



ОСНОВАН
1996
ГОДУ
ISSN 2091-5039

№4
2022



ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ПЕДИАТРИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАНА
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Педиатрия

научно-практический журнал

Зарегистрирован Агентством печати и информации Республики Узбекистан 29 декабря 2006 году. Свидетельство № 02-009

Решением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Кабинете Министров Республики Узбекистан журнал «Педиатрия» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Республике Узбекистан, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора медицинских наук (Утверждено Постановлением Президиума ВАК РУз. № 201/3 от 30 декабря 2013 года)

Публикация рекламы на коммерческой основе. За правильность рекламного текста ответственность несет рекламодатель.

Рекламодатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу незарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения.

Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются авторам. Авторы несут ответственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имен и фамилий.

Адрес редакции:
100140, Республика Узбекистан,
г.Ташкент, ул.Богишамол, 223
тел.: +99871 260-28-57;
факс: +99871 262-33-14
сайт: tashpmi.uz/ru/science/journal_pediatriy
Индекс для подписчиков: 852
Распространяется только по подписке.

Заведующая редакцией: В.Р. Абдурахманова
Технический редактор: М.И. Мансурова
Редакторы: Д.И. Усмонова, Н.У. Мехмонова, Н.И. Гузачева
Дизайн и верстка: А. Асраров
Формат 60x84 1/8, усл. печ. л. 21. Заказ № 1297
Тираж 70 шт
Подписано в печать 26.12.2022 г
Отпечатано в ООО «Credo Print»,
г. Ташкент, ул. Богишамол 160.

Главный редактор: Даминов Б.Т
Заместитель главного редактора: Гулямов С.С.
Ответственный секретарь: Муратходжаева А.В.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аитов К.А. (Иркутск, Россия)
Алимов А.В. (Ташкент)
Арипова Т.У. (Ташкент)
Атаниязова А.А. (Нукус)
Ахмедова Д.И. (Ташкент)
Баранов А.А. (Москва, Россия)
Боранбаева Р.З. (Астана, Казахстан)
Джумашаева К.А. (Бишкек, Кыргызстан)
Дэвил Д. (Рим, Итальянская Республика)
Захарова И.Н. (Москва, Россия)
Зоркин С.Н. (Москва, Россия)
Иванов Д.О. (Санкт-Петербург, Россия)
Иноятов А.Ш. (Бухара)
Малов И.В. (Иркутск, Россия)
Магазимов М.М. (Андижан)
Набиев З.Н. (Душанбе, Таджикистан)
Орел В.И. (Санкт-Петербург, Россия)
Разумовский А.Ю. (Москва, Россия)
Рикардо С. (Вашингтон, США)
Рузибоев Р.У. (Ургенч)
Туйчиев Л.Н. (Ташкент)
Хайтов К.Н. (Ташкент)
Чонг Пёнг Чунг (Сеул, Южная Корея)
Шамсиев А.М. (Самарканд)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Алиев М.М. (Ташкент)
Амонов Ш.Э. (Ташкент)
Арипов А.Н. (Ташкент)
Асадов Д.А. (Ташкент)
Ашурова Д.Т. (Ташкент)
Бахрамов С.С. (Ташкент)
Бузруков Б.Т. (Ташкент)
Даминов Т.О. (Ташкент)
Иноятова Ф.И. (Ташкент)
Искандаров А.И. (Ташкент)
Камилова А.Т. (Ташкент)
Кариев Г.М. (Ташкент)
Каримжанов И.А. (Ташкент)
Маджидова Ё.Н. (Ташкент)
Рахманкулова З.Ж. (Ташкент)
Саатов Т.С. (Ташкент)
Сатвалдиева Э.А. (Ташкент)
Содикова Г.К. (Ташкент)
Таджиев Б.М. (Ташкент)
Таджиев М.М. (Ташкент)
Ташмухамедова Ф.К. (Ташкент)
Хасанов С.А. (Ташкент)
Шамсиев Ф.М. (Ташкент)
Шарипов А.М. (Ташкент)
Шарипова М.К. (Ташкент)
Шомансурова Э.А. (Ташкент)
Эргашев Н.Ш. (Ташкент)



Абдуллаева Д.Т., Курбанова Д.Р., Агзамходжаева Н.С., Дусматов И.З., Мирзаев Б.Б.
**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ АЛ-
 ЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Ташкентская медицинская академия;
 Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

Цель исследования. Определение клинико-лабораторных особенностей течения тяжелых форм аллергических заболеваний.

