

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

ISSN 2181-1008
DOI 10.26739/2181-1008

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

2023

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH
SPECIAL ISSUE



ТОМ - I



ТОШКЕНТ - 2023



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)
А.Н. Арипов (Ташкент)
М.Ш. Ахророва (Самарканд)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н.Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
М.М. Матлюбов (Самарканд)
Э.И. Мусабоев (Ташкент)
А.Г. Румянцев (Москва)
Н.А. Тураева (Самарканд)
Ф.Г. Ульмасов (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Ш.М. Уралов (Самарканд)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербекоев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.

Тел.: +998662333034, +998915497971

E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1. Атаева Мухиба Сайфиевна, Рустамов Мардонкул Рустамович ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	6
2. Ачилова Феруза Ахтамовна, Хайдарова Сарвиноз Хайдаржоновна НАРУШЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СИСТОЛЫ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ	10
3. Ачилова Феруза Ахтамовна, Раббимова Дилфуза Тоштемировна ЗНАЧЕНИЕ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT В КЛИНИКЕ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	14
4. Абдурахмонов Илхом Рустамович, Шамсиев Джахонгир Фазлитдинович БОШ МИЯ ФАЛАЖИ БИЛАН ПАРАНАЗАЛ СИНУСИТЛАРИ БОР БЕМОР БОЛАЛАРДА БУРУН ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ МУКОЦИЛИАР КЛИРЕНСИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ	18
5. Abdurakhmanova Zamira Ergashboevna, Dr. Imran Aslam, Babajanova Venera Aitekovna IVABRADINE WITHOUT CLINICAL HEART FAILURE IN STABLE CARDIOVASCULAR DISEASE	22
6. Абдуллаев Донир Баходирович, Алиев Ахмаджон Лутфуллаевич ЭРТА ЁШДАГИ БЕМОР БОЛАЛАРДА ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ ФОНИДА ЎТКИР ЗОТИЛЖАМ КЕЧИШИНИНГ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УНИ ДАВОЛАШ УСУЛИ	25
7. Абдукадирова Наргиза Ботирбековна, Ибатова Шоира Мавлановна, Уралов Шухрат Мухтарович ОЦЕНКА УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВСКАРМЛИВАНИЯ	29
8. Axmedova Dilbar Yusufjonovna TUG'MA PNEVMONIYANING KLINIK KECHISH XUSUSIYATI VA ASORATLARI	32
9. Агзамходжаева Барно Улугбековна, Салихова Камола Шавкатовна, Шамансуров Шаанвар Шамуратович, Ишниязова Надира Дурдыбаевна ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	35
10. Азизова Нигора Давлятовна, Шамсиев Фуркат Мухитдинович, Туракулова Хилола Эркиновна, Мусажанова Раъно Анварбековна РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	38
11. Ахрорхонов Рустамхон Акмалхон ўгли, Алиев Ахмаджон Лутфуллаевич ЗОТИЛЖАМ БИЛАН ОФРИГАН ИЛК ЁШДАГИ ТАНГЛАЙ–ЛАБ КЕМТИКЛИК НУҚСОНИ БОР БОЛАЛАРНИНГ КЛИНИК ТАВСИФИ	41
12. Azimbegova Sitora Nodirovna MODIFICATION OF TREATMENT OF TYPE 1 DIABETES MELLITUS IN CHILDREN AND PREVENTION OF DIABETIC RETINOPATHY	44
13. Алланазаров Алишер Боймуратович, Мамаризаев Иброхим Комилжонович, Абдукодирова Шахноза Бахроновна ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТОРОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ РНЦЭМП САМАРКАНДСКОГО ФИЛИАЛА	47
14. Нигина Собиржоновна Базарова, Зиядуллаев Шухрат Худойбердиевич ЗАВИСИМОСТЬ ПРОГНОЗА ОТ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	49
15. Нигина Собиржоновна Базарова, Шокира Шавкатовна Шомуратова ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	52
16. Белкина (Баженова) Юлия Львовна КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ В СООТВЕТСТВИИ С УРОВНЕМ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	55
17. Begnayeveva Muxiba Usmonovna, Klinik farmakologiya kafedrası assistenti, Abdurahmonov Ilhomjon Rustamovich, Uralov Shuhrat Muxtarovich BOLALARDA SURUNKALI GEPATITNI DAVOLASHDA URSOSAN QO'LLANILISHINING AFZALLIKLARI	58
18. Бостанова Мадина Рамазановна, Казимурзаева Камила Сираджутдиновна, Щеглова Антонина Олеговна ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ДЕТЕЙ	61
19. Burkhanova Dilovar Sadridinovna, Dr. Imran Aslam, Jiyanboev Nodirbek Soatboevich ACUTE MYOCARDITIS LINKED TO THE ADMINISTRATION OF THE COVID 19 VACCINE	64

