

ISSN 2181-1008
DOI 10.26739/2181-1008

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



Ежеквартальный
научно-практический
журнал

№3.2 (том II) 2021



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский институт

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф.;
Л.М. Гарифулина к.м.н., доц.
(ответственный секретарь);
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц.;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Б.М. Тожиев д.м.н., проф.;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный Совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
М.К. Азизов (Самарканд)
Н.Н. Володин (Москва)
Х.М. Галимзянов (Астрахань)
С.С. Давлатов (Самарканд)
Т.А. Даминов (Ташкент)
М.Д. Жураев (Самарканд)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
В.В. Никифоров (Москва)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (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.



Шавази Наргиз Нуралиевна,

Доцент, к.м.н. заведующая кафедрой акушерства и гинекологии
Самаркандский Государственный медицинский институт
Узбекистан

Халилова Даста Рустамовна,

Студент Медицинского факультета
Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави
г. Туркестан, Республика Казакстан

МЕДИКО – СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

АННОТАЦИЯ

В современном мире существует множество социальных проблем, которые тормозят развитие и нормальное функционирование общества. Различные нарушения функций организма, сопровождающих инвалидность были установлены в возрасте до 3-х лет и в значительно меньшем количестве случаев - в возрасте 4-6 лет, и еще меньше – в возрасте 7-13 лет. Выявление инвалидности со всеми типами нарушений в возрасте от 14 до 17 лет происходило в менее 1% обследованных случаев. Инвалидность, сопровождающаяся соматическими нарушениями чаще, была установлена в возрасте 7-13 лет (17,3%), 4-6 лет (15,2%) и 14-15 лет (1,6%), т.е. в большей степени приходится на школьный возраст и чаще определяется хроническим течением болезни. У трети обследованных детей (34%) инвалидность связана с врожденными патологиями – пороками развития, деформациями, хромосомными нарушениями. Далее по распространенности следуют такие основные причины инвалидности, как осложнения течения беременности и родов (16,2%), травмы (7%), хронические заболевания (7%), генетические заболевания (4%). Установлено, что 92% обследованных детей и подростков наблюдаются у педиатра, 84% - у невропатолога или психиатра, 45% - у физиотерапевта. Следует отметить, что охват услугами таких специалистов, как специалиста ЛФК и кинезитерапевта составил 29,5%, социального работника - 54%, педагогов дефектологов и психологов - 47,7%, что представляется недостаточным.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, инклюзивное образование

Shavazi Nargiz Nuraliyeva,

Associate Professor, Ph.D. Head of the Department of Obstetrics and Gynecology
Samarkand State Medical Institute
Uzbekistan

Xalilova Dasta Rustamovna,

Medical student
International Kazakh-Turkish University named after Khoja Ahmed Yasawi
G. Turkestan, Republic of Kazakhstan

MEDICO - SOCIAL PROBLEM OF CHILDREN WITH DISABILITIES OPPORTUNITIES

ANNOTATION

In the modern world, there are many social problems that hinder the development and normal functioning of society. Various disorders of body functions accompanying disability were established at the age of up to 3 years and in a significantly smaller number of cases - at the age of 4-6 years, and even less - at the age of 7-13 years. Disability with all types of impairments at the age of 14 to 17 years was detected in less than 1% of the examined cases. Disability accompanied by somatic disorders was more often established at the age of 7-13 years (17.3%), 4-6 years (15.2%) and 14-15 years (1.6%), i.e. to a greater extent falls on school age and is more often determined by the chronic course of the disease. In one third of the examined children (34%), disability is associated with congenital pathologies - malformations, deformities, chromosomal abnormalities. The next most common causes of disability are complications

of pregnancy and childbirth (16.2%), trauma (7%), chronic diseases (7%), genetic diseases (4%). It was found that 92% of the examined children and adolescents were seen by a pediatrician, 84% - by a neurologist or psychiatrist, 45% - by a physiotherapist. It should be noted that the coverage of the services of such specialists as an exercise therapy specialist and a kinesiologist was 29.5%, a social worker - 54%, teachers of defectologists and psychologists - 47.7%, which seems insufficient.

