



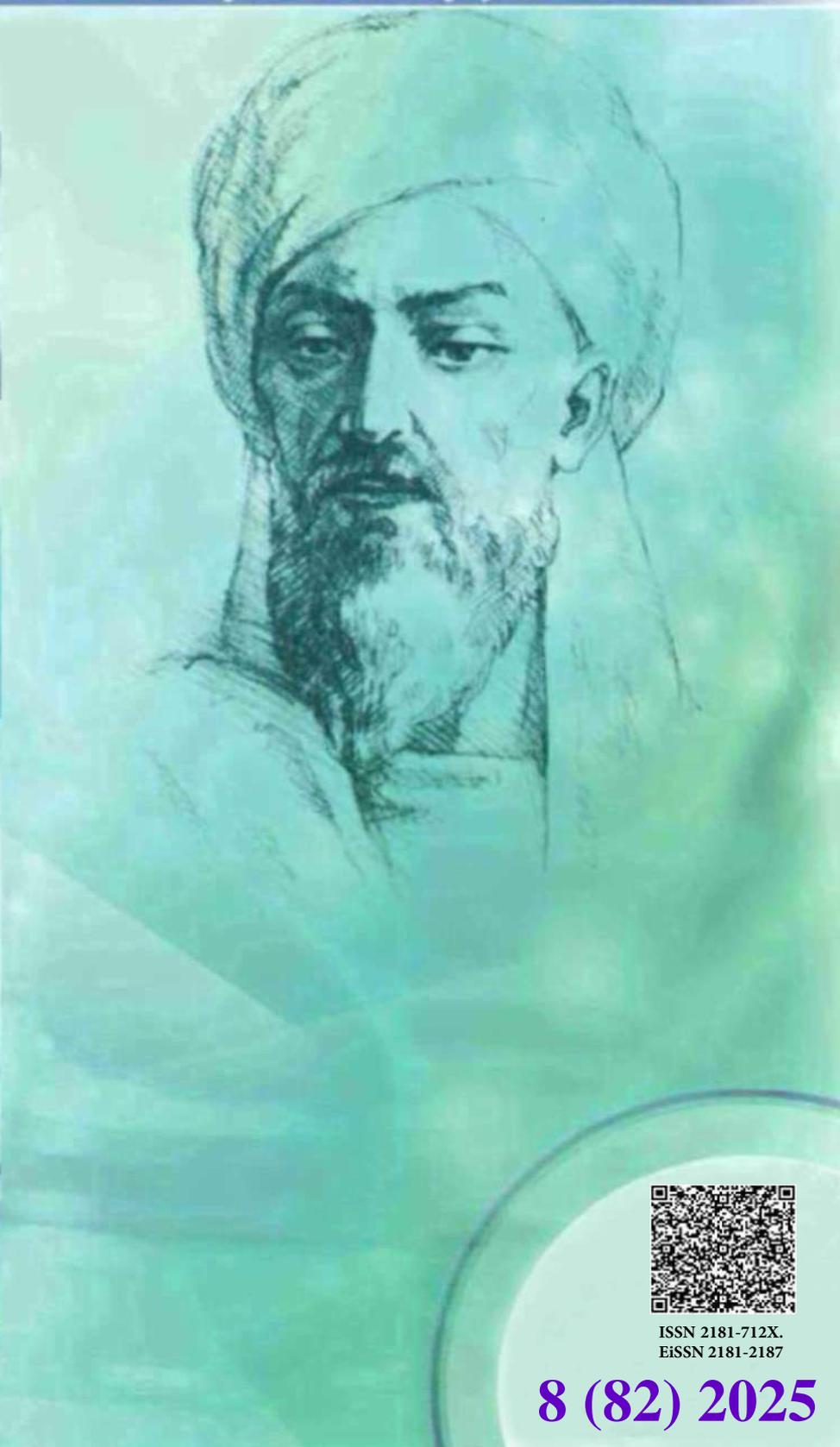
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

8 (82) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (82)

2025

август

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.07.2025, Accepted: 06.08.2025, Published: 10.08.2025

УДК 616.33-053.2: 612.014-482-616

ИНТЕГРАТИВНАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ МАЛЬДИГЕСТИИ И МАЛЬАБСОРБЦИИ У ДЕТЕЙ: ОПЫТ РЕГИОНА ПРИАРАЛЬЯ

