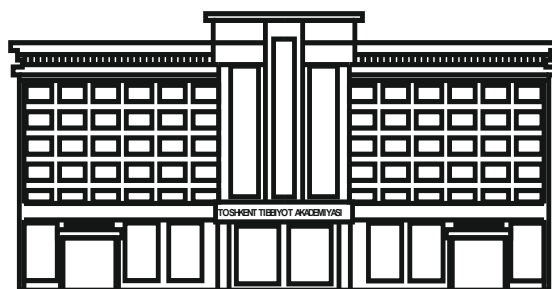


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2022

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**AХВОРОТНОМАСИ**



**В Е С Т Н И К**  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

**ВЫПУСК ПОСВЯЩАЕТСЯ  
100-ЛЕТИЮ ТАШКЕНТСКОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста : О.А. Козлова

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации  
Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года  
реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии с прилагаемыми правилами, просим направлять по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.  
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА, 2022

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

**Главный редактор**

проф. А.К. Шадманов

**Заместитель главного редактора**

проф. О.Р.Тешаев

**Ответственный секретарь**

проф. Ф.Х.Иноятова

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ**

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

акад. Каримов Ш.И.

проф. Комилов Х.П.

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Мавлянов И.Р.

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

акад. Соатов Т.С.

проф. Ходжибеков М.Х.

проф. Шайхова Г.И.

проф. Жае Вук Чои

**Члены редакционного совета**

д.п.н. Абдуллаева Р.М. (Ташкент)

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Ахмедов Р.М. (Бухара)

проф. Гиясов З.А. (Ташкент)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Каюмов У.К. (Ташкент)

проф. Исраилов Р.И. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Ризамухамедова М.З. (Ташкент)

проф. Сабиров У.Ю. (Ташкент)

проф. Сабирова Р.А. (Ташкент)

проф. Халиков П.Х. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Herald TMA, 2022

**EDITORIAL BOARD**

**Editor in chief**

prof. A.K. Shadmanov

**Deputy Chief Editor**

prof. O.R. Teshae

**Responsible secretary**

prof. F.Kh. Inoyatova

**EDITORIAL TEAM**

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

academician Karimov Sh.I.

prof. Komilov Kh. P.

academician Kurbanov R.D.

prof. Mavlyanov I.R.

academician Nazyrov F.G.

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

academician Soatov T.C.

prof. Khodjibekov M.X.

prof. Shaykhova G.I.

prof. Jae Wook Choi

**EDITORIAL COUNCIL**

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Akhmedov R.M. (Bukhara)

prof. Giyasov Z.A. (Tashkent)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Kayumov U.K. (Tashkent)

prof. Israilov R.I. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Rizamukhamedova M.Z. (Tashkent)

prof. Sabirov U.Y. (Tashkent)

prof. Sabirova R.A. (Tashkent)

prof. Khalikov P.Kh. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagzatova B.X. (Tashkent)

Journal edited and printed in the computer of Tashkent  
Medical Academy editorial department

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

Publication registered in editorial and information  
department of Tashkent city

Registered certificate 02-00128

Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30  
of December 2013 in Medical Sciences DEPARTMENT OF SUPREME

ATTESTATION COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.  
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi,  
4-qavat, 444-xona.

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. l. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department  
risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

## АТОПИК ДЕРМАТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ПАНКРЕАТИК ЕТИШМОВЧИЛИКНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ

Миррахимова М.Х., Нишонбоева Н.Ю., Кобилжонова Ш.Р.

## КОРРЕКЦИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Миррахимова М.Х., Нишонбоева Н.Ю., Кобилжонова Ш.Р.

## CORRECTION OF PANCREATIC INSUFFICIENCY IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

Mirrakhimova M.Kh. Nishonboeva N.Yu., Qobiljonova SH.K.

