

Annals of clinical disciplines



VOLUME 1, ISSUE 2

2024

ACD
2024

<https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>



БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ



ISSN 0000-0000

DOI Journal 10.26739/0000-0000

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2024

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№2 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2024-2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Ш.Ж. ТЕШАЕВ

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М.Ж. Саноева
У.К. Абдуллаева
Д.А. Хасанова
М.Н. Исматова
С.С. Давлатов
А.Р. Облоқулов
Ш.Т. Ўроқов
Н.У. Нарзуллаев
Ш.Б. Ахророва
В.Р. Акрамов
У.С. Мамедов
И.К. Садуллоева
Г.Ж. Жарилкасинова
А.А. Саидов
Н.Н. Каримова
Д.А. Набиева

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Н.А. Нуралиев (Бухара)
А.Г. Гадаев (Ташкент)
Г.Н. Собирова (Ташкент)
М.М. Каримов (Ташкент)
У.К. Қаямов (Ташкент)
Л.Б. Новикова (Россия Федерацияси)
О.И. Летяева (Россия Федерацияси)
И.В. Реверчук (Россия Федерацияси)
Edip Gonullu (Турция)
Eva Lietto (Италия)

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

О журнале


Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.	
Effectiveness of comprehensive treatment of peptic ulcer	6
2. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.	
Therapeutic diet for ulcer disease in the Khorezm region.....	10
3. Akhrorova L.B.	
Study of the main serum cytokines in patients with liver echinococcosis.....	15
4. Boltayev E.B.	
Травматологик оперatsiyalar vaqtida o`tkaziladigan regional anesteziyada deksmedetomidinning roli.....	19
5. Ergashov B.B.	
Onkologik bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari.....	24
6. Ergashov B.B.	
Chemotherapy and cardiac arrhythmias.....	29
7. Eshniyazova G.Sh.	
Yarali kolit bilan og`rigan bemorlarga mikronutrient yetishmovchiligi.....	37
8. Gorbunov A.P., Pashov A.I., Reverchuk I.V., Gulyaeva A.A.	
Psychopathological and stress conditions in women at threatened premature birth.....	41
9. Hikmatov J.S.	
Bronxoektazni davolashda differensiyalashgan immunokorreksiyalashning ahamiyati.....	47
10. Mekhriddinov M.K.	
Strangulation of the sigmoid colon was the cause of acute intestinal obstruction. Clinical case....	52
11. Mirzoyeva M.R., Sadulloyeva R.S.	
The spread of coronavirus infection around the world.....	56
12. Mukhamedova M.S., Isaev I.S.	
Improving the organization of prevention of non-communicable diseases.....	60
13. Narzulloeva D.S.	
Assessment of the sodium-uretic peptide system and the structural and functional status of the myocardium in patients with chronic heart failure.....	64
14. Rajabov D.O'.	
Diabetik tovon sindromini kompleks jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish.....	69
15. Rakhimov A.Y.	
Microflora analysis of osteomyelitis and osteoarthritis in patients with complicated form of diabetic foot syndrome.....	80
16. Raupov F.S.	
Bolalarda o`tkir bakterial destruktiv pnevmoniyaning kechish xususiyatlari.....	84
17. Safarova G.A.	
Clinical and laboratory aspects of patients with post-covid nephropathy.....	90
18. Saidova L.B.	
Analysis of childhood infections, particular hepatitis.....	95
19. To'rayeva M.Sh., Gaziyeu K.U., Raximov A.Y.	
Gigantomastiyani T-kesma mamoplastika texnikasi yordamida kichraytirish.....	101
20. Umurova N.M.	
Epidemiological aspects of the incidence of pollinosis in the Bukhara region.....	106
21. Газиев К.У.	
Операциядан кейинги қорин чурраларида герниопластиканинг турли усуллариининг самарадорлигини қиёсий тавсифлаш.....	113
22. Жумаева М.Ф.	
Связь между тяжестью цирроза печени и анемией.....	118
23. Жумаева М.Ф.	
Редкие причины анемии наблюдаемые при заболеваниях печени.....	125

