

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№3 (Том 3)

2022

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 3





ISSN 2181-1008 (Online)

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

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
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.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1. Khusainova Shirin Kamiljonovna, Ahmedova Dilbar Yusufjonovna IMPROVING TREATMENT OF COMMUNITY- ACQUE PNEUMONIA WITH ATYPICAL ETIOLOGY.....	5
2. Лим Максим Вячеславович, Куйлиева Сохиба Уктам кизи, Махмудова Парвина Насридиновна, Тошпулотов Санжар Фазлиддин угли ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	8
3. Лим Максим Вячеславович, Сафарова Ширинбону Санджаровна, Рахматов Адхамбек Азизбек угли, Туракулов Иброхим Шавкатович ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННОГО.....	12
4. Мамутова Эвелина Сергеевна, Шадиева Халима Нуридиновна КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИАСТЕНИИ ГРАВИС.....	16
5. Murtazaev Zafar Isrofulovich, Baysariev Shovkat Usmonovich O‘RKA VA JIGAR QO‘SHMA EXINOKOKKOZIDA JARROHLIK TAKTIKASI.....	20
6. Murtazaev Zafar Isrofulovich, Baysariev Shovkat Usmonovich O‘RKA EXINOKOKKOZIDA XIRURGIK TAKTIKA.....	26
7. Раббимова Дилфуза Тоштемировна, Юсупов Фазлиддин Тожиевич ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОЙ ДЕКОНТАМИНАЦИИ И НЕЙРОПРОТЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	30
8. Раббимова Дилфуза Тоштемировна, Юсупов Фазлиддин Тожиевич РОЛЬ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	35
9. Kholikova Gulnoz Asatovna, Kodirova Markhabo Miyassarovna FREQUENCY OF FUNCTIONAL CONSTIPATION IN CHILDREN OF DIFFERENT AGES.....	38
10. Xolmuradova Zilola Ergashevna, Garifulina Lilya Maratovna SEMIZLIGI BOR O‘SMIRLARDA YURAK-QON TOMIR TIZIMINING HOLATI.....	41
11. Шавази Нурали Мамедович, Ибрагимова Марина Фёдоровна УЛУЧШЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....	45
12. Шавази Нурали Мухаммад угли, Рустамов Мардонкул Рустамович, Атаева Мухиба Сайфиевна ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОБАВИТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ.....	49
13. Шадиева Халима Нуридиновна, Мамутова Эвелина Сергеевна НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19).....	52
14. Шарипов Рустам Хаитович, Расулова Надира Алишеровна НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ.....	55
15. Шарипов Рустам Хаитович, Расулова Надира Алишеровна, Расулов Алишер Собирович ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ОКСИБРАЛ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ У ДЕТЕЙ НА ОСНОВАНИИ АКТИВНОСТИ ЛИПИДНОЙ ПЕРОКСИДАЦИИ.....	58

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Шавози Нурали Мамедович


д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрии №1
и неонатологии Самаркандский государственный
медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Ибрагимова Марина Фёдоровна

Ассистент кафедры педиатрии №1 и неонатологии
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

УЛУЧШЕНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ АТИПИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

For citation: Shavazi Nurali Mamedovich, Ibragimova Marina Fedorovna. Improving the treatment of community-accompanied pneumonia of atypical etiology in children. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 3. pp.45-48

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6777964>

АННОТАЦИЯ

Улучшение лечебной тактики при пневмонии является одной из наиболее актуальных проблем современной педиатрии. Нами было проведено обследование 120 больных внебольничной пневмонией в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, разделённых на 2 группы: I группа – 60 больных с микоплазменной и хламидийной этиологией, получавшие стандартную терапию, II группа - 60 больных, получавших джозамицин и резистол в комплексе стандартной терапии. Джозамицин назначали по 50 мг/кг в 2-3 приёма в сутки внутрь, резистол детям от 1 года до 6 лет 10 капель 3 раза в день, от 6 до 12 лет по 20 капель 3 раза в день. Препараты применяли в течение всего курса лечения.