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

*В результате проведенного исследования были выявлены клинико-лабораторные маркеры относительной панкреатической недостаточности у 69,7 % больных, что требовало назначения им ферментных препаратов. Эти препараты имеют высокий профиль безопасности, что позволяет их применять даже с периода новорожденности. Результаты также показали, что у 92,5 % больных коррекция нарушений экзокринной функции в определенной степени влияет на регрессию кожных проявлений. Но выяснение механизмов такого влияния требует проведения отдельных специальных исследований. Улучшения кожного синдрома после проведенной ферментной терапии не было отмечено у 7,5 % больных, что требует более тщательного поиска причин, поддерживающих патологический процесс.*

**Ключевые слова:** атопический дерматит, дети, IgE, панкреатическая недостаточность, эластаза, мезим форте.

*As a result of the study, clinical and laboratory markers of relative pancreatic insufficiency in 69,7 % patients were identified, which required the appointment of enzyme preparations. These drugs have a high safety profile, which allows them to be used even from the neonatal period. The results also showed that in most (92,5%) patients, correction of exocrine dysfunctions to a certain extent affects the regression of cutaneous manifestations. But the elucidation of the mechanisms of such influence requires separate special studies. Improvement of the skin syndrome after the enzyme therapy was not observed in 7,5% of patients, which requires a more thorough search for the causes that support the pathological process.*

**Key words:** atopic dermatitis, children, IgE, pancreatic insufficiency, elastasis, mezim forte.

**Кириш.** Расмий маълумотларга кўра, дунёда нафақат болаларда аллергия касалликлар билан касалланишнинг барқарор ўсиши, балки ҳар тўртинчи-бешинчи болада аллергия патологиянинг «ёшариши» ҳам кузатилмоқда [5,7,8,15]. Болалардаги аллергия дерматозлар ўртасида биринчи ўринни терининг генетик детерминацияланган сурункали яллиғланишли иммунопатология касаллиги (кўп ҳолатларда асосида IgE га боғлиқ механизмлар бўлган), қичишиш, рецидивланиб босқичли кечиш, ёшга боғлиқ клинко-морфология хусусиятларга эга эканлиги ҳамда эрта болалик даврида касалликни типик бошланиши билан тавсифланувчи атопик дерматит (АД) эгаллайди. АД этиопатогенези асосини овқат аллергияси, стрессни келтириб чиқарадиган ҳолатлар, микробиота томонидан ўзгаришлар, атроф-муҳитнинг микроэкологиясининг ўзгариши, бола организмнинг анатомо-физиология мойиллиги каби триггерларни аралаш келиши ташкил этади [2,4,6,11]. Бундан ташқари, барча аллергия патология учун, жумладан АД да кўпгина орган ва тизимларда йўлдош патология ўзгаришларнинг ривожланиши хос бўлиб, ушбу патологияни ўз вақтида адекват равишда коррекциялаш фақатгина алерголог-шифокорларни эмас, балки отоларинголог, гастроэнтеролог, эндокринолог каби бошқа тор мутахассисларда ҳам қизиқиш уйғотмоқда [3,9,12,14].

Овқат ҳазм қилиш тизимидаги функционал бузилишлар тўлиқ парчаланмаган озиқ-овқат таркибий қисмларини, айниқса оқсилларни сўрилишига ва

шу билан организмни ҳар хил алергенларга нисбатан сезгирлигини оширишига олиб келади. Ичакдан антигенларни катта оқимда кириши ошқозон ости бефи функционал фаоллигини пасайишига сабаб бўлади [13,14].

Болаларда ПЕ нинг клиник кўринишлари қорин оғриғи, иштаҳанинг ўзгариши (пасайиш ёки тўлиқ йўқолиш), кўнгил айниш, ҳаво билан кекириш, қорин ғўлдираши, метеоризм, флатуленция, беқарор нажас билан тавсифланади.