24. Жумаева М.Ф.	
Есть ли влияние анемии на развитие гепаторенального синдрома?.....	133
25. Исмагова М.Н.	
Корреляция между клинико-лабораторными показателями и структурными изменениями почек при различных типах хронического гломерулонефрита с нефротическим синдромом.....	137
26. Мехридинов М.К., Носиров Ю.У.	
Бактериальная деструкция легкого, как осложнение COVID-19-пневмонии.....	141
27. Мирзоева М.Р., Ашурова Н.А.	
COVID-19 касаллигининг ҳомиладорларда учраш даражаси ва кечиш хусусияти.....	145
28. Мустафаева М.Р.	
Контраст-индуцированная нефропатия у больных стабильной ишемической болезнью сердца и однолетний прогноз // Анналы клинических дисциплин.....	150
29. Мухамеджанова М.Х.	
Прогностическое значение феррокинетических показателей у больных гепатитом с ассоциации с хронической сердечной недостаточностью.....	158
30. Наврузова Л.Х.	
Комплексный подход при лечении некариозных поражений твердых тканей зубов.....	163
31. Ниёзов Ф.Ё.	
Лечение эхинококковых кист печени у детей - путьём лапароскопии и его возможности...	169
32. Нуриддинов С.С.	
Некоторые клинические характеристики больных детей с колостазом.....	175
33. Орипова Ф.Ш.	
Тухумдон эндометриомасини даволашнинг замонавий усулини ишлаб чиқиш.....	181
34. Орипова Ф.Ш.	
Исследование половых гормонов у женщин с эндометриомой яичника.....	185
35. Остапенко Е.Н., Новикова Н.П., Хондожко В.Н.	
К вопросу диагностики кардиоэмболических инфарктов мозга (случай из практики).....	191
36. Раджабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш.	
Результаты хирургических методов лечения больных с острым калькулёзным холециститом осложненный холедохолитиазом.....	199
37. Раджабова Г.Б.	
Сирка кислотаси билан ўткир захарланган беморлар организмида тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми белгиларининг ташҳисий сезгирлиги ва маълумотлилик қиймати.....	209
38. Саидова Н.Ф.	
Глазная патология с преморбидном фоном у детей.....	219
39. Тухтаев Д.А.	
Предикторы развития кардиоренального синдрома у больных хронической болезнью почек.....	223
40. Умурова Н.М.	
Динамика суточного мониторирования артериального давления у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких и артериальной гипертонией среди мужского населения.....	229
41. Хикматов Ж.С., Исмагов Ж.К., Солиева Ш.С.	
Эффективность применения повидон-йода при обработке остаточной полости после эхинококкэктомии легких.....	237

УДК:616.345-053.2

Нуриддинов С.С.Бухарский государственный медицинский институт,
Бухара, Узбекистан**НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С
КОЛОСТАЗОМ** <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.12788693>**АННОТАЦИЯ**

В данной статье обсуждены некоторые клинические характеристики и причинные факторы колостазы у детей. Проанализированы анамнестические данные 149 больных, приведены данные изучения результатов клинико-анамнестических данных и комплексных клинических обследований.

Ключевые слова: алиментарный и эмоциональный фактор, запор, колостаз, дети.

Nuriddinov S.S.

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston

**KOLOSTAZ BILAN KASALLANGAN BOLALARNING BA'ZI KLINIK
XUSUSIYATLARI****XULOSA**

Ushbu maqolada bolalarda kolostazning ba'zi klinik xususiyatlari va sababchi omillari muhokama qilinadi. 149 bemorning anamnestic ma'lumotlari tahlil qilindi, klinik-anamnestic ma'lumotlar natijalarini o'rganish va keng qamrovli klinik tekshiruv ma'lumotlari keltirilgan.

Kalit so'zlar: alimentar va hissiy omil, ich qotishi, kolostaz, bolalar.

Nuriddinov S.S.

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

**SOME CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENT CHILDREN WITH
COLOSTASIS****ANNOTATION**

This article discusses the clinical characteristics and causal factors of colostasis in children. The analysis of anamnestic data of 149 patients was carried out, the data of the study of the results of clinical and anamnestic data and a comprehensive clinical examination were carried out,

Keywords: alimentary and emotional factor, constipation, colostasis, children.

