

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



№2 (Том 3)

2022



# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 2

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2022



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)  
Н.В. Болотова (Саратов)  
Н. Н. Володин (Москва)  
С.С. Давлатов (Бухара)  
А.С. Калмыкова (Ставрополь)  
А.Т. Комилова (Ташкент)  
М.В. Лим (Самарканд)  
Э.С. Мамутова (Самарканд)  
Э.И. Мусабоев (Ташкент)  
А.Н. Орипов (Ташкент)  
Н.О. Тураева (Самарканд)  
Ф. Улмасов (Самарканд)  
А. Фейзоглу (Стамбул)  
Б.Т. Холматова (Ташкент)  
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](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).

## СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

<b>1. Азимбегова Ситора Нодировна, Давранова Азиза Даврановна</b> БОЛАЛАРДА 1-ТУР ҚАНДЛИ ДИАБЕТНИ ДАВОЛАШНИИ ЎЗГАРТИРИШ ВА ДИАБЕТИК РЕТИНОПАТИЯСИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ.....	5
<b>2. Ашурова Максуда Жамshedовна, Гарифулина Лиля Маратовна</b> БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА СЕМИЗЛИК ВА Д ВИТАМИНИ ДЕФИЦИТИ, МУАММОГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР.....	8
<b>3. Азимова Камола Талатовна, Гарифулина Лиля Маратовна, Закирова Бахора Исламовна</b> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ БРОНХИОЛИТОВ У ДЕТЕЙ.....	13
<b>4. Ахмедова Дилбар Юсуфжонова, Эшқобиллов Фазлиддин Рашид угли</b> РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ КАК ПРЕДВЕСТНИК ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ.....	17
<b>5. Бойкузиев Хайитбой Худойбердиевич</b> ОШКОЗОН-ИЧАК ЙЎЛИ АРУД-ТИЗИМИ ҲАҚИДА АЙРИМ МУЛОҲАЗАЛАР.....	21
<b>6. Garifulina Lilya Maratovna, Turaeva Dilafruz Xolmuradovna, Kodirova Shaxlo Saloxitdinovna</b> SEMIZLIGI VA METABOLIK SINDROMI BOR BO'LGAN BOLALARDA GEPATOBILIAR TIZIM HOLATI.....	23
<b>7. Гойибова Наргиза Салимовна, Гарифулина Лиля Маратовна</b> СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....	26
<b>8. Гудков Роман Анатольевич, Дмитриев Андрей Владимирович, Закирова Бахора Исламовна, Петрова Валерия Игоревна, Федина Наталья Васильевна, Шатская Елена Евгеньевна</b> БОЛЕЗНЬ И СИНДРОМ КАРОЛИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА КАРОЛИ У РЕБѐНКА, ЗАВЕРШИВШЕЕСЯ УСПЕШНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПЕЧЕНИ.....	29
<b>9. Dusanov Abdugaffar Dusanovich, Okboev Toshpulat Alixujaevich</b> NONSPESIFIK YARALI KOLIT XASTALIGINI KLINIK TURLARINI KECCHISHIDA HUJAYRAVIY VA GUMORAL IMMUNITETDAGI O'ZGARISHLAR XUSUSIYATINI BAHOLASH.....	36
<b>10. Загртдинова Ризид Миннесагитовна, Ермакова Маргарита Кузьминична, Ляшенко Наталья Владимировна, Найденкина Светлана Николаевна</b> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БАЗОВОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ.....	40
<b>11. Закирова Бахора Исламовна, Хусайнова Ширин Камилджонова, Очилова Бахтигул Сайфидиновна</b> ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ И ОСОБЕННОСТИ ЕЕ ТЕЧЕНИЯ.....	45
<b>12. Ибрагимова Юлдуз Ботировна, Тураева Дилафруз Холмурадовна, Кодирова Шахло Салохидиновна</b> НОСТЕРОИД ЯЛЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ ПРЕПАРАТЛАРНИ ҚУЛЛАГАНДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ГАСТРОПАТИЯЛАР. КЕЛИБ ЧИҚИШ МЕХАНИЗМИ ВА ОМИЛЛАРИ.....	48
<b>13. Карджавова Гульноза Абилкасимовна</b> СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С МИОКАРДИТАМИ.....	51
<b>14. Kodirova Marxabo Miyassarovna, Xoliqova Gulnoz Asatovna</b> SAMARQAND XUDUDIDA BOLALARDA MIOKARDITNING ASOSIY KLINIK SIMPTOMLARINI UCHRASHI.....	57
<b>15. Курбаниязов Зафар Бабажанович, Баратов Манон Бахранович, Арзиев Исмоил Алиевич, Насимов Абдужалил Махмаюнус угли</b> НАРУЖНОЕ И ВНУТРИБРЮШНОЕ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ (ПРИЧИНЫ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ).....	60
<b>16. Курбаниязов Зафар Бабажанович, Рахманов Косим Эрданович, Нарзуллаев Санат Иноятович, Мизамов Фуркат Очилович</b> КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....	64


# JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Карджавова Гульноза Абилкасимовна

Ассистент кафедры 1-Педиатрии и неонатологии,  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С МИОКАРДИТАМИ

**For citation:** Kardjavova Gulnoza Abilqosimovna/ Miokarditli bolalarda shifoxonadan tashqari pnevmoniyaning kompleks davosiga zamonaviy yondashuv. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 2. pp.51-56

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6857700>

### АННОТАЦИЯ

Пневмония у детей - одна из актуальных проблем педиатрии, что определяется сохраняющейся высокой заболеваемостью и тяжелым прогнозом, особенно у детей раннего возраста. Целью исследования явилась оценка эффективности и применения левокарнитина в лечении и профилактике миокардитов у детей. Было обследовано 150 детей в возрасте от 1 до 5 лет с пневмонией, которых мы разделили на 4 группы. Результатами доказано, что на фоне внебольничной пневмонии у детей маскируются все симптомы острой сердечной недостаточности, причиной которой, в большинстве случаев, является острая коронарная недостаточность. Изменение сердечной мышцы при этой патологии у детей повышает риск возникновения тяжелых нежелательных осложнений со стороны сердца, что в дальнейшем диктует необходимость включить в комплексную терапию препарат левокарнитин.

**Ключевые слова:** острый миокардит, внебольничная пневмония, левокарнитин, дети.

**Kardjavova Gulnoza Abilqosimovna**

1-pediatriya va neonatologiya kafedrası assistenti,  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarkand Uzbekistan

## МИОКАРДИТЛИ БОЛАДАРДА ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯНИНГ КОМПЛЕКС ДАВОСИГА ЗАМОНАВИЙ ЙОНДАШУВ

### ANNOTATSIYA

Bolalardagi pnevmoniya pediatriyaning dolzarb muammolaridan biri bo'lib, ayniqsa erta yoshdagi bolalarda ushbu kasallik ko'p uchrashi va og'ir kechishi bilan o'z aktualligini saqlamoqda. Ilmiy tadqiqotning maqsadi levokarnitinning bolalarda miyokarditning oldini olish va davolashdagi samaradorligini baholash bo'ldi. Pnevmoniya bilan kasallangan 1 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan 150 nafar bemorlar tekshirdik va ularni 4 guruhga ajratdik. Natijada, bolalarda shifoxonadan tashqari pnevmoniya fonida o'tkir yurak etishmovchiligining aksariyat hollarda o'tkir koronar etishmovchiligining barcha belgilari niqoblanganligi, ushbu kasallikda yurak mushaklaridagi o'zgarishlar og'ir asoratlarni keltirib chiqarishi va kasallikning kompleks davosiga levokarnitin preparatini kiritish zarurati aniqlandi.