Копрология текширув ҳанузгача ўз аҳамиятини йўқотмаган ҳамда ноинвазивлиги ва фойдаланиш осон бўлганлиги туфайли ПЕни аниқлашнинг энг кенг тарқалган усули ҳисобланади. Ҳозирги вақтда ПЕ ташхислашнинг олтин стандартига ичакнинг дистал қисмларига ўзгармас даражада етиб борадиган панкреатик эластаза-1 ни нажасда аниқлаш киради. Унинг нажасдагимаъёрий миқдори 200 мкг/мл дан юқори бўлиб, ундан пасайиши эса ПЕ ни кўрсатади. Синов натижаларига беморнинг овқатланиши, ошқозон ости бефи ферментларини қабул қилиш таъсир қилмайди [7,12]. Бироқ, фекал эластаза-1 миқдорининг пасайиши оғир ва ўртача оғир ПЕ ни белгилайди, ушбу ҳолат эса болалик даврида кам кузатилади. Шунинг учун ушбу усул ошқозон ости безининг экзокрин вазифасини белгиловчи ёрдамчи усулларни (копрограмма ёки энг яхшиси нажас липидограммаси) амалиётдан чиқариб ташлай олмайди, чунки фақат ушбу усул ўрнини

босувчи даво адекватлигини баҳолаш ва дори миқдорини танлашга имкон беради [9].

**Тадқиқотимизнинг мақсади** АД билан касалланган болаларда ПЕни коррекциялашда микроаблетка кўринишидаги Мезимфорте 10 000 фермент препаратни самарадорлигини баҳолаш бўлди.

Тадқиқотга беморларни киритиш мезонларига: ёшнинг 3 ёшдан 6 ёшгача бўлиши; АД ва ПЕ ташхисини тасдиқланиши. Истисно қилиш мезонлари қуйидагилар бўлди: анамнезида фермент препаратларига юқори сезувчанлик бўлиши; тадқиқот ўтказиш давомида натижаларга таъсир қилиши мумкин бўлган ўткир касалликларни мавжудлиги.

**Тадқиқотнинг материали ва усуллари.** 3-6 ёшдаги ПЕ фонида АД кўринишидаги тери синдроми кузатирилган 40 нафар болаларни назорат қилдик. Терининг аллергик шикастланиш белгиларига эритема, папула-макулёз элементлар, лихеноидли папулалар бўлган полиморф тошма тошиши, қичишиш ва қичишиш изларини бўлиши кирди. Клиник текширувдан ташқари, қон зардобидида IgE даражасини аниқлаш, копрограмма (назоратнинг бошида ва охирида), ошқозон ости беши эластазаси ва қорин бўшлиғи аъзоларини ультратовушли текшируви ўтказилди.

АД терапияси билан бир қаторда барча кузатувдаги болаларга ошқозон ости безнинг экзокрин етишмовчилигини коррекциялаш мақсадида полифермент дори воситаси бўлган Мезимфорте 10 000 буюрилди, унинг суткалик миқдори липаза (боланинг 1 кг тана вазнига 1000 Б липаза) билан ҳисоблаб чиқилди, яъни 1 кг тана вазнига 2 та микроаблетка суткасига тўғри келиб у овқатланишлар сонига бўлинди. Дори воситаси ҳар овқат пайтида (қунига 3-4 марта) 2 ҳафта давомида қўлланилди. Парҳезни шахсий танлаш фонида дори воситасини адекват миқдори ва давомийлиги танлаш мезонларига нажаснинг келиш сонини ва характерини меъёрлашуви, копрограммада нейтрал ёғнинг йўқолиши ва унинг бошқа параметрларининг меъёрлашуви, иштаҳанияхшиланиши, диспептик ва оғриқ синдромларини йўқолиши кирди.

Фермент терапиясининг самарадорлиги овқат ҳазм қилиш бузилишларининг асосий клиник аломатлари (қорин оғриғи, иштаҳанинг пасайиши, метеоризм, нажас келишининг бузилиши, кўнгил айниш) яққоллик даражасини баҳолаш ва копрологик текширув натижаларига асосланиб ўрганилди.

**Тадқиқот натижалари:** тадқиқот гуруҳини 3 дан 6 ёшгача бўлган 40нафар, шулардан 19 нафари (47,5 %) ўғил болалар ва 21 нафари (52,5 %) қиз болаларни ташкил қилди. Касалликни давомийлигига кўра болалар қуйидагича тақсимланди: 1-3 йилгача — 22нафар (55%), 3 йилдан ортиқ — 18нафар (45%).