Введение. Причинные факторы риска развития запоров у детей разнообразны, но для каждого ребенка они индивидуальны. Клинические проявления запоров зависят от их причины, продолжительности, тяжести и особенностей поражения кишечника [1,7,13,19]. В

норме позыв к дефекации возникает регулярно утром вследствие ортостатического влияния, после вставания с постели или вскоре после завтрака под влиянием гастро–цекального рефлекса. Начало приема пищи является наиболее сильным стимулирующим фактором моторной деятельности толстого кишечника [2,8,14,20,23]. Как правило, запоры развиваются постепенно. О хронических запорах можно говорить, если симптомы нарушения акта дефекации отмечаются постоянно на протяжении 3 месяцев и более. Однако задержка стула может развиваться внезапно – тогда уже говорят об остром запоре (отсутствие стула в течение нескольких суток) [4,10,16,22].

По мнению некоторых авторов, в хирургии детского возраста и в педиатрической практике удобной является классификация, которая делит запоры на органические и функциональные. При подозрении на органическую причину запоров (болезнь Гиршпрунга, долихосигма и др.) необходимо как можно раньше провести специальные обследования ребенка для определения рациональной тактики его лечения – терапевтического или хирургического. Запор, обусловленный органическими причинами, является симптомом основного заболевания. В том случае, если в ходе обследования исключено органическое поражение кишечника, говорят о функциональном запоре. У детей запоры, как правило, носят функциональный характер [3,9,15,21].

По данным современной литературы, высокая распространенность данной патологии у детей раннего возраста связана с низким уровнем грудного вскармливания, увеличением числа больных с перинатальным пост гипоксическим повреждением центральной нервной системы, гастроинтестинальной формой пищевой аллергии, частое употребление полуфабрикатов в пищу. А также, рост частоты и количества запоров у детей старшего возраста обусловлен гиподинамией, стрессами, уменьшением в рационе питания доли грубоволокнистой пищи [1,5,11,17,18,20].

Все это доказывает и определяет необходимость проведения дополнительных научных исследований по изучению колостазов у детей в возрастном аспекте, по которым будут проводиться коррекция [5,9,15,17,23].

Цель исследования. Изучение клинических особенностей колостазов у детей в зависимости от причинного фактора.

Материалы и методы исследования. Нами у 149 больных было проведено анализ анамнестических данных (анализ выписки истории болезни, изучение результатов клинко-анамнестических данных) и комплексных клинических обследований, у детей от одного месяца до 14 летнего возраста с колостазом, выявлены следующие причины по происхождению колостазов в отдельном и сочетанном виде по Я.Ц. Циммерману (2009).

При анализе полученных данных по причины происхождения колостазов выявлено, у большинства больных происхождения колостазов является первичной (мегаколон и долихосигма, болезнь Гиршпрунга, транверзоптоз с синдромами Пайра и Хилайдити) и составляет 121 (81,2%) случаев.

Возникновение колостазов на основе вторичных (хирургические заболевания аноректальной зоны; состояние после операции БППП; перенесённые ОКИ и идиопатический) причин составляют 28 (18,8%) случая.

Это может быть не результатом истинной разницы в частоте, а из-за разницы в обращении за медицинской консультацией и лечением (таб.1).

Таблица 1

Распределение больных детей с колостазом по происхождению

	Причинные факторы	Количество	
		abs	%
	Первичный (мегаколон и долихосигма, болезнь Гиршпрунга, транверзоптоз с синдромами Пайра и Хилайдити)	121	81,2
	Вторичный (хирургические заболевания аноректальной зоны; состояние после операции БППП;	28	18,8

	перенесённые ОКИ и идиопатический)		
	Всего	14	10
		9	0%

При анализе выше приведенных данных на основании выявленных этиологических причин (алиментарный, механический, дискинетический, метаболический, токсический, медикаментозный, проктогенный, кологенный и др.) определено следующее (таб.2).