**Kalit so'zlar:** o'tkir miokardit, shifoxonadan tashqari pnevmoniya, levokarnitin, bolalar.

**Kardzhavova Gulnoza Abilkasimovna**

assistant of the department 1-pediatrics and neonatology,  
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

## A MODERN APPROACH TO THE COMPLEX TREATMENT OF COMMUNITY-ACCOMPANY PNEUMONIA IN CHILDREN WITH MYOCARDITIS

### ABSTRACT

Pneumonia in children is one of the urgent problems of pediatrics, which is determined by the continuing high incidence and severe prognosis, especially in young children. The aim of the study was to evaluate the effectiveness and use of levocarnitine in the treatment and prevention of myocarditis in children. We examined 150 children aged 1 to 5 years with pneumonia, which we divided into 4 groups. The results proved that against the background of community-acquired pneumonia in children, all the symptoms of acute heart failure are masked, the cause of which in most cases is acute coronary insufficiency, a change in the heart muscle in this pathology in children increases the risk of severe unwanted complications from the heart, which should be included in the future in complex therapy, the drug levocarnitine.

**Key words:** acute myocarditis, community-acquired pneumonia, levocarnitine, children.

**Актуальность.** Последние несколько десятилетий тяжелые пневмонии остаются одной из актуальных проблем современной медицины в силу неуклонной тенденции к росту числа больных и стабильно высокой летальности, несмотря на использование новых принципов и методов лечения [5,7,8]. Одной из главных причин острого миокардита на сегодняшний день являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), которые остаются самыми распространенными и глобальными заболеваниями у детей [10]. Сердечно - сосудистая недостаточность типична для пневмонии, особенно у детей раннего возраста. Она развивается бурно, уже на ранних стадиях заболевания. При неосложненном течении болезни имеет место клинически скрытая сердечная недостаточность, диагностируется с помощью инструментальных исследований таких как ЭКГ, Эхо КГ [9, 11]. При внебольничной пневмонии у детей нарушение функции сердечно - сосудистой системы может клинически проявиться в виде коронарной недостаточности, а чаще сердечно - сосудистой недостаточности [11]. Каждая эпидемия гриппа осложняющаяся пневмонией у детей сопровождается увеличением числа случаев острого миокардита, что определяет актуальность изучения этой проблемы.

Гипоксия, патогенетически возникающая при пневмонии и тем более при пневмонии с миокардитами у детей, является мощным стрессорным фактором, способствующим развитию вторичной митохондриальной дисфункции, нарушению клеточного энергообмена. Гипоксия может быть связана с дефицитом L-карнитина. При нарушении клеточного метаболизма страдают наиболее энергозависимые органы и системы, среди которых дыхательная и сердечно-сосудистая системы [4].

В настоящее время накоплен клинический опыт по применению левокарнитина в педиатрии, разработаны рекомендации по его дозированию при различной патологии и состояниях у детей [1].

Принимая во внимание характер выявленных нарушений при ВПМ у детей, нами в качестве оптимального препарата с метаболическим действием выбран «Элькар®» - действующее вещество левокарнитин. Препарат применялся в дозе 100 мг/сутки в 2 приема внутрь, в течение всего срока лечения больных.

**Цель исследования:** Оценить эффективность лечения левокарнитином при внебольничных пневмониях с миокардитами у детей.

**Материалы и методы исследования:** Проанализированы результаты комплексного лечения 150 больных детей с внебольничной пневмонией на базе I и II детских отделений и отделения интенсивной терапии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской

помощи. Изучены результаты анамнестических, клинических, общепринятых лабораторных, микробиологических, вирусологических, инструментальных и специальных методов обследований у 150 детей с внебольничными пневмониями в возрасте от 1 месяца до 5 лет. Из них 120 больных с сопутствующими миокардитами.

При проведении анализа эффективности различных терапевтических подходов, на 2-м этапе исследования 120 детей с внебольничными пневмониями с миокардитами (больные из группы В и С с 1-го этапа исследования) были разделены на 4 группы:

В I группу вошли 30 больных с внебольничной пневмонией с миокардитом, получавшие стандартную терапию.

