

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№3 (Том 4)

2023

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 4, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 4, 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. Ахорова (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. Мусабоев (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. Шербекоев (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.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1. Атаева Ф.Н., Туразода М. У. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК С ЮВЕНИЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ.....	5
2. Garifulina L.M.,Kholmuradova Z. E. ,Kudratova G. N. FEATURES OF IMPLEMENTATION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM PATHOLOGY IN CHILDREN WITH OBESITY, IMPROVEMENT OF PREVENTION AND TREATMENT.....	8
3. Гарифулина Л.М.,Тураева Д.Х.,Аслидинов Ш. Б. СЕМИЗЛИГИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ГЕПАТОБИЛИАР ПАТОЛОГИЯ.....	11
4. Ganiev A.G., Sanakulov A.B. ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH A PREDISPOSITION TO ALLERGIC DISEASES...	15
5. Ganiev A.G., Sanakulov A.B. INDICATORS OF CIRCUITAL HEART RHYTHM IN SCHOOLCHILDREN WITH NEUROCULATORY CARDIAC DYSTONIA.....	19
6. Isanova Sh.T., Niyozov Sh. T., Mukhtarova M. A., Shukurov Xodixon Baxtiyor o`g`li. PATHOGENETIC MECHANISM OF PAIN SYNDROME IN NEWBORNS.....	23
7. Ishkabilova G.Dj.,Raxmonkulov Sh.I. SURUNKALI IKKILAMCHI PIELONEFRITNI DAVOLASH XUSUSIYATLARI.....	26
8. Каримжанов И.А., Мадаминова М.Ш., Умаров Д.А. РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА ИЛ-17А ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ.....	30
9. Ниязов Ш.Т., Эргашев С. С., Исанова Ш.Т., Мухтарова А. А. ОПТИКО-КОГЕРЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ У ДЕТЕЙ.....	34
10. Rasulov A. S. BIOKIMYOVIY KORSATKICHLARNI O'RGANISH BOLALARDA RAXITNI DAVOLASHDA MUVAFFAQIYATGA ERISHISH YO'LIDIR.....	38
11. Sirojiddinova H. N., Usmonova M. F. YOSH BOLALARDA MEKONIAL ASPIRASYON SINDROMINING KLINIK XARAKTERISTIKASI.....	42
12. Умаркулов З. З., Хамидов О.А., Давлатов С. С., Усмонов А.У. РОЛЬ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ.....	46
13. Умаркулов З.З., Хамидов О.А., Давлатов С. С., Усмонов А. У. РОЛЬ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАЗИТАРНЫМИ И НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ.....	51
14. Usmanova M.F., Sirojiddinova X. N. YANGI TUG'ILGAN SHAQALOQLARDA MOSLASHUV JARAYONINING ANAMIYATI.....	56
15. Xusainova Sh.K., Zakirova B.I., Makhmujanova S. R. THE PREVALENCE OF RECURRENCE OF OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN.....	59
16. Шавази Н.М., Ибрагимова М. Ф., Шавкатова З. Ш. СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ.....	63
17. Шеркулов К.У., Ахророва Л.Б., Усмонова Н. У. СОЧЕТАННАЯ НЕОПУХОЛЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА.....	67
18. Lim M.V., Irshodzoda A. D., Xatamova K. V. THE ROLE OF MICROCLIMATE IN CHILDREN WITH RECURRENT OBSTRUCTIVE BRONCHITIS.....	73
19. Лим М. В., Джураева М.С., Абдурахимова А.Ф. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ.....	77

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Каримжанов Илхом Асомович

д.м.н., профессор кафедры
Детские болезни в семейной медицине
Ташкентской Медицинской Академии
dr.ilhomjon@mail.ru

Мадаминова Малика Шавкатовна
базовый докторант, ассистент кафедры
Детские болезни в семейной медицине
Ташкентской Медицинской Академии
m.malika1992@mail.ru

Умаров Дониер Азadbekovich
к.м.н, доцент кафедры хирургических болезней ЕМУ

РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА ИЛ-17А ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

For citation: Karimdzhonov I.A., Madaminova M.Sh., Umarov D.A./The role of interleukin 17 in juvenile idiopathic arthritis. Journal of hepatogastroenterology research. 2023. vol. 4, issue 3. pp.30-33

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10511099>

АННОТАЦИЯ

Суставные болезни детского возраста являются актуальной проблемой педиатрии. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА)- это часто встречаемое хроническое системное воспалительное заболевание суставов у детей, этиологические факторы которого остаются до конца не известными. Заболевание может поражать де той любого возраста, характеризуется длительным прогрессирующим течением, приводящим к развитию контрактур и функциональной недостаточности, а тем самым инвалидизации детей.

Ключевые слова: Ювенильный идиопатический артрит, симметричный хронический артрит, ятрогенные поражения, контрактура, интерлейкин-17А, гломерулонефрит, острый или хронический интерстициальный нефрит.

Karimdzhonov Ilhom Asomovich

MD, PhD, Dsc, professor, heads the department of childhood diseases
in family medicine of Tashkent Medical Academy
dr.ilhomjon@mail.ru

Madaminova Malika Shavkatovna

basic doctor of philosophy (PhD)
of Tashkent Medical Academy
m.malika1992@mail.ru

Umarov Doniyor Azadbekovich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
of the Department of Surgical Diseases of EMU

THE ROLE OF INTERLEUKIN 17 IN JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

ANNOTATION

Joint diseases of childhood are an actual problem of pediatrics. Juvenile idiopathic arthritis (JIA) is a common chronic systemic inflammatory joint disease in children, the etiological factors of which remain not fully known. The disease can affect children of any age, is characterized by a long progressive course, leading to the development of contractures and functional insufficiency, and thus the disability of children.

Keywords: juvenile idiopathic arthritis, symmetrical chronic arthritis, iatrogenic lesions, contracture, interleukin-17A, glomerulonephritis, acute or chronic interstitial nephritis.

Введение: Ревматические болезни у детей - важная и наиболее социально значимая часть общей ревматологической проблемы (Баранов А.А., 2017). Одним из наиболее частых и инвалидизирующих ревматических заболеваний является ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) (Алексеева Е.И., 2017).

Ювенильный идиопатический артрит- деструктивно-воспалительное заболевание суставов с неизвестной этиологией,

сложным иммуноагрессивным патогенезом, которое характеризуется симметричным хроническим артритом, системным поражением внутренних органов, приводящее к инвалидизации больных детей [1].

В связи с этим проблема повышения эффективности оптимизации коррекции при ЮИА остаётся чрезвычайно актуальной, как с точки зрения научной, так и практической педиатрии.

В патогенезе заболевания ведущее место отводится активации CD4+T- лимфоцитов по Th-1 типу с последующим синтезом провоспалительных цитокинов - интерлейкина-1 (ИЛ-1), интерферона – гамма (ИФН-γ), фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) и др. (Воронцов И.М., 2013).

В 2003 г. был открыт новый тип Т-хелперов – Th-17, продуцирующих интерлейкин-17А (ИЛ-17А). Дифференцировка Th-17А происходит независимым от Th-1, Th-2 путем. Интерлейкин-17А проявляет выраженную провоспалительную активность *in vitro* и *in vivo*, способен индуцировать синтез различных медиаторов воспаления, включая ФНО-α, ИЛ-1, ИЛ-6, тем самым способствуя развитию аутоиммунных патологических реакций (Bettelli E., Carrier Y., 2017), в том числе индукции воспаления при ревматоидном артрите (Fossiez F. et al., 2016).

Ведущими факторами риска снижения продолжительности жизни при ЮИА являются болезни со стороны сердечно-сосудистой системы, поражение мочепускающих путей, желудочно-кишечного тракта, инфекции и лимфомы [3]. Патология почек встречается при ЮИА с высокой частотой – от 57 до 73% по данным разных авторов [8, 9]. У большинства больных ЮИА поражение почек определяет прогноз и исход заболевания, вплоть до смерти [4, 6].