20. Воробьева Анастасия Вячеславовна ТИПЫ КОНСТИТУЦИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ	67
21. Грубова Елизавета Владимировна, Галкина Евгения Ефимовна, Горлова Ирина Сергеевна РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГАММА–АМИНОМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ МЕТОДОМ ТОНКОСЛОЙНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ	69
22. Garifulina Lilya Maratovna, Goyibova Nargiza Salimovna FUNCTIONAL STATE OF KIDNEYS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH OBESITY	73
23. Ганиева Марифат Шакировна СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ СДВИГОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТАХ У ДЕТЕЙ	76
24. Лариса Александровна Горбач, Динара Намазовна Аджаблаева ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ИЗ ОЧАГОВ ЛЕКАРСТВЕННО-ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО И ЛЕКАРСТВЕННО – УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА	79
25. Гарифулина Лиля Маратовна, Гойибова Наргиза Салимовна СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	82
26. Григорова Л.И., Стреляева А.В., Зайчикова С.Г., Васькова Л.Б., Лазарева Ю.Б., Федорова Л.В., Кузнецов Р.М. СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ТРАВЫ ЛОБУЛЯРИИ МОРСКОЙ	85
27. Djurabekova Aziza Tohirovna, Utaganova Guljaxon Xolmuminovna, Isanova Shoirra To'liqinovna, Muxtarova Maftuna Alisherovna BOLALARDA ASORATLI TUG'RUQ TA'SIRIDA RIVOJLANADIGAN GIPERTENZIYION-GIDROSEFAL SINDROMINI ERTA TASHXISLASH VA DAVOLASH	89
28. Даминова Хилола Маратовна, Матмуродов Рустам Жуманазарович ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ: ДОПАДЕКС СР, ПРАМИПЕКСОЛ И ПИРИБЕДИЛ ПРИ РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПАРКИНСОНИЗМЕ	92
29. Жалилов Аслиддин Холматович, Уралов Шухрат Мухтарович ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭРИТРОНА ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ	95
30. Jalilova Dildora Murodovna KICHIK O'LCHAMLI TOSHLARNI KO'CHISHINI TAMINLASHDA QO'LLANILADIGAN DORI VOSITALARI	98

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Жалилов Аслиддин Холматович

к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Уралов Шухрат Мухтарович

к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭРИТРОНА ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

For citation: Zhalilov Asliddin Kholmatovich, Uralov Shuxrat Muxtarovich. Therapeutic correction of changes in indicators of Erythron in acute pneumonia against the background of iron deficiency anemia.

АННОТАЦИЯ

Пневмонии, вызванные инфекциями, являются формой острой респираторной инфекции, затрагивающей лёгкие. Основными возбудителями пневмонии являются бактерии и вирусы, реже её вызывают микоплазмы, грибы и паразиты. Основными методами диагностики являются рентгенологическое исследование лёгких и исследование мокроты, основным методом лечения – антибактериальная терапия. Развитие пневмонии на фоне железодефицитных анемий в условиях выраженного метаболического дисбаланса, усугубляет течение пневмонического процесса и способствует еще большему напряжению адаптации. Естественно, что в такой ситуации, роль эритрона при железодефицитной анемии в ассоциации с острой пневмонией, может иметь клиническое значение, указывая как на выраженность метаболических расстройств, так и на прогноз заболевания в целом.

Ключевые слова: пневмония, эритроциты, дети, железодефицитная анемия.