Аманова Наргиза Абдураззаковна <https://orcid.org/0000-0001-5691-2736>

E-mail nargiza.amanova.84@mail.ru

Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Резюме

Данное исследование посвящено актуальности синдромов мальдигестии и мальабсорбции у детей, особенно выраженных у детей, проживающих в экологически неблагоприятном регионе Приаралья. Цель исследования - разработать шкалу для оценки тяжести течения заболеваний, связанных с нарушением переваривания и всасывания (мальдигестией и мальабсорбцией) в регионе Приаралья. Изучены клинические, лабораторные и инструментальные данные 185 детей с заболеваниями тонкой кишки (ЗТК), в том числе 125 пациентов, проживающих в Приаралье, и 60 пациентов, проживающих в г. Ташкенте. Разработана шкала для оценки тяжести мальдигестии и мальабсорбции в регионе Приаралья.

Ключевые слова: Регион Приаралья, заболевания кишечника, дети, мальдигестии и мальабсорбции

BOLALARDA MALDIGESTIYA VA MALABSORBSIYA OG'IRLIGINI BAHOLASH UCHUN INTEGRATIV SHKALA: OROLBUYI MINTAQASI TAJRIBASI

Amanova Nargiza Abdurazzakovna <https://orcid.org/0000-0001-5691-2736>

E-mail: Nargiza.amanova.84@mail.ru

Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Rezyume

Mazkur tadqiqot bolalarda maldigestiya va malabsorbsiya sindromlarining dolzarbligiga bag'ishlangan bo'lib, ayniqsa Orolbo'yi ekologik noqulay mintaqasida yashovchi bolalarda bu holat yaqqol namoyon bo'ladi. Maqsad – Orolbo'yi mintaqasida ovqat hazm qilish va so'rilish buzilishlari (maldigestiya va malabsorbsiya) bilan bog'liq kasalliklarning og'irlik darajasini baholash uchun shkala ishlab chiqish. Tadqiqotda Orolbo'yida yashovchi 125 nafar va Toshkent shahrida yashovchi 60 nafar ingichka ichak kasalliklari (IHK) bilan kasallangan bolalarning klinik, laboratoriya va instrumental ma'lumotlari tahlil qilindi. Natijada, Orolbo'yi mintaqasida maldigestiya va malabsorbsiya bilan bog'liq muammolarni baholash va davolash uchun shkala ishlab chiqildi.

Kalit so'zlar: Orolbo'yi, ichak kasalliklari, bolalar, ovqat hazm qilish buzilishi va malabsorbsiya

INTEGRATIVE SCALE FOR ASSESSING THE SEVERITY OF MALDIGESTIA AND MALABSORPTION IN CHILDREN: EXPERIENCE OF THE ARAL SEA REGION

Amanova Nargiza Abdurazzakovna <https://orcid.org/0000-0001-5691-2736>

E-mail nargiza.amanova.84@mail.ru

Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Resume

This study addresses the relevance of maldigestion and malabsorption syndromes in children, particularly pronounced in those residing in the ecologically unfavorable Aral Sea region. The aim of the study is to develop a scale for assessing the severity of diseases associated with impaired digestion and absorption (maldigestion and malabsorption) in the Aral Sea region. Clinical, laboratory, and instrumental data from 185 children with small bowel diseases (SBD) were studied, including 125 patients residing in the Aral Sea region and 60 patients residing in Tashkent. As a result, a scale for assessing the severity of maldigestion and malabsorption in the Aral Sea region was developed.

Key words: Aral Sea region, intestinal diseases, children, maldigestion and malabsorption

Актуальность

Синдромы мальдигестии и мальабсорбции представляют собой важную проблему в структуре хронических заболеваний пищеварительной системы у детей. Наиболее выраженные проявления отмечаются у детей, проживающих в условиях экологического неблагополучия, в частности в регионе Приаралья. Экологический кризис на территории Приаралья в последние годы затронул обширные территории и отразился на здоровье проживающего в регионе населения. Неблагоприятные экологические воздействия, включая загрязнение воды и воздуха, накопление тяжёлых металлов и пестицидов, способны утяжелять течение таких заболеваний, как целиакия, муковисцидоз, хронический и аллергический энтероколит. Это способствует нарушению усвоения питательных веществ и развитию дефицитных состояний. Неинфекционная патология желудочно-кишечного тракта является одной из ведущих проблем педиатрии, что обусловлено значительной распространенностью этих заболеваний в детском возрасте, которая по данным разных авторов колеблется от 80 до 110 на 1000 детского населения, частыми рецидивами вследствие недостаточной эффективности проводимой терапии и реабилитационных мероприятий, выраженной тенденцией к хронизации патологического процесса в органах пищеварения.