Таблица 2

Распределение больных с колостазом по этиопатогенетическому фактору

	Причинные факторы	Количество	
		abs	%
	Неадекватное искусственное питание	27	18,1
	Недостаточное количество жирности, сахара, клетчатки в пище	14	9,4
	Недоношенность	8	5,4
	Повышение вязкости каловых масс (кистофиброз поджелудочной железы, врожденный пилоростеноз)	5	3,4
	Анальные трещины	6	4,2
	Острые парапроктиты	7	4,7
	Послеоперационные и врождённые стенозы заднего прохода и прямой кишки	20	13,4
	Воспалительные процессы (колит, энтероколит, дизентерия и др.)	17	11,4
	Эмоциональные факторы (психические перегрузки, депрессия)	29	19,5
0	Ситуационные (частые употребления в пищу ингредиентов, приводящую колостазу)	16	10,7

В анамнезе исследованных больных нарушения алиментарного характера в виде неадекватного искусственного питания выявлена в 27 (18,1%) случаях, алиментарные нарушения в виде недокармливания, недостаточное употребление количество жирности, сахара, клетчатки в пище обнаружена в 14 (9,4%) случаях, недоношенность являющегося одним из причин алиментарных нарушений у детей выявлена в 8 (5,4%) случаях.

Колостаз у детей на фоне вторичных изменений в желудочно – кишечном тракте приводящегося к повышению вязкости каловых масс (кистофиброз поджелудочной железы, врожденный пилоростенозе и т.д.) выявлена в 5 (3,4%) случаях.

Колостаз рефлекторного характера выявлена у 6 (4,2%) больных из-за наличия анальной трещины, по поводу острого парапроктита обнаружена в 7 (4,7%) случаях.

Причиной колостаза механического характера являются послеоперационные и врождённые стенозы заднего прохода и прямой кишки, из всех обследованных, вышеприведенные факторы выявлены у 20 (13,4%) больных. Воспалительные процессы в анамнезе обследованных (колит, энтероколит, дизентерия и др.) выявлены в 17 (11,4%) случаях.

Эмоциональные факторы (психические перегрузки, депрессия и т.д.) служившей причиной колостаза в анамнезе выявлена у 29 (19,5%) больных. Причин колостаза ситуационного характера (частые употребления сладостей, шоколад или какао, пищи с низкой концентрацией балластных веществ и др.) выявлена у 16 (10,7%) больных.

Необходимо отметить, при сочетании приобретённых (алиментарных, механических, дискинетических, метаболических, медикаментозных, эндокринных, воспалительных) факторов, во всех случаях течение колостаза у детей имело тенденцию перехода в

декомпенсированную форму и при ирригографии проявилось по типу мегаректума или мегадолихосигмы.

Изучением причин запоров из анамнестических данных, были определены 3 основных причинно-этиологических факторов, способствующих развитию хронических запоров алиментарного характера, представленный несбалансированным питанием и недостаточным употреблением жидкости (неадекватное искусственное питание, недостаточное количество жирности, сахара, клетчатки в пище, недоношенность), в суммарно составляющее 32,8% случаев. А также ситуационные (частые употребления в пищу ингредиентов, приводящую колостазу) факторы колостаза, которых можно отнести к алиментарным факторам составляют значительную часть причин, и выявлена в 16 (10,7%) случаях.

У 29 (19,5%) больных эмоциональные факторы или психосоциальная дезадаптация (психические перегрузки, депрессия) включала в себя поход детей в дошкольное образовательное учреждение, приучение к горшку, страх перед дефекацией после эпизода острой задержки стула, неблагоприятная эмоциональная атмосфера в семье, перенесенные стрессы и т.д.

У 78 (52,3%) детей младшего (5-9 лет) и старшего подросткового возраста (10-14 лет) колостаз встречался довольно часто в виде суб- и декомпенсированной формы. Часто их причинами были: хронические или рецидивирующие воспалительные процессы (колит, энтероколит, дизентерия и др.); ситуационные (частые употребления кофе, шоколад или какао, сладостей, пищи с низкой концентрацией балластных веществ и др.); эмоциональные факторы (психические перегрузки, депрессия), усиленные физические (спортивные) нагрузки и другие факторы приобретённого генеза.

