

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№3 (Том 6)

2025

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

TOM 6, HOMEP 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	Гарифулина 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 ЛИПЕВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ.....	37
11	Маматкулова Ф.Х. БОЛАЛАРДА ЎТКИР МИЕЛОИД ЛЕЙКЕМИЯНИ ДАВОЛАШДА МАҚСАДЛИ ПРЕПАРАТЛАРНИ ҚЎЛЛАШ.....	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., Шавази 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

Ашурова Максуда Жамshedовна

Даволаш факультети педиатрия кафедраси ассистенти, PhD
Самарқанд давлат тиббиёт университети
Самарқанд, Ўзбекистон

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СХЕМ ТЕРАПИИ ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛОМ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ДЕФИЦИТЕ И НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.000000000>

АННОТАЦИЯ

В исследовании приняли участие 96 детей с ожирением (7–17 лет) и 22 ребёнка с нормальной массой тела. Дифференцированное назначение водного раствора холекальциферола в зависимости от SDS ИМТ обеспечило статистически достоверное повышение уровня витамина D, улучшение минеральной плотности костной ткани и нормализацию ПТГ. Через 3 месяца терапии нормализация 25(OH)D достигалась у 73,5% пациентов, показатели МПКТ и ПТГ улучшились ($P<0,0001$; $P<0,001$).

Ключевые слова: витамин D, ожирение, избыточная масса тела, паратиреоидный гормон, кальций, фосфор, денситометрия, минеральная плотность кости

Ashurova Maqsuda Jamshedovna

Davolash fakulteti pediatriya kafedrasi assistenti, PhD
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
Samarqand, O'zbekiston

SEMIZLIKKA CHALINGAN BOLALARDA VITAMIN D DEFITSITI VA YETISHMOVCHILIGI FONIDA XOLEKALTSIFEROL TERAPIYASI SXEMALARINING SAMARADORLIGINI SOLISHTIRISH

ANNOTATSIYA

Tadqiqotga 7–17 yoshdagi 96 semizlikka chalingan bola va 22 normal tana vazniga ega bola jalb qilindi. SDS TMI ga qarab suvli xolekaltsiferol eritmasini differentsial tayinlash qo'llanildi. Ushbu yondashuv vitamin D darajasini statistik jihatdan sezilarli darajada oshirish, suyaklarning mineral zichligini (MPC) yaxshilash va paratiroid gormoni (PTH) darajasini normallashtirishga yordam berdi. 3 oylik terapiya davomida 25(OH)D darajasi 73,5% bolalarda normaga keltirildi, shuningdek MPC va PTH ko'rsatkichlari yaxshilandi ($P<0,0001$ va $P<0,001$ mos ravishda).

Kalit so'zlar: vitamin D, semizlik, ortiqcha tana vazni, paratiroid gormoni, kalsiy, fosfor, densitometriya, suyaklarning mineral zichligi

Ashurova Maqsuda Jamshedovna

Assistant of the Department of Pediatrics, Faculty of Therapy, PhD
Samarkand State Medical University. Samarkand, Uzbekistan

COMPARATIVE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF CHOLECALCIFEROL THERAPY REGIMENS IN OBESE CHILDREN WITH VITAMIN D DEFICIENCY AND INSUFFICIENCY

ABSTRACT

The study included 96 obese children aged 7–17 years and 22 children with normal body weight. A differentiated approach to the administration of aqueous cholecalciferol solution based on BMI SDS was applied. This approach resulted in a statistically significant increase in vitamin D levels, improvement in bone mineral density (BMD), and normalization of parathyroid hormone (PTH) levels. After 3 months of therapy, 25(OH)D levels were normalized in 73.5% of patients, and BMD and PTH indicators showed significant improvement ($P<0.0001$ and $P<0.001$, respectively).

Keywords: vitamin D, obesity, overweight, parathyroid hormone, calcium, phosphorus, densitometry, bone mineral density

Актуальность проблемы: Данные последних лет свидетельствуют о том, что ожирение взаимосвязано с дефицитом витамина D. Наряду с этим, сопутствующая ожирению инсулинорезистентность также обусловлена тем, что дефицит витамина D оказывает негативное влияние на секрецию инсулина. Активные метаболиты витамина D занимают важное место в профилактике и терапии ожирения и сахарного диабета.

К настоящему времени недостаточность и тем более выраженный дефицит витамина D приобретают характер пандемии среди значительной части населения, включая детей и подростков. Подобная ситуация отмечается и в Узбекистане, что подтверждается проводимыми в республике научными исследованиями. Как и во многих странах мира, дефицит витамина D характерен для всех возрастных групп [1].

Актуальность проблемы и отсутствие местных рекомендаций по дозировкам препаратов витамина D с учётом массы тела побудили разработать схему применения водного раствора холекальциферола в зависимости от массы тела для профилактики и коррекции дефицита и недостаточности витамина D среди школьников.

Цель работы: разработать оптимальные алгоритмы коррекции и профилактики дефицита и недостаточности витамина D у детей с ожирением

Материал и методы: Наши исследования были проведены в семейных поликлиник № 1 и 2 города Самарканда, а также в областном эндокринологическом диспансере. Обследовано 96 детей, с различной массой тела, не имеющих хронической патологии, которая способна отрицательно влиять на фосфорно-кальциевый обмен и костный метаболизм, в возрасте от 7 до 17 лет (средний возраст детей составил $11,56 \pm 0,23$ лет), которые составили общую группу. В контрольную группу вошли 22 практически здоровых ребенка, без патологии опорно-двигательного аппарата.

Антропометрические исследования проводились с помощью стандартных измерительных приборов (напольного ростомера и медицинских весов). Антропометрические измерения включали: измерения роста, массы тела, окружностей талии и бёдер. Сравнение полученных данных и оценку физического развития проводили по сводным центильным таблицам распределения роста и массы тела в зависимости от возраста и пола ВОЗ для детей 5–19 лет [6]. На основе выполненных измерений рассчитали индекс массы тела (ИМТ). Полученные результаты оценивали при помощи стандартных отклонений ИМТ (SDS – standard deviation score), согласно рекомендациям ВОЗ.

Ожирение у детей и подростков следует определять как +2,0 SDS ИМТ, избыточную массу тела от +1,0 до +2,0 SDS ИМТ, а дефицит массы тела от –1,0 до –2,0 SDS ИМТ [6].

Изучение основных показателей минерального обмена производилось на основании однократного исследования в сыворотке крови концентраций общего кальция, фосфора. В качестве маркера костеобразования в сыворотке крови нами исследовался уровень активности щелочной фосфатазы (ЩФ) – спектрофотометрическим методом. В качестве маркера костной резорпции нами определялся уровень утреннего кальция в моче.

Определение 25(OH)D проводили хемилюминесцентным методом с использованием наборов и калибраторов фирмы «Roche Diagnostics» (Германия) на анализаторе Abbott Architect 8000 (США). Оценка результатов осуществлялась в соответствии с рекомендациями Европейского Общества Эндокринологов (2011) [7]: дефицит витамина D – 25(OH)D менее 20 нг/мл (менее 50 нмоль/л); недостаточность витамина D – 25(OH)D 20–29 нг/мл (51–75 нмоль/л); нормальное содержание витамина D – 25(OH)D 30–100 нг/мл (76–250 нмоль/л).

Определение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) оценивалась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA) с использованием остеоденситометра OsteoSys – Neo DEXXUM с применением детских программ. У всех обследованных нами детей и подростков оценивалась минеральная плотность костной ткани – поясничного отдела позвоночника (фронтальная проекция, L1-L4),

Для достижения цели исследования и проведения сравнительного исследования все дети основной группы с различной массой тела и уровнем Витамина D: 21–30 нг/мл и Витамина D: <20 нг/мл методом простой рандомизации были разделены на две группы

I группа – 47 детей с недостаточностью и дефицитом витамина D, включала пациентов с различной массой тела (ИМТ SDS +1,0 до $\geq +3,0$), получила средний уровень холекальциферола в дозировке 2000 Ед/сут в течении 3 месяцев, затем с переходом на профилактическую дозу 1000 Ед/сут. Данная группа детей получила 180 000 000 Ед в первые 90 дней лечения.

II группа – 49 детей с различной массой тела (ИМТ SDS +1,0 до $\geq +3,0$) и уровнем витамина D, получила дифференцированные дозы холекальциферола: у детей ИМТ +1,0 до +2,0 SDS витамин D применялся в суточной дозе 2000 Ед/сут, ИМТ $>+2<+3$ SDS в суточной дозе 3000 Ед/сут и у детей с ИМТ $\geq +3$ SDS в дозе 4000 Ед/сут в течении 3 месяцев, затем с переходом на профилактическую дозу 1000 Ед в течении 3 месяцев.

Курсовая лечебная доза витамина D у детей с ИМТ +1,0 до +2,0 SDS составила 180 000 000 Ед, у детей с ИМТ $>+2<+3$ SDS 270 000 000 Ед и у детей с ИМТ $\geq +3$ SDS 360 000 000 за 3 месяца.

Дача препарата витамина D проводилась на фоне лечения детей с избыточной массой тела и ожирением, которая включала соблюдение гипокалорийной диеты, увеличения физической нагрузки и дачи метформина детям старше 10 лет с ожирением 1–3 степени с патологией в показателях углеводного обмена, в суточной дозировке 500 мг/сут в течении 2 месяцев.

Детям контрольной группы (22 детей) с недостаточностью и дефицитом витамина D, холекальциферол применялся в средней суточной дозировке 2000 ЕД рекомендованной рядом исследований.

Был применен препарат водного раствора витамина D (холекальциферола – 500 МЕ – в 1 капле).

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере программой Statistica 10. Применялись методы вариационной параметрической и непараметрической статистики с определением средней арифметической (M), среднего квадратичного отклонения (σ), стандартной ошибки среднего (m), относительных величин (частота, %). Статистическая значимость полученных измерений определялась по критерию Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P).

Результаты исследования. На фоне трех месячного курса приема препарата холекальциферола, в обеих группах наблюдался положительный результат, который состоял в значительном уменьшении детей с дефицитом и недостаточностью витамина D. Так у детей I группы частота детей с дефицитом витамина D уменьшилась от 34 ребенка (72,4%), до 4 детей (8,5%) ($p < 0,001$), при этом частота детей с дефицитом витамина D увеличилась с 13 (27,6%) до 17 детей (36,2%) ($p > 0,5$), на фоне появления детей с нормальным уровнем витамина D 26 детей (55,3%) ($p < 0,001$) (таблица 1).

У детей принимавших витамин D в зависимости от массы тела также наблюдалась значительная положительная тенденции в улучшении показателей витамина D, при его дефиците от 36 детей (73,5%) до 3 детей (6,1%) ($p < 0,001$), уменьшении частоте встречаемости недостаточности с 13 случаев (26,5%) до 10 случаев (20,4%), при значительной увеличении частоты встречаемости нормального уровня витамина D – 36 случаев (73,5%) ($p < 0,001$).

Анализ частоты распределения детей с различным уровнем витамина D показал, что частота детей с нормальным уровнем витамина D между I группой получивших витамин D в одинаковой дозировке в течении 3 месяцев и контрольной группой статистически различалась ($p < 0,02$), тогда как со II группой детей получивших витамин D по схеме в зависимости от массы тела, статической зависимости не наблюдалось ($p > 0,5$), что говорит о значительно лучше результате во II группе, и приближении положительных результатов к показателям детей контрольной группы.

Наряду с явными положительными сдвигами в частоте распределения обеспеченности витамином D, выявлено, что итогам курса коррекции уровень Витамина D сыворотки крови статистически повысился в обеих группах по сравнению с первичным обследованием, так в первой группе медиана Витамина D до лечения составила $17,26 \pm 0,81$ нг/мл тогда как через 3 месяца приема холекальциферола средний уровень витамин D в сыворотке крови приблизился к референсным значениям – $29,87 \pm 0,98$ нг/мл, при этом даже при не достигнутом целевом уровне витамина D разница с уровнем приема витамина D в начале приема и в конце приема была статистически достоверна ($p < 0,001$) (таблица 2).

Таблица 2

Сравнительный анализ динамики прироста уровня 25(ОН)D на фоне терапии витамином D в группах сравнения и в контрольной группе

	I группа n=47		II группа n=49		Контрольная группа n=22	
	До коррек-ции	После 3 месяцев	До коррекции	После 3 месяцев	До коррекции	После 3 месяцев
Витамин D	17,26 ±0,81	29,87 ±0,98	17,10 ±0,93	32,83 ±0,89	20,28 ±1,15	35,37 ±1,35

Примечание: *- достоверность в I группе после лечения (* - $P < 0,001$)

^ - достоверность во II группе после лечения (^ - $P < 0,001$)

Приём препаратов холекальциферола в зависимости от массы тела способствовал оптимизации уровня витамина D в сыворотке крови до референсных значений, при уровне витамина D в начале приема $17,10 \pm 0,93$ нг/мл до $32,83 \pm 0,89$ нг/мл, что также аналогично первой группе было статистически различимо ($p < 0,001$).

При сравнении среднего уровня витамина D основных групп с контрольной выявлено, что статистической разницы между ними выявлено ($p > 0,5$), не было, что говорит о положительной динамике в повышении среднего уровня витамина D у детей с избыточной массой тела и различной степенью ожирения и приближении их показателей в результатам нормы (таблица 2).

Таблица 2

Сравнительный анализ динамики прироста уровня 25(ОН)D на фоне терапии витамином D в группах сравнения и в контрольной группе

	I группа n=47		II группа n=49		Контрольная группа n=22	
	До коррек-ции	После 3 месяцев	До коррекции	После 3 месяцев	До коррекции	После 3 месяцев
Витамин D	17,26 ±0,81	29,87 ±0,98	17,10 ±0,93	32,83 ±0,89	20,28 ±1,15	35,37 ±1,35

Примечание: *- достоверность в I группе после лечения (* - $P < 0,001$)

^ - достоверность во II группе после лечения (^ - $P < 0,001$)

Приём препаратов холекальциферола в зависимости от массы тела способствовал оптимизации уровня витамина D в сыворотке крови до референсных значений, при уровне витамина D в начале приема $17,10 \pm 0,93$ нг/мл до $32,83 \pm 0,89$ нг/мл, что также аналогично первой группе было статистически различимо ($p < 0,001$).

При сравнении среднего уровня витамина D основных групп с контрольной выявлено, что статистической разницы между ними выявлено ($p > 0,5$), не было, что говорит о положительной динамике в повышении среднего уровня витамина D у детей с избыточной массой тела и различной степенью ожирения и приближении их показателей в результатам нормы

Выводы

Применение холекальциферола в зависимости от массы тела в течении 3х месяцев приводит к нормализации уровня 25(ОН)D до 73,5% случаев, повышению минеральной плотности костной ткани ($P < 0,0001$) и нормализации уровня ПТГ ($p < 0,001$).

Разработанный метод дифференцированной коррекции недостаточности и дефицита витамина D у детей школьного возраста с ожирением может быть рекомендован для практического использования в медицинских учреждениях.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Дедов И.И. с соавт. Дефицит витамина D у взрослых: диагностика, лечение и профилактика. /Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Пигарова Е.А., Дзеранова Л.К., Рожинская Л.Я., Трошина Е.А. Учебное пособие: Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов. – М.–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2020. – 48 с.
2. Каладзе Н.Н. Показатели костного метаболизма и жирового обмена у детей с избыточной массой тела / Н.Н. Каладзе, Н.Н. Скоромная // ТМБВ. - 2016. - №1. - С.45-50.
3. Шарипова О.А. с соавт. Остеопенический синдром у детей с хроническими заболеваниями легких. Монография. Самарканд 2021. 144 стр.
4. Шамансурова, Э., Исаханова, Н. Статус витамина D при рецидивирующих респираторных заболеваниях у детей. //Журнал вестник врача, 2018. - 1(4), 84–87.
5. Захарова, И.Н. Обеспеченность витамином D и коррекция его недостаточности у детей раннего возраста в Российской Федерации / И.Н. Захарова // Практическая медицина. – 2017. – № 106. – Т.5. – С.22-28.
6. Ожирение и избыточный вес. Информационный бюллетень.: сайт. - Октябрь, 2017 г. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/>
7. Looker AC., Johnson CL., Lachner DA., Pfeiffer CM., Schleicher RL., Sempos CT. Vitamin D status: United States, 2001-2006. NCHS Data Brief. 2011; 56.
8. Малявская С.И. Компоненты метаболического синдрома у детей и подростков с различным уровнем витамина D: результаты одномоментного исследования// Вопросы современной педиатрии. – 2017 - №3 (том 16).- С.213-219
9. Shapses S.A. Obesity is a concern for bone health with aging / S.A. Shapses, L.C. Pop, Y. Wang // Nutrition Research. - 2017. – Vol.39. – P.1 -13.

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