У пациентов с признаками мальабсорбции нередко выявляются дисэлекролитные нарушения с формированием скрытых или явных дефицитов микроэлементов: железа, магния, кальция, цинка, а также дефициты аминокислот крови, снижение уровня витаминов группы В и жирорастворимых витаминов. Нарушение всасывания и потеря белка, электролитов, минеральных веществ, витаминов и др. способствует развитию дистрофии, анемии, рахитоподобного состояния, полигиповитаминоза и выраженной задержке физического развития детей. Сходство клинических признаков мальабсорбции, обусловленных различными причинами, создает определенные дифференциально - диагностические трудности и приводит к поздней постановке диагноза. Все это свидетельствует о необходимости научной разработки проблем синдрома мальабсорбции и мальдигестии.

Цель исследования: Разработать шкалу для оценки тяжести течения заболеваний, связанных с нарушением переваривания и всасывания (мальдигестией и малабсорбцией) в регионе Приаралья.

Материал и методы

Изучены данные проспективного сравнительного анализа клинического, лабораторного и инструментального обследования и лечения 185 детей с заболеваниями тонкой кишки (ЗТК), 125 из которых явились больные с признаками мальдигестии и малабсорбции, проживающие в условиях Приаралья и 60 детей, проживающие в г. Ташкенте. По гендерному составу 104 (56,2%) исследованных были женского пола и 81 (43,8%) - мужского пола. При распределении по возрастному составу согласно градации детского возраста по ВОЗ 51 (27,2%) составили дети от 6 месяцев до 1 года, 75 (40,5%) - от 1 года до 3 лет, 59 (31,9%) - от 3 до 5 лет.

В зависимости от климатических и географических условий проживания исследованные пациенты были разделены на две группы: Основная группа (n=125) - больные с заболеваниями тонкой кишки, проживающие в Приаральном регионе Республики Узбекистан. Группа сравнения (n=60) - больные с заболеваниями тонкой кишки, проживающие в г. Ташкент. Группу контроля

составили 25 практически здоровых детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет, при этом больные с ЗТК и группа практически здоровых детей были сопоставимы по полу и возрасту.

Результат и обсуждение

Анализ клинического обследования показал, что ведущими клиническими проявлениями заболевания являлись симптомы кишечной диспепсии. Так, стул более 3-х раз в сутки наблюдался у 19 (61,2%) детей с Ц, 7 (43,8%) с ХЭ и у 23 (71,8%) детей с АЭ. Болезненность в проекции тонкой кишки, околопупочной области и по ходу сигмовидной кишки отмечалась у 18 (58,1%) детей с Ц, 9 (56,3%) с ХЭ и 23 (71,8%) с АЭ. Непереваренный зловонный кашицеобразный стул был у 18 (58,1%) детей с Ц, у 18 (39,1%) с ХЭ и у 2 (6,3%) с АЭ, показатели по данному критерию у которых была минимальной. Вздутие живота отмечалось у большинства обследованных: у 28 (90,3%) детей с Ц, 37 (80,4%) с ХЭ и 21 (65,6%) с АЭ. Выраженное выделение слизи наблюдалось в основном у детей АЭ, составив 90,6%, что было в 7 раз больше чем при Ц. Рвота встречалась у 10 (31%) детей с Ц, 7 (43,8%) с М, 9 (19,5%) с ХЭ и 6 (18,8%) с АЭ.

Таким образом, при всех формах заболевания у детей наблюдаются разнообразные клинические проявления метаболических нарушений, выраженные в различной степени. Болезненность в проекции тонкой кишки и околопупочной области наблюдалась у 58,1% детей с Ц, что несколько выше, чем у детей с ХЭ (41,3%), но соответствует уровню детей АЭ (71,8%). Так, у детей с Ц чаще отмечались частый стул, вздутие живота и переваренный зловонный стул, что свидетельствует о более выраженных проявлениях кишечной диспепсии по сравнению с другими формами заболеваний, тогда как при АЭ и М чаще отмечалось накопление слизи в кале. По результатам лабораторного исследования крови у детей с заболеваниями кишечника, проживающих в регионах Приаралья (ОГ), были выявлены значительные изменения гематологических показателей. У детей ОГ отмечено снижение уровня гемоглобина до $91,8 \pm 3,4$ г/л, что указывает на признаки анемии. Биохимический анализ крови показал, что у 35 (28%) детей основной группы наблюдалось снижение уровня общего белка ниже референтных значений (до $59,85 \pm 1,8$ г/л), тогда как у детей в сравнительной группе уровень общего белка был выше ($66,85 \pm 1,5$ г/л), но все же ниже контрольных значений ($69,8 \pm 0,7$ г/л). В ходе исследования нами были изучены параметры биохимического и общего анализа крови у детей, проживающих в регионе Приаралья, с различными формами заболеваний кишечника.