Учитывая выявленные причины генеза колостаза у детей и данные результатов комплексного обследования, для оптимизации диагностики проведена клинико-катамнестическая оценка по балльной системе (таб. 3.3). По результатам количества баллов суб- и декомпенсированного клинического течения ЖК у детей, составлен план дальнейшего дополнительного углубленного обследования по определению показаний к операции.

При интерпретации полученных данных, учитывали сумму баллов в набранных во время сбора анамнеза и объективного клинического осмотра, а также данные общеклинических, лабораторных, ректальных исследований.

Таблица 3

Клинико-катамнестические критерии оценки колостаза у детей

Клинические признаки	Течение колостаза (в часах) и оценка (в баллах)		
	1,5-2 суток (1 балл)	2-4 суток (2 балл)	Более 5 суток (3 балл)
1. Начало болезни	более старший возраст	после введения прикорма	ранний детский возраст
2. Характер дефекации	самостоятельный 1 раз в 2-3 дня	только после очистительной клизмы или слабительных	только после сифонной клизмы
3. Увеличение объёма живота	не увеличен	периодическое увеличение	постоянное увеличение
4. Консистенция стула	Плотная	В виде «пробки»	В виде «овечьего кала»
Всего	4	8	12

Если суммарный балл составлял свыше 4 баллов, всем больным, кроме общеклинических, лабораторных, ректальных исследований проводились ректороманоскопия и полипозиционная ирригография. При этом, нам удалось выявить

воспалительные процессы в слизистой оболочке, дополнительные петли (изгибы), дефекты фиксации и моторно-эвакуаторные нарушения различных отделов толстой кишки.

При суммарном балле свыше 8 и 12 баллов, для оценки состояния толстой кишки, органов малого таза и дистального отдела позвоночника проводились дополнительные исследования: колоноскопия, пассаж ЖКТ, МРТ и УЗИ органов малого таза. В итоге с большой достоверностью нам удалось выявить состояние соседних органов, патологических образований, дефектов и нарушений мышц тазового дна при колостазе у детей. При упорном течении колостаз отмечалось сочетание функционального недержания кала на фоне низкого интра ректального давления и значительно большого объема калового содержимого.

У 45 (30,2%) детей грудного возраста или постнатальном периоде младенчества (1-11 мес.) из наблюдаемых нами 149 больных выявлен колостаз с подострым течением врождённого генеза. У этих больных признаки запора усиливались при переводе ребёнка на искусственное или смешанное вскармливание. Среди детей раннего возраста (1-4 лет) в 65 (43,6%) случаях, колостаз имел первичный или вторичный характер на фоне долихосигмы или транзверзоптоза. У детей старшего возраста (5-9 лет) в 32 (21,4%) случаях были обнаружены сужения, удлинения и дефекты фиксации одного из участков толстой кишки, которые имели важное значение при выборе тактики метода лечения. У подростков младшего возраста (10-14 лет) в 7 (4,8%) случаях обнаружили колостаз, которые имели первичный или вторичный характер на фоне долихосигмы или транзверзоптоза.

Вывод. 1. В результате анализа катамнестических, клинико-рентгенологических и дополнительных комплексов обследования, выявлены разнообразные причины колостаз у детей в возрастном аспекте, обусловленные изменениями характера стула, анатомическими, мышечными и функциональными нарушениями дистального отдела толстой кишки.

2. Индивидуальный подход, полноценное изучение анамнестических данных больных детей с запорами служить основанием для дальнейшего обследования на предмет определения этиологического фактора колостаз.

3. Оценка клинического состояния больных детей с запорами позволяют установить стадию колостаз, определить дальнейшую тактику ведения и лечения.