Key words: children with disabilities, inclusive education.

Актуальность исследования. Проблема инвалидности является актуальной, что аргументируется убедительными данными международной статистики, согласно которой число инвалидов во всех странах велико и четко прослеживается тенденция к его увеличению.

В последние годы отмечается повышенный интерес к проблеме современного социума с включением детей с ограниченными возможностями в общество [1]. Актуальность этой проблемы объясняется многими обстоятельствами, сложившимися в современном Казахстане. С ростом числа и объема клинических наблюдений все острее возникла необходимость в изучении и решении вопросов детей с ограниченными возможностями [2, 3]. Актуальность исследования определяется также характерным для всего мира процессом гуманизации отношений между всеми. Тяжестью клинических проявлений и недостаточность эффективности распространённых методов лечения является сложной проблемой в педиатрии [6].

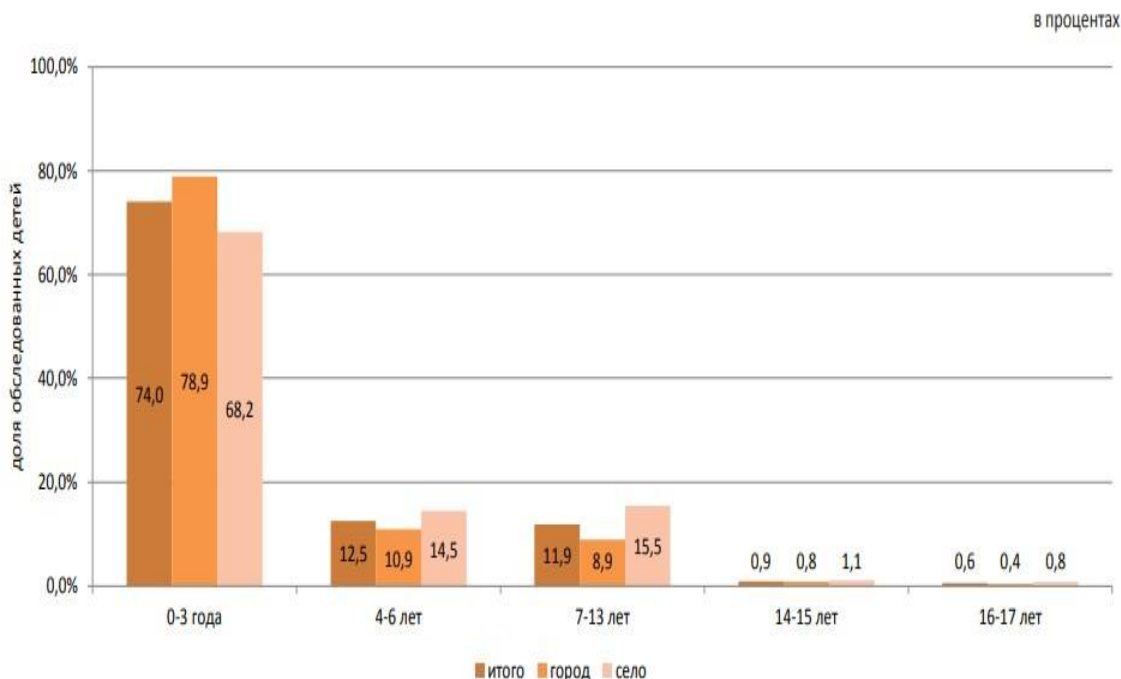
По статистике инвалидности в Республике Казахстан, у 80% детей выявлены нарушения в интеллектуальном развитии, речи, нарушении

опорнодвигательного аппарата, слуха.

Цель исследования. Заключается в содействии достижения оптимального здоровья, функционирования, благополучия и прав человека для всех лиц с инвалидностью.