Болаларнинг барчаси касалхонага илгари тасдиқланган АД нинг тўлиқ бўлмаган ремиссия даврида мурожаат қилишган: эритематоз-сквамозли шакли 10(25%)та ҳолатларда, лихенификация билан эритематоз-сквамозли шакли — 19 (47,5%), лихеноидли — 11 (27,5%) та ҳолатларда кузатилди. Беморларнинг 30 (75%) нафарида патологик жараён чегараланган, 9 (22,5 %) нафарида тарқалган ҳамда 1 (2,5 %) нафар беморда диффуз характерга эга бўлди. Тадқиқот гуруҳида АДнинг ўртача оғир кечиши ишонарли равишда

устунлик қилди; 29 (72,5 %) нафар беморларда йилига 3-4 мартаба рецидивлар кузатилди. Касалликнинг энгил кечиши - 9, оғир — 2 (мувофиқ равишда 22,5 ва 5%) нафар беморларда кузатилди. Тўпланган анамнез маълумотларига кўра, касалликнинг тез-тез рецидивланиши инфекция ўчоқларини, гастроинтестинал белгиларни мавжудлиги ҳамда гипоаллергенли парҳезга риоя этмаслик билан боғлиқ бўлди. Кузатувдаги барча беморларда касалхонага келганида зардобда умумий IgE қийматини ўртача 980,5 ХБ/мл гача кўтарилиши кузатилди.

Беморларда кузатилган барча гастроэнтерологик шикоятлар орасидан ПЕ га хос бўлганларини ажратиб олдик: турли хил интенсивлик даражасига эга бўлган, овқатланишни бузилиши билан юзга келувчи чап қовурға ости соҳасидаги оғриқ, кўнгил айниши, ҳаволи кекириш, метеоризм, иштаҳани пасайиши, таркибида ҳазм бўлмаган овқат бўлакчалари бўлган нажас келиши сонининг ортиши, тана массаси кўшилишининг етишмовчилиги (жад. 1).

**1-жадвал**  
**АД билан касалланган болаларда**  
**ПЕ клиник белгилари (n=40)**

Симптомлар	n (%)
Қорин соҳасида оғриқ	40(100)
Кўнгил айниши	22 (55)
Ҳаволи кекириш	21 (52,5)
Метеоризм	19 (47,5)
Иштаҳани пасайиши	29 (72,5)
Турғун бўлмаган нажас	23 (57,5)
Тана массасининг камлиги	12 (30)

Объектив текширувда кузатувдаги барча беморларда (100%) пальпацияда ошқозон ости беши проекцияси нуқталарида оғриқ кузатилди (Мейо-Робсона, Кача, Кертэ).

Копрологик текширувда 1-типтаги стеаторея (нажасда нейтрал ёғнинг бўлиши) 35 (87,5 %) нафар болаларда, креаторея — 8 (20 %), ҳазм бўлмаган клетчатка — 31 (77,5 %), амилорея — 34 (85 %), эластаза қийматини пасайиши - 31 (77,5 %) нафар болаларда аниқланди (жад. 3).

Клиник ташхис верификацияланганидан кейин ҳамда ферментатив дори воситаси Мезимфорте 10 000 буюрилганидан сўнг клиник симптомлар ҳар куни, касалхонадан чиққанидан кейин ҳафтасига 1 мартаба баҳоланилди (жад. 2), копрологик текширув — даволашнинг 7- ва 14-суткасида ўтказилди. 2-жадвалда келтирилганидек, болаларда абдоминал оғриқ синдромининг яққоллик даражаси даволашнинг 7-қунига келиб 2,1 барбарга камайган, 14-қунга келиб у фақат 2 нафар болани безовта қилган ( $p < 0,01$ ). Диспептик белгиларнинг камайишида ҳам ижобий динамика кузатилган: метеоризм ҳамда турғун бўлмаган нажас даволашнинг 1-ҳафтасидан кейин ишонарли равишда камайган ( $p < 0,05$ ) ҳамда даволашнинг охирига келиб деярли барча болаларда йўқолган ( $p < 0,01$ ).