Список использованной литературы

1. Акилов Х.А., Саидов Ф.Х. Диагностика и методы лечения мегаколон у детей // *Shoshilinch tibbiyot axborotnomasi*, 2016, IX (3).- с.125-131.
2. Белоусова О.Ю. Современный взгляд на функциональные запоры у детей раннего возраста: особенности вскармливания и принципы немедикаментозной коррекции // *Журнал Здоровье ребенка*, ISSN 2224-0551, N1 (60).-2015.-140-148.
3. Григорьев К.И. Запоры у детей // *Медицинская сестра. Профессия: теория и практика*-№2,-2014.-с.37-42.
4. Запор. Клинические рекомендации, Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Ассоциация колопроктологов России - 2020.-26 с.
5. Комарова О.Н., Хавкин А.И. Алгоритм обследования и лечения детей раннего возраста с запорами // *РМЖ*. 2016. № 6. С. 358–360.
6. Ленюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. М..1999, 366 с.
7. Раупов, Ф. С., & Мехридинов, М. К. (2020). Функциональные изменения после обширных резекций толстого кишечника у детей. *Проблемы биологии и медицины*, (1), 116.
8. Руденко Н.Н. Лечение хронического запора: от теории к практике / Н.Н. Руденко, О.В. Томаш, А.Э. Дорофеев // *Новости медицины и фармации*. — 2013. — № 457. *Гастроэнтерология*. — С. 37-39.

9. Ф.С., Р. ., & С.С., Н. . (2023). Клинико-рентгенологическая характеристика колостазы у детей. *Research Journal of Trauma and Disability Studies*, 2(5), 225–233. Retrieved from <http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/91>
10. Хавкин А. И. Коррекция функциональных запоров у детей. *Росс. вестн. перинатол. и педиатрии*. 2012; 4 (1): 127–130.
11. Allen AP, Dinan TG, Clarke G, Cryan JF. A psychology of the human brain–gut–microbiome axis. *Soc Personal Psychol Compass*. 2017 Apr;11(4):e12309. doi: 10.1111/spc3.123-09.
12. Benninga S, Nurko MA, Faure C, Hyman PE, James Roberts ISt, Schechter NL. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*, 2016, 150(6): 1443–1455.
13. Vandeplass Y, Levy E, Lemmens R, Devreker T. Функциональный запор у детей. *Педиатрия (Прил. к журн. Consilium Medicum)*. 2017; 1: 50–57.
14. Walter HA, Rajindrajith S, Devanarayana NM et al. OP-1 prevalence of functional constipation in infants and toddlers in Sri Lanka. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015; 61 (4): 541.
15. *Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods, 23e* by Richard A. McPherson MD MSc (Author), Matthew R. Pincus MD PhD (Author). St. Louis, Missouri : Elsevier, 2016. Page 974.;
16. Raupov F.S. (2023). CLINICAL AND RADIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COLOSTASIS IN CHILDREN. *American Journal Of Biomedical Science & Pharmaceutical Innovation*, 3(05), 48–57. <https://doi.org/10.37547/ajbspi/Volume03Issue05-07>.
17. Raupov, F. S. (2022). Morphological Aspects of the Colon of Human and White Laboratory Rats. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(2), 243-247.
18. Raupov, F. S. (2020). Possible dysfunctions of the large intestine after resection in children. *Problems of biology and medicine*,(3), 119(18), 42-46.
19. Raupov, F. S. (2022, September). Preventive measures of complications of colon resection in children in consideration of morphological features. In " ONLINE-CONFERENCES" PLATFORM (pp. 41-42).
20. Raupov F. S., Nuriddinov S. S. / Features of Congenital Intestinal Obstruction in Newborns // *AMERICAN Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences* Volume 01, Issue 08, 2023 ISSN (E): 2993-2149: p 384-87.
21. Khamraev, A. (2020). Zh., Rakhmonov DB, Raupov FS. Fecal incontinence after repeated colon surgery in children. anatomical and physiological reflections/*Problems of biology and medicine*, (5),
22. Wang B., Duan R., Duan L. Prevalence of sleep disorder in irritable bowel syndrome: A systematic review with meta-analysis. *Saudi J. Gastroenterol*. 2018 May-Jun;24 (3):141-150.
23. Yeh H.W., Chien W.C., Chung C.H. Risk of psychiatric disorders in irritable bowel syndrome-A nationwide, population-based, cohort study. *Int. J. Clin. Pract*. 2018 Jul;72(7).

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины
основан в 2024 году
Бухарским государственным
медицинским институтом
Выходит один раз в 3 месяца
Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт