

MEDICINE
PROBLEMS

.UZ

| ISSN 3030-3133

TIBBIYOT FANLARINING
DOLZARB MASALALARI

TOPICAL ISSUES OF MEDICAL
SCIENCES



Nº 9 (3)
2025

MEDICINEPROBLEMS.UZ

**TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB
MASALALARI**

Nº 9 (3)-2025

TOPICAL ISSUES OF MEDICAL SCIENCES

ТОШКЕНТ-2025

BOSH MUHARRIR:

ISANOVA SHOIRA TULQINOVNA- Tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD),
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

TAHRIR HAY'ATI:

TIBBIYOT FANLARI

Safarov Zafar Fayzullayevich –tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD), Toshkent pediatriya tibbiyot instituti;

Xakimov Murod Shavkatovich –tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Mavlanev Alimbay – tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Ergashev Nasriddin Shamsiddinovich - tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent pediatriya instituti;

Abdullayeva Nargiza Nurmamatovna - tibbiyot fanlari doktori, professor, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Djurabekova Aziza Taxirovna - tibbiyot fanlari doktori, professor, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Xaydarova Dildora Kadirovna - tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Ruziboyev Sanjar Abdusalomovich- tibbiyot fanlari doktori, dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Sattarov Oybek Toxirovich- tibbiyot fanlari doktori, dotsent, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Niyozov Shuxrat Tashmirovich - tibbiyot fanlari doktori, dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Shomurodova Dilnoza Salimovna - tibbiyot fanlari doktori, dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Tavasharov Bahodir Nazarovich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Xalmetova Feruza Iskandarovna – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

G'aybiyev Akmaljon Axmadjonovich - tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD), dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Qo'ziyev Otabek Juraqulovich – tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti;

Ergasheva Munisa Yakubovna - tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD), dotsent, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Ollanova Shaxnoza Sirlibayevna – tibbiyot fanlari nomzodi, Samarqand davlat tibbiyot universiteti;

Safarov Zafar Fayzullayevich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti;

Xayitov Ilxom Bahodirovich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Alimov Suxrob Usmonovich- tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Fozilov Uktam Abdurazzokovich - tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent, Buxoro davlat tibbiyot instituti;

Raximov Oybek Umarovich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent pediatriya instituti;

Sattarov Inayat Saparbayevich – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi;

Abidov O'tkir O'ktamovich – tibbiyot fanlari nomzodi, Buxoro davlat tibbiyot instituti;

Amonova Zaxro Qaxramon qizi - tibbiyot fanlari nomzodi, Samarqand davlat tibbiyot universiteti.

FARMATSEVTIKA FANLARI

Zulfikariyeva Dilnoza Alisherovna - farmatsevtika fanlari doktori (DSc), professor, Toshkent farmatsevtika instituti;

Toshpo‘latova Azizaxon Dilshodovna - farmatsevtika fanlari doktori (DSc), professor, Toshkent farmatsevtika instituti;

Xusainova Rayxona Ashrafovna - farmatsevtika fanlari doktori (DSc), dotsent, Toshkent farmatsevtika instituti;

Maksudova Firuza Xurshidovna farmatsevtika fanlari doktori (DSc), dotsent, Toshkent farmatsevtika instituti;

Ziyamuxamedova Munojot Mirgiyasovna - farmatsevtika fanlari doktori, Toshkent farmatsevtika instituti, dotsent v.b.;

Rizayeva Nilufar Muxutdinovna – farmatsevtika fanlari nomzodi, dotsent Toshkent farmatsevtika instituti;

TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB

MASALALARI elektron jurnali 02.03.2023-yilda 132099-sonli guvohnoma bilan davlat ro'yxatidan o'tkazilgan.

Muassis: "SCIENCEPROBLEMS TEAM"
mas'uliyati cheklangan jamiyati.

TAHRIRIYAT MANZILI:

Toshkent shahri, Yakkasaroy tumani, Kichik Beshyog'och ko'chasi, 70/10-uy. Elektron manzil: scienceproblems.uz@gmail.com

TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB MASALALARI
3-jild, 9- son (Dekabr, 2025). – 33 bet.

MUNDARIJA

<i>Пирназарова Гулчехра</i>	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ ЗИВЕРАТА - КАРТАГЕНЕРА	5-11
<i>Хакимова Умида, Акилова Феруза</i>	
ВЫЯВЛЕНИЕ АНОМАЛИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ	12-18
<i>Axmedov Shaxbosxon</i>	
RESPIRATOR INFEKSIYALARDA ANTIBIOTIKLARGA TURG'UNLIK- XXI ASR JAMIYAT	
SOG'LIG'IGA ETAKCHI XAVF (SHARH)	19-32

ВЫЯВЛЕНИЕ АНОМАЛИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

Хакимова Умида Рихсибаевна

Ташкентский государственный университет
Кафедра Факультетская педиатрия, ассистент, PhD

Акилова Феруза Атауллаевна

Ташкентский государственный университет,
Кафедра Факультетская педиатрия, доцент

Аннотация. Проведено обследование детей в возрасте 6 месяцев – 16 лет с определением признаков дисплазии соединительной ткани. Проведенное исследование показало высокую распространенность признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани с поражением сердечно-сосудистой системы, билиарного тракта. Заболевания у детей с малыми аномалиями соединительной ткани протекают в более тяжелой форме и характеризуются более длительным течением и периодом реконвалесценции, имеют риск развития хронических заболеваний.

Ключевые слова: недифференцированная дисплазия соединительной ткани, малые аномалии сердца, аномалии желчевыводящих путей.

IDENTIFICATION OF CONNECTIVE TISSUE ANOMALIES IN CHILDREN

Khakimova Umida Rikhsibaevna

Tashkent State University
Department of Faculty Pediatrics, assistant, PhD

Akilova Feruza Ataullaevna

Tashkent State University,
Department of Faculty Pediatrics, Associate Professor

Abstract. Examination of children aged 6 months - 16 years was carried out with the definition of signs of connective tissue dysplasia. The study showed a high prevalence of signs of undifferentiated connective tissue dysplasia with damage to the cardiovascular system, biliary tract. Diseases in children with minor connective tissue abnormalities are more severe and are characterized by a longer course and a period of convalescence, and have a risk of developing chronic diseases.

Key words: undifferentiated connective tissue dysplasia, minor heart anomalies, biliary tract anomalies.

DOI: <https://doi.org/10.47390/Med-pro/v3i9y2025/N02>

Актуальность. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – генетически детерминированная или врожденная аномалия структуры и функции соединительной ткани (СТ) различных органов и систем, характеризующаяся многообразием клинических проявлений – от доброкачественных субклинических форм до полиорганной и полисистемной патологии с прогредиентным течением [1]. Соединительная ткань составляет около 50% массы тела и представлена во всех органах и системах, поэтому при недостаточном или аномальном развитии коллагеновых структур изменения имеют системный характер нарушения структуры,

функции и развитием функциональных расстройств различных органов и тканей [2, 3]. Недифференцированные формы дисплазии соединительной ткани являются широко распространенной патологией с полиорганностью поражения, клиническим полиморфизмом, могут иметь наследственную и приобретенную природу [4, 5, 6]. По данным Всемирной организации здравоохранения, популяционная частота врожденных пороков и аномалий развития среди населения составляет 1,5–5% [7].

В последние десятилетия наблюдается отчетливое увеличение числа больных, у которых выявляются клинические проявления ДСТ [3, 8, 9].

В аналитическом отчете акад. А.А. Баранова (2010) указано, что за последние 10 лет уменьшилось число детей и подростков, относящихся к первой группе здоровья [10]. При этом инвалидизация детского населения увеличилась в 4 раза [4, 10, 11]. В основе сложившейся ситуации лежит множество причин. Среди них – широкое распространение в популяции дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Считается, что лавинообразное нарастание всех признаков ДСТ приходится на возраст 11–14 лет. Этот период некоторые исследователи называют «критическим» для проявления ДСТ [4, 12]. Распространенность и многообразие возможных последствий и осложнений при наличии малых аномалий соединительной ткани придают актуальность данной проблеме и требуют своевременной диагностики.

Цель исследования. Определение признаков НДСТ у детей, оценка их влияния на формирование функциональных нарушений со стороны органов и систем, развитие и течение соматических заболеваний.