Ключевые слова: лечение, атипичная пневмония, дети, резистол, джозамицин

Shavazi Nurali Mamedovich

t. f. d., professor, 1-son pediatriya va neonatologiya kafedrasini mudiri
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

Ibragimova Marina Fyodorovna

1-son pediatriya va neonatologiya kafedrasini assistenti
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

BOLALARDAGI ATIPIK ETIOLOGIYANING SHIFOXONADAN TASHQARI ПНЕВМОНИЯСИНИ DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH

ANNOTASIYA

Пневмониюни davolash taktikasini takomillashtirish zamonaviy pediatriyaning eng dolzarb muammolaridan biridir. Biz 6 oylikdan 14 yoshgacha bo'lgan jamiyat tomonidan olingan pnevmoniya bilan og'riqan 120 nafar bemorni 2 guruhga bo'lingan holda so'rov o'tkazdik: I guruh - standart terapiyani olgan mikoplazmal va xlamidiyalni etiologiyali 60 bemor, II guruh - standart terapiyaning bir qismi sifatida josamitsin va rezistol olgan 60 bemor. Josamitsin kuniga 2-3 dozada 50 mg / kg og'iz orqali, 1 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun Resistol 10 tomchidan kuniga 3 marta, 6 yoshdan 12 yoshgacha - kuniga 3 marta 20 tomchidan. Dori-darmonlar davolanishning butun kursi davomida ishlatilgan.

Kalit so'zlar: davolash, atipik pnevmoniya, bolalar, rezistol, josamitsin

Shavazi Nurali Mamedovich

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Department of Pediatrics №1 and Neonatology
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Ibragimova Marina Fedorovna

Assistant of the Department of Pediatrics №1 and Neonatology
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

IMPROVING THE TREATMENT OF COMMUNITY-ACCOMPANIED PNEUMONIA OF ATYPICAL ETIOLOGY IN CHILDREN

ANNOTATION

Improving treatment tactics for pneumonia is one of the most urgent problems of modern pediatrics. We conducted a survey of 120 patients with community-acquired pneumonia aged 6 months to 14 years, divided into 2 groups: Group I - 60 patients with mycoplasmal and chlamydial etiology who received standard therapy, Group II - 60 patients who received josamycin and resistol in the complex of standard therapy. Josamycin was administered at 50 mg/kg in 2-3 doses per day orally, Resistol for children from 1 year to 6 years 10 drops 3 times a day, from 6 to 12 years 20 drops 3 times a day. The drugs were used throughout the course of treatment.

Keywords: treatment, atypical pneumonia, children, resistol, josamycin

Актуальность. Пневмония является наиболее распространенным детским заболеванием, приводящим к госпитализации. Актуальность проблемы воспаления легочной ткани объясняется высокой заболеваемостью, смертностью от пневмоний среди детей раннего возраста, а также дороговизной лечения. [1,2]. Среди основных причин неблагоприятного исхода пневмонии у детей выделяют несвоевременную диагностику и неадекватную терапию. Говоря об оптимизации лечения, следует помнить, что подбор антибиотиков для лечения внебольничной пневмонии оптимален при расшифровке ее этиологии, однако экспресс-методы не всегда надежны и доступны. [4,6].

Основными возбудителями, вызывающими атипичные течения пневмоний, являются микопlasма, хламидии, легионелла. Чаще всего возбудителем микоплазменной пневмонии является *M. pneumoniae*. Заболеваемость микоплазменной пневмонией более высока у детей и подростков. В школах и детских садах возможно возникновение очагов эпидемии микоплазменной пневмонии. [3]. Проведенный нами анализ анамнестических данных и клинических проявлений у больных атипичной пневмонией в сравнении с типичной пневмонией выявил, что для микоплазменной пневмонии характерными ведущими критериями являются: возраст детей старше 6 лет (56,7%), постепенность развития заболевания (68,3%), состояние средней тяжести (81,7%), субфебрильная температура (55,0%), сухой, коклюшный кашель (47,6%), проявляющийся скудной трудно отделяемой мокротой (71,7%), аускультативно жесткое дыхание (93,3%), отсутствие или незначительная одышка (21,7%) и (50,0%). Кроме того развитие фарингита (30,0%), бронхообструктивного синдрома (21,7%) и высокой частоты "семейного" характера пневмонии (21,7%).

Также содержание СРБ и ПКТ при микоплазменной пневмонии превышало нормативные значения. Анализ полученных данных показал, что у больных атипичной пневмонией отмечается достоверное повышение эндогенной продукции как противовоспалительных - ИЛ-4, так и провоспалительных цитокинов - ИЛ-6 и ФНО- α соответственно по сравнению с нормативными показателями. Также отмечается повышение концентрации цитокинов - ИЛ-4, ИЛ-6. От их уровня зависит выраженность воспаления. Особенностью патогенеза атипичной пневмонии является внутриклеточное расположение возбудителя, что предполагает применение антибиотиков и иммуномодулирующих препаратов.

