

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№3 (Том 6)

2025

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 6, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 6, ISSUE 3





ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова, д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев, д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова, д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова, д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова, к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
А.Н. Арипов (Ташкент)
М.Ш. Ахророва (Самарканд)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н.Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
М.М. Матлюбов (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
А.Г. Румянцев (Москва)
Н.А. Тураева (Самарканд)
Ф.Г. Ульмасов (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Ш.М. Уралов (Самарканд)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербеков (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1	Ахмедова М.М. НАРУШЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН И УСИЛЕННОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЖИРОВ (ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ) У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК, СВЯЗАННЫМИ С НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ.....	6
2	Ашурова М.Ж. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СХЕМ ТЕРАПИИ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛОМ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ДЕФИЦИТЕ И НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D	9
3	Гарифуллина Л.М. ФАКТОРЫ РИСКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ: РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ.....	12
4	Goyibova N.S. MECHANISM OF INFLUENCE OF OVERWEIGHT AND OBESITY ON KIDNEYS IN CHILDREN.....	15
5	Ибрагимова М.Ф., Холмурадова Н.Дж., Шокирова Ш.Б. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	19
6	Ibragimova Yu.B. TURLI YOSHDAGI BOLALARDA O`TKIR REVMATIK ISITMANING RIVOJLANISH XUSUSIYATLARI.....	23
7	Исламова Д.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ВИСМУТА В ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА.....	26
8	Исламова Д.С. КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОДУОДЕНИТОВ У ПОДРОСТКОВ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ HELICOBACTER PYLORI.....	31
9	Кудратова Г.Н. ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ У НОВОРОЖДЁННЫХ: КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ.....	34
10	Кудратова Г.Н. АЛЬФА ЛИПОВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ.....	37
11	Маматкулова Ф.Х. БОЛАЛАРДА ЎТКИР МИЕЛОИД ЛЕЙКЕМИЯНИ ДАВОЛАШДА МАҚСАДЛИ ПРЕПАРАТЛАРНИ КЎЛЛАШ.....	40
12	Набиева Ш.М. ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА.....	43
13	Rasulova N.A., Rasulov A.S. A REASONABLE APPROACH TO THE TREATMENT OF RICKETS DEPENDING ON THE INTESTINAL MICROFLORA DISORDER.....	46
14	Rasulova N.A., Axmedova M.M. THE EFFECT OF MICROBIocenosis ON BIOCHEMICAL PARAMETERS IN CHILDREN WITH SIGNS OF RICKETS.....	49
15	Рустамов М.Р. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ.....	52

16	Рустамов У.М., Гарифулина Л.М. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	54
17	Файзуллаева Х.Б. ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ЛАКТАЗА ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШ ВА КОРРЕКЦИЯЛАШ.....	57
18	Kholmuradova Z.E. ARTERIAL HYPERTENSION IN OBESE CHILDREN AND ADOLESCENTS: PATHOPHYSIOLOGICAL MECHANISMS AND CLINICAL CORRELATIONS.....	61
19	Xolmurodova Z.E. SEMIZLIKNING BOLA PSIXOLOGIYASIGA TA`SIRI.....	65
20	Xusainova Sh.K. OPTIMIZING THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF NEONATAL JAUNDICE.....	68
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ		
21	Goyibova N.S. FEATURES OF KIDNEY DAMAGE IN CHILDREN WITH OBESITY.....	72
22	Turayeva D.X. SEMIZ BOLALARDA GEPATOBILIAR TIZIMDAGI PATOLOGIK O`ZGARISHLAR.....	77
ПАМЯТИ УЧИТЕЛЯ		
23	Ризаев Ж.А., Шавози Н.М., Рустамов М.Р. ЗАСЛУЖЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ НАУКИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН, ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР АБДУЛЛА ХАМРАЕВИЧ ХАМРАЕВ.....	80

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Кудратова Гулсара Нажмиддиновна

