что подтверждено в ряде эпидемиологическими исследованиями. Механизмы генетического влияния могут быть связаны с различиями в соматотипе, с клеточным составом жировой ткани, с чувствительностью к инсулину, гипергликемией, гиперлипидемией, гипертонией, а также с различиями в липогенезе и липолизе [6]. Риск развития ожирения у ребенка достигает 80%, если оно имеется у обоих родителей. Риск составляет 40%, если ожирением страдает только мать, около 40% при ожирении у отца, а у детей – 7-9%, при отсутствии ожирения у родителей. Среди детей

нахождению ожирения связано с ожирением, у 42% матерей было выявлено ожирение I степени, у 30% матерей выявлено ожирение II степени, у 29% обследованных матерей ожирения не обнаружено. У 20% родителей ожирения не обнаружено.

Связь ожирения у подростков с поведением девочек и их родителей выявило наличие особенностей в организации питания, как в семье, так и в школе, в питании и пищевом поведении.

У 17 мальчиков (27%) мальчиков и у 16 девочек (в возрасте 6 лет) наблюдались симптомы эмоционального нарушения пищевого поведения. В первую очередь становится не голод, а эмоциональный дискомфорт, чувство дискомфорта, дискомфорта, что голоден, и потому что неспокоен, тревожен, раздражен, у него нет друзей, он чувствует себя одиозно, ему скучно, одиноко и т.д. [5,7,8]. При этом бесспорно установлено, что у них часто тревожное состояние, которое связано с эмоциональным отвержением отворачиванием от себя, появлением вторичных симптомов депрессии и чувства одиночества. У мальчиков эмоциональное нарушение связано с подготовкой к экзаменам, провалом на экзаменах, плохими отношениями с друзьями, особенно с девочками. Из обследованных мальчиков у 27 девочек было обнаружено нарушение суточного ритма приема пищи, так у 10 девочек отмечался синдром ночной еды. Эта форма впервые описана А.С. Стунгартом в 1989 году, она встречается в клинической практике достаточно часто [10]. По данным автора исследования было установлено, что они не могут заснуть, не съев какой-либо продукт питания, они часто тревожны, беспокоены, они несколько раз просыпаются ночью и ночью принимают какую-то пищу (печенье, конфеты, мороженое и др.).

При опросе детей и их родителей выявлено, что на момент обследования в ежедневном рационе преобладают картофель (в жареном виде) у 70,2%, сладости и выпечка у 63,3%, макароны и крупы у 48,5%. Многие дети называли данные продукты, как любимые. По данным автора исследования 36,6% детей. Также было выявлено, что с раннего детства дети часто питались перед сном, после сладости и перед сном. По данным авторов [8,9] синдром ночной еды при ожирении имеет отношение к особенностям психофизиологической незрелости. Выявлено также, что телевизор характеризует большинство детей, страдающих ожирением. И, к сожалению, ежедневно более 3 часов проводят за компьютером либо телевизором большинство детей. Это связано с тем, что питание как форма обеспечения стрессового состояния ребенка и этого процесса роста и развития ребенка имеет большое значение для его здоровья.

Хорошо изучено существование семейных форм ожирения, при которых коэффициент наследования составляет 25%, что свидетельствует о достаточно высоком вкладе генетических факторов в развитие данного синдрома. У наших обследованных 4% составляли семейную форму как «конституционально-экзогенное ожирение».

У обследованных качество питания имело некоторые различия. По данным анкетного опроса большинство детей с ожирением характеризовались преобладанием хлебобулочных, мучных и кондитерских изделий, отмечено высокое содержание насыщенных жиров, соли и сахара в ежедневном рационе на фоне не выполнения нормы питания по овощам и фруктам (дефицит пищевых волокон в рационе составляет 70%). В ежедневном рационе содержание мяса и мясных продуктов (колбаса, сосиски и др.) в рационе значительно выше нормы. В неделю без ограничения были употреблены фаст-фуд, гамбургеры, хот-дог, картошка фри и др.).

Одним из факторов, представляющих развитие ожирения, важна роль отвлечения факторов, отвлекающих от еды, играющей существенную роль в формировании пищевого поведения организма. Обследованные нерегулярно занимаются физическими упражнениями, 55% мальчиков и 38% девочек любили смотреть

телевизор, компьютер, видео и кинофильмы, 23% не занимались физкультурой и 34% часами сидели за компьютером.

На формирование ожирения у детей влияет социально-экономический статус семьи. В северной части штата Бразилия по данным ученых подтверждена гипотеза о связи неосознанного переедания в детстве и ожирения у взрослых с очень низким доходом. Аналогичные данные получены в Великобритании. Дети из семей с высоким материальным достатком не будут иметь избыток массы тела [13]. Однако, полученные нами результаты указывают на другую направленность. Изучение оценки экономического статуса семей с детьми с ожирением показало, что 85% живут без особых материальных затруднений. В среднем доходах зарегистрировано 12% семей. Оборотом делами Мэрион, который является одним из ведущих факторов в развитии детского ожирения [14, 15], дети которых страдали ожирением, имели среднее образование, а материальная часть опрошенных из обследованных женщин не имела никакой степени образования. Большая часть обследованных отцов имели среднее образование [8].