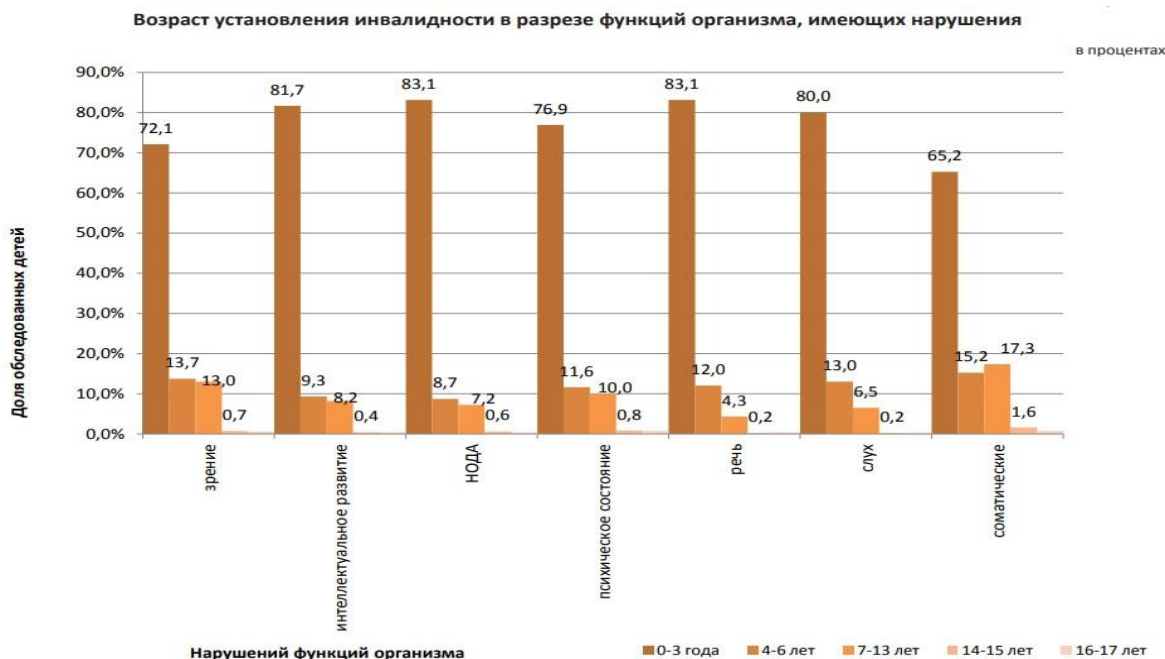
Материалы и методы исследования. По данным, полученным в ходе обследования, в 74% случаев инвалидность ребенка была установлена в возрасте до 3-х лет: у девочек - в 74,9 % случаях, у мальчиков - 73,3%. Наибольшие различия наблюдаются при сравнении этого показателя для городской и сельской местности – 78,9% против 68,2% соответственно. При этом данные значения заметно варьируются между регионами, например, в сельской местности – от 54,6% в Атырауской области до 83,1% в Павлодарской, а в городах – от 59,2% в г. Астана до 93,9% в г. Алматы. Также можно заметить, что среди детей, возраст которых на момент проведения обследования составлял младше 7 лет, инвалидность была установлена до достижения ими трехлетнего возраста в 88,5% случаях, а среди детей возрастной группы 16-17 лет этот показатель составляет 62,2%.

Распределение опрошенных детей по возрасту установления инвалидности, по типу местности



С точки зрения различных нарушений функций организма, сопровождающих инвалидность, для всех типов таких нарушений инвалидность в большинстве случаев была установлена также в возрасте до 3-х лет и в значительно меньшем количестве случаев - в возрасте 4-6 лет, и еще меньше – в возрасте 7-13 лет. Выявление инвалидности со всеми типами нарушений в возрасте от 14 до 17 лет

происходило в менее 1% обследованных случаев. Однако отдельно стоит отметить инвалидность, сопровождающуюся соматическими нарушениями. Среди обследованных детей такая инвалидность заметно чаще была установлена в возрасте 7-13 лет (17,3%), 4-6 лет (15,2%) и 14-15 лет (1,6%), т.е. в большей степени приходится на школьный возраст и чаще определяется хроническим течением болезни.