По результатам копрологического исследования у обследованных детей ОГ, проживающих в регионе Приаралья выявлены признаки нарушения на различных этапах пищеварения. Так, у больных целиакией выявлены признаки пилородуоденального, энтерального и цекального синдромов. Критериями недостаточности пилородуоденального переваривания явились обнаруженные в копрограмме неизмененные мышечные волокна в количестве 2,0 и более баллов у 6 (19,3 %) пациентов. Проявлением энтерального синдрома были внутриклеточный крахмал у 7 (22,6 %) пациентов и внеклеточный крахмал – у 6 (19,3 %) больных, мыла – у 13 (41,9 %) пациентов, жирные кислоты – у 7 (22,6 %), измененные мышечные волокна – у 6 (19,3 %) больных, что свидетельствовало о мальабсорбции нутриентов. Цекальный синдром характеризовался наличием перевариваемой растительной клетчатки у 16 (51,6%) детей и йодофильной флоры у 11 (35,4 %) больных, что связано с бродильной диспепсией и дисбиотическими изменениями кишечника. По результатам иммунологического исследования детей с заболеваниями тонкого кишечника, проживающих в Приаральской местности, были выявлены значительные отклонения в показателях иммунного статуса. У детей основной группы (ОГ) уровень IgE оказался повышенным и составил $239,6 \pm 5,9$ мг%, что было значительно выше, чем у детей сравнительной группы (СГ) — $162,1 \pm 6,8$ мг% в 1,5 раза, и контрольной группы — $35,8 \pm 3,1$ мг%. Этот показатель мог свидетельствовать об усилении аллергического фона у детей с кишечными заболеваниями в данной местности. Уровень IgA также был наивысшим в основной группе ($376,7 \pm 8,6$ мг%), тогда как в сравнительной группе он составил $201,5 \pm 7,5$ мг%, что было в 1,9 раза больше в ОГ, а в контрольной — $131,0 \pm 3,7$ мг%. Эти данные указывали на активацию гуморального звена иммунной системы у детей основной группы.

Концентрация провоспалительного цитокина ИЛ-1 β у детей основной группы достигла $52,15 \pm 3,2$ нг/мл, что было выше, чем в сравнительной группе ($41,1 \pm 3,3$ нг/мл) и в контрольной

(17,7±4,5 нг/мл). Эти показатели, вероятно, отражали усиление воспалительного ответа у пациентов с кишечными заболеваниями. Уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-4, напротив, был ниже в основной группе (7,85±2,4 нг/мл) по сравнению с контрольной (13,7±3,1 нг/мл), что могло свидетельствовать о нарушении регуляции иммунного ответа у детей с хроническими заболеваниями кишечника. В сравнительной группе концентрация ИЛ-4 составила 9,6±1,9 нг/мл, что также было ниже контрольных значений, но выше, чем в основной группе.

Таким образом, по ключевым показателям иммунного статуса у детей основной группы наблюдались значительные отклонения, что могло свидетельствовать о выраженных нарушениях иммунной регуляции при патологиях тонкого кишечника в условиях экологически неблагоприятной среды. Эти факторы оказывают комплексное воздействие, нарушая микробиоценоз и затрудняя восстановление нормальной микрофлоры кишечника, что требует особого внимания при разработке региональных стратегий профилактики и лечения. На основании полученных клинико-лабораторных данных была разработана балльная шкала для оценки тяжести течения заболеваний, связанных с нарушением переваривания и всасывания (малдигестией и малабсорбцией), и были определены прогностические критерии тяжести у детей в условиях Приаралья.

Шкала оценки тяжести заболеваний включала клинические и лабораторные критерии, а также результаты анализа кишечной микрофлоры исследованных детей, каждые из которых оценивались по шкале от 0 до 3 баллов в зависимости от выраженности симптомов или отклонений от нормы. Максимальное количество баллов — 30. Шкала представлена в Таблице 1.