Материалы и методы исследования. В течение 2017 – 2020 г.г. проводилось обследование детей в возрасте 6 месяцев – 16 лет с выявлением признаков ДСТ, находящихся на стационарном лечении в 4 городской детской больнице г. Ташкента.

Клиническое обследование детей включало анамнестическое, физикальное исследование. Проявление синдрома ДСТ оценивали по клиническим и анамнестическим данным. В качестве внешних фенотипических признаков ДСТ определяли различные аномалии опорно-двигательного аппарата, ротовой полости, кожи и глаз. Для выявления диспластического синдрома у детей определялись наличие фенотипических признаков ДСТ согласно классификации Э.В. Земцовского [1] и проекта Российских рекомендаций по алгоритмам диагностики нарушения структуры и функций соединительной ткани [13, 14].

Признаки НДСТ со стороны внутренних органов выявлялись при дополнительных инструментальных и лабораторных исследованиях: ультразвуковое исследование внутренних органов, ЭХОКГ, исследование глазного дна, суточное мониторирование артериального давления (АД), экскреторная урография и др.

Результаты. Дисплазия соединительной ткани чаще всего диагностируется по наличию внешних признаков НДСТ: астенический тип конституции, увеличение продольных размеров тела, нарушение осанки, повышенная растяжимость кожи, гиперпигментация кожи, телеангиэктазии, сколиоз, кифоз, деформации грудной клетки, искривления ног, плоскостопие, «сандалевидная» межпальцевая щель на ногах, макродактилия I пальца, син-, поли-, клино-, арахнодактилия, кожная синдактилия II и III пальцев стоп, гипermобильность суставов, искривление носовой перегородки, частые носовые кровотечения, миопия, эпикант, высокое и «готическое»

нёбо, нарушения роста зубов, неправильный прикус, нарушение зубной эмали, зубная диастема, аномалии формы и размеров ушных раковин и др. [13, 14, 15, 16].

У детей учитывали такие стоматологические проявления: нарушение дентино-и эмалеобразования, пародонтит, олигодентия, трещины, сверхкомплектность, аномальный рост клыков и зубов мудрости, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

Малые аномалии развития могут определяться у здоровых лиц, но наличие аномалий более трех и степень их выраженности должны быть учтены для исключения СДСТ. Для диагностики СДСТ критическим является наличие 6 и более стигм дисэмбриогенеза [17, 18]. Условный порог стигматизации, по данным разных авторов, колеблется от 3 до 7 [19].

Внешние аномалии развития при ДСТ достаточно часто сочетаются с аномалиями развития внутренних органов. Это связано с одинаковым происхождением и закладкой ряда систем в эмбриогенезе [20].

Следует отметить, что в отдельных случаях при невыраженных внешних признаках дисплазии соединительной ткани при ультразвуковом исследовании внутренних органов и проведении эхокардиографии выявлялись аномалии.

Следует отметить, что в отдельных случаях при невыраженных внешних признаках дисплазии соединительной ткани при ультразвуковом исследовании внутренних органов и проведении эхокардиографии выявлялись аномалии.

Дети с выявленными внешними признаками НДСТ в большинстве случаев имели жалобы, связанные с кардиальной и вегетативной симптоматикой.

При обследовании у 95 детей выявлены аномалии развития сердца, из них у 55 (58%) детей были признаки функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы на фоне аномалий, а у 40 (42%) детей - признаки вегетососудистой дистонии. Среди жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы превалировали кардиалгии, перебои, чувство давления в области сердца при физических нагрузках. Вегетососудистые расстройства нарушения были разнообразны: тахикардия, потливость, головные боли, головокружение, нарушение сна, непереносимость физических нагрузок и др.

При ультразвуковом исследовании диагностированы следующие аномалии развития: у 42 (44%) детей - пролапс митрального клапана, у 45 (47%) - аномалия хорд левого желудочка, у 7 (7,3%) - пролапс триkuspidального клапана, у 6 (6,3%) - аневризма предсердной перегородки.

По данным авторов НДСТ часто сочетается с вегетососудистыми нарушениями (до 96 %) [21, 22].

У детей с выявленными признаками НДСТ выявлена связь с состоянием иммунной защиты организма, когда отмечается повышение заболеваемости респираторными вирусными инфекциями, частота обострения хронической инфекции [22, 23, 24].

При обследовании 168 детей с установленным диагнозом миокардита у 93 (55%) детей при эхокардиографическом исследовании выявлены признаки воспалительного процесса и наличие малых аномалий сердца. У 14 (15%) детей наблюдался пролапс митрального клапана, у 56 (60%) - аномалия хорд левого

желудочка, у 23 (25%) – открытое овальное окно, которое диагностировалось в группе детей раннего возраста. Малые аномалии сердца были выявлены у 38 (41%) детей раннего возраста, у 30 (32%) детей подросткового возраста и у 23 (27%) школьного возраста, открытое овальное окно диагностировалось только в группе детей раннего возраста, что подтверждает возможность возрастного ремоделирования структур сердца.

При наличии малых аномалий сердца миокардит протекал в среднетяжелой и тяжелой форме, также наблюдалась зависимость течения заболевания с преобладанием подострого течения у детей с МАС.

Проведенные наблюдения показали влияние малых аномалий развития на клинические проявления и течение миокардита у детей, которые зависели не только от наличия МАС, но и от возраста ребенка, когда в раннем и подростковом возрасте диспластические изменения сердца могут способствовать более тяжелому течению сердечно-сосудистой патологии.

При лечении детей с развитием миокардита на фоне малых аномалий сердца проводилась терапия, направленная не только на ликвидацию воспалительного процесса в миокарде, но и способствующая правильному формированию коллагена. Детям с МАС показаны препараты магния, калия, для улучшения метаболических процессов элькар, коэнзим, витамины В₁, В₂, В₆, Е, С, фолиевая кислота, которые стимулируют коллагенообразование, а также корректоры нарушения синтеза и катаболизма гликозаминогликанов — хондроитина сульфат и гликозаминогликаны. Терапию этими препаратами необходимо проводить не только при наличии заболевания, но и с профилактической целью, что способствует нормальному формированию соединительной ткани и адекватному ответу организма на воздействие повреждающего фактора.

При УЗИ органов брюшной полости выявляется достаточно высокая распространенность аномалий желчного пузыря и нефроптоза у подростков [8, 24, 25, 26,].

В процессе обследования у 87 детей были выявлены аномалии желчного пузыря, которым в течение 5 лет проводилось наблюдение, при необходимости проводилась холецистография. Диагностированы следующие аномалии: у 12 (14%) детей была S-деформация или двойной перегиб желчного пузыря, у 19 (22%) детей – перетяжка тела желчного пузыря, у 46 (53%) - перегиб желчного пузыря, у - 10 (11%) деформация шейки пузыря. У 22 (25,3%) детей аномалии желчного пузыря были выявлены в дошкольном возрасте, у остальных 65 (74,7%) детей аномалии ЖВП были диагностированы у детей школьного возраста.

При проведении обследования и наблюдения у 27 (31%) детей выявлены функциональные нарушения желчевыводящей системы в большинстве случаев гипокинетического характера, когда в клинике наблюдались диспепсический и периодически болевой синдромы, а также симптомы вегетативной дисфункции.

В 45 (52%) случаях наблюдались функциональные нарушения и признаки развития воспалительного процесса в желчном пузыре. При ультразвуковом исследовании печени и желчевыводящих путей у этих детей детей выявлены следующие изменения: утолщение стенки желчного пузыря, неоднородность

эхогенности полости желчного пузыря. У детей с наличием функциональных расстройств ЖВП и холецистита наряду с симптомами воспаления желчного пузыря были выявлены признаки нарушения моторной функции после применения желчегонного завтрака с замедлением опорожнения желчного пузыря у 28 детей (62%) и неравномерным ускорением опорожнения пузыря у 17 детей (38%).

В 4 (6%) случаях у детей школьного возраста на фоне функциональных и воспалительных изменений желчевыводящей системы наблюдались признаки сопряженного поражения поджелудочной железы.

У 10 (11%) детей раннего возраста с выявленными аномалиями желчевыводящей системы не проявлялись признаки дискинезии, но дети были взяты под наблюдение и даны рекомендации по режиму питания, диете.

У детей с более выраженными морфологическими изменениями желчевыводящей системы: S-деформация или двойной перегиб желчного пузыря, деформация шейки желчного пузыря в анамнезе с раннего детства наблюдались диспепсические симптомы и периодически болевой синдром.

Дети с выявленными аномалиями развития желчевыводящей системы представляют группу риска по развитию дискинезий билиарного тракта, холецистита, вовлечению в процесс поджелудочной железы, а также развитию желчнокаменной болезни [27].

Заключение. В результате проведенного исследования установлена высокая распространенность НДСТ у детей. При наличии внешних признаков дисплазии соединительной ткани необходимо проведение исследований для исключения структурных и функциональных нарушений со стороны внутренних органов. Дети с выявленными малыми аномалиями соединительной ткани входят в группу риска с высокой заболеваемостью, по развитию заболеваний внутренних органов, в некоторых случаях с риском развития полиорганной патологии. Заболевания у детей с малыми аномалиями соединительной ткани протекают в более тяжелой форме и характеризуются более длительным течением и периодом реконвалесценции, имеют риск развития хронических заболеваний.

Детям с выявленными малыми аномалиями соединительной ткани необходимо проведение наблюдения и лечения с использованием узких специалистов, назначение профилактических и способствующих оздоровлению мероприятий.

Адабиётлар/Литература/References

1. Земцовский Э.В. Диспластические фенотипы. Диспластическое сердце (аналитический обзор). СПб.: Из-во «Ольга», 2007: 80.
2. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение, диспансеризация). СПб.: Невский диалект, 2000: 271.
3. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани: Руководство для врачей. СПб.: Элаби, 2009.
4. Генова О.А. Распространенность и некоторые клинико-патогенетические аспекты недифференцированной дисплазии соединительной ткани у подростков: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Хабаровск, 2011.
5. Калмыкова А.С., Герасимова Т.С. Синдром дисплазии соединительной ткани. Взгляд педиатра. Рос. пед. журнал. 2007; 5: 27–36.

6. Обрубов С.А., Демидова М.Ю. Недифференцированная соединительной ткани: современное состояние проблемы. Рос. пед. офтальмология. 2009; 4: 50–53.
7. Кулаков В.И., Исаков Ю.Ф., Кучеров Ю.И. Пренатальная диагностика и лечение врожденных пороков развития на современном этапе. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2006. - № 6. - С.18–23.
8. Арсентьев В.Г., Арзуманова М.В., Асеев М.В. Полиорганные нарушения при дисплазии соединительной ткани у детей и подростков. Педиатрия. 2009; 87 (1): 135–138.
9. Дисплазия соединительной ткани. Под ред. Г.И. Нечаевой. Омск: Изд-во ОГМА, 2005: 168.
10. Баранов А.А. Аналитический отчет. XIV Конгресс педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». М., 2010: 3–6
11. Громова О.А., Торшин И.Ю., Егорова Е.Ю. Механизмы воздействия магния и пиридоксина на структуру и свойства соединительной ткани как основание для магнезиальной терапии дисплазий соединительной ткани. MEDI.RU. URL: <http://medi.ru/doc/a1501110.htm> (10.06.2011).
12. Нечаева Г.И., Друк И.В. Психосоматические соотношения при дисплазии соединительной ткани. Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. 2005; 3: 78–81.
13. Наследственные нарушения структуры и функции соединительной ткани. Проект Российских рекомендаций. Под ред. Э.В. Земцовского. М.: Всероссийское научное общество кардиологов, 2008.
14. Наследственные и многофакторные нарушения соединительной ткани у детей. Алгоритмы диагностики. Тактика ведения. Проект Российских рекомендаций. //Медицинский Вестник Северного Кавказа 2015. т. 10. № 1. С. 5 - 35. Педиатрия/2014/Том 93/№ 5 (Приложение 1). С. 39.
15. Гладких Н.Н., Ягода А.В. Оценка комплекса внешних фенотипических признаков для выявления малых аномалий сердца. Клин. мед., 2004; 82 (7): 30–33.
16. Bravo JF, Wolff C. Clinical Study of Hereditary Disorders of Connective Tissues in a Chilean Population. Joint Hypermobility Syndrome and Vascular Ehlers-Danlos Syndrome. Arthritis & Rheumatism, 2006; 54 (2): 515–523.
17. Захарова Ю.В. Малые аномалии развития сердца у детей как проявление дисплазии соединительной ткани. /Ю.В. Захарова. Педиатрия. 2011. № 2. – С. 57 – 61.
18. Шабалов Н.П. Современное состояние проблемы дисплазий соединительной ткани и значение данной патологии для клинической практики педиатра /Н.П. Шабалов, Н.Н. Шабалова //Педиатрия. Журнал им. Сперанского. – 2013. – Т.92. - № 4. С. 6 – 13.
19. Нестеренко З.В. Частота фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани и выраженность соматической патологии у детей. // Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Рос. сборник научных трудов. Москва-Тверь- Санкт-Петербург: ООО РГ «ПРЕ 100», 2010: 62-66.
20. Рахматуллина З.А., Выхристюк О.Ф., Русакова В.Д. //Дисплазии соединительной ткани и полиорганная патология у детей. Мед. помощь. 2008; 5: 29–31.
21. Хакимова У., Муратходжаева А. Особенности течение миокардитов на фоне респираторных заболеваний у детей дошкольного возраста //Журнал биомедицины и практики. – 2021. – Т. 1. – №. 3/1. – С. 380-386.
22. К.Ю. Николаев, Э.А. Отева, А.А. Николаева, И.М. Гичева, Л.М. Коптева, Л.В. Попова. Дисплазия соединительной ткани и полиорганная патология у детей школьного возраста. //Педиатрия № 2, 2006 г. С. 89 – 92.