У трети обследованных детей (34%) инвалидность связана с врожденными патологиями – пороками развития, деформациями, хромосомными нарушениями. Далее по распространенности следуют

такие основные причины инвалидности, как осложнения течения беременности и родов (16,2%), травмы (7%), хронические заболевания (7%), генетические заболевания (4%).

Основные причины, приведшие к инвалидности обследованных детей



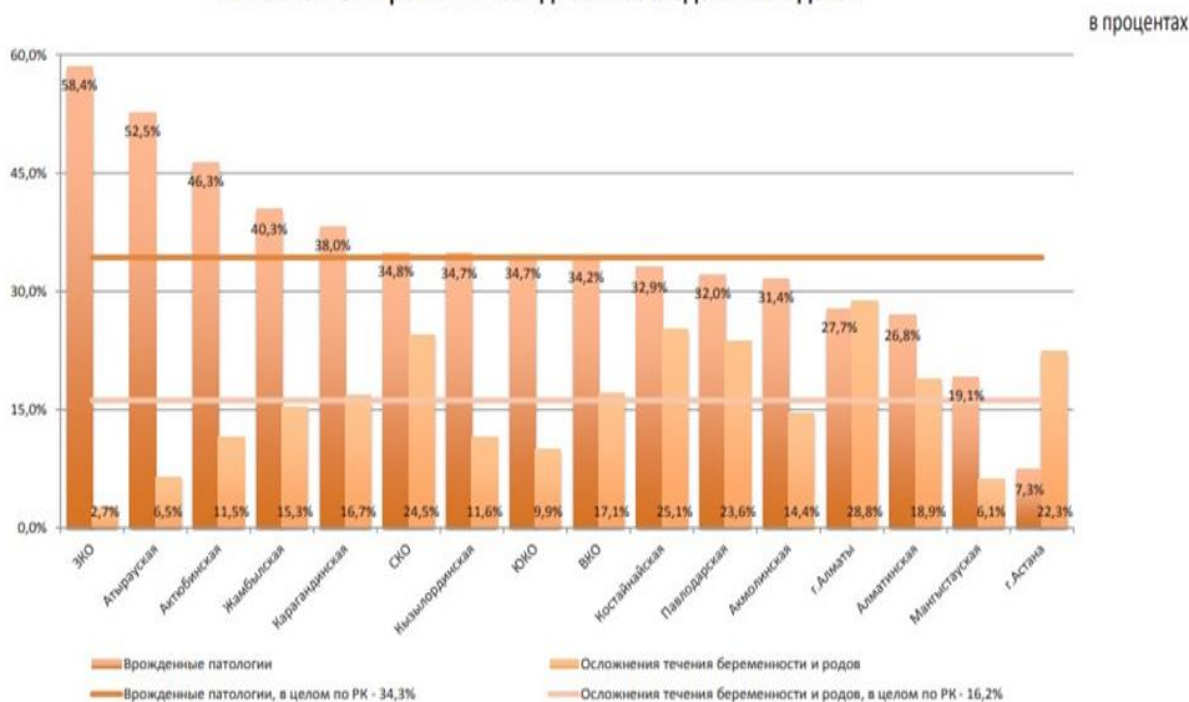
Преобладание врожденных аномалий в качестве основной причины инвалидности сохраняется как в городской, так и в сельской местности (30,8% и 38,6% обследованных случаев соответственно). При сравнении данного показателя в регионах РК заметны значительные различия: наиболее высокие значения распространения данной причины наблюдаются в ЗападноКазахстанской, Атырауской, Актюбинской, Жамбылской и Карагандинской областях. В г. Астана, где данный показатель ниже всего (7,3%), основной причиной инвалидности были названы травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин - 40%, что в 5,5 раз превышает значение по стране в целом. Региональные значения второй по

распространенности причины инвалидности являются осложнения течения беременности и родов, которые также заметно варьируются – от 2,7% в ЗападноКазахстанской области до 28,8% в г. Алматы, превышая среднее значение по стране (16,2%) также в Северо-Казахстанской, Костанайской, Павлодарской, Алматинской областях и двух городах – Астана и Алматы. Особо следует отметить, что в Кызылординской области заметно больше респондентов, по сравнению с другими регионами и страной в целом, указали в качестве основной причины инвалидности неблагоприятную экологическую ситуацию в регионе - 17,3% (в целом по РК данный показатель составил 2,6%), причем большая часть данных респондентов проживает в