Согласно данным наших исследований к факторам риска, которые связаны с развитием ожирения, относятся наследственная расположенность, ожирение у родителей, избыточное питание, уровень физического развития, экономический статус, образование матери и уровень родителей и др.

Наши данные при изучении социального положения у родителей относительно риска ожирения у детей, которые являлись служащими. При изучении беременности показатель относительного риска (ОР) равнялся на 2,9. У матерей роды были неестественно, при котором ОР составил 2,73. Неестественное вскармливание при ожирении матери и уровне риска был высоким - 2,23. ОР у детей, которые часто болеют, составило 2,08, ожирение у родителей, в том числе ожирение II степени у матери ОР составил 4,05, ожирение I степени - 2,08, ожирение II степени - 2,4.

Наше исследование также подвержено действию фактора в два раза выше по сравнению с матерями, при этом относительный риск составляет (ОР) - 2,31; при употреблении алкоголя и табака ОР составляет 2,16; дорога в школу в транспорте - 1,6; занятия спортом на свежем воздухе - 4,06; просмотр телевизоров - 2,3; занятие на компьютере - 4,8; не помогает в работе по дому - 2,67; употребление алкоголя - 3,4.

При изучении факторов, способствующих развитию ожирения у детей, на основании полученных данных было выявлено, что занятие на компьютере 3 часа и более способствует развитию ожирения, а также малоподвижность вместо прогулки на свежем воздухе способствует развитию ожирения.

Согласно результатам проведенных исследований можно констатировать, что с появлением характерно обращает на себя внимание занятие на компьютере, малоподвижность, ожирение у родителей, дорога в школу и занятия спортом, питание в одно и в тоже время, неестественное вскармливание, ожирение родителей являются факторами риска.

Следовательно, занятие на компьютере и ожирение у родителей являются факторами риска развития ожирения у детей.

Важно отметить, что распространение ожирения в человеческой популяции, связанное с избыточным весом, связано с избыточной массой тела (ожирение), гетерогенность его форм определяет возможность выделения групп риска по развитию ожирения, что способствует выявлению осложнений и осуществление профилактических

мероприятий по профилактике туберкулеза, а значит улучшению качества и увеличению продолжительности жизни.

Выводы

1. Профилактические мероприятия по предупреждению ожирения у детей надо проводить в обязательном порядке.
2. Ведение здорового образа жизни, рациональное питание, физическая нагрузка являются основными факторами в медицинское обеспечение детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивлев В.И. Стадиями по питанию, физической активности и здоровью. Доклад комиссии экспертов ВОЗ. 2012. - с.12-44.
2. Давыдова Т.И., Мухомова О.И., Колтуш В.З. и др. Научно-организационные подходы в области профилактики ожирения и рационального питания // Здоровоохр. Росс. фед.-2007.-№ 7. - с.32-38.
3. Мавроулидис В., Ча Мерг, Рахманова П.А. Клиническая эпидемиология. Основы эпидемиологии и статистики. Учебное пособие. Ташкент.- 2011.- с.223.
4. Мавроулидис В., Авелера Г.С., Касимова Д.А. Болалар саломатлиги, ва хавф омиллари ва профилактика вақтига асосланган тиббиёт усулларининг қўлланилиши. Шайхуссаидий номида. - Ташкент- 2011. -с.16.
5. Мавроулидис В., Авелера Г.С., Елисеев Ю.Ю. Оценка фактического питания и пищевого статуса современных детей и подростков // Человек и его здоровье.- 2011.-№4.- с.128-132.
6. Петерсдорф В.А., Ремизов О.В. Ожирение. // Под.ред. И.И.Дедова., Г.А. Мельниченко. - М. МП «Эксмо».- 2011.- с.315-316.
7. Сарасена Д.И., Петерсдорф В. А., Титова Л.Н и др. Эффективность низкоуглеводной диеты в профилактике ожирения у детей и подростков // Вопр. питан.-2007.- т. 76.- № 3.- с.29-34.
8. Florez H.G., Mena Llerena H.S., de Franca A.P. et al. // Br.J.Nutr. -2001. - v.86.-N.2.- p.277-284.
9. Gwin C.H. Ann N.S. J.Sport. Med. - 1999. - v.39, N.4 - p. 361-364.
10. Hoff C., Smith G.L.M., Winters F.D. //J.Am. Osteopath.Assoc. - 1999.-v 99 -N.7. - p.366-371.
11. Kuczmarski R.J., Flegal D.M., Johnson C.L., et al. // J.Epidemiol. Commun.Hlth. - 2000. - v. 54.-N.6 - p.456-460.
12. Упр. в.д. Stinson W.J., Bier D.M. Manual of nutritional therapeutics. 4th edn - Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.- 2001.- p.644.
13. Villarosa F., Zappavigna B.I., Burgue A.M., et al. Insulin sensitivity in children aged to 16 years: effect of age, nutritional status and pubertal development// Rev. Med. Chil.-2006.- p.17-20.
14. Weiser T. Simple obesity in children. A study on the role of nutritional factors. Med. Wieku Rozwoj. - 2000.- p.3-19.

УДК 614.4:616.9:616:612.017.1+61:578

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАРКЕРА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Гасанова В.И.¹, Суботина И.А.², Соматова И.Р.², Бригида К.С.²

ГинИУВ¹, НИИ Вирусологии²

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные, вирусный гепатит С, маркеры, распространённость.