Zhalilov Asliddin Kholmatovich

Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of the Department of
Propaedeutics of Children's Diseases
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

Uralov Shuxrat Muxtarovich

Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of the Department of
Propaedeutics of Children's Diseases
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

THERAPEUTIC CORRECTION OF CHANGES IN INDICATORS OF ERYTHRON IN ACUTE PNEUMONIA AGAINST THE BACKGROUND OF IRON DEFICIENCY ANEMIA

ANNOTATION

Infectious pneumonia is a form of acute respiratory infection that affects the lungs. The main causative agents of pneumonia are bacteria and viruses, less often it is caused by mycoplasmas, fungi and parasites. The main diagnostic methods are R – ray examination of the lungs and sputum examination, the main method of treatment is antibiotic therapy. The development of pneumonia in the presence of iron deficiency anaemia under conditions of a persistent metabolic imbalance, exacerbates the course of the of the pneumonic process and contributes to even greater strain adaptation. Naturally, in such a situation, the role of erythron in iron deficiency anemia in association with acute pneumonia, may have clinical significance, indicating both the severity of metabolic disorder, as well as on the prognosis of the disease in general.

Key words: pneumonia, erythron, children, iron deficiency anemia.

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) является одной из распространенных форм клинической патологии, встречающийся у каждого 5-го жителя планеты. Причины возникновения железодефицитного состояния у детей достаточно разнообразны и связаны как с недостаточным

поступлением железа, так и повышенным его потреблением в организме [1-19].

Материал и методы исследования. Было обследовано 108 детей в возрасте до 1 года, из них 86 с острой пневмонией на фоне ЖДА, лечившихся в областном детском многопрофильном

медицинском центре. Определяли морфологический состав периферического эритроцитоза с помощью фазово-контрастной микроскопии (ФКМ), продолжительность жизни эритроцитов (ПЖЭ), средний диаметр эритроцитов (СДЭ), средний объем эритроцита (СОЭ), гематокрит, ретикулоциты, функциональное состояние эритроцитов.

Результаты исследования. При подтвержденной острой пневмонии у 20 детей в возрасте от 6 месяцев до 1 года, заболевание протекало на фоне ЖДА I степени тяжести. Согласно классификации очаговая – неосложненная, острая пневмония было у 14 детей (70,0%), у 5 больных (25%) сегментарная и сегментарно-сливная у 3-х, лишь у 1 отмечалось внебольничное осложнение заболевания, что составило 5%. В настоящее время у врача общей практики особую актуальность имеет острая пневмония (ОП) в связи с высокой распространенностью в детской популяции [1,4]. Последнее часто зависит не только от течения самой пневмонии, но и от состояний, представляющих собой так называемый «неблагоприятный преморбидный фон» – гипотрофии, рахит, анемии и др. [6]. Развитие пневмонии у одних детей и ее отсутствие у других, несмотря на наличие одних и тех же вирусных и микробных агентов, всегда заставляло педиатров искать дополнительные факторы, снижающие резистентность микроорганизма. К ним, бесспорно, относятся ЖДА, которые даже в легкой форме предрасполагают к возникновению тяжелых и рецидивирующих заболеваний органов дыхания; а частота железодефицитных состояний наблюдается у 44% детей раннего возраста [6]. Установлено, что распространенность ЖДА среди наиболее уязвимых групп населения составляет у 50-60% беременных женщин и детей в развивающихся странах и 10-20% в развитых странах [9]. Изучение распространенности анемии в Узбекистане показало аналогичные результаты: 61% среди женщин и 30% среди детей раннего возраста. В основе лечения пневмонии у обследованных нами больных лежало применение антибиотиков широкого спектра действия [8]. Первичный выбор антибиотика проводился эмпирически, ориентируясь на внебольничное или госпитальное возникновение болезни. При наличии признаков (даже минимальных) бактериального токсикоза назначали цефалоспорины III поколения. Показанием к переходу на альтернативные препараты являлась отсутствие клинического эффекта от введения антибиотика первичного выбора в течение 36-48 часов при не осложненной и 72 часов-осложненной пневмонии. При неосложненной пневмонии (n=21), мы предпочитали назначение антибиотиков перорально, переходя на парентеральное введение при утяжелении течения заболевания (n=5). В случаях начала терапии введением антибиотиков парентерально, после снижения температуры тела и улучшения общего состояния ребенка, переходили на пероральный прием антибиотика. Длительность антибиотикотерапии при не осложненной пневмонии в среднем была 4-5 дней, осложненной 7-10 дней [10]. Наряду с антибиотикотерапией, в комплексном лечении пневмонии была включена немедикаментозная терапия: режим, полноценное питание, соответствующая возрасту ребенка. Объем жидкости в сутки рассчитывали с учетом материнского молока или молочных смесей в пределах от 140 до 150 мл на кг массы ребенка. Из суточного объема жидкости 1/3 давали в виде глюкозо-солевых растворов (регидрон, оралит) или фруктово – овощных отваров. С целью восполнения дефицита железа, в зависимости от степени анемии, исходя из расчета 2-3 мг/кг массы тела, рассчитывалась курсовая доза перорального введения препаратов железа, при анемии I и II степени тяжести. Препарат железа назначался на 3-4 сутки от начала лечения острой пневмонии, когда состояние ребенка улучшалось, появлялся аппетит, нормализовалась температура. Мы в своей работе исходили из концепции, что клиническая эффективность любого антианемического железосодержащего препарата оценивается по данным нарастания уровня гемоглобина в крови за фиксированный период времени по индексу биологической усвояемости (ИБУ) по формуле: $ИБУ = (НЬ \text{ после лечения} - НЬ \text{ до лечения}) \times 2500$ общее

количество принятого железа. Этот индекс мы рассчитывали через 3-4 недели от начала лечения острой пневмонии на фоне ЖДА. Мы остановились на феррум-лек в виде сиропа, поскольку железо в нем содержится в неионизированном виде. Данный препарат не оказывает побочных действий и его можно применять, смешивая с любым соком. Препарат назначали 30 больным I – II степени ЖДА (I степенью – 15 больных и II – 15 больных) в возрасте от 6 до 12 месяцев. При назначении феррум-лек в сиропе, смешанном в виноградном соке, учитывались следующие обстоятельства: – возраст ребенка старше 6 месяцев; получал ребенок до болезни соки, после дачи которых не было каких-либо реакций? При этом доза препарата корректировалась исходя от того, что виноградный сок являясь целебным веществом, обладает мочегонным и мягким слабительным действием. В 100 мл виноградного сока концентрация железа колеблется в пределах от 1 до 2 мг% и он благоприятно действует при лечении анемии, воспалительных заболеваний органов дыхания, нарушениях обмена веществ и других заболеваниях [2,6]. Коррекция сидеропении при острой пневмонии проводилась в двух этапах. Первый этап лечения анемии, составляет 1 месяц, а затем второй 2-3 месяца, для пополнения запасов железа в организме ребенка. В первом этапе доза чистого железа рассчитывалась по 5-6 мг на 1 кг массы тела. Во втором этапе лечебная доза снижалась в 1-2 раза, т.е. около 2 мг/кг масса тела ребенка. В контрольную группу включили 20 больных (10 – с I степенью и 10 – с II степенью ЖДА), которые, наряду с комплексной терапией острой пневмонии, получали феррум-лек в виде сиропа, не размешанного в виноградном соке. Основная группа больных феррум-лек в виде сиропа получали следующим образом: 1/3 дозированной ложки феррум-лек смешивали с 30 мл виноградного сока. Назначалась такая доза 2-3 раза в день. Следовательно, ребенок получал от 60 до 90 мл данной смеси в сутки, в которой неионизированное железо феррум-лек составляло 50-52 мг, в виноградном соке – 0,9-1,35 мг. Детям основной группы был назначен предложенный нами сироп феррум-лек в виноградном соке (ФВС) в виде монотерапии, его суточная доза при легкой степени ЖДА у детей старше 6 месяцев составляла 60 мл, при средней степени – 90 мл. При этом в сутки больные получали от 50 до 55 мг чистого железа. В течении курса терапии ребенок получал от 2200 до 2500 мг железа. ФВС не дает каких-либо побочных эффектов. Наши результаты свидетельствуют о хорошей переносимости ФВС и его клинической эффективности при лечении ЖДА I и II степени. Продолжительность лечения определялась сроками исчезновения клинических симптомов и нормализацией показателей периферического эритроцитоза, которая в среднем составляла 2,5-3 месяца. Эффективность применения ФВС подтверждалась тем, что уже на 15 – 20 день лечения наступала определенная регрессия клинических симптомов и положительные сдвиги в морфофункции эритроцитарной системы больных детей. Результаты исследований 30 детей ЖДА грудного возраста с применением ФВС показали, что положительный клинико-гематологический эффект, характеризующийся улучшением общего состояния, аппетита, порозовения кожных покровов, исчезновением тахикардии и систолического шума, позитивными изменениями количества эритроцитов и их морфоструктуры наступала на 15-20 день лечения у 23 (76,6%) больных. Применение ФВС способствовало наступлению ранней регрессии морфофункции эритроцитов и положительными сдвигами в соматическом статусе больных детей. ФВС отвечает всем требованиям фармакопеи. Наши результаты свидетельствуют, что в лечении ЖДА может быть с успехом применен прием внутрь ФВС по 20-30 мл за час до еды (не более 60-90 мл в сутки) детям старше 6 месяцев, в течение нахождения ребенка в стационаре и после выписки (2,5-3 месяца амбулаторно). При оценке клинической эффективности лечения обращалось внимание на динамику самочувствия больных: учитывался эмоциональный статус ребенка, цвет кожных покровов и слизистых оболочек, тонус мышц, наличие диспептических явлений, их постоянство и т.д. При этом не

отмечалось непереносимости к ФВС, который в первый день назначения давался в несколько меньшей дозе (в зависимости от возраста и индивидуальных особенностей) с доведением за 2-3 дня до 50-60 мл. Нельзя не отметить, что для большинства детей (94,2%), этого срока было вполне достаточно, чтобы полностью адаптироваться к вкусовым свойствам ФВС. Как показали наши наблюдения, ФВС хорошо переносился детьми, не вызывая усиления имеющихся у некоторых больных диспептических явлений.

Известно, что у больных острой пневмонией с ЖДА вследствие интоксикации организма, обменных нарушений и снижения секреторно-ферментативной функции желудочно-кишечного тракта, наблюдается понижение толерантности к пище. Поэтому, в определенной степени нормализацию аппетита можно рассматривать как один из критериев выздоровления ребенка. При взятии на учет у большинства больных I группы (84,09%), II группы (93,47%) и контрольной группы (соответственно 81,54%), отмечалось снижение аппетита разной степени выраженности. Наши исследования показали, что ФВС обладает свойством нормализовать аппетит у детей, больных острой пневмонией с ЖДА. У больных в большинстве случаев наблюдалась бледность, а иногда с бледно-цианотическим оттенком кожи и слизистых оболочек. Если учесть суммарно до лечения бледность кожных покровов отмечалась соответственно у 77,48% и 91,44% в контрольной группе. В конце проведенного комплексного лечения у большинства детей как основной, так и в контрольной группах, наблюдалось восстановление цвета кожных покровов, но в основной группе она наступила на 2-3 дня раньше, в контрольной группе.

Одним из важных показателей эффективности лечения

и полноценности питания больного ребенка является прибавка массы тела. Этот показатель является важным критерием, характеризующим биологические свойства испытуемого продукта для обоснования его применения при острой пневмонии у детей с ЖДА [3,5]. Наблюдения показали, что в остром периоде пневмонии у большинства больных наблюдалось заметное падение массы тела. В процессе лечения отмечалось более выраженное ее нарастание у детей основной группы, чем в контрольной. Это связано, по-видимому, с оптимизирующим влиянием ФВС на процесс пищеварения, белково-минеральный обмен и другие функции организма. Полученные результаты показали, что в процессе лечения у преобладающей части больных основных групп увеличилось число эритроцитов и гемоглобина. В динамике лечения больных ФВС спустя 3 недели по сравнению с группой контроля количество эритроцитов, уровень гемоглобина, HbF, гематокрит достоверно увеличивается спустя 3 недели. В контрольной группе из 10 детей, получивших препараты железа, полная нормализация показателей эритроцитов, спустя 3 недели, наблюдалась у 3, а у остальных спустя 20-30 дней.

Следовательно, при острой пневмонии на фоне ЖДА появление редко встречаемых форм эритроцитов в зависимости от тяжести патологического процесса, по-видимому, связано с выраженным изменением качественного состава мембран и их поверхностно ультраструктуры, что приводит к функциональной неполноценности зрелых клеток эритроцитарной системы, нарушению синтеза гемоглобина, сокращению длительности жизни эритроцитов, что в конечном итоге усугубляет тяжесть гипоксии, которую можно рассматривать как повреждающую фазу модулярного типа компенсаторно-приспособительной реакции эритроцитарной системы.

References / Список литературы / Iqtiboslar

1. Бакрадзе М.Д., Гадлия Д.Д. О проблемах диагностики и лечения пневмонии у детей // Педиатрическая фармакология. – 2015. – Том 12.-№3 – С. 354-359.
2. Бисярина В.П. Железодефицитные анемии у детей раннего возраста: моногр. / В.П. Бисярина, Л.М.Казакова. – Москва: ИЛ, 2020-С.176.
3. Васильева Е.В. Железодефицитная анемия у детей: современный взгляд гематолога // «Главный врач». №3(56) / Москва 2017.С 4-10
4. Высочина И.Л., Русакова Е.А. Внебольничная пневмония у детей: распространенность, диагностика, лечение и профилактика. // Научно – практическая программа. Российское респираторное общества. – М. 2017. – С.88-92
5. Жалилов А.Х., Уралов Ш.М., Ачилова Ф.А. The state of the erythron system in acute pnevmonia in children.//Web of scientist: international scientific research journal ISSN: 2776-0979. Volume 3, Issue 5.May,2022
6. Жалилов А.Х., Ачилова Ф.А. Эритроцитарная система у детей при острой пневмонии. Моногр. Самарканд 2021. С – 115.
7. Казюкова Т.В. и др. Лечение железодефицитной анемии у детей раннего возраста. //Педиатрия. – М.,2000. №2. С.56-61.
8. Каримджанов И.А., Исканова Г.Х., Исраилова Н.А. Диагностика и лечение внебольничной пневмонии у детей // Здоровье ребенка. – 2016.-№1(69).-С.-133-138.
9. Мосягина, Е.Н. Анемии детского возраста / Е.Н. Мосягина. – М: Медицина, 2016. – 300 с
10. Хайдарова С.Х., Ачилова Ф.А. и др. Оптимизация реабилитационных мероприятий у детей с заболеваниями органов дыхания // Scientific & Academic Publishing. Америка 2022. С – 3-6.
11. Ахмеджанова Н.И. и др. Факторы риска развития острого гломерулонефрита у детей по Самаркандской области //Достижения науки и образования. – 2021. – №. 2. – С. 45-46.
12. Ахмеджанова Н. и др. Влияние ферротерапии на динамику клинико-лабораторных показателей у детей с хроническим пиелонефритом //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 1 (98). – С. 11-16.
13. Дильмурадова К.Р. Новые возможности ноотропной терапии в педиатрии //Практическая медицина. – 2008. – №. 30. – С. 39.
14. Зиядуллаев Ш.Х., Хайдаров М.М., Нуралиева Р.М. Иммунный статус здорового населения подростков и юношей //Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Т. 10. – №. 3. – С. 80-80.
15. Гарифулина Л. М., Тураева Д. Х. Факторы риска развития язвенной болезни у детей, клиническое течение и терапия //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1.
16. Гарифулина Л. М., Ашурова М. Д., Гойибова Н. С. Совершенствование терапии метаболического синдрома у подростков при помощи применения α -липоевой кислоты //Наука, техника и образование. – 2018. – №. 10 (51). – С. 69-72.
17. Ravshanovna D.K. Premature children’s psychomotor development during neonatal period //British Medical Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 4.
18. Уралов Ш., Рустамов М., Халиков К. Изучение глюконеогенной и мочевинообразовательной функции печени у детей //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3.2. – С. 18-20.
19. Ризаев Ж., Шавазин Н., Рустамов М. Школа педиатров Самарканда //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 2-4.
20. Уралов Ш. М., Жураев Ш. А., Исраилова С. Б. О влиянии факторов окружающей среды на качество жизни и здоровье молодежи // So ‘ngi ilmiy tadqiqotlar nazariyasi. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 6-13.

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH
SPECIAL ISSUE

ТОМ - I

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 Амир Темура пр.1, дом-2.

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