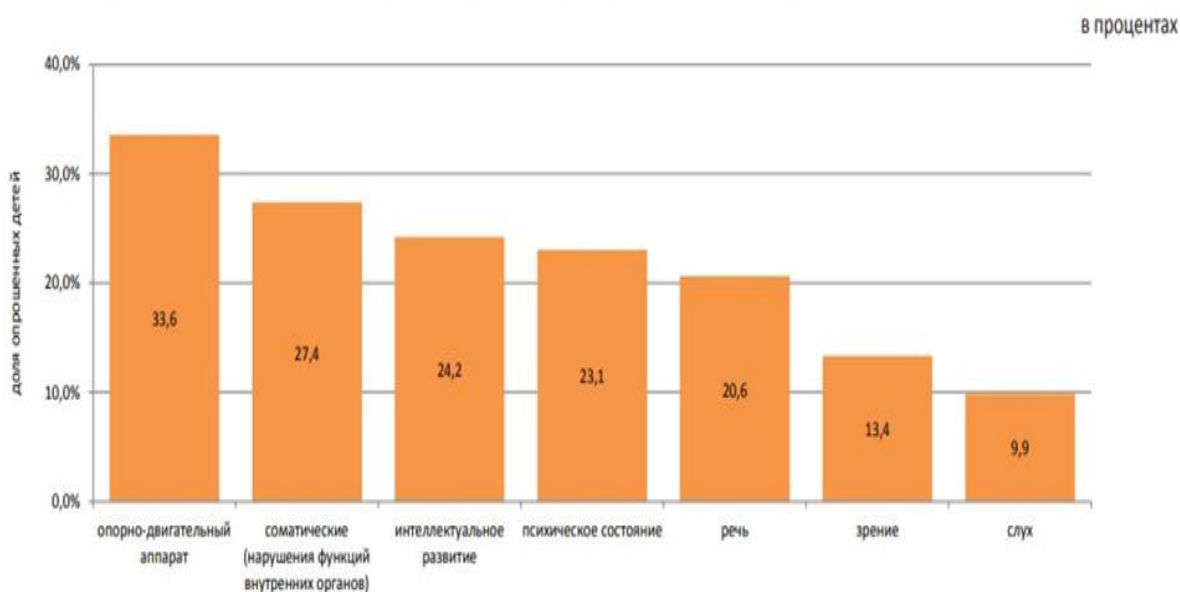
городской местности. Наибольшие затруднения данный вопрос вызвал у респондентов в Мангистауской области (36,3%), что позволяет сделать предположение о множественности причин инвалидности у обследованных детей. Анализ собранных данных позволяет сделать вывод, что зачастую лица с инвалидностью могут одновременно иметь несколько нарушений функций. Почти в 70% случаях у детей нарушены психические функции (восприятие, внимание, память, мышление, речь, эмоции и другие), в 28% случаев - функции внутренних органов (нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции), в

23% случаев - сенсорные функции (зрение, слух, обоняние, осязание). Самая большая доля обследованных детей (33,6%) имеет нарушения опорно-двигательного аппарата (НОДА), что снижает их социальную активность и не позволяет им участвовать в общественных мероприятиях в связи с различными барьерами передвижения. У четверти обследованных детей имеются нарушения интеллекта (24,2% случаев), что ограничивает их возможности для посещения общеобразовательных учреждений, поскольку в развитии инклюзивного образования отсутствует специализация по данной группе детей, а пилотные проекты в основном направлены на детей с опорно-двигательными нарушениями.