Материалы и методы. В многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии г. Ташкента, в отделении аллергологии под нашим наблюдением находились 96 детей в возрасте от 5 до 18 лет с диагнозами бронхиальная астма, атопический дерматит, и аллергический ринит. С бронхиальной астмой наблюдали 27 детей, с атопическим дерматитом 33 ребенка и аллергическим ринитом 36 детей в период с сентября по декабрь 2021 года. Всем нашим пациентам были проведены следующие лабораторные анализы: ОАК, ОАМ, определение Ig E, TORCH- инфекции и глистной инвазии.

Результаты. У 2 девочек при 1 степени с БА в возрасте от 5-11 лет клинические признаки проявлялись в виде легкого покашливания, случаи приступов реже 1 раза в неделю [3]. У 3 мальчиков в этой же возрастной группе наблюдались следующие провоцирующие факторы: холодный воздух, табачный дым, физические нагрузки, сильные эмоции и переживание, которые способствовали усилению симптомов БА.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Несмотря на большие успехи, достигнутые в последнее время в изучении аллергии, многие вопросы диагностики аллергических заболеваний до сих пор остаются нераскрытыми. Особенно это касается неспецифических изменений в организме, которые во многом определяют особенности течения и исход аллергических состояний, обеспечивают пуск, стадийность реакций, формируют функциональный фон, на котором разворачивается специфический процесс. Среди неспецифических проявлений, которые имеют значение в развитии реакций повышенной чувствительности, значительный интерес представляют нарушения со стороны системы гемостаза [1].

Несмотря на то, что клинике и патогенезу аллергических реакции посвящено немало исследований, механизмы возникновения и развития геморрагического синдрома при этих заболеваниях нельзя считать достаточно изученными. Анализ данных литературы, касающейся исследований системы гемостаза при аллергических реакциях, выявляет различия в методических и методологических подходах исследователей [1,2].

На сегодняшний день инфекционно-воспалительные заболевания являются одними из самых частых причин реактивного тромбоцитоза. Очень часто количество тромбоцитов в периферической крови увеличивается при пневмонии, сепсисе, остеомиелите, а также после хирургических вмешательств и травм, в том, числе и при аллергических состояний [1]. При системных воспалительных заболе-

ваниях соединительной ткани, например, при ревматоидном артрите, повышается уровень цитокинов, которые стимулируют образование тромбоцитов. По мере уменьшения признаков воспаления снижается и количество тромбоцитов [1,2].

Первичный тромбоцитоз у детей встречается очень редко (с частотой примерно 1 случай на 10 миллионов человек). Это состояние развивается в результате нарушения контроля продукции тромбоцитов и связано с мутациями генов, кодирующих белки, участвующих в регуляции этого процесса.

Тромбоциты — это маленькие кровяные пластинки. Они не являются клетками, так как не содержат ядер, а являются фрагментами крупных клеток мегакариоцитов, которые находятся в костном мозге и других тканях [7]. 7-14 дней – средняя продолжительность жизни тромбоцита [7].

Скорость образования новых тромбоцитов регулируется большим количеством гормонов и гормоноподобных веществ, самый главный из которых — тромбопоэтин, образуется в основном в печени [7].

Тромбоциты постоянно патрулируют стенки кровеносных сосудов и, если они определяют повреждение, то немедленно начинают приклеиваться к поврежденной стенке и друг к другу, образуя тромб, что позволяет остановить кровотечение. Также они играют важную роль в процессах восстановления поврежденных тканей [7].

Если их количество превышает единую



границу нормы, такое состояние называется тромбоцитозом. Тромбоцитоз бывает первичным и вторичным.

Тромбоцитоз - является маркером начала аутоиммунных заболеваний, в том, числе повышение тромбоцитов при аллергических заболеваниях свидетельствуют о тяжелом состоянии течения заболевания [2].

Материалы и методы

В многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии г. Ташкента, в отделении аллергологии под нашим наблюдением находились 96 детей в возрасте от 5 до 18 лет с диагнозами бронхиальная астма, atopический дерматит, и аллергический ринит. С бронхиальной астмой наблюдали 27 детей, с atopическим дерматитом 33 ребенка и аллергическим ринитом 36 детей в период с сентября по декабрь 2021 года. Всем нашим пациентам были проведены следующие лабораторные анализы: ОАК, ОАМ, определение Ig E, TORCH- инфекции и глистной инвазии.