[5,7,8]. Прежде всего, это макролиды. Одним из таких препаратов является джозамицин. оказывающий бактериостатическое действие за счет угнетения синтеза белка бактериями. При создании высоких концентраций в очаге воспаления оказывает бактерицидное действие. Обладает высокой активностью в отношении внутриклеточных микроорганизмов: *Chlamydia trachomatis* и *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Legionella pneumophila*; в отношении грамположительных аэробных бактерий: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* и *Streptococcus pneumoniae* (*pneumococcus*).

Сохранение высокой концентрации препарата в жидкости, выстилающей эпителий, и в альвеолярных макрофагах в течение

длительного времени подтверждает возможность его применения в лечении инфекций респираторного тракта. Резистол - экстракт корней *Pelargonium sidoides*. Средство влияет на механизм прикрепления бактерий и вирусов к слизистой оболочке, тем самым препятствуя проникновению вирусов и бактерий в организм. Препарат обладает выраженным иммуномодулирующим действием, что обуславливает быстрое подавление вирусной инфекции. Он также препятствует размножению уже попавших в организм бактерий, тем самым предупреждая развитие осложнений. Препарат способствует активации механизмов очистки дыхательных путей, что улучшает выведение вязкой слизи и устраняет условия для дальнейшего размножения болезнетворных бактерий.

Лечение препаратом приводит к быстрому уменьшению выраженности таких симптомов, как кашель, обильное выделение мокроты, общее недомогание, лихорадка и ринит. Значительно сокращает продолжительность заболевания, не способствует развитию резистентности микроорганизмов.

Цель работы: Улучшить лечебные методики при пневмониях с атипичной этиологией у детей.

Материалы и методы исследования. На базе Самаркандского Филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, в отделениях педиатрии №1,2 нами было проведено обследование 120 больных внебольничной пневмонией в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Больные разделены на 2 группы: I группа - 60 больных с микоплазменной и хламидийной этиологией пневмонии, получавшие стандартную терапию, II группа - 60 больных, получавших джозамицин и резистол в комплексе стандартной терапии. Джозамицин назначали по 50 мг/кг в 2-3 приема в сутки внутрь, резистол детям от 1 года до 6 лет 10 капель 3 раза в день, от 6 до 12 лет по 20 капель 3 раза в день. Препараты применяли в течении всего курса лечения.

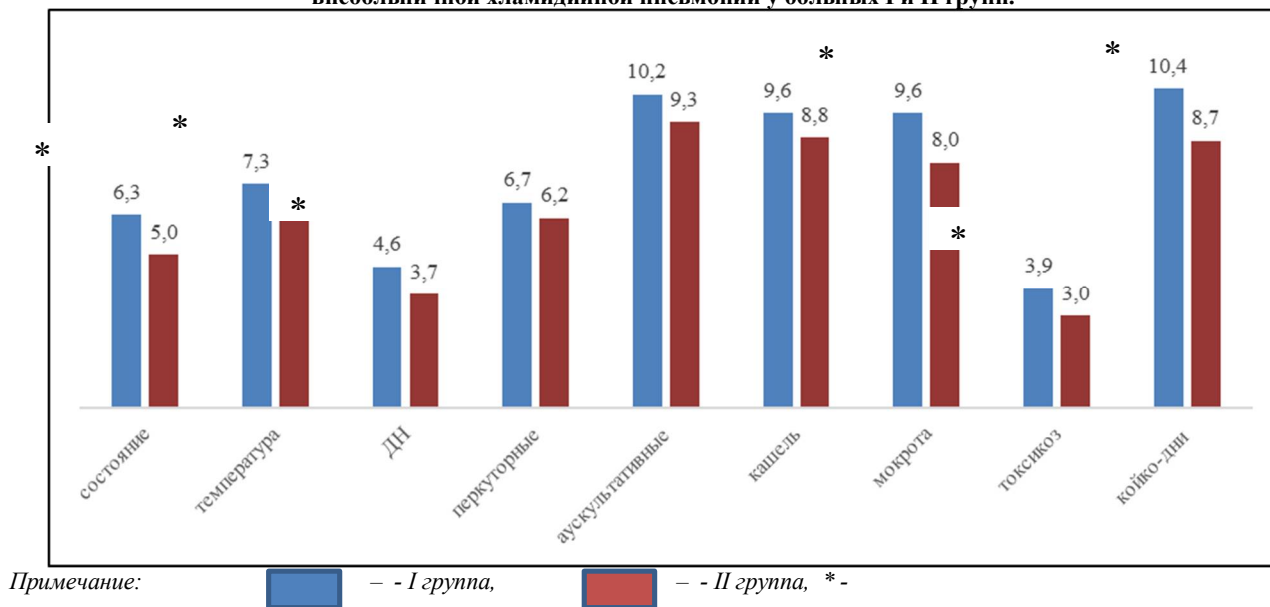
Для уточнения атипичной флоры внебольничной пневмонии использовали микробиологические исследования путем взятия материала из глубины глотки и определения бактериоскопическим методом в окрашенных по Граму мазках. Содержание С-реактивного белка в сыворотке крови определяли на автоматическом иммунохемилюминесцентном анализаторе; Определение прокальцитонина в сыворотке крови также проводили на автоматическом иммунохемилюминесцентном анализаторе.

Эффективность терапии у больных оценивали по регрессу патологических клинических симптомов заболевания, динамике лабораторных и инструментальных данных, а также по изменению показателей специальных методов исследования.

Результаты работы: После проведенного исследования были проанализированы и сопоставлены основные показатели больных сравниваемых групп при поступлении в стационар. Так, улучшение общего состояния у больных II группы наступало быстрее в 1,3 раза - на $5,0 \pm 0,2$ сутки; ликвидация гипертермии - в 1,2 раза - на $6,3 \pm 0,2$ сутки; исчезновение дыхательной недостаточности - в 1,2 раза - на $3,7 \pm 0,1$ день, в сравнении с больными со стандартной терапией на $6,3 \pm 0,3$, $7,3 \pm 0,3$ и на $4,6 \pm 0,2$ сутки соответственно

Рисунок 1.

Динамика ликвидации основных клинических признаков внебольничной хламидийной пневмонии у больных I и II групп.



В I группе детей нормализация физикальных данных в легких не имела статистически значимой эффективности по сравнению с больными, получавшими традиционную терапию. Так, применение джозамицина и резистола приводило к незначительному ускорению нормализации измененных перкуторных данных в 1,1 раза - на $6,2 \pm 0,3$ дня, аускультативных данных в 1,01 раза - на $9,3 \pm 0,4$ дня, по сравнению с традиционной терапией на $6,7 \pm 0,3$, $10,2 \pm 0,4$ сут. Также длительно сохранялся кашель у больных обеих групп до $8,8 \pm 0,4$ и $9,6 \pm 0,4$ дня.

Выявлено, что во II группе больных исчезновение мокроты происходило в 1,2 раза быстрее - на $8,0 \pm 0,4$ дня, исчезновение

токсического синдрома в 1,3 раза - на $3,0 \pm 0,1$ дня, при достоверной разнице с больными, которые находились на традиционной терапии - $9,6 \pm 0,4$ и $3,9 \pm 0,2$ дня.

Так, в группе больных на стандартном лечении наблюдалось повышение содержания СРБ ($31,5 \pm 1,3$ мг/л) в 9,5 раза, ПКТ ($1,07 \pm 0,03$ нг/л) в 6,7 раза. В группе детей при лечении джозамицином и резистолом отмечено повышение СРБ ($33,2 \pm 1,3$ мг/л) в 6,8 раза и ПКТ ($1,09 \pm 0,04$) в 6,8 раза по сравнению со стандартными значениями

Таблица 2

Показатели маркеров воспаления при поступлении у больных с внебольничной пневмонией (M±m)

Показатели	норма	Группа I	Группа II
СРБ (мг/л)	$3,3 \pm 0,2$	$31,5 \pm 1,3$	$33,2 \pm 1,3$
ПКТ (нг/л)	$0,16 \pm 0,01$	$1,07 \pm 0,03$	$1,09 \pm 0,04$
IL-4 пг/мл	$4,8 \pm 0,3$	$15,2 \pm 0,6$	$16,4 \pm 0,7$
IL-6 пг/мл	$16,3 \pm 0,7$	$46,7 \pm 2,2$	$45,5 \pm 1,7$
TNF-α пг/мл	$24,5 \pm 0,8$	$62,1 \pm 2,6$	$60,6 \pm 2,8$

В группе больных, получавших общепринятый комплекс лечебных мероприятий, отмечена положительная динамика нормализации маркеров воспаления. Так, при выписке больных из стационара у больных I группы отмечено снижение уровня СРБ в 8,5 раза, ПКТ - в 5,9 раза по отношению к исходным значениям, наблюдаемым при поступлении из стационара, которые достигли значимых нормативных значений. до $3,7 \pm 0,1$ мг/л и $0,18 \pm 0,01$ нг/л соответственно

Во II группе при включении в комплекс лечебных мероприятий при пневмонии джозамицина и резистола зарегистрировано достоверное снижение содержания СРБ и ПКТ соответственно в 9,5 и 6,4 раза по сравнению с показателями, выявленными при поступлении и при полной нормализации показателей до $3,5 \pm 0,2$ мг/л и $0,17 \pm 0,01$ нг/л.

Таблица 3

Показатели маркеров воспаления при выписке у больных в зависимости от метода лечения (M±m)

Показатели	норма	Группа Ia	Группа Ib
СРБ (мг/л)	$3,3 \pm 0,2$	$3,7 \pm 0,1$	$3,5 \pm 0,2$
ПКТ (нг/л)	$0,16 \pm 0,01$	$0,18 \pm 0,01$	$0,17 \pm 0,01$
IL-4 пг/мл	$4,8 \pm 0,3$	$11,2 \pm 0,5$	$5,3 \pm 0,2$
IL-6 пг/мл	$16,3 \pm 0,7$	$17,9 \pm 0,6$	$17,3 \pm 0,6$
TNF-α пг/мл	$24,5 \pm 0,8$	$28,8 \pm 1,2$	$26,2 \pm 1,1$

Ускоренная нормализация концентрации СРБ и ПКТ в плазме крови у больных II группы, свидетельствует об эффективности модифицированного способа лечения, в сравнении со стандартной терапией.

Выводы. Таким образом, включение джозамицина и резистола в комплексную терапию хламидийной пневмонии у детей достаточно достоверно приводило к устранению основных патологических симптомокомплексов заболевания по сравнению со стандартной терапией, являясь результатом антибактериального

действия джозамицина и положительного влияния резистола на состояние цитокинового статуса, что позволяет рекомендовать его для клинической практики.

Список литературы/ Iqtiboslar/References

1. Авдеев С.Н. Интенсивная терапия в пульмонологии. М., 2015. Т. 1. 304 с.
2. Алгоритмы диагностики и протоколы оказания медицинской помощи при пневмонии : методические рекомендации для врачей / Демко И.В., Чубарова С.В., Гордеева Н.В., Зеленый С.В. и др.; М-во здравоохранения Красноярского края, ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. М., 2015. 75 с.
3. Горбич, О. А. (2016). Атипичная пневмония - значимая проблема детского возраста. Медицинский журнал, 3, 57-61.
4. Ибрагимова М., Шавази, Н., Лим, М., & Атаева, М. (2022). Диагностические и лечебные методы при внебольничной пневмонии с атипичной этиологией у детей. Журнал вестник врача, 1(4 (101), 30–33. <https://doi.org/10.38095/2181-466X-20211014-29-32>
5. Синопальников А.И., Андреева И.В., Стецюк О.У. Безопасность макролидных антибиотиков: критический анализ. Клиническая медицина. 2012.3:23-30.
6. Трубников, Г. В., Полякова, И. Г., Бутакова, Л. Ю. (2010). Пневмония на догоспитальном этапе: особенности клиники с учетом атипичной (микоплазменной и хламидийной) инфекции в этиологии по данным ретроспективной диагностики. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости, 1 (51), 59–63.
7. Шавази, Н., Ибрагимова М., Атаева, М., Закирова, Б., & Лим, М. (2022). Болаларда атипик этиология билан пневмонияни даволашни такомиллаштириш. Doktor Axborotnomasi Jurnalı, 1(2 (99), 109–112. <https://doi.org/10.38095/2181-466X-2021992-108-111>
8. Elphick H, AS Rigby, Everard ML. Phenotype Of Acute Respiratory Syncytial Virus Lower Respiratory Tract Illness in Infancy And Subsequent Morbidity // Acta Paediatrica. № 96. 2007. с. 1-3.

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 3

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000