Распространение врожденных патологии и осложнений течения беременности и родов как основных причин инвалидности обследованных детей



Распространенность нарушений функций организма среди обследованных детей с инвалидностью



Сравнивая общие значения распространенности тех или иных нарушений

функций организма среди обследованных детей с инвалидностью в разрезе городская/сельская местность и пол ребенка, несмотря на неравное количество опрошенных в соответствующих подгруппах, можно сделать вывод, что статистически важных различий по данным подгруппам не наблюдается, т.е. нарушения функций организма в незначительной степени зависят от места жительства и пола ребенка. Дети с нарушением речи на 100% ограничены в общении, 64,3% обследованных детей испытывают ограничение жизнедеятельности в целом, 60,5% - имеют ограничения способности к обучению, трудовой деятельности.

Менее всего страдает способность к игровой деятельности -23%. Жизнедеятельность 70% обследованных детей с нарушением интеллекта в целом ограничена, у них чаще всего страдает способность к обучению (трудовой деятельности) (в 100% обследованных случаев), общение вследствие нарушения речи, слуха (64%). Менее всего они уязвимы в ориентации и способности к игровой деятельности (30,9% и 30,5% соответственно). Почти две трети детей с психическими проблемами (66,9%) указали на ограничение жизнедеятельности в целом. Также они заметно ограничены в способности к обучению (67,8%), общении (речь, слух) (44%), самообслуживании (40,3%). Однако более 10% обследованных детей с такими нарушениями заявили об отсутствии ограничений.

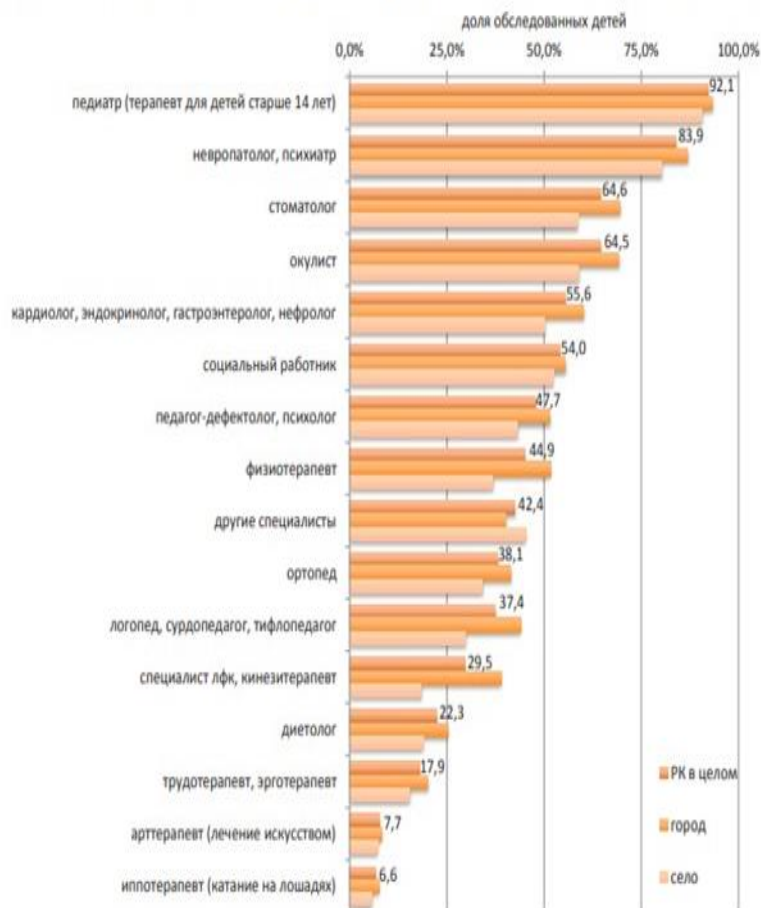
Дети с соматическими нарушениями представляют собой группу детей, которые чаще других обследованных не имеют каких-либо ограничений жизнедеятельности, - среди опрошенных более половины таких детей (53%).

Около трети детей с соматическими нарушениями имеют ограничение жизнедеятельности в целом (31%), ограничены в способности к обучению (трудовой деятельности) (26%) и в самостоятельном передвижении (19%). Среди детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата выявлены наивысшие показатели ограничения жизнедеятельности в целом и самостоятельного передвижения (99,6% и 99,8% соответственно).

В ходе обследования респондентам были заданы вопросы об отдельных специалистах, оказывающих помощь детям с инвалидностью. Было выявлено, что 92% обследованных детей и подростков наблюдаются у педиатра (терапевта), 84% - у невропатолога или психиатра, 45% - у физиотерапевта. Следует отметить, что охват услугами таких специалистов, как специалиста ЛФК и кинезитерапевта (29,5%), социального работника

(54%), педагогов дефектологов и психологов (47,7%), представляется недостаточным, учитывая ранее выявленные показатели ограничений в самостоятельном передвижении и полного ограничения жизнедеятельности (40,2% и 60,6% детей соответственно), а также тот факт, что социальный работник выступает как посредник между родителями и ребенком, врачом и работниками социальной помощи и организует помощь ребенку, его родителям в решении сложных проблем, связанных с уходом, лечением, специальным обучением и воспитанием, адаптацией и интеграцией в общество. Рассматривая показатели обеспечения детей с инвалидностью, проживающих в городской и сельской местности, услугами данных специалистов, можно отметить тенденцию большего использования таких услуг городскими жителями (с незначительным опережением респондентов на селе по большинству типов специалистов). Учитывая тот факт, что профиль инвалидности различается по регионам и конкретным местам проживания, на основании полученных в ходе обследования данных все же можно предположить, что городская местность лучше обеспечена такими специалистами, как специалист ЛФК/ 1) кинезитерапевт, физиотерапевт, 2) логопед 3) сурдопедагог, 4) тифлопедагог, стоматолог, окулист, кардиолог, эндокринолог, гастроэнтеролог, нефролог. Далее представляется логичным рассмотреть обеспечение детей с инвалидностью услугами специалистов в зависимости от типа имеющихся у них нарушений, т.к. они в значительной степени определяют потребности в услугах. Тем не менее, для всех типов нарушений свойственна высокая степень (свыше 90%) использования услуг педиатра (терапевта для детей старше 14 лет). При нарушениях в интеллектуальном развитии и психическом состоянии детей возрастает потребность в услугах невропатолога (психиатра) – ими пользуются свыше 95% респондентов обеих групп. Также высокий показатель получения услуг данного специалиста среди детей, имеющих нарушения речи (90%) и НОДА (87%). Полученные в ходе обследования данные указывают на недостаточный охват услугами социальных работников: среди опрошенных их не получают треть детей с нарушениями интеллектуального развития, почти по 40% детей с нарушениями психики, речи, опорно-двигательного аппарата, около половины детей, имеющих нарушения слуха, зрения, функций внутренних органов (в каждой из групп).

Предоставление детям с инвалидностью услуг специалистами, по типу местности*



*1) На графике в процентах указаны значения для опрошенных детей в целом.

*2) Кинезотерапевт – реабилитолог, массажист, специалист по лечебной гимнастике в одном лице

*3) Логопед – специалист, занимающийся профилактикой и коррекцией нарушений устной и письменной речи

*4) Сурдопедагог – специальный педагог, который занимается обучением и воспитанием глухих и слабослышащих детей, проводящий реабилитацию детей с кохлеарными имплантатами

*5) Тифлопедагог – специальный педагог, занимающийся воспитанием, обучением и развитием детей с нарушением зрения

Под скринингом психофизического развития понимается массовое стандартизированное обследование детского населения в возрасте до трех лет с целью выявления группы детей с риском отставания в психофизическом развитии и направления их в психолого-медикопедагогические консультации для оказания им коррекционно-развивающей помощи. Данное обследование проводится медицинскими работниками родовспомогательных учреждений, детских поликлиник и учреждений первичной медико-санитарной помощи. Скрининг психофизического развития прошли две трети опрошенных детей, что является хорошим показателем, поскольку система скрининга в РК была внедрена не так давно, а в общем количестве обследованных детей входили и дети старше 10 лет. Открытые кабинеты в родильных домах, в организациях ПМСП также проводят психофизический скрининг детей раннего возраста. Показатели проведения скрининга психофизического

развития в городе несколько выше, чем в сельской местности – 71,1% против 63,4%.