доцент кафедры педиатрии

Самаркандского государственного
медицинского университета. Самарканд. Узбекистан

ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ У НОВОРОЖДЁННЫХ: КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.17884630>

АННОТАЦИЯ

Целью исследования явилось определение клинических особенностей течения церебральной ишемии (ЦИ) у новорождённых для оптимизации диагностики и своевременной медицинской помощи. Проведено наблюдение за 50 новорождёнными с ЦИ I–III степени гестационного возраста 28–41 неделя. Оценивались показатели по шкале Апгар, неврологический статус, сопутствующая патология, результаты нейросонографии. Установлена достоверная зависимость степени ишемии от гестационного возраста ($p < 0,05$). Показано, что течение ЦИ сопровождается выраженными клинико-неврологическими синдромами, специфичными для каждой степени тяжести, и характерными ультразвуковыми изменениями головного мозга. Полученные данные подчёркивают необходимость комплексного подхода к ранней диагностике церебральной ишемии у новорождённых.

Ключевые слова: церебральная ишемия, новорождённые, перинатальная патология, гестационный возраст, нейросонография, неврологический статус.

Kudratova Gulsara Nazhmiddinova

Associate Professor, Department
of Pediatrics, Samarkand State
Medical University. Samarkand, Uzbekistan

CEREBRAL ISCHEMIA IN NEWBORNS: CLINICAL AND NEUROLOGICAL FEATURES AND DIAGNOSTIC CRITERIA

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the clinical characteristics of cerebral ischemia (CI) in newborns to optimize diagnosis and provide timely medical care. Fifty newborns with grades I–III CI at 28–41 weeks of gestational age were observed. Apgar scores, neurological status, comorbidities, and neurosonography results were assessed. A significant correlation between the degree of ischemia and gestational age was found ($p < 0.05$). It has been shown that the course of cerebral ischemia is accompanied by pronounced clinical and neurological syndromes specific to each severity level, as well as characteristic ultrasound changes in the brain. The findings highlight the need for a comprehensive approach to the early diagnosis of cerebral ischemia in newborns.

Keywords: cerebral ischemia, newborns, perinatal pathology, gestational age, neurosonography, neurological status.

Qudratova Gulsara Najmiddinova

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti Pediatriya
kafedrası dotsenti. Samarqand, O'zbekiston

YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA SEREBR ISHEMIYASI: KLINIK VA NEVROLOGIK XUSUSIYATLAR VA DIAGNOSTIK MEZONLAR

ANNOTATSIYA

Ushbu tadqiqotning maqsadi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda miya ishemiyasining (MIS) klinik xususiyatlarini aniqlash, tashxisni optimallashtirish va o'z vaqtida tibbiy yordam ko'rsatish edi. Homiladorlik yoshining 28-41 haftasida I-III darajali MIS bilan 50 ta yangi tug'ilgan chaqaloq kuzatildi. Apgar ballari, nevrologik holat, qo'shma kasalliklar va neyrosonografiya natijalari baholandi. Ishemiya darajasi va homiladorlik yoshi o'rtasida sezilarli bog'liqlik aniqlandi ($p < 0,05$). Miya ishemiyasining kechishi har bir og'irlik darajasiga xos bo'lgan aniq klinik va nevrologik sindromlar, shuningdek, miyada xarakterli ultratovush o'zgarishlari bilan birga kelishi ko'rsatilgan. Topilmalar yangi tug'ilgan chaqaloqlarda miya ishemiyasini erta tashxislashda kompleks yondashuv zarurligini ta'kidlaydi.

Kalit so'zlar: miya ishemiyasi, yangi tug'ilgan chaqaloqlar, perinatal patologiya, homiladorlik davri, neyrosonografiya, nevrologik holat.

Актуальность проблемы. Церебральная ишемия у новорождённых занимает одно из ведущих мест среди причин ранних органических поражений центральной нервной системы (ЦНС), определяя высокий риск развития психоневрологических нарушений и последующей инвалидизации. В структуре детской

инвалидности до 35–40% приходится на последствия перинатальных поражений головного мозга. Наиболее уязвимыми являются недоношенные дети вследствие морфофункциональной незрелости мозга [1,2,6].