Результаты и обсуждение

У 2 девочек при 1 степени с БА в возрасте от 5-11 лет клинические признаки проявлялись в виде легкого покашливания, случаи приступов реже 1 раза в неделю [3]. У 3 мальчиков в этой же возрастной группе наблюдались следующие провоцирующие факторы: холодный воздух, табачный дым, физические нагрузки, сильные эмоции и переживание, которые способствовали усилению симптомов БА. У двух

мальчиков наблюдались такие симптомы, как выделение водянистой слизи, частое чихание после сна. А у одного пациента эти симптомы проявились себя менее выраженными, но после ночного или дневного сна у него часто отмечалось чиханье, и показатели ОФВ₁ и ПСВ было свыше 80%. У девочки второй группы средней степени течения у было регулярные ночные приступы более одного раза в неделю, при которых наблюдалось затрудненное дыхание, обострения ограничивали физическую активность и сон ОФВ₁ и ПСВ=60-80%. У одного мальчика этой же группы был отмечались симптомы дневного и ночного приступов затруднённого дыхания. Хотелось бы отметить, что при тяжелой степени БА у 1 пациента отмечался фенотип ожирения, что приводило к частым приступам БА на фоне ОРВИ, течение заболевания у данного больного протекало с рефрактерностью к лечению. Период обострения длился больше, чем у других пациентов этой же группы степени тяжести.

В возрастной группе от 12 до 15 лет отмечалось учащение симптомов БА чаще у девочек, чем в возрастной группе от 5 до 11 лет. Увеличение количество приступов в данной группе, наблюдалось при частой физической нагрузке и при употреблении сигарет или когда они являлись пассивными курильщиками [3]. У этой категории детей часто приступы выражались в виде тревожности, страха и лабильностью настроения (табл.1)

Таблица 1

Определение степени тяжести при БА

Степень тяжести	Бронхиальная астма (27)			
	5-11 лет, n=13		12-18 лет, n=13	
	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики
1 интермиттирующая	2	3	2	2
2 персистирующая легкой степени	1	2	3	1
3 персистирующая средней степени	1	2	2	1
4 персистирующая тяжелой степени	1	1	2	1

Всего с аллергическим ринитом было 36 детей (табл.2). Из них количество детей от в возрасте 5-11 составило - 17, девочек - 8, мальчиков - 9. Интермиттирующая степень характеризовалась симптомами АР менее 4 дней в неделю или 4 недель в году. При персистирующей степени АР – симптомы наблюдались

более 4 дней в неделю или более 4 недель в году. В возрастной группе 5-11лет как у девочек (6), так и у мальчиков (7), отмечались при САР (сезонный аллергический ринит) следующие симптомокомплексы: (приступообразное чиханье, которое могло длиться от нескольких секунд до несколько минут, часто сопрово-



ждается зудом в носу, и часто отмечалась выраженная ринорея [3]. А при КАР (круглогодичный аллергический ринит) отмечались следующие симптомы: постоянная заложенность носа, затруднение носового дыхания, и длительная ринорея. У 2 девочек и 2 мальчиков.

В 1 и 2 группе при 1 степени тяжести у детей отмечались слабовыраженные симпто-

мы ринита, при которых не нарушались активность и сон. При 2 степени, как у девочек, так и у мальчиков наблюдались нарушение активности, как в учебе, так и занятия спорта. При 3 степени тяжести отмечались выраженное нарушение сна, физической активности и качества жизни. Как видно из табл.2 в возрастном аспекте в 1 группе преобладали мальчики, а во 2 группе – девочки.

Таблица 2

Определение степени тяжести при аллергическом рините

Показатели	Аллергический ринит			
	1 группа (5-11 лет), n=17		2 группа, (12-18 лет), n=15	
По полу	Девочки 8	Мальчики 9	Девочки 8	Мальчики 7
САР	6	7	5	5
КАР	2	2	3	1
1 легкая степень	4	5	2	3
2 средняя степень	2	2	3	3
3 тяжелая степень	2	2	3	1

Как видно из табл. 3, всего с атопическим дерматитом были госпитализированы 33 ребенка. 1 группу составили 17 детей, 2 группу - 15 детей. По распространенности заболевания с ограниченным АД в 1 группе наблюдались 5 девочек и 4 мальчика, у которых отмечалось поражение области лица. Во 2 группе с ограниченным атопическим дер-

матитом в равных количествах, как девочек, так и мальчиков было по 3 детей. Количество детей с распространенным АД в 1 группе девочек составило 2, а мальчиков 3. Во 2 группе было равное количество мальчиков и девочек по - 3 [3]. В 1 группе при диффузном АД были 1 девочка и 2 мальчика, 2 группу составили 2 девочки и 1 мальчик.