Основные выводы и заключения. Качество жизни – это широкая многомерная концепция, обычно включающая субъективные оценки как позитивных, так и негативных сторон жизни. Сложность измерения качества жизни заключается в том, что каждый человек или группа могут охарактеризовать его по-своему. И хотя здоровье является одним из важных доменов общего качества жизни, существуют и другие домены, такие как, например, работа, жилищные условия, условия образования, окружающая среда и т.д. Аспекты культуры, ценностей и духовности, концепции свободы, прав человека и счастья также представляют собой важные составляющие общего качества жизни, что еще больше усложняет его измерение. Качество жизни является динамическим состоянием, которое реагирует на жизненные события и изменения.

Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Гагарина, А.Е. Проблема социализации детей-инвалидов в современном обществе / А.Н. Гагарина // Амурский научный вестник. - 2016. - № 3. - С. 15-22. 2.
2. Деннер, В. А. Научный обзор вопроса детской инвалидности как медико-социальной проблемы / В.А. Деннер, П.С. Федюгина, О.В. Давлетшина, М.В. Набатников // Молодой ученый. - 2016. - №20. - С.
3. Дубровская, Т. А. Адаптация и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья / Т. А. Дубровская, М. В. Воронцова, В. С. Кукушкин. - М.: Изд-во Российского государственного социального университета, 2012. - 362 с.
4. Егорова, Т. В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями / Т.В. Егорова. - Балашов: Изд-во «Николаев», 2012. -
5. Захарова, С.В. Социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья / С.В. Захарова, Н.Ю. Ковырева, С.Ф. Почитаева // Дополнительное образование и воспитание. - 2012. - № 3. - С. 35-38.
6. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Медик. –М.: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2013. 608 с.
7. Реанович Е. А. Смысловые значения понятия «потенциал» / Е. А. Реанович // Международный научно-исследовательский журнал. - 2012. - № 7 (7) Часть 2. - С. 14-15.
8. Акатова Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы. М.: Гу-манит. Владос, 2003, 386с.
9. Серебренникова Ю.В. Модель организации образовательного процесса учащихся с нарушениями в развитии в общеобразовательной школе. / Вектор науки ТГУ. Серия «Педагогика и психология». 2012. №2 (9). С. 274-277

Часть III
ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Толченникова Е.Н. ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА И ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ЕГО КОРРЕКЦИИ ПРИ ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ С ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	2
Турдиева Ш.Т., Насирова Г.Р. ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТА МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ	7
Тухтаева М.М., Сирожиддинова Х.Н., Олтибаев У.Г., Абдухалик-Заде Г.А., Набиева Ш.М., Усманова М.Ф. ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ГИПОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ	10
Умарова С.С., Мухаммадиева Л.А., Рузметова С.У., Кулдашев С.Ф. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ	15
Уралов Ш.М., Рустамов М.Р., Халиков К.М. ИЗУЧЕНИЕ ГЛЮКОНЕОГЕННОЙ И МОЧЕВИНООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	18
Фейзуллаева Н.Н., Юлдашев Б.А., Муродова М.Д., Юлдашева Д.А. СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ	21
Хайдарова С.Х., Жалилов А.Х., Шадиева Х.Н., Мамутова Э.С. РОЛЬ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В РЕАЛИЗАЦИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	27
Хайитов У.Х., Ахмедов Ю.М., Бегнаева М.У. КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЕПТИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ	35
ХЧелпан Л.Л. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ И ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ ДОНБАССКОГО РЕГИОНА	37
Черезова И.Н., Габитова Н.Х., Осипова И.В. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	41
Шавази Н.М., Ибрагимова М.Ф., Лим М.В., Атаева М.С. СТУПЕНЧАТАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ С АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ У ДЕТЕЙ	45
Шавази Н.М., Рустамов М. Р., Закирова Б. И Лим М.В., Атаева М.С., Мамаризаев И. К. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ТЕЧЕНИ.Е АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ	48
Шадиева Х.Н., Хайдарова С.Х., Мамутова Э.С. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ОСЛОЖНЁННОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ И ТРОМБОМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	51
Шавази Н.Н., Халилова Д.Р. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	56