Несмотря на значительный объем фундаментальных и клинических исследований по перинатальным повреждениям ЦНС, проблема ранней диагностики, прогнозирования течения и выделения специфических клинико-неврологических маркеров церебральной ишемии остается нерешенной. Это обуславливает необходимость дальнейшего изучения данной патологии [3,4,5,7,8].

Цель исследования: Определить клинические и неврологические особенности течения церебральной ишемии у новорожденных различного гестационного возраста и выявить диагностически значимые критерии для раннего выявления тяжелых форм заболевания.

Материалы и методы: исследование проводилось на базах родильных домов г. Самарканда и Областного перинатального центра. Объект исследования - 50 новорожденных с клинически подтвержденной церебральной ишемией I–III степени. Гестационный возраст — от 28 до 41 недели (среднее значение 35,2±3,4 недели).

Проводили ежедневное клиническое наблюдение за новорожденным. В зависимости от выраженности клинико-неврологической симптоматики и для верификации диагноза новорожденным выполнялось ультразвуковое сканирование головного мозга (нейросонография), оценка состояния по шкале Апгар, анализ акушерского анамнеза, неврологическое обследование, оценка сопутствующей соматической патологии. Статистическая обработка проводилась с использованием критерия достоверности различий ($p < 0,05$).

Результаты исследования. На основании осмотра новорожденных, информации из анамнеза беременности и родов у всех было установлено наличие Церебральной ишемии. По тяжести течения она была распределена следующим образом: 1 степень - у 18 детей (32,7%), 2 степень - у 19 детей (43,7%), 3 степень - у 13 детей (23,6%).

Первоначальная оценка здоровья новорожденных с ЦИ была проведена сразу после рождения. Результаты оценки по шкале Апгар на первый минуту жизни показали следующие показатели: 0-3 балла у 8% (4 ребенка), 4-7 баллов у 82% (37 детей) и 8-9 баллов у 6% (3 ребенка).

Анализ динамики оценки по шкале Апгар на пятой минуте показал, что новорожденные с ЦИ I степени набирали в среднем 7,3 балла ($\pm 1,2$), у детей второй группы этот показатель составлял 5,5 ($\pm 1,1$) балла, а у третьей группы - 4,1 ($\pm 1,4$) балла. Важно отметить, что 4 ребенка (30,7%) из третьей группы получили оценку 3 балла и ниже. В связи с этим им была оказана корректирующая терапия, после которой они были переведены в отделение патологии новорожденных. В ходе последующего наблюдения за состоянием новорожденных было установлено, что у двух (15,3%) детей из 3 группы не отмечалось улучшения самочувствия на 10, 15 и 20 минутах после рождения.

Нам представило интерес изучить взаимосвязь между гестационным возрастом при рождении и степенью ЦИ. Анализ полученных данных показал, что у наблюдаемых детей получена достоверная взаимосвязь ($p < 0,05$) между степенью церебральной ишемии и гестационным возрастом, а именно, чем меньше гестационный возраст новорожденных, тем тяжелее степень ЦИ. Результаты исследования показали, что общее состояние новорожденных детей которое проявлялось наличием и тяжестью сопутствующей патологии, четко зависло от степени проявлений ЦИ.

Так общее состояние детей с легкой степенью ЦИ было расценено как средней тяжести, оно помимо неврологической симптоматики было обусловлено проявлениями внутриутробной инфекции у 16,6% детей, отечным синдромом (16,6%), а также постгипоксической кардиопатией, проявлением которой зачастую была брадикардия новорожденных.