Таблица 3

Определение степени тяжести при атопическом дерматите

Показатели	Атопический дерматит (33)			
	1 группа (5-11 лет), n=17		2 группа (12-18), n=15	
По полу	Девочки (8)	Мальчики (9)	Девочки (8)	Мальчики (7)
АД ограниченный (5-10%)	5	4	3	3
АД распространенный (до 50%)	2	3	3	3
АД диффузный (более 50%)	1	2	2	1
1 легкая степень	5	4	3	3
2 средняя степень	2	3	3	3
3 тяжелая степень	1	2	2	1

Как видно из табл. 3, всего с атопическим дерматитом были госпитализированы 33 ребенка. 1 группу составили 17 детей, 2 группу - 15 детей. По распространенности заболевания с ограниченным АД в 1 группе наблюдались 5 девочек и 4 мальчика, у которых отмечалось поражение области лица. Во 2 группе с ограниченным атопическим дер-

матитом в равных количествах, как девочек, так и мальчиков было по 3 детей. Количество детей с распространенным АД в 1 группе девочек составило 2, а мальчиков 3. Во 2 группе было равное количество мальчиков и девочек по - 3 [3]. В 1 группе при диффузном АД были 1 девочка и 2 мальчика, 2 группу составили 2 девочки и 1 мальчик.

Определение степени тяжести при атопическом дерматите

Показатели	Атопический дерматит (33)			
	1 группа (5-11 лет), n=17		2 группа (12-18), n=15	
По полу	Девочки (8)	Мальчики (9)	Девочки (8)	Мальчики (7)
АД ограниченный (5-10%)	5	4	3	3
АД распространенный (до 50%)	2	3	3	3
АД диффузный (более 50%)	1	2	2	1
1 легкая степень	5	4	3	3
2 средняя степень	2	3	3	3
3 тяжелая степень	1	2	2	1

По степени тяжести при АД легкой степени в 1 группе у 3 девочек отмечались ограниченные поражения кожи в виде зуда, невыраженной эритемы, а у 2 отмечались лихенизация кожи, слабый зуд [3]. У 4 мальчиков этой же группы отмечалось лихенизацией кожи и умеренным зудом. При средней степени у 2 девочек отмечалось поражение кожи с умеренной экссудацией и гиперемией в сочетании с сухостью кожи и зудом, а у мальчиков этой же группы наблюдалось частые обострения 3-4 раза в год, сухостью кожи и зудом, склонные умеренной экссудацией [6,7]. При тяжелой степени в 1 группе у одной девочки, наблюдалось поражение кожи с выраженной экссудацией, гиперемией, сильнейшим зудом, который усиливался в ночное время, а так же отмечалось диссеминированное поражение кожи, особенно в разгибательных участках. Отличительной особенностью 2 группы заключалась в том, что в процессе поражения кожи больше превалировала лихенизация, чем экссудация [3].

При анализе клинико-лабораторных анализов, обратили внимание на то, что при всех аллергических состояниях (АД, АР и БА), [3,4]. особенно при тяжелых формах, помимо повышения Ig E от (240-1283IU/mL). В гемограмме выявили следующие изменения показателей крови: было отмечено повышение уровня эозинофилов от (5-12%), увеличение

СОЭ (10-35 мм/ч), у детей с вирусиндуцированной формой БА отмечалось повышение уровня лимфоцитов от 65-87% в зависимости от возраста [4,5]. При сопутствующей патологии TORCH- инфекции: (ЦМВ, вирус простого герпеса, хламидии и микоплазмы) у детей при значительном повышении титров отмечалось более тяжелое течение или рефрактерность к лечению аллергических заболеваний. Нужно отметить, что при тяжелых формах АД, АР и БА в стадии обострения наблюдалось повышение уровня тромбоцитов от (310-847 $10^9/л$) [4,5]. Кроме того, у этих детей обнаружено наличие глистной инвазии в копрологии (острицы, аскариды, бычий цепень), которое отягощало течение заболевания и наблюдалось рефрактерностью к лечению, что было причиной развития хронизации процесса [6].

Таким образом, изучение аллергических состояний в зависимости от формы и тяжести течения показало, что наряду с клиническими проявлениями и маркерами аллергического воспаления было выявлено повышение уровня тромбоцитов при тяжелых формах аллергических заболеваний. Это диктует необходимость дальнейшего изучения гемостаза у детей, особенно количественного и качественного изменения состава тромбоцитов которые позволяют оптимизировать патогенетическую терапию и методы профилактики у детей.



1. Ксензова Л.Д. Атопический марш. Риск развития аллергического ринита и бронхиальной астмы у детей с атопическим дерматитом. Аллергол. и иммунол. в педиатрии. 2018; 55 (4): 25-30.
2. Каримджанов И.А., Рахманова Л.К., Каримова У.Н. Высокоэффективный алгоритм прогнозирования хронической болезни почек у детей на фоне атопии. Международный журнал передовых наук и технологий. 2020; 29 (7): 3389-3394.
3. Paller A.S., Spergel J.M., Mina-Osorio P., Irvine A.D. The atopic march and atopic multimorbidity: Many trajectories, many pathways. J. Allergy Clin. Immunol. 2019;14 (1): 46-55.
4. Aw M., Penn J., Gauvreau G.M., Lima H., Sehmi R. Atopic march: Collegium Internationale Allergologicum Update 2020. Int. Arch. Allergy Immunol. 2020; 181 (1): 1-10.
5. Runnstrom M, Pitner H, Xu J, Lee FE, Kuruvilla M. Utilizing Predictive Inflammatory Markers for Guiding the Use of Biologicals in Severe Asthma. J Inflamm Res. 2022;15:241-249.
6. Agache I, Akdis CA, Akdis M, Canonica GW, Casale T, et al. EAACI Biologicals Guidelines-Recommendations for severe asthma. Allergy. 2021;76(1):14-44. DOI: 10.1111/all.14425.
7. Cecinati V, Brescia L, Esposito S. Thrombocytosis and infections in childhood. Pediatr. Infect. Dis. J. 2019; 31 (1): 80-81.

Abdullaeva D.T., Kurbanova D.R., Agzamxojaeva N.S., Dosmatov I.Z., Mirzaev B.B.
ALLERGIK KASALLIKLARNING OG'IR SHAKLLARI KURSINING KLINIK VA LABORATORIYA XUSUSIYATLARI

Kalit so'zlar: bronxial, astma, allergik rinit, atopik dermatit, bolalar, trombotsitoz

Ushbu maqolada bronxial astma (BA), atopik dermatit (AD) va allergik rinit tashxisi qo'yilgan 5 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan 96 nafar bolada keng tarqalgan allergik kasalliklarning kechish xususiyatlarini aniqlagan klinik tadqiqotlar natijalari keltirilgan. 27 bola bronxial astma, 33

bola atopik dermatit (AD) va 36 bola allergik rinit bilan kuzatilgan. Allergik kasalliklarning klinik xususiyatlari va ularning boshqa infeksiyalar va gemogrammadagi o'zgarishlarga olib keladigan qo'zg'atuvchi omillar o'rtasidagi aloqasi o'rganildi.

Abdullaeva D.T., Kurbanova D.R., Agzamkhodzhaeva N.S., Dusmatov I.Z., Mirzaev B.B.
CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF THE COURSE OF SEVERE FORMS OF ALLERGIC DISEASES

Key words: Bronchial, asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis, children, thrombocytosis

This article presents the results of clinical studies that revealed the features of the course of common allergic diseases in 96 children aged 5 to 18 years with diagnoses of bronchial asthma (BA), atopic dermatitis (AD), and allergic rhinitis. 27 children were observed with bronchial

asthma, 33 children with atopic dermatitis (AD) and 36 children with allergic rhinitis. The clinical features of allergic diseases and their relationship between other infections and provoking factors leading to changes in the hemogram were studied.