## Ўтказилган даволаш жараёнида клиник симптомларнинг ўзгариши

Симптомы	Даволашгача		3-кун		7-кун		14-кун	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Қорин соҳасида оғриқ	40	100	31	77,5	19	47,5	2	5
Кўнгил айниши	22	55	15	37,5	10	25	2	5
Ҳаволи кекириш	21	52,5	13	32,5	7	17,5	2	5
Метеоризм	19	47,5	16	40	11	27,5	2	5
Иштаҳани пасайиши	29	72,5	22	55	14	35	1	2,5
Турғун бўлмаган нажас	23	57,5	19	47,5	12	30	1	2,5

Копрологик текширувда нейтрал ёғнинг йўқолиши ўтказилган ферментатив даво самарадорлигининг маркери ҳисобланади. Шунинг таъкидлаш лозимки, биз томондан кузатилган болаларнинг 16 (40%) нафаридан стеаторея Мезим форте билан даволашнинг 7-кунига келиб, даволашнинг 2 ҳафтасига келиб эса беморларнинг деярли барчасида йўқол-

ган. Нажасдаги эластазани камайиши касалликнинг 7 кунига келиб 15 нафар беморда меъёрлашди, даволашнинг 14 кунига келиб 1 нафар беморда нормадан 2,5 баробар камлигича қолди. Бу эса фермент дори воситаси миқдорини адекват танланганлиги ҳамда юқори фаоллигидан далолат беради (жад.3).

## Жадвал 3

## Даволаш жараёнида копрологик текширув кўрсаткичлари динамикаси

Кўрсаткич	даволашгача		7 - кун		14- кун	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стеаторея	35	87,5	19	47,5	1	2,5
Креаторея	8	20	5	12,5	2	5
Амилорея	34	85	21	52,5	1	2,5
Эластаза	31	77,5	16	40	1	2,5

Мезимфорте 10 000 билан ўтказилган комплекс даво фониди, қорин, диспептик ва копрологик синдромларнинг регрессиясига параллел равишда, тери томонидан юзага келган белгилар намоён бўлишининг ижобий динамикаси кузатилди: шикастланиш майдони, гиперемия ва инфильтрация, қичириш камайди. Тери синдромида сезиларли яхшиланиши 72,5% болаларда, 20,0% да ўртача яхшиланиш кузатилди, беморларнинг 7,5% ўтказилган даво чораларига нисбатан самара кузатилмади, бу эса патологик жараёни қўллаб-қувватловчи сабабларни янада чуқурроқ ўрганишни талаб қилади.

АД билан оғриган беморларни даволашда Мезимфорте 10 000 фермент препаратидан фойдаланиш оғриқ ва диспептик синдромларнинг йўқолишига, ошқозон ости беги функционал ҳолатини белгилувчи лаборатор кўрсаткичларни яхшиланиши ва АДнинг асосий клиник белгиларини пасайишига ёрдам берди. Препарат беморлар томонидан яхши қабул қилинди, ножўя таъсирларни келтириб чиқармади, шунинг учун уни АД билан касалланган болаларда ПЕни даволаш воситаси сифатида тавсия этиш мумкин.

**Муҳокама.** Бизнинг тадқиқотимиз натижалари шуни кўрсатадики, копрограммадаги ўзгаришлар деярли барча беморларда аниқланган, бу эса АДда ошқозон ости беги зарарланишининг аралаш характерини тасдиқлайди. Тадқиқот натижасида беморларда нисбий ПЕнинг клиник ва лаборатор белгилари аниқланди, бу эса фермент препаратларини буюриш-

ни талаб этди. Ўтказилган кўп сонли тадқиқотлар болаларда ПЕни даволашда микро таблеткаланган фермент терапиясининг юқори самарадорлигини кўрсатди [1,9,12]. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, аксарият беморларда ошқозон ости безининг экзокрин вазифаси бузилишини коррекциялаш тери белгилари регрессиясига маълум даражада таъсир қилади. Аммо, бундай таъсир механизмларини тушунтириш алоҳида махсус тадқиқотларни талаб қилади. Фермент терапиясидан кейин тери синдромининг яхшиланиши беморларнинг 7,5% да кузатилмаган, бу патологик жараёни қўллаб-қувватловчи сабабларини янада чуқурроқ излашда аниқлашни талаб қилади.

**Хулосалар.** 1. Мезимфорте 10 000 препарати диспептик ва оғриқ синдромларини йўқотиш орқали болаларда ПЕнинг ижобий динамикасига олиб келади ва АД билан касалланган болаларда ПЕни даволашда самарали восита ҳисобланади.

2. Мезимфорте беморлар томонидан яхши қабул қилинади, ножўя таъсирларга эга эмас ва улардан фойдаланиш қулайлиги билан бошқа ФП дан фарқ қилади: 1 кг тана вазнига 2 та микро таблетка кунига тўғри келиб, овқатланишлар сонига бўлинади.

3. АД бўлган болаларда ПЕни тузатиш учун Мезимфорте 10000 билан икки ҳафтalik даволаш курсини ўтказиш тавсия этилади.

**Адабиётлар**

1. Алексеева А.А. Применение энтеросорбентов в комплексной терапии атопического дерматита. // Вопросы современной педиатрии. - 2012. - Т.11. - № 2. - С.151-154.

2. Ахроров Х.Х. и др. Триггерные факторы атопического дерматита у детей дошкольного возраста. //Российский журнал кожных и венерических болезней.- 2017.- Т. 20.- № 6.- С. 347-351.
3. Балаболкин И.И. Современные представления о патогенезе и терапии атопического дерматита у детей. // Фарматека.-2017.-№1.- (334).-С. 53-60.
4. Калюжная Л.Д. и др. Особенности аллергологического статуса пациентов больных атопическим дерматитом в зависимости от семейной предрасположенности. //Дерматология та венерология. -2015.- № 2 (68).- С. 49-60.
5. Муратова Ж.К. Распространенность атопического дерматита среди школьников, проживающих в г. Жалал-абад по данным ISAAC. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. -2016.- № 4. -с. 16-18.
6. Пенкина Н.И. и др. Атопический дерматит у детей.//Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. -2015. -№ 4.- С. 76-80.
7. D.R. Kurbanova, M. K. Mirrakhimova, Improving diagnostic methods for detecting allergic diseases in children, Journal of Biomedicine and Practice 2020, Special issue, pp. 522-530
8. Incidence rates of atopic dermatitis, asthma, and allergic rhinoconjunctivitis in Danish and Swedish children. Henriksen L. et al. // J Allergy Clin Immunol. 2015 Aug; 136(2): 360-6.
9. Lactobacillus plantarum IS-10506 supplementation reduced SCORAD in children with atopic dermatitis. Prakoeswa CRS. et al. //Benef Microbes. 2017 Oct 13;8(5):833-840.
10. Lower Prevalence of Atopic Dermatitis and Allergic Sensitization among Children and Adolescents with a Two-Sided Migrant Background. Ernst SA; Et al. //Int J Environ Res Public Health, 2016 Feb 26; Vol. 13 (3); Publisher: MDPI; PMID: 26927147
11. M. K. Mirrakhimova et al.: Characteristics of Allergic Pathologies Progression in Young Children. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2020, 10(9): 652-656
12. Mirrahimova M.K., Khalmatova B.T., Ibragimova S.A. Atopic dermatitis and the condition of the intestine in children. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019; (5): 126-128. (In Russ.) <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-165-5-126-128>
13. Mirrakhimova Maktuba Xabibullayevna et al /Antileukotriene Drugs in The Treatment of Atopic Dermatitis in Children. International Journal of Pharmaceutical Research |Jan - Mar 2021|Vol 13 | Issue 1: 2117-2121
14. The medical rehabilitation of the children presenting with atopic dermatitis (a literature review). Kotenko KV. et al. //VoprKurortolFizioter Lech FizKult. 2016.- 93(5).-P.66-70.
15. ZakirovaUmida Irkinovna et al /Analysis Of The Prevalence Of Bronchial Asthma In Children In Outpatient Clinics. International Journal of Pharmaceutical Research | Oct - Dec 2020 | Vol 12 | Issue 4: 759-765.



<i>Маткаримова Д.С. АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ГЕНОВ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ С ФОРМИРОВАНИЕМ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ИММУННОГО МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТА</i>	175
<i>Миррахимова М.Х., Нишонбоева Н.Ю., Кобилжонова Ш.Р. АТОПИК ДЕРМАТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ПАНКРЕАТИК ЕТИШМОВЧИЛИКНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ</i>	179
<i>Муллаева С.И., Пирматова Н.В., Туракулов Р.И. ФОРМИРОВАНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ</i>	183
<i>Nasretdinova D.O., Abdumalikova F.B., Usmonov X.I. KOVIDDAN KEYINGI DAVRDA YURAK ISHEMIK KASALLIGI MAVJUD BEMORLAR HAYOT SIFATIGA KLINIK VA ANAMNESTIK OMILLARNING TA'SIRI</i>	186
<i>Obidov H.M, Xudoyberdiyev S.E. SURXONDARYO VILOYATIDA TEMIR YETISHMOVCHILIGI TUFAYLI KELIB CHIQUADIGAN ANEMIYALARNING SABABI VA PROFILAKTIKASI</i>	189
<i>Онгарбайев Д.О., Парничева Н.Н., Ходжаева М.И., Мухамедов К.С., Массавиров Ш.Ш. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19</i>	192
<i>Паттахова М.Х., Муталов С.Б. ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ</i>	196
<i>Паттахова М.Х. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ</i>	199
<i>Рахманова У.У. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С В- ТАЛАССЕМИЕЙ</i>	201
<i>Рахманова У.У. ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ В-ТАЛАССЕМИЕЙ ПОЛУЧАЮЩИХ ХЕЛАТОРНУЮ ТЕРАПИЮ</i>	206
<i>Рахманова Л.К., рахманова А.М. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ТЕЧЕНИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ФОНОВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ У ПОДРОСТКОВ</i>	209
<i>Рахметова М.Р. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ И КОМОРБИДНЫХ БОЛЕЗНЕЙ</i>	213
<i>Сайфутдинова З.А., Каримов Х.Я. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО АМИНОКИСЛОТНОГО КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ</i>	217
<i>Туракулова Х.Э., Азизова Н.Д., Шамсиев Ф.М., Абдуллаева М.К. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ</i>	221
<i>Tuychibaeva D.M., Dutmukhamedava A.M. RELATIONSHIP BETWEEN OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY ANGIOGRAPHY VESSEL DENSITY AND SEVERITY OF VISUAL FIELD LOSS IN GLAUCOMA</i>	224
<i>Ташматова Г.А., Халматова Б.Т. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И COVID-19: ВОПРОСЫ КОМОРБИДНОСТИ</i>	227
<i>Усманходжаева А.А, Таралева Т.А. ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ВЕЛОСПОРТОМ</i>	230
<i>Хайтбоев Ж.А. COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРИНИНГ БУЙРАКЛАРИ ШИКАСТЛАНИШИ</i>	236
<i>Xalmuxamedov B.T. TIBBIYOT OLIY O'QUV YURTLARI TALABALARINI O'QITISHDA TELETIBBIYOT TEXNOLOGIYALARI ASOSLARI</i>	239
<i>Халмухамедов Б.Т. ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ БУДУЩИХ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ</i>	242
<i>Xodjanova Sh.I. YURAK ISHEMIK KASALLIGI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA TROMBOTSITLAR AGREGATSIYASI VA ASPIRINNING UNGA TA'SIRINI BAHOLASH</i>	245
<i>Шарапов О.Н.КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ГЕМОДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ ГОРОДА ТАШКЕНТА</i>	249
<i>Shoalimova Z.M., Nuritdinova N.B., Abdiakimova B.I. INDICATORS OF VASCULAR INFLAMMATION IN PATIENTS WITH EXERTIONAL ANGINA WHO UNDERWENT COVID-19.</i>	252
<i>Ярмухамедова Д.З., Нуритдинова Н.Б., Абдихамидова Х. ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИ ОҚИБАТИДАГИ ПСИХОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР</i>	257