Общее состояние детей с 2 степенью ЦИ было оценено как тяжелое, так, у данной группы новорожденных преобладали нарушения водно-солевого обмена (выраженный отечный синдром и потеря первоначальной массы тела более 10%),

которые были даже более выраженные по сравнению с новорожденными с ЦИ III степени (26,3% и 26,3% соответственно). У детей данной группы наблюдались случаи внутриутробной пневмонии (5,2%), кардита (5,2%), энтероколита (10,5%), наблюдался больший процент по сравнению с детьми с ЦИ I степени внутриутробной инфекции (26,3%). Конъюгационная желтуха, свидетельствующая о нарушении функции печени на антенатальном этапе развития, отмечались у каждого 3-го ребенка из этой группы.

Наиболее отягощенное состояние сопутствующей патологией наблюдалось у детей 3 группы, их общее состояние зачастую было оценено как очень тяжелое, все дети были направлены на лечение в отделение ОПН, для интенсивной терапии. При оценке сопутствующей патологии было выявлено, что ЦИ 3 степени сочеталось с задержкой внутриутробного развития в 3 раза чаще, чем при ЦИ 1 степени. При этом у детей данной группы в 46,1% наблюдались симптомы внутриутробной инфекции, следует отметить, что наиболее частыми возбудителями внутриутробных инфекций являлись стрептококки серогруппы А, источником которых могли быть очаги хронической инфекции у матери, Грибковая, хламидийная, уреоплазменная и цитомегаловирусная инфекции встречались в единичных случаях.

Также в 38,4% наблюдались симптомы конъюгационной желтухи (38,4%) с высоким уровнем непрямого билирубина (выше 200 мкмоль/л), и большой частотой постгипоксической кардиопатии (30,7%), что было достоверно чаще как по сравнению с 1 так и по сравнению с 2 группой. Из инфекционно-воспалительных заболеваний чаще встречалась внутриутробная пневмония стрептококковой этиологии (7,6%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о значительном напряжении адаптационного периода у новорожденных детей с ЦИ, а сопутствующая патология усугубляет течение основного заболевания.

При оценке неврологического статуса было выявлено, что в раннем неонатальном периоде у новорожденных неврологические нарушения проявлялись 4 синдромами: нервно-рефлекторной возбудимости, гипертензивно-гидроцефальным, угнетения и судорожным и в ряде случаев их сочетанием). У больных детей с ЦИ 3 степенью преобладали более тяжелые синдромы: гипертензивный, угнетения ЦНС и судорожный, а также их сочетания.

Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости в основном наблюдался при ЦИ I степени и проявлялся эмоциональным беспокойством на фоне достаточной и повышенной двигательной активности, удлинением периода активного бодрствования; при этом, хотя у большинства детей отмечался физиологический мышечный тонус, безусловные рефлексы у них были усилены.

У трети новорожденных отмечались мелкоамплитудный тремор конечностей и спонтанный рефлекс Моро с задержкой в первой фазе. При ультразвуковом сканировании выявлялась нечеткая визуализация мозговых структур, повышение экзогенности вещества мозга, сдавление желудочковой системы и снижение пульсации сосудов. Из всех вышеперечисленных симптомов у новорожденных с ЦИ I степени к концу 7-х суток жизни сохранялось лишь усиленное двигательное беспокойство, оживление рефлексов орального автоматизма и мелкоамплитудный тремор конечностей при плаче.

Гипертензивный синдром преобладал у новорожденных с ЦИ 2 степенью. Клиническая манифестация данного синдрома происходила на 2-3 сутки жизни и проявлялась у большинства детей пронзительным мозговым криком (47,5%), стойкой мышечной гипертонией (47,5%), выбуханием большого родничка (63,1%), а также оживлением физиологических и сухожильных рефлексов (47,5% и 63,1%). У одной трети детей выявлялась очаговая неврологическая симптоматика (31,5%), а у половины – симптом Грефе (47,5%). При этом на чрезродничковой эхоэнцефалограмме определялись гиперэхогенные образования с четкими контурами, локализирующиеся в области головки хвостатого ядра и таламо-каудальной вырезки, выявляемые на

фоне снижения структурности паренхимы в перивентрикулярной области. На протяжении всего периода новорожденности у новорожденных с этим синдромом сохранялись симптомы внутричерепной гипертензии: выбухание большого родничка, прерывистый сон, вскрикивания.