Таблица 1.

Шкала оценки тяжести заболеваний тонкого кишечника у детей

Критерий	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
Клинические критерии				
Потеря массы тела	В пределах возрастной нормы	Дефицит до 5%	Дефицит 5-10%	Дефицит более 10%
Боли в животе	Отсутствуют	Периодические слабые боли	Умеренные боли, купирующиеся после еды	Интенсивные, постоянные боли
Диарея	Отсутствует	До 2 эпизодов в день	До 4 эпизодов в день	Более 4 эпизодов в день
Тошнота и рвота	Отсутствуют	Эпизодическая тошнота	Регулярная тошнота, без рвоты	Рвота
Кожные проявления (аллергия)	Отсутствуют	Сыпь на 10% поверхности тела	Сыпь на 20% поверхности тела	Распространенная сыпь, зуд
Лабораторные критерии				
Гемоглобин	> 120 г/л	110-120 г/л	100-110 г/л	< 100 г/л
Альбумин	> 40 г/л	35-40 г/л	30-35 г/л	< 30 г/л
Общий белок	>70 г/л	65-70 г/л	60-65 г/л	55-60 г/л
Электролиты крови (натрий)	>135 ммоль/л	130-135 ммоль/л	125-130 ммоль/л	< 125 ммоль/л
Степень дисбиоза	Норма	I степень	II степень III степень	IV степень
IgE	1-60 мг%	60-120 мг%	120-180 мг%	>180 мг%
IgA	20-100 мг%	100-200 мг%	200-300 мг%	>300 мг%
ИЛ-1β нг/мл	0-15 пг/мл	15-30 пг/мл	30-45 пг/мл	>45 пг/мл
ИЛ-4 нг/мл	>12 нг/мл	12-10 нг/мл	10-8 нг/мл	<8 нг/мл

Интерпретация результатов производилась следующим образом:

Лёгкая степень тяжести (менее 10 баллов): Пациенты с лёгкой степенью тяжести имели минимальные клинические проявления. Основные симптомы, такие как диарея, боли в животе или потеря массы тела, были слабо выражены или возникали периодически. Лабораторные показатели находились в пределах нормы или имели незначительные отклонения. Степень дисбиоза была равна I степени. Эти пациенты хорошо

реагировали на лечение, и их общее состояние оставалось относительно стабильным. Прогноз был благоприятным при своевременной коррекции питания и базовой терапии.

Средняя степень тяжести (от 10 до 20 баллов): При средней степени тяжести наблюдались более выраженные симптомы. Пациенты страдали от регулярных эпизодов диареи, значительной потери массы тела, периодической или постоянной боли в животе. Лабораторные показатели, такие как гемоглобин, альбумин и электролиты, демонстрировали умеренные отклонения от нормы, что указывало на наличие дефицитных состояний. Степень дисбиоза была равна II и III степени. Лечение требовало более интенсивного подхода, включая медикаментозную терапию и строгий контроль диеты. Прогноз зависел от своевременности диагностики и корректности лечения, частые обострения были возможны.

Тяжёлая степень тяжести (более 20 баллов): Тяжёлая степень тяжести характеризовалась ярко выраженными клиническими проявлениями. Пациенты испытывали интенсивные боли в животе, многократные эпизоды диареи, значительную потерю массы тела и частые приступы тошноты или рвоты. Лабораторные анализы показывали серьёзные отклонения, включая выраженную анемию, гипоальбуминемию и электролитные нарушения. Степень дисбиоза была равна IV степени. Такие пациенты нуждались в неотложном и комплексном лечении, включая госпитализацию. Прогноз зависел от тяжести основного заболевания и реакции на терапию, но часто оставался неблагоприятным без интенсивного медицинского вмешательства.

Так, по результатам проведенных клинико-лабораторных данных, в ОГ пациентов наблюдалось значительно тяжелое течение заболеваний по сравнению с СГ, результаты которого приведены в таблице 2.

Таблица 2.

Распределение пациентов по степени тяжести заболеваний тонкого кишечника в исследованных группах

Степень тяжести	ОГ n=125		СГ n=60	
	Абс	%	Абс	%
Лёгкая степень (менее 10 баллов)	41	32,8	25	41,6
Средняя степень (10–20 баллов)	58	46,4	29	48,3
Тяжёлая степень (более 20 баллов)	26	20,8	6	10

Примечание: * - различия между сравниваемыми группами достоверны по критерию Z, $p < 0,05$.

