

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



№2 (Том 4)

2023

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 4, НОМЕР 2

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 4, ISSUE 2





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. Мусабаев (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. Шербеков (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

1.	<b>Абдухалик-Заде Г.А.</b> ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.....	6
2.	<b>Ashurova M. J.,Garifulina L. M.</b> SAMARQAND VILOYATIDAGI SEMIZLIGI BOR BOLALARDA VITAMIN D STATUSINI BAHOLASH.....	9
3.	<b>Begmatov J.A., Goyibov S. S.</b> IMPROVEMENTS AFTER SURGICAL ANESTHESIA IN ELDERLY AND OLD AGE PATIENTS IN THE INTERVENTION OF THE HIP JOINT.....	13
4.	<b>Бойқўзиев Ҳ.Х., Джуракулов Б. И.</b> ЦИТОКИНЛАР ВА НЕЙРОИММУНОЭНДОКРИН АЛОҚАЛАР.....	16
5.	<b>Гайбуллаев Ж. Ш.</b> ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ С..... МИОКАРДИТАМИ	20
6.	<b>Garifulina L. M., Kholmuradova Z.E., Kudratova G. N.</b> RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION AND OBESITY IN CHILDREN IN ACCORDANCE WITH PERINATAL METABOLISM PROGRAMMING.....	23
7.	<b>Garifulina L.M., Kholmuradova Z. E., Qodirova Sh. S.</b> INDICATORS OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AGAINST THE BACKGROUND OF OBESITY AND ARTERIAL HYPERTENSION.....	27
8.	<b>Гойибов С. С., Нематуллоев Т. К.</b> ДЕТЕРМИНАНТЫ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ИСХОДОВ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: РОЛЬ КОМОРБИДНОСТИ И ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	30
9.	<b>Даминов Ф.А.</b> КЕКСА БЕМОРЛАРДА КАТТА МАЙДОНЛИ КУЙИШЛАРДА СТРЕСС ЯРАЛАРИННГ УЧРАШ ЧАСТОТАСИ ВА УЛАРИНГ АСОРАТЛАРИНИНГ УЗИГА ХОСЛИГИ.....	33
10.	<b>Zakirova B.I., Xusainova Sh. K.</b> OPTIMIZATION OF IRRITANT INTESTINAL SYNDROME THERAPY.....	37
11.	<b>Ishkabalova G.Dj., Rahmonqulov Sh.</b> BOLALARDA BUYRAKLARNING FUNKSIONAL ZAXIRASINING DIZMETABOLIK NEFROPATIYALARDA O'ZGARISHI.....	40
12.	<b>Quldashev S.F., Normakhmatov B.B.</b> EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PRETRACHEAL LYMPHOTROPIC ANTIBIOTIC THERAPY IN CHRONIC LUNG DISEASES IN CHILDREN.....	43
13.	<b>Nabieva Sh. M.,</b> INTENSIVE CARE IN NEONATAL RESUSCITATION.....	45
14.	<b>Наврүзова Ш. И., Каримов Р. К.</b> ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ.....	48
15.	<b>Нормаматов Б.П., Усмонова Н.У.</b> ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕМИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ.....	53
16.	<b>Нормахматов Б.Б., Кулдашев С.Ф.</b> СОСТОЯНИЕ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ МАЛЬЧИКОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ.....	57
17.	<b>Рахманов К. Э.</b> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИКАЛЬНОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ.....	60

<b>18.</b>	<b>Xodjayeva S.A., