



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ
№2.1 (95) 2017

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины

основан в 1996 году

выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

***А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,
З.И. Исмаилов, З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),
Ф.Г. Назиров, У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов,
А.М. Хаджибаев, Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков,
Ш.А. Юсупов***

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

(99866) 233-71-75
(99866) 231-00-39

Сайт

pbim.uz

e-mail

pbim.uz@gmail.com
sammi-xirurgiya@yandex.ru

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Самаркандской области
№ 09-26 от 03.10.2012 г.*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Аллаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарлов	(Бухара)
А.В. Девятов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
В.М. Розинов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
А.А. Хусинов	(Самарканд)

Подписано в печать 22.04.2017.

Сдано в набор 13.05.2017.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 66

Заказ 69

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

МАТЕРИАЛЫ

*71-й научно-практической конференции
студентов и молодых ученых
с международным участием*

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»**

Самарканд 18-19 мая 2017 г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОФЛАВИНА У ДЕТЕЙ С МИНИМАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЗГА

Махмудов Х.У., студент 407 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины (зав. каф. - доц. Мавлянова З.Ф.)

Научный руководитель: Умирова С.М.

Цель исследования: изучить эффективность цитофлавина у детей с минимальной мозговой дисфункцией. Материал и методы исследования: все дети были разделены на две группы: первая группа - 50 детей дошкольного возраста (5-6 лет), и вторая группа - 50 ребенка раннего школьного возраста (7-8 лет). Из них отдельную группу составили 65 детей в возрасте 5-8 лет, получавшие курсовое лечение цитофлавином. Контрольная группа включала 30 здоровых детей 5-8 лет, сопоставимых по полу и возрасту с основной группой. Терапию цитофлавином получали 40 ребенка в возрасте 5-8 лет (25 мальчиков и 15 девочек) и 30 - раннего школьного возраста (7-8 лет). У всех детей до и после лечения цитофлавином исследовался неврологический статус, проводились нейрофизиологические ЭЭГ исследования, нейропсихологическое тестирование. Монотерапию цитофлавином проводили в дозе 1 таблетка (янтарная кислота 300 мг + инозин 50 мг + никотинамид 25 мг + рибофлавин моноклеотид 5 мг) два раза в день (утром и в обед), ежедневно, на протяжении 25 дней. Результаты и их обсуждение: в результате нейропсихологического и речевого тестирования (НПФРТ) у детей с минимальной мозговой дисфункцией (ММД) удалось выявить существенные отклонения от возрастных нормативов и, в большинстве случаев, неравномерную динамику развития высшей психической функции. По целому ряду характеристик, таких, как вербальная слуховая и зрительная память, скорость реакции, концентрация внимания, утомляемость и других, отмечена отчетливая тенденция к их ухудшению на этапе начального школьного обучения у всех детей с неблагоприятным типом течения заболевания. Среди особенностей ЭЭГ у детей с ММД следует отметить феномен усиления синхронизации биоэлектрической активности, свидетельствующий, в большинстве случаев, о недостаточной зрелости церебральных структур. Признаки эпилептиформной активности регистрируются в фоновой записи рутинной дневной ЭЭГ у 25,4% детей с ММД, а при продолженном видео-ЭЭГ мониторинге цикла «сон-бодрствование» эпилепсия установлена только у 12 детей (27,3%). Эпилептиформная активность при ММД достоверно чаще встречается в дошкольном и раннем школьном возрасте ($p < 0,05$). Среди детей дошкольного возраста ММД встречается у 11,8%, а в группе детей раннего школьного возраста - у 8,3% детей. По данным сенсорных реакций выявлено улучшение средней скорости реакции, уменьшение количества ошибок, а также значимое ($p < 0,01$) увеличение объема вербальной слуховой памяти. Выводы: таким образом, назначение цитофлавина при ММД способствует уменьшению выраженности церебральных и невротических синдромов, снижению синхронизации и повышению индекса альфа-ритма в фоновой записи ЭЭГ. По результатам нейропсихологического тестирования отмечено улучшение речи, отчетливое повышение концентрации внимания, увеличение объема вербальной слуховой памяти, уменьшение количества ошибок при тестировании.

РС-ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, КОТОРЫЕ НАХОДИЛИСЬ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В ОДКБ

Мацей Т.Ю., врач-интерн, Колюбакина Л.В., Трекуш Е.З.

Кафедра педиатрии и детских инфекционных заболеваний (зав. каф. - проф. Колоскова Е.К.)

Научный руководитель: проф. Безруков Л.А.

Цель исследования: оценка анамнестических, клинико-параclinical данных и течения заболевания РС-вирусной инфекции у пациентов, находившихся на стационарном лечении в неонатальном блоке ОДКБ. Материал и методы исследования: Ретроспективно проведен анализ историй болезней 50 детей, проходивших лечение по поводу РС-вирусной инфекции, бронхолита в течение последнего года. Всем детям были проведены общеклинические, биохимические, инструментальные методы исследования. Результаты и их обсуждение: Среди детей, проходивших лечение, преобладали пациенты от 1-2 месяцев жизни (50%), доля недоношенных составила 14%. Каждый третий ребенок родился в многодетной семье, который имел сибсов дошкольного и школьного возраста. Доля мальчиков составляла 56%, а жители сельской местности - 78% случаев. Почти 66% пациентов поступили в первые 3 суток от начала заболевания, а 38% из них получали лечение на догоспитальном этапе. Каждый пятый ребенок поступил в тяжелом состоянии и нуждался в лечении в отделении интенсивной терапии. При объективном обследовании в стационаре у детей преобладали респираторные нарушения: одышка смешанного характера, ретракция грудной клетки, мелкопузырчатые диффузные влажные хрипы при аускультации в 80% случаев. Признаки гемодинамической нестабильности были констатированы у 8% пациентов. В зависимости от степени тяжести и клинического течения заболевания дети получали небулайзерную терапию с использованием ингаляционных β_2 -агонистов и ингаляционных глюкокортикостероидов (ГКС). Хотя нет доказанных данных об эффективности использования парентеральных ГКС при бронхолите, у половины детей они были назначены коротким курсом. Почти 18% детей получали антибактериальную терапию несмотря на то, что доля наслоения вторичной бактериальной инфекции не превышала 8% случаев. Средний койко-день составил 10 суток. Выводы: Среди больных детей на РС-вирусную инфекцию, острый бронхолит преобладали дети первого-второго месяца жизни из многодетных семей сельской местности с благоприятным течением заболевания. Остается актуальным вопрос о соблюдении рациональной антибактериальной терапии у этой категории больных.

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мацей Т.Ю., Власова Е.В., Трекуш Е.З.

Кафедра педиатрии и детских инфекционных заболеваний (зав. каф. - проф. Колоскова Е.К.)

Научный руководитель: проф. Безруков Л.О.

Цель исследования: Для установления роли экологических факторов, в частности, загрязнителей, почвы, в возникновении и течении генерализованных инфекционно-воспалительных заболеваний периода новорожденности изучены особенности причин перинатальных и неонатальных потерь в регионах города Черновцы по различным геохимическим характеристикам. Материал и методы исследования: Проведенный сравнительный анализ причин потерь в перинатальном и неонатальном периодах жизни в зависимости от геохимической характеристики мест обитания методом «сэндвич». Ретроспективно (в течение 10 лет) проанализированы 109 протоколов вскрытий плодов, мертворожденных и умерших новорожденных от матерей, проживавших в г. Черновцы. Результаты и их обсуждение: Анализ распределения перинатальных и неонатальных потерь по геохимической характеристике показал, что в регионах загрязнения металлами и радиацией потери в 3,4 раза больше чем в чистых зонах и в 2,6 раза больше, чем в зонах загрязнения только тяжелыми металлами. Сочетанное загрязнение почвы малыми дозами солей тяжелых металлов и техногенными радионуклеидами способствует формированию и неблагоприятному течению генерализованных инфекционно-воспалительных заболеваний в перинатальном и неонатальном периодах и в грудном возрасте. Отношение шансов чистого региона: 13,15 (95% ДИ 5,03-34,4) относительный риск - 8,0 (95% ДИ 6,4-10,04)

атрибутивный риск - 37%. Отношение шансов региона, загрязненного тяжелыми металлами: 2,33 (95% ДИ 1,3-4,3) относительный риск - 1,8 (95% ДИ 1,4-2,3) атрибутивный риск - 19%. Выводы: Учитывая полученные данные, можно думать о том, что сочетанное влияние ксенобиотиков на организм беременной женщины и плода способствует возникновению и фатальным последствиям генерализованных инфекционно-воспалительных заболеваний.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОЦЕНКИ СТАДИЙ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Мейлиев А., Махмудов М., студенты 504 группы, Хайдаров Э., студент 416 группы пед. факультета СамМИ

Кафедра детской хирургии (зав. каф. – к.м.н. Юсупов Ш.А.)

Научный руководитель: Хайитов У.Х.

Цель исследования: С целью объективизации данных был проведен полный количественный анализ рентгенологических исследований: показатели ренально-кортикального и паренхиматозного индекса сопоставляли с площадью ее чашечно-лоханочной системы и сегментарной толщиной паренхимы. Материал и методы исследования: Мы наблюдали 204 детей с гидронефрозом. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от стадии гидронефроза. Рентгенологическими критериями деления гидронефроза на стадии явились показатели ренально-кортикального и паренхиматозного индексов. В свою очередь дети с I и III стадиями гидронефроза были разделены на 2 подгруппы каждая. Результаты и их обсуждение: Количественный анализ урограмм у 66 детей с I стадией гидронефроза показал, что нормальные размеры почек сохранились у 20 больных. В остальных 46 случаях площадь больной почки была увеличена от 11 до 81%, а площадь ЧЛС – в 1,5-3 раза. Ренально-кортикальный индекс колебался от 0,24 до 0,40 (в среднем $0,33 \pm 0,02$), т.е. превышал норму в 2-4 раза, толщина паренхимы была нормальной. Несмотря на это паренхиматозный индекс был уменьшен до 0,53-0,77 (в среднем $0,63 \pm 0,33$). II стадия гидронефроза была у 72 детей. Все дети оперированы. При этом, площадь почки соответствовала возрастной норме у 21 (29,2%) больных. У 51 (70,8%) детей отмечалось увеличение размеров площади почки на 11-68%. Площадь ЧЛС была увеличена в 2,8-6,4 раза. Толщина паренхимы была уменьшена по сравнению с нормой на 1,5-2 см, но не менее чем на 1 см. Ренально-кортикальный индекс колебался от 0,43 до 0,7 ($0,56 \pm 0,02$). Паренхиматозный индекс был уменьшен от 0,58 до 0,30 ($0,42 \pm 0,02$). При анализе экскреторных урограмм 46 детей с III А под стадией гидронефроза, показала, что большинства больных площадь почки была увеличена на 17-19%. Уменьшение размеров почки зарегистрировано у 8 детей. ЧЛС увеличена 4,6-7,8 раза в большинстве наблюдений. Ренально-кортикальный индекс колебался от 0,70 до 1,62 ($0,92 \pm 0,03$) т.е. превышал норму в 7-10 раз. Выявлено резкое уменьшение паренхиматозного индекса до 0,38-0,20 ($0,27 \pm 0,02$). У 20 детей с гидронефрозом III Б под стадии площадь почки была увеличена на 61-99%. Площадь ЧЛС превышала норму в 7,3-20 раз. Ренально-кортикальный индекс колебался от 0,75 до 1,91 ($1,03 \pm 0,07$). Выявлялось резкое неравномерное истончение в паренхимы, толщина которой в отдельных случаях достигала 0,1-0,2 см. Колебания значительно уменьшенного паренхиматозного индекса были в пределах 0,20-0,06 ($0,09 \pm 0,01$). Таким образом, в терминальной стадии гидронефроза при паренхиматозном индексе от 0,30 до 0,20 целесообразна органосохраняющая операция, при более низких нефруретерэктомия.

ЗНАЧИМОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ В ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Медведева М.М., студентка 5 курса 508 группы леч. факультета ФГБОУ ВО ИГМА

Кафедра детских инфекций (зав. каф. - доц. Поздеева О.С.)