Во II группу - 30 больных с внебольничной пневмонией с миокардитом, получавшие пентоксифиллин в комплексе со стандартной терапией.

В III группу – 30 больных с внебольничной пневмонией с миокардитом, получавшие левокарнитин в комплексе со стандартной терапией.

В IV группу - 30 больных с внебольничной пневмонией с миокардитом, получавшие пентоксифиллин и левокарнитин в комплексе со стандартной терапией.

Все группы были сопоставимы по возрасту, полу, этиологии заболевания, тяжести течения, осложнениям, сопутствующей патологии и проводимой базисной терапии. Критериями исключения из исследования явились больные с хроническими (наследственными) заболеваниями бронхолегочной системы и врожденными пороками сердца закономерно сопровождающихся сердечно-сосудистыми изменениями.

Формирование групп и подгрупп с целью оценки диагностики и эффективности лечения проводилось с соблюдением принципов рандомизации и простого слепого метода.

Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей.

Верификация диагноза пневмонии проводилась по классификации основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей, одобренной на заседании XVIII Национального конгресса по болезням органов дыхания [3]. Использовали классификацию миокардитов у детей рабочей группы Ассоциации детских кардиологов России [6].

При поступлении больным назначалась идентичная базисная терапия пневмонии и миокардитов в соответствии с используемыми на сегодняшний день протоколами и клиническими рекомендациями [2,6].

Анализ больных по половым различиям (рис. 1) показал, что преимущественно болели мальчики (58,7%) в сравнении с девочками (41,3%).

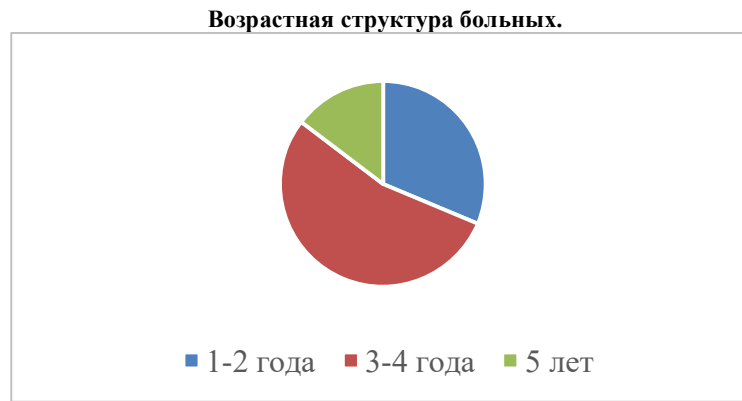
Рисунок 1.

Распределение больных по полу.



Среди обследованных больных (рис. 2) большинство составляли дети в возрасте 3-4 лет - 81 (54,0%), от 1 до 2 лет - 47 (31,2%) и реже у детей в возрасте 5 лет - 22 (14,7%), что сопоставимо с литературными данными по заболеваемости пневмонией

Рисунок 2.



Выписка больных детей из стационара проводилась с учетом специфики работы службы ЭМП по стандартам диагностики и лечения, в которых рекомендуемые сроки стационарного лечения составляют при внебольничной пневмонии 11 дней. В дальнейшем, при необходимости, наблюдение и лечение выписанных больных.