Проведённый анализ показал, что среди детей с хроническими заболеваниями тонкого кишечника, распределение по степени тяжести болезни отличалось между основной и сравнительной группами.

В **основной группе** лёгкая степень заболевания (менее 10 баллов) наблюдалась у 32,8% пациентов (40 человек), тогда как в **группе сравнения** этот показатель составлял 41,6% (25 человек). Это указывает на большую долю пациентов с лёгкой степенью заболевания в группе сравнения. **Средняя степень тяжести** (10–20 баллов) была наиболее распространённой как в основной группе, так и в группе сравнения, но в основной группе она наблюдалась у 46,4% пациентов (55 человек), что было немного ниже, чем в группе сравнения, где её доля составила 48,3% (29 человек). **Тяжёлая степень** (более 20 баллов) встречалась у 20,8% пациентов основной группы (25 человек), что превышало показатель группы сравнения в 2 раза, где только 10% пациентов (6 человек) имели тяжёлую степень заболевания. Это указывает на более значительное

количество тяжёлых случаев среди детей основной группы. Таким образом, результаты свидетельствуют о более тяжёлом течении заболеваний в основной группе, что может быть связано с влиянием факторов окружающей среды и более выраженными нарушениями функций кишечника. Был выделен возможный диапазон риска (18,5-37,1), а так же поддиапазоны. Практически, лучше весь диапазон риска разделить на три интервала: слабая (18,5-24,5), средняя (25-30,5) и высокая (31-37,1) вероятность риска развития тяжести течения заболеваний, проявляющихся малдигестией и малабсорбцией в условиях Приаралья у детей. Таким образом, разработанный опросник и проностическая матрица является валидным и может быть использован в практике педиатра.

Заключение

Применения разработанного способа прогнозирования тяжести течения заболеваний, проявляющихся малдигестией и малабсорбцией в условиях Приаралья у детей заключается в снижении стоимости лечения за счет улучшения соматического статуса, приводящего в свою очередь к снижению числа рецидивов заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Силонян, А.Л. Качество жизни детей с воспалительными заболеваниями кишечника / А.Л. Силонян // Российский педиатрический журнал. 2020;23(6):411.
2. Скворцов, В.В. Целиакия – важная проблема современной гастроэнтерологии / В.В. Скворцов, А.Н. Горбач // Эффективная фармакотерапия. 2019;15(18):60-66.
3. Степанов, Ю.М. Целиакия: современный взгляд на диагностику и лечение/ Ю.М. Степанов, А.В. Саленко // Гастроэнтерология. 2018;52(4):249-253.
4. Камилова А.Т., Алиева Н.Р. Эффективность персонифицированного подхода к сапплементации водным раствором витамина D у детей с хроническими заболеваниями кишечника // Вопросы детской диетологии. 2018;16(3):15-22.
5. Горелов, А.В. Воспалительные заболевания кишечника у детей: особенности течения и терапии / А.В. Горелов, Е.В. Каннер // Медицинский совет. 2018;2:140-145.
6. Бахтиярова Ш.К., Жаксымов Б.И., Капышева У.Н. Проблемы здоровья населения Приаралья (обзор статданных за 2002-2016 ГГ.) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2019;4:92-96.
7. Palekeeva G.P., Bekeev J.K. The evaluation of the ent pathology structure in children according to the appealability in the southern pre-aral region // Modern Science. 2017;3:160-162.
8. Peloquin JM, Goel G, Villablanca EJ, Xavier RJ. Mechanisms of Pediatric Inflammatory Bowel Disease. Annu Rev Immunol. 2016 May 20;34:31-64.
9. Renz H, Holt PG, Inouye M, Logan AC, Prescott SL, Sly PD. An exposome perspective: Early-life events and immune development in a changing world. J Allergy Clin Immunol. 2017 Jul;140(1):24-40.
10. Repo M, Lindfors K, Mäki M, Huhtala H, Laurila K, Lähdeaho ML, Saavalainen P, Kaukinen K, Kurppa K. Anemia and Iron Deficiency in Children With Potential Celiac Disease. // J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017 Jan;64(1):56-62.
11. Santiago R, Gottrand F, Debray D, Bridoux L, Lachaux A, Morali A, Lapeyre D, Lamireau T. Zinc Therapy for Wilson Disease in Children in French Pediatric 2020.

Поступила 20.07.2025