Научный руководитель: к.м.н. Лекомцева О.И.

Цель исследования: Определить значимость диагностических критериев в верификации диагноза инфекционный мононуклеоз. Проанализировать все истории болезни с диагнозом инфекционный мононуклеоз за 2016 год в детском инфекционном отделении ГКБ№6; изучить состав детей по полу, возрасту, выявить особенности клинической картины инфекционного мононуклеоза по синдромам у детей; уточнить изменения в гемограмме у больных инфекционным мононуклеозом детей; уточнить этиологию инфекционного мононуклеоза. Материал и методы исследования: Изучены все истории болезни с диагнозом инфекционный мононуклеоз за 2016 год в ДИО ГКБ№6 – 80 историй болезни. Из 80 случаев заболевания 54 пациентов (68%) – мальчики и 26 (32%) – девочки. Возраст пациентов отражает бимодальный подъем заболеваемости: пик в 3 года и в 11 лет. Выделены следующие диагностические критерии: лимфаденопатия, тонзиллит, заложенность носа, повышение температуры, гепатоспленомегалия, сыпь, наличие атипичных мононуклеаров, ВЭБ в крови. Увеличение лимфоузлов: переднешейные (тонзиллярные) являются регионарными для миндалин – 40%, передние и задние шейные – 40%, задние шейные – 9%, переднешейные и подчелюстные – в 5%, передние и задние шейные, подчелюстные – 1%. Размеры: 35% – до 2см включительно, 27% – до 1см включительно, 24% – до 3см включительно, 15% – более 3см. Тонзиллит в 66% случаев был с налетами, и в 24% – без налетов. Заложенность носа проявляется в затруднении носового дыхания, гнусавости голоса, «храпящем» дыхании, храпе по ночам, встречалась во всех случаях. В 43% случаев температура поднималась до 39-39,9°C, 35% – 38-38,9°C, 9% – 37-37,9°C, 8% – выше 40°C, 5% – нормальная. У 64% больных гепатоспленомегалии не было, у 25% – увеличивались размеры печени, у 1% – селезенка, 10% – гепатоспленомегалия. Сыпь наблюдалась лишь у 6% пациентов. В 63% случаев в полном анализе крови обнаружены атипичные мононуклеары. Антитела: ЦМВИ, ВЭБ, ВГ 6 – 18%, ЦМВИ, ВПГ 1,2, ВЭБ, ВГ 6 – 14%, ЦМВИ, ВЭБ – 9%, ЦМВИ, ВПГ 1,2, ВЭБ – 8%, ЦМВИ, ВГ 6 – 8%, ВЭБ – 5%, ВГ 6 – 4%, ЦМВ – 4%, ВЭБ, ВПГ 1,2 – 3%, ВЭБ, ВГ 6 – 3%, ВПГ 1,2, ВЭБ, ВГ 6 – 1%, ЦМВИ, ВПГ 1,2, ВЭБ, ВГ 6, Chlamydia pneumonia – 1%, Mycoplasma pneumonia – 1%, не проведено исследование – 21%. Выводы: Таким образом, точная постановка диагноза инфекционный мононуклеоз возможна при участии всего комплекса клинико-anamnestических, лабораторных методов с определением иммунологических показателей. Для достоверной диагностики ВЭБИ значимым является использование как серологических методов, так и ПЦР диагностики с обязательным определением вирусной нагрузки.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГАСТРОДУОДЕНИТАМИ

Михеева Т.Н., Нечитайло Д.Ю.

Кафедра педиатрии, неонатологии и перинатальной медицины (зав. каф. - д.м.н. Нечитайло Ю.Н.) ВГУЗ БГМУ

Научный руководитель: проф. Нечитайло Ю.Н.

Вегетативная нервная система - отдел нервной системы, контролирующей и регулирующий работу всех внутренних органов, способствует поддержанию равновесия внутренней среды организма. Доказано, что вегетативная дисфункция, которая возникла в детском или подростковом возрасте, становится неблагоприятным фоном и предвестником многих заболеваний. В частности, все хронические заболевания сопровождаются расстройствами вегетативной нервной системы. Вегетативная дисфункция - заболевание организма, характеризующееся симптомо-комплексом расстройств психоэмоциональной, сенсорной и вегетативной активности, связанным с надсегментарных и сегментарных нарушениями вегетативной регуляции деятельности различных органов и систем. Это дает возможность подойти индивидуально к назначению схем обследования,

Казарин Д.Д. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	291
Карабаева З., Тогаева Г. ВОЗДЕЙСТВИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ВСКАРМЛИВАНИЯ НА РАЗВИТИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	292
Каракулина Е.Ю., Адыширинова А.Г. ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	292
Каримова Н.Р., Зайнабидинова С.А., Юсупов Э.А., Юнусов Д.М. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «СИНГЛОН» У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	293
Каримова М.Х. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ РАХИТА У ДЕТЕЙ.....	293
Каримова Н.Р. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ.....	294
Кенжаева З.С. КЛИНИКО – ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	294
Ким В.Д. ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННЫХ.....	295
Киямова Ш.Б. ПОКАЗАТЕЛИ ГЛИКЕМИИ И ИНСУЛИНА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ.....	295
Клименко О.В. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИВИТОСТИ ПРОТИВ КОРИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ.....	295
Ковтюк Н.И. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	296
Козимова З.Х. ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	296
Козлов А.А., Гибазова О.Р. МЕТОДИКА «ОТЛУЧЕНИЕ ОТ АППАРАТА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ» В РЕЖИМАХ VI-VENT И SRAP У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ И НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА.....	297
Кодирова Ш.С., Карджавова Г.А., Азимова Ш.Т., Ильясова С.Р., Мирзаев А.К. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПНЕВМОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИМ ШОКОМ.....	297
Кодирова Ш.С., Узокова М.Ф., Азимова Ш.Т., Ильясова С.Р., Юсупов А.М. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ.....	297
Курбанова З.М., Сахибова М.Д., Юсупов Э.А. ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА.....	298
Кутарева М.Ю., Латанская Н.С. ВЛИЯНИЕ СТАРТОВОГО ПЕРИОДА НА ЗДОРОВОЕ БУДУЩЕЕ НАШИХ ДЕТЕЙ.....	298
Лим М.В., Тамбриазов М., Ильясова С., Мирзаев А.К., Орифова М. ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМОМ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ.....	299
Лим М.В., Тамбриазов М., Ильясова С., Мирзаев А.К., Икромова З. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЦЕТИЛЦИСТЕИНА И 3% НАТРИЯ ХЛОРИДА ПРИ ОСТРЫХ БРОНХИОЛИТАХ У ДЕТЕЙ.....	299
Лысенко В.В., Кирияк В.Г., Гарас Н.Н. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕНЕДЖМЕНТА НЕАТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ШКОЛЬНИКОВ.....	300
Лысова А.В., Овчинникова А.О. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ.....	300
Мавлянов Н.Х., Ахмедов И.Ю., Холиков А.К., Файзуллаев К.Ф. ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ.....	300
Мажидов Р. РЕЧЕВЫЕ ДЕФЕКТЫ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	301
Маматмуродов А.А., Олимов И.Ж. РОЛЬ ЛИЗОЦИМА СЛЮНЫ В НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЕ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕТОМ.....	301
Мамбеткаримова М.С., Шарапов Б.У. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА.....	301
Мансуров Ш.Ш. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА У РЕБЕНКА В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕПРАВИЛЬНО ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ.....	302
Матниязов О.Б. ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ.....	302
Махмудова З.Р. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАХИТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	303
Махмудова З.Р. СОСТОЯНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	303
Махмудов Х.У. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОФЛАВИНА У ДЕТЕЙ С МИНИМАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЗГА.....	304
Мацей Т.Ю., Колюбакина Л.В., Трекуш Е.З. РС-ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, КОТОРЫЕ НАХОДИЛИСЬ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В ОДКБ.....	304
Мацей Т.Ю., Власова Е.В., Трекуш Е.З. ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	304