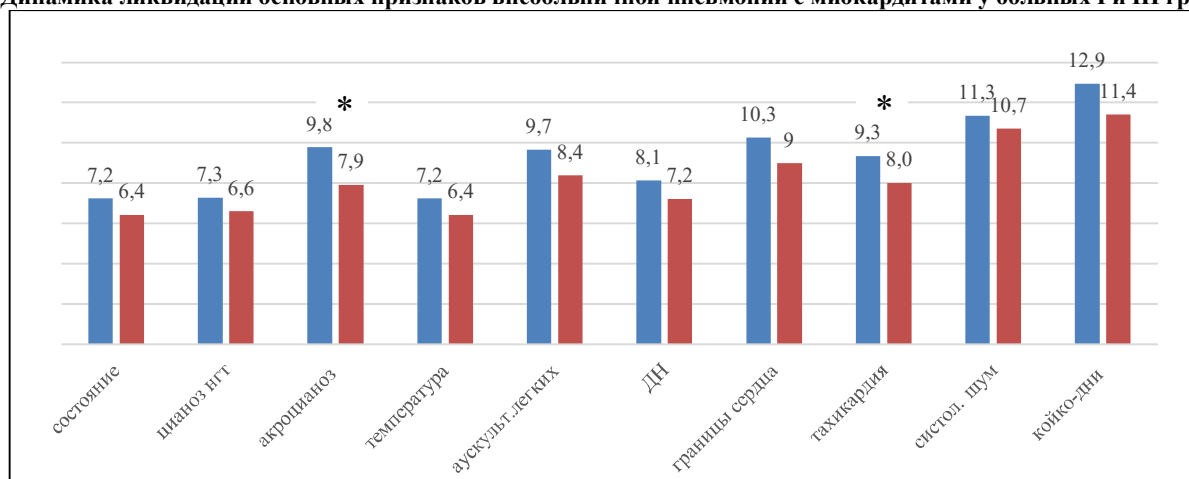
**Результаты исследования.** Динамика клинических показателей (рис.3) показала улучшение симптоматики у больных получавших левокарнитин в сравнении с традиционным лечением от 0,6 до 1,9 дней. Улучшение общего состояния у больных III группы наступало на 6,4±0,3 сутки; цианоз носогубного треугольника исчезал на 6,6±0,3 сутки; нормализация температуры на 6,4±0,4 сутки; нормализация аускультативных

данных в легких на 8,4±0,5 сутки; исчезновение дыхательной недостаточности на 7,2±0,3 сутки; нормализация границ сердца выявлялась на 9,0±0,6 сутки; исчезновение систолического шума на 10,7±0,5 сутки. Однако это было статистически недостоверным в сравнении с I группой (P>0,1, P>0,2, P>0,5).

Только исчезновение акроцианоза на 7,9±0,5 сутки и тахикардии на 8,0±0,4 сутки, показало достоверную эффективность воздействия левокарнитина на течение заболевания (P<0,05, P<0,01). Однако, по продолжительности стационарного лечения (11,6±0,6 сутки) не выявлено достоверного клинического преимущества левокарнитина при ВПМ у детей, в сравнении с традиционной терапией (P>0,1).

Рисунок 3.

**Динамика ликвидации основных признаков внебольничной пневмонии с миокардитами у больных I и III групп.**



Примечание: – I группа, – III группа, \* - P< 0,05, P< 0,01 - достоверность различий между группами.

Таблица 1

**Состояние ЭХОКГ при поступлении у больных в зависимости от метода лечения (M±m)**

показатели	контроль	Группа I	Группа III	P1	P2	P3
КСР, см	2,44±0,11	3,91±0,23	3,78±0,20	<0,001	<0,001	>0,5
КСО, мл	22,39±1,01	65,57±2,95	59,83±3,15	<0,001	<0,001	>0,2
КДР, см	3,72±0,17	4,79±0,26	4,65±0,23	<0,001	<0,001	>0,5
КДО, мл	58,48±2,13	114,05±5,28	116,32±4,11	<0,001	<0,001	>0,5
УО, мл	36,19±1,58	54,52±2,26	50,46±2,24	<0,01	<0,001	>0,2
ФВ, %	61,7±2,2	48,8±4,4	44,9±3,1	<0,01	<0,001	>0,5

P1, P2, P3 – достоверность различий между контрольной и I группой, контрольной и III группой и I и III группой соответственно

При клиническом выздоровлении ЭХОКГ исследования показали (таблица 1), что проведение метаболической терапии проявилось ускоренной нормализацией внутрисердечной гемодинамики, в сравнении базисной терапией. Так в III группе полностью нормализовались показатели КСР, КСО, КДР, УО и только КДО и ФВ не достиг нормативных значений (P<0,02, P<0,01).

Таким образом, применение левокарнитина в базовую терапию ВПМ у детей нормализуя показатели сократимости левого желудочка улучшает функциональное состояние миокарда и свидетельствует о целесообразности данного метода при ВПМ у детей.

Таблица 2

**Состояние ЭХО-КГ при выписке у больных в зависимости от метода лечения (M±m)**

показатели	контроль	Группа I	Группа III	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	P <sub>3</sub>
КСР, см	2,44±0,11	3,04±0,14	2,48±0,12	<0,001	>0,5	<0,01
КСО, мл	22,39±1,01	37,45±1,64	21,39±1,39	<0,001	>0,5	<0,001
КДР, см	3,72±0,17	4,05±0,16	3,78±0,15	>0,2	>0,5	>0,2
КДО, мл	58,48±2,13	71,84±4,51	58,37±2,29	<0,01	<0,01	>0,5
УО, мл	36,19±1,58	35,73±2,38	42,52±2,12	>0,5	>0,5	>0,5
ФВ, %	61,7±2,2	35,5±2,3	64,35±3,5	<0,001	<0,02	<0,001

P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>, P<sub>3</sub> – достоверность различий между контрольной и I группой, контрольной и III группой и I и III группой соответственно

Исследование системы гемостаза до начала терапии у больных III группы (таблица 3) выявило активацию плазменного и тромбоцитарного звеньев гемостаза и угнетение фибринолиза. В данной группе, в сравнении с контрольной группой, отмечалось уменьшение продолжительности АЧТВ на 20,8%, уровня фибриногена на 29,5%, в то же время увеличивались показатели ТВ

на 84,7% и ПТВ на 28,2%. Выявляемые снижения активности ФА на 13,3% и увеличения D-димера на 41,6% объясняется влиянием продуктов деградации фибриногена, повышающихся при активации плазминовой системы, свидетельствуя о значительном повреждении эндотелия микроциркуляторного русла, что отражало нарушение в системе гемостаза.

Таблица 3

**Состояние коагуляционного гемостаза при поступлении у больных в зависимости от метода лечения (M±m)**

показатели	контроль	Группа I	Группа III	P	
АЧТВ, сек	34,93±1,51	23,63±1,83	27,56±1,97	<0,001	P <sub>1</sub>
				<0,01	P <sub>2</sub>
				>0,2	P <sub>3</sub>
ТВ, сек	10,47±0,59	21,06±0,79	19,34±1,01	<0,001	P <sub>1</sub>
				<0,001	P <sub>2</sub>
				>0,2	P <sub>3</sub>
Фибриноген, г/л	3,89±0,15	2,23±0,17	2,35±0,17	<0,001	P <sub>1</sub>
				<0,001	P <sub>2</sub>
				>0,5	P <sub>3</sub>
ПТВ, сек	14,46±0,62	20,45±1,05	18,54±0,81	<0,001	P <sub>1</sub>
				<0,001	P <sub>2</sub>
				>0,2	P <sub>3</sub>
ФАП, сек	191,96±8,20	258,19±12,44	217,53±13,21	>0,2	P <sub>1</sub>
				>0,1	P <sub>2</sub>
				>0,5	P <sub>3</sub>
D-димер, нг/мл	252,5±12,0	361,57±30,52	357,56±19,37	<0,01	P <sub>1</sub>
				<0,001	P <sub>2</sub>
				>0,5	P <sub>3</sub>

P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>, P<sub>3</sub> – достоверность различий между контрольной и I группой, контрольной и III группой и I и III группой соответственно

Можно констатировать, что изучаемые показатели I и III групп, как и проанализированных ранее при поступлении I и II групп больных практически не отличались между собой (P>0,2, P>0,5).

Полученные результаты вполне очевидны, так как, отклонения коагуляционного гемостаза были детерминированы развитием пневмонии и миокардита и, в тоже время, в полной мере не проводилась патогенетическая коррекция изменений.

При выписке больных III группы отмечены положительные изменения со стороны гемостазиологических показателей (таблица 4). Наступила нормализация АЧТВ (32,71±1,08 сек) и ТВ (10,64±0,55 сек), отмечалась тенденция к нормализации показателей фибриногена (2,96±0,09 г/л), ПТВ (18,28±0,21 сек), ФАП (228,34±9,41 сек) и D-димера (293,72±9,00 нг/мл), но пока не были достигнуты нормативные значения (P<0,01, P<0,001).

Таблица 4

**Состояние коагуляционного гемостаза при выписке у больных в зависимости от метода лечения (M±m)**

показатели	контроль	Группа I	Группа III	P	
АЧТВ, сек	34,93±1,51	32,70±1,26	32,71±1,08	>0,2	P <sub>1</sub>
				>0,2	P <sub>2</sub>
				>0,5	P <sub>3</sub>
ТВ, сек	10,47±0,59	11,36±0,63	10,64±0,55	>0,2	P <sub>1</sub>
				>0,5	P <sub>2</sub>
				>0,5	P <sub>3</sub>
Фибриноген, г/л	3,89±0,15	2,69±0,16	2,96±0,09	<0,001	P <sub>1</sub>
				<0,001	P <sub>2</sub>
				>0,2	P <sub>3</sub>
ПТВ, сек	14,46±0,62	18,56±0,27	18,28±0,21	<0,001	P <sub>1</sub>
				<0,001	P <sub>2</sub>
				>0,5	P <sub>3</sub>
ФАП, сек	191,96±8,20	233,38±9,09	228,34±9,41	<0,02	P <sub>1</sub>



				<0,01	P2
				>0,5	P3
D-димер, нг/мл	252,5±12,0	302,17±9,20	293,72±9,00	<0,001	P1
				<0,01	P2
				>0,5	P3

*P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>, P<sub>3</sub> – достоверность различий между контрольной и I группой, контрольной и III группой и I и III группой соответственно.*

Таким образом, применение левокарнитина в комплексной терапии заболевания, не приводила к полной нормализации всех изучаемых показателей свертывания крови. Определялась незначительная гиперкоагуляционная направленность за счет сохраняющихся изменений уровня фибриногена, длительности ПТВ, состояния ФА и снижения D-димера.

При поступлении в стационар в группе детей получающих левокарнитин (таблица 4.2.5), активность α - ГБДГ была усилена

на 27,7% и повышено значение уровня МВКК на 238,7%, в сравнении с контрольными значениями (P<0,001). При этом степень нарушений кардиоспецифических ферментов в сравниваемых I и III группах, как и проанализированных ранее I и II группах больных практически не отличались между собой (P>0,5)

**Таблица 5**

**Показатели кардиоспецифических ферментов при поступлении у больных в зависимости от метода лечения (M±m)**

показатели	Контроль	Группа I	Группа III	P	
α-ГБДГ ед/л	115,1±6,1	192,2±11,2	193,3±9,76	<0,001	P <sub>1</sub>
				<0,001	P <sub>2</sub>
				>0,5	P <sub>3</sub>
МВКК ед/л	18,1±1,2	66,1±8,1	61,3±3,0	<0,001	P <sub>1</sub>
				<0,001	P <sub>2</sub>
				>0,5	P <sub>3</sub>

*P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>, P<sub>3</sub> – достоверность различий между контрольной и I группой, контрольной и III группой и I и III группой соответственно*

При включении левокарнитина в комплекс терапии у детей ВПМ (таблица 6), происходит уменьшение патологической активности кардиоспецифических ферментов. В III группе выявлено значимое уменьшение и достижение нормативных показателей α-ГБДГ - 127,0±6,3 ед/л (P>0,2), что на 16,4% лучше в сравнении с I группой - 151,3±8,9 ед/л (P<0,01). Несмотря на значимые различия между III и I группами (P<0,01) и тенденции снижения МВКК до 31,6±2,4 ед/л и 40,3±2,4 ед/л, не достигли

нормативных значений. При этом, при применение левокарнитина уровень МВКК снизился на 21,6% в сравнении с традиционной терапией (P<0,01). Постепенное восстановление метаболизма миокардиальной системы у больных III группы проявляясь восстановлением α-ГБДГ, по всей видимости, отражают эффективность применения левокарнитина в комплексной терапии заболевания.

**Таблица 6**

**Показатели кардиоспецифических ферментов при выписке у больных в зависимости от метода лечения (M±m)**

показатели	Контроль	Группа I	Группа III	P	
α-ГБДГ ед/л	115,1±6,1	151,4±7,5	127,0±6,3	<0,001	P <sub>1</sub>
				>0,2	P <sub>2</sub>
				<0,01	P <sub>3</sub>
МВКК ед/л	18,1±1,2	40,3±2,4	31,6±2,4	<0,001	P <sub>1</sub>
				<0,001	P <sub>2</sub>
				<0,01	P <sub>3</sub>

*Примечание. P<sub>1</sub>, P<sub>2</sub>, P<sub>3</sub> – достоверность различий между контрольной и I группой, контрольной и III группой и I и III группой соответственно*

**Выводы.** Таким образом, включение левокарнитина в комплексную терапию внебольничной пневмонии с миокардитами, оказывает положительное влияние на динамику клинической симптоматики, способствуют нормализации

ЭХОКГ данных, состояния коагуляционного гемостаза и кардиоспецифических ферментах, позволяя сделать вывод о целесообразности метаболических препаратов в комплексной терапии заболевания у детей

**Список литературы/ Iqtiboslar/ References**

- Брин И. Л., Дунайкин М. Л., Лисицина С. В. Проблемы дозирования препаратов карнитина в детском возрасте //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2014. – Т. 59. – №. 4.
- Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации. – М.: Оригинал-макет, 2015. - 64 с.
- Геппе Н.А., Розина Н.Н., Волков И. К., Мизерницкий Ю. Л. Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей // Российское респираторное общество. - М., 2009. - С.18.
- Калинина М. А., Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф. Левокарнитин в детской практике //Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2018. – Т. 2. – №. 10. – С. 40-44.
- Карджавова Г.А.2 , Лим М.В., Урунова М.А. Этиологическая структура внебольничной пневмонии у детей с миокардитами //Журнал кардиореспираторных исследований -2021 №4.
- Миокардит у детей. Клинические рекомендации. Союз педиатров России. М. 2016. 44 с.
- Шавази Н.М.1 , Карджавова Г.А.2 , Лим М.В.3 , Лим В.И., Гайбуллаев Ж.Ш. // Клиническая характеристика острого миокардита у детей на фоне внебольничной пневмонии-Ж.
- Шавази Н.М., Лим М.В., Каримова Г.М. "Состояние сердечной гемодинамики по данным эхокардиографического исследования у

- детей раннего возраста с пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком". Вестник экстренной медицины. № 3, 2013. С. 289-290.
9. Шавази Н.М.1 , Карджавова Г.А. Диагностические значение кардиальных маркеров у детей с миокардитами на фоне внебольничной пневмонии //Ж. Проблемы биологии и медицины – 2022.№2 (135).
  10. Shavazi N.M., Kardzhavova G.A., Lim M.V., Gaybullayev ; a;J.Sh. Monitoring the etiological aspects of community-acquired pneumoniya in children //J. Problems of biology and medicine– 2021.№3 (128).
  11. Shavazi N.M., Kardzhavova G.A., Lim M.V., Atayeva M.S. // Features of the course of community-acquired pneumoniya in children with miocardites// J. Questions of science and education-2020.№33(117).
  12. Гарифулина Л. М. Состояние метаболизма у детей с артериальной гипертензией и ожирением //Детская медицина Северо-Запада. – 2020. – С. 96.

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 2

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 2

**Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://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](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Тел: (+998-94) 404-0000