Различают поражения почек, которые связаны непосредственно с самим заболеванием, и вторичные поражения, которые связаны с воздействием медикаментозной терапии. Фармакотерапия ЮИА остается одной из наиболее сложных проблем современной клинической медицины (Кузьмина Н.И., 2020). Для лечения используется широкий спектр противоревматических препаратов (глюкокортикоиды, препараты золота, сульфасалазин, лефлуномид, метотрексат, циклоспорин), показана эффективность комбинированной терапии (Лыскин А.Г., 2014). И часто лечение ювенильного идиопатического артрита ускоряет или провоцирует почечные поражения. Глюкокортикоиды и цитостатики снижают почечную функцию, что и приводит к их заболеваниям [5].

Большинство препаратов, применяющиеся для коррекции ЮИА, могут вызывать поражение почек. Это связано с их прямым нефротоксическим действием или через иммунные механизмы ответа организма [7]. Для оценки тяжести почечного поражения при аутоиммунных заболеваниях рекомендуется использовать в качестве дополнительного показателя индекс хронизации. Если показатель высокий- изменения почек носят необратимый характер, иммуносупрессивная терапия неэффективна, а это в свою очередь считается плохим прогностическим признаком. Изменения со стороны почек носят обычно диффузный характер с исходом в хроническую почечную недостаточность и амилоидоз почек [2]. Все это диктует необходимость оптимизации ранней диагностики, прогноза, коррекции и профилактики осложнений со стороны мочевыделительной системы при ювенильном идиопатическом артрите.

По данным различных авторов почечная патология встречается у 20-75% пациентов с данным заболеванием. По частоте поражения почек ЮИА стоит на третьем месте среди ревматических, уступая лишь таким заболеваниям, как СКВ и СВ. [6].

Перспективным направлением является применение препаратов, полученных генно-инженерным путем и оказывающих селективное действие на компоненты патологической аутоиммунной реакции (Насонов Е.Л., 2015, Алексеева Е.И., 2018). Однако, недостаточно изучена динамика изменения иммунологических показателей, в том числе цитокинового статуса, на фоне терапии ЮИА, что позволит более точно оценить эффективность проводимого лечения.

Таким образом, учитывая заинтересованность компонентов иммунной системы, актуальным является изучение роли интерлейкина-17А при ЮИА для уточнения роли этого цитокина в патогенезе заболевания с целью определения дополнительных критериев диагностики и оценки эффективности лечения.

Цель исследования: Определить роль интерлейкина-17А для ранней диагностики ювенильного идиопатического артрита.

Материалы и методы исследования: Обследованы 38 детей с Ювенильным идиопатическим артритом, которые составили основную группу. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей аналогичного возраста, проходившие диспансерное наблюдение в семейной поликлинике №35 Чиланзарского района. Всем исследуемым проведено углубленное клинико-иммунологическое и лабораторно-инструментальное обследование. Исследования проведены на базе кардиоревматологического отделения многопрофильной клиники ТМА.

Иммунологические исследования содержания интерлейкина-17А выполнены на базе Института иммунологии и геномики человека Академии Наук Республики Узбекистан. Из 38 больных было 20 (52,7%) девочек и 18 (47,3%) мальчиков в возрасте от 3 до 17 лет (средний возраст 10 лет). Продолжительность заболевания составляла от 3 месяцев до 8 лет. В зависимости от пола среди обследованных нами больных несколько преобладали девочки.

Подавляющее количество больных (более 50%) составляли дети со сроком болезни до 1 года, более 5 лет срок болезни был у 2 наблюдаемых детей. Сроки установления диагноза колебались от 4 месяцев до 3-х лет. Диагноз был установлен в соответствии с классификацией ювенильного идиопатического артрита по второй версии ILAR «International League of Associations for Rheumatology» и МКБ-10.

Несмотря на достаточную четкость критериев ранней диагностики ЮИА, на диагностику заболевания у наблюдаемых нами больных в более чем трети случаев потребовалось более года, и только у 13 (34,2%) больных диагноз был поставлен своевременно. Учитывая агрессивность течения ЮИА, сроки установления диагноза имеют большое значение, т.к. своевременно начатое лечение обуславливает дальнейший благоприятный прогноз заболевания.

Результаты и обсуждение. Нами проанализирована частота встречаемости диагностических клинических критериев ЮИА среди обследованных групп больных. Для абсолютного большинства обследованных больных (29-76,3%) были характерны такие критерии как, артрит продолжительностью 3 мес. и более, утренняя скованность, артрит второго сустава, возникший через 3 мес. и позже, симметричное поражение мелких суставов, выпот в полость сустава. В пораженном суставе отмечались боль, отек, деформация и ограничение движения, повышение местной температуры кожи. Чаще поражались крупные и средние суставы – у 26(68,4%) коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые, тазобедренные. У 7 (18,4 %) больных отмечалось поражение шейного отдела позвоночника, у 5 (13%) больных двусторонний сакроилит, у 1 (2,6%) болезнь сопровождалась синдромом Рейно и у 1(2,6%) больного сопутствовало генетическое заболевание мукополисахаридоз, типа Хантера.

У 11 (28,9%) наблюдаемых нами больных отмечался персистирующий вариант олигоартрита, характеризующийся тем, что в течение всего периода заболевания поражались до 4 суставов. Прогрессирующий олигоартрит имел место у 27 (71%) обследованных больных и ему было свойственно увеличение числа пораженных суставов после 6 месяцев болезни.

Установлены некоторые особенности суставного синдрома в зависимости от формы заболевания, характера течения ЮИА, пола и возраста больных. Так, суставная форма болезни с подострым началом сопровождалась развитием артрита с преимущественным поражением коленных и голеностопных суставов (68% и 28% соответственно). В дальнейшем чаще других присоединялись лучезапястные и локтевые суставы. При этом процесс умеренно прогрессировал и преобладали продуктивные изменения. Рентгенологически определялась преимущественно II степень по Штейнброккеру. При остром начале этого варианта болезни чаще других вовлекались в процесс лучезапястные, пястно-фаланговые и межфаланговые суставы кисти.

Изучение особенностей суставного синдрома в зависимости от пола показало, что у мальчиков менее выражен экссудативный компонент (7-39%), преобладают продуктивно-дистрофические

изменения (11-61%) в суставах нижних конечностей (тазобедренных, коленных, голеностопных, суставах стопы), идиопатический фактор в сыворотке крови определяется чрезвычайно редко. У девочек на начальных этапах болезни преобладали экссудация в суставах верхних конечностей - лучезапястных, локтевых, мелких суставах кисти (17-85%).

Суставно-висцеральная форма отмечалась у 10(26,3%) обследованных нами больных и клинически характеризовалась высокой температурной реакцией, носящей интермиттирующий характер, не снижающийся при лечении антибиотиками.

У 28(60,5%)больных заболевание протекало с поражением почек, у 5,2% больных с поражением сердца, у 2,6% - с поражением легких, у 10,5% – отмечались сочетанные поражения внутренних органов. При системных формах суставной синдром также имел свои отличительные особенности. Так, у одного больного с аллерго-септическим вариантом заболевание началось с упорных артралгий в крупных (коленные, тазобедренные) и средних (голеностопные, лучезапястные и локтевые) суставах без видимых в них изменений.

Таблица 1

Клинические формы ЮИА

№	Показатель	Количество больных	%
1	Артрит продолжительностью 3 мес. и более	29	76,3
2	Поражение крупных и средних суставов	26	68,4
3	Поражение шейного отдела позвоночника	7	18,4
4	Двусторонний сакроилеит	5	13
5	Синдромом Рейно	1	2,6
6	Мукополисахаридоз	1	2,6
7	Персистирующий вариант олигоартрита	11	28,9
8	Прогрессирующий олигоартрит	27	71
9	Экссудативный компонент	7	39
10	Продуктивно-дистрофические изменения	11	61
11	Суставно-висцеральная форма	10	26,3
12	Поражение почек	28	60,5
13	Поражение сердца	2	5,2
14	Поражение легких	1	2,6
15	Сочетанные поражения внутренних органов.	4	10,5

По данным ряда авторов, провоспалительные цитокины в настоящее время рассматриваются как медиаторное звено в формировании патофизиологической стадии аутоиммунных реакций при ЮИА.

Таблица 2

Содержание цитокинов в крови у детей с ЮИА в зависимости от варианта заболевания

Цитокин, пг/мл	Олигоартритическая форма	Полиартритическая форма
ИЛ-17А	87,6±2,51*	114,5±10,2*

Примечание: * - значения достоверны по отношению к здоровым детям (P<0,05-0,001)

Анализируя содержание провоспалительного цитокина (табл.2), выявлено статистически достоверное повышение показателей у больных ЮИА при всех вариантах заболевания.

Наиболее высокие показатели ИЛ-17А наблюдались при полиартритическом варианте ЮИА с большим количеством пораженных суставов.

Это по-видимому связано с тем, что у больных с полиартрикулярным вариантом течения заболевания наблюдается максимальная активность воспалительного процесса.

Обсуждение: 1. Исходя из проведенного исследования следует, что продолжительность течения при ЮИА у детей составляет от 3 месяцев до 8 лет, чаще поражаются крупные и средние суставы – коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые, тазобедренные. Персистирующее течение отмечалось у 28,9% наблюдаемых нами больных, а прогрессирующее 71%.

2. Течение особенности суставного синдрома по полу, показало, что у мальчиков менее выражен экссудативный компонент 39%, преобладают продуктивно-дистрофические

изменения 61% в суставах нижних конечностей. У девочек преобладали экссудация в суставах верхних конечностей - 85%. Средний возраст больных составил 7 лет. Рентгенологически определялась преимущественно II степень по Штейнброккеру.

3. У детей с ЮИА наблюдается повышение уровня провоспалительных цитокинов в 5-10 раз в зависимости от суставного или системного вариантов течения заболевания.

Заключение: Таким образом, проведенный анализ клинических вариантов и течения ювенильного идиопатического артрита свидетельствует об агрессивности и прогрессирующем характере течения заболевания, которая отражает современную возрастную эволюцию болезни, а также о поражении внутренних органов, особенно почек, что диктует необходимость поиска эффективных методов оптимизации лечения и предупреждение токсических действий медикаментов на почки. Увеличение провоспалительных цитокинов (ИЛ-17А), в сыворотке крови более, чем в 2 раза может быть использовано для ранней диагностики ЮИА

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Алексеева Е.И., Литвицкий П.Ф., Ювенильный идиопатический артрит: этиология, патогенез, клиника, алгоритмы диагностики и лечения. М., ВЕДИ, 2017; 308с.
2. Воронина М.С., Шилкина Н.П., Виноградов А.А., Роль лабораторных методов исследования в диагностике и лечении идиопатического артрита. // Терапевт—2019. —№ 1.—С.34—38.
3. Емельянчик Е.Ю., Салмина А.Б «Клиническая динамика ювенильного идиопатического артрита» Лечащий врач, - 2021: №3 - с 71-74.
4. Karimdzhanov I.F., Iskanova K.N., Israilova N.A., Dinmuhammadiyeva D.R., Madadaminova M.S.H. Juvenile Idiopathic Arthritis: Etiopathogenesis, Therapy And Outcomes. Journal of Pharmaceutical Negative Results. 2022;13(8): p. 498-506
5. Каримджанов И.А., Динмухаммадиева Д.Р., Исканова Г.Х., Юсупова Г.А., Маллаев Ш.Ш., Мадаминова М.Ш. Ювенильный идиопатический артрит и остеохондроз пояснично-крестцового сустава. Клинический случай. Евразийский Вестник педиатрии 3(14) 2022, с.26-30
6. Karstila K, Korpela M, Sihvonen S, Mustonen J. Prognosis of clinical renal disease and incidence of new renal findings in patients with rheumatoid arthritis: follow-up of a population-based study. Clin Rheumatol 2019; 26(12): 2089-2095.
7. Кузьмина Н.И., Шох Б.П., Никишина И.П. Современный взгляд на системную глюкокортикостероидную терапию при ювенильном ревматоидном артрите. Журнал "Научно-практическая ревматология", 2020, N2, с. 56-62.
8. Макарова Т.П., и др. Поражение почек при ювенильном ревматоидном артрите. // Педиатр. 2016. Т. 7. № 2. С. 206.
9. Матвиенко Е.В. и др. Клинико-иммунологические особенности течения ювенильного идиопатического артрита у детей и подростков. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2018. № 1 (65). С. 118-121.

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 4, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 4, 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