23. Гавалов С.М., Зеленская В.В. Особенности клинических проявлений и течение различных форм патологии бронхолегочной системы у детей с малыми формами дисплазии соединительной ткани./ Педиатрия. 1999.- № 1.- С. 49 – 52.
24. Г.Ю. Калаева, А.Х. Зайцева, О.И. Хохлова, И.В. Власова, М.Н. Вахрушева. Клинико-функциональные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани у подростков. /Педиатрия/2012/Том 91/№ 2 С.135 -139.
25. Запруднов А.М. Заболевания билиарного тракта у детей: аномалии развития, дисфункциональные расстройства. /Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2005. - №5. - С. 36 – 42.
26. Запруднов А.М., Харитонова Л.А., Богомаз Л.В., Юдина Т.М. Болезни билиарного тракта у детей. /Вопросы детской диетологии. - 2011.- Т. 9. № 6. - С.39 – 43.
27. Оsipенко М.Ф., Скалинская М.И., Рыжичкина А.Н. Функциональная патология билиарного тракта и недифференцированная дисплазия соединительной ткани. Справочник поликлинического врача. 2011; 1: 48-53.
28. Муратходжаева А.В., Даукш И.А., Исраилова Н.А., Икрамова Д.Т. Влияние аномалий и деформаций желчного пузыря на развитие гепатобилиарной патологии у детей. / V съезд Педиатров Узбекистана. Сборник тезисов. 2004. - С. – 63- 64.
29. Муратходжаева А.В., Даукш И.А., Икрамова Д.Т., Рахимов Ш.Х. Клинические особенности поражения органов пищеварения при аномалиях желчного пузыря. Педиатрия. Ташкент. №4. 2005. - С.22-25.
30. Муратходжаева А.В., Даукш И.А., Хакимова У.Р. Поражение поджелудочной железы при хронических заболеваниях желчевыводящей системы. / Материалы XVII съезда детских гастроэнтерологов России и стран СНГ. Вопросы детской диетологии. Москва. 2010.- Т.8.- №2. – С.79 - 80.
31. Хакимова У. Р., Даукш И. А. Функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы у детей раннего возраста на фоне острых респираторных заболеваний //EDITOR COORDINATOR. – 2020. – С. 1179.

MEDICINEPROBLEMS.UZ-

TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB MASALALARI

No 9 (3)-2025

TOPICAL ISSUES OF MEDICAL SCIENCES

**TIBBIYOT FANLARINING DOLZARB
MASALALARI** elektron jurnali 02.03.2023-
yilda 132099-sonli guvohnoma bilan
davlat ro'yxatidan o'tkazilgan.

Muassis: "SCIENCEPROBLEMS TEAM"
mas'uliyati cheklangan jamiyatি.

TAHRIRIYAT MANZILI:
Toshkent shahri, Yakkasaroy tumani, Kichik
Beshyog'och ko'chasi, 70/10-uy. Elektron
manzil: scienceproblems.uz@gmail.com