Синдром угнетения в основном наблюдался у новорожденных с ЦИ 3 степени, он проявлялся снижением двигательной активности (38,4%), адинамией (30,7%), мышечной гипотонией (44,0%), ослаблением и отсутствием рефлексов (44,0 и 40,7%) и преобладанием парасимпатического вегетативного тонуса 46,1%, причем проявления синдрома угнетения у большинства детей наблюдались уже в 1-е сутки жизни. У больных новорожденных на протяжении первых 10-15 дней жизни нейросонографически определялись: сглаженность борозд и извилин мозга, диффузное повышение эхогенности мозговой паренхимы, которое по своей отраженной способности сравнивалось с таковой хориодальных сплетений, сужение боковых желудочков мозга, признаки гипоперфузии со снижением визуальной пульсации внутримозговых сосудов. В динамике наблюдения признаки синдрома угнетения у большинства детей трансформировались в синдром двигательных нарушений.

Судорожный синдром был характерен как для новорожденных с ЦИ 2 степени, так и для детей с ЦИ 3 степенью и преобладал у

последних. Он проявлялся стойкими генерализованными тоническими или клонико-тоническими пароксизмами длительностью 1-5 суток (21% и 69,2% соответственно в 2 и 3 группе), мышечной гипотонией и угнетением рефлексов орального и спинального автоматизма (23%). У всех больных с ЦИ 3 степени выявлялось нарушение дыхания в виде тахипноэ, брадипноэ и апноэ (69,2%, 15,3% и 15,5% соответственно). Нейросонографические наблюдались признаки отека головного мозга которые полностью купировались к 7-му дню жизни лишь у трети детей с церебральной ишемией 3 степени, в то время как у остальных детей высокая однородная эхогенность сохранялась до 14 - 21-го дня жизни.

Выводы: Тяжесть церебральной ишемии у новорождённых напрямую зависит от гестационного возраста и степени морфофункциональной зрелости мозга. Клиническая картина ЦИ определяется сочетанием специфических синдромов - гипертензивного, судорожного, угнетённого, синдрома повышенной возбудимости. Нейросонографические изменения отражают степень поражения и являются объективными критериями тяжести заболевания. Своевременная диагностика и правильная оценка клинической формы ЦИ позволяют оптимизировать лечебные мероприятия и улучшить прогноз.

Список литературы

1. Акушерство и неонатология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
2. Волгин С.Н., Гайворонская Т.В. Перинатальные поражения ЦНС: диагностика, лечение, прогноз. — СПб.: СпецЛит, 2019.
3. Perlman J.M. Brain injury in the term infant. *J. Pediatr.* 2019;164(3):553–564.
4. Douglas-Escobar M., Weiss M.D. Hypoxic-ischemic encephalopathy: a review. *Pediatrics.* 2015;137(2):e20153868.
5. Alderliesten T., Groenendaal F., de Vries L.S. Neuroimaging in neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine.* 2018;23(4):255–263.
6. Гарифулина Л., Рустамов У. Роль пептида YY3-36 в развитии метаболического синдрома у детей с ожирением //Международный журнал научной педиатрии. – 2025. – Т. 4. – №. 5. – С. 1126-1132.
7. Рустамов М. Р., Гарифулина Л. М. Ассоциации полиморфизма гена FTO (RS9939609) и PPARG 2 (RS18012820) у детей с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом //Международный журнал научной педиатрии. – 2024. – Т. 3. – №. 7. – С. 662-668.
8. Ибрагимова Э. Ф., Гарифулина Л. М. Роль эндотелиальной дисфункции в развитии сердечно-сосудистых осложнений при абдоминальном ожирении у детей (литературный обзор) //Международный журнал научной педиатрии. – 2024. – Т. 3. – №. 8. – С. 710-718.

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 6, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 6, ISSUE 3

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000