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ		ORIGINAL ARTICLES
Азгамходжаева Б.У., Салихова К.Ш., Шамансуров Ш.Ш., Ишниязова Н.Д. Значение нейроспецифической енолазы у недоношенных детей в клиническом течении с перинатальным поражением центральной нервной системы	2	Agzamkhodzhaeva B.U., Salikhova K.Sh., Shamansurov Sh.Sh., Ishniyazova N.D. The significance of neurospecific enolase at prematures in clinical course with perinatal damage of central nervous system
Ахмедова Н.Р., Жураева З.Р. Клинико-биохимические особенности течения неревматических миокардитов у детей раннего возраста	8	Akhmedova N.R., Juraeva Z.R. The clinical and biochemical course features of non-rheumatic myocarditis at little children
Сохибова Ю.Б., Тошметова Б.Р. Клинико-функциональные особенности состояния сердечно-сосудистой системы у детей дошкольного возраста после перенесенной коронавирусной инфекции	15	Sohibova Yu. B., Toshmetova B.R. The clinical and functional features of cardiovascular system state at preschool children after coronavirus infection
Юлдашева М.Э., Курьязова Ш.М. Особенности течения ювенильного ревматоидного артрита у детей после перенесенной новой коронавирусной инфекции	19	Yuldasheva M.E., Kuryazova Sh.M. The features of juvenile rheumatoid arthritis course at children after new coronavirus infection
Расулов Р.А., Худайназарова С.Р. Особенности течения инфекционного эндокардита у детей	23	Rasulov R.A., Khudaynazarova S.R. The features of infectious endocarditis course at children
Миррахимова М.Х., Икромова Ш.Н. Бириктирувчи тўқима дисплазияси фонида гломерулонефритнинг кечиши	26	Mirrahimova M.X., Ikromova Sh.N. The course of glomerulonephritis course on the background of connective tissue dysplasia
Алиев А.Л., Абдуллаев Д.Б. Некоторые показатели иммунного статуса при тяжелых пневмониях у детей раннего возраста на фоне острого герпетического стоматита	31	Aliev A.L., Abdullaev D.B. Some indices of immune status at severe pneumonia in little children on the background of acute herpetic stomatitis
Abdujalilova M.Sh., Xalmatova B.T. Psixosomatik kasalligi mavjud bolalarda makroelement magniy roli – COVID-19 fonidagi bronxial astma misolida	35	Abdujalilova M.Sh., Xalmatova B.T. The role of magnesium macroelement at children with psychosomatic disease and bronchial asthma on the background of COVID-19
Абдуллаева Д.Т., Курбанова Д.Р., Азгамходжаева Н.С., Дусматов И.З., Мирзаев Б.Б. Клинико-лабораторные особенности течения тяжелых форм аллергических заболеваний	38	Abdullaeva D.T., Kurbanova D.R., Agzamkhodzhaeva N.S., Dusmatov I.Z., Mirzaev B.B. The clinical and laboratory features of the course for severe forms of allergic diseases
Манашова А.Р., Юсупалиева Г.А., Ахралов Ш.Ф., Ахмедов Э.А. Применение эхографии в диагностике острой спаечной кишечной непроходимости у детей	43	Manashova A.R., Yusupalieva G.A., Akhralov Sh.F., Akhmedov E.A. The use of echography at diagnosis of acute adhesive intestinal obstruction in children
Юсупалиева Г.А., Султанова Л.Р., Юлдашев Т.А., Улугмуродова К.Б., Джалилов А.А. Болаларда сийдик тизимини яллиғлашиш касалликларини ташхислашда комплекс нур текширув усулларини қўллаш ахамияти	47	Yusupalieva G.A., Sultanova L.R., Yuldashev T.A., Ulugmurodova K.B., Jalilov A.A. The features of use complex radiation methods in diagnosis of inflammatory diseases for the urinary system at children
Бекимбетов К.Н., Ахмедов Э.А., Ортикбоева Ш.О., Ахралов Ш.Ф. Возможности мультипараметрической эхографии в диагностике варикоцеле у подростков	51	Bekimbetov K.N., Akhmedov E.A., Ortikboeva Sh.O., Akhralov Sh.F. The possibilities of multiparametric echography in diagnosis of varicocele at adolescents
Умарова У.А., Абзаова М.Я., Манашова А.Р., Турдиев Ф.Э. Возможности комплексной эхографии в диагностике гипоксически-ишемических изменений головного мозга у детей	55	Umarova U.A., Abzalova M.Ya., Manashova A.R., Turdiev F.E. The possibilities of complex echography in diagnosis of hypoxic and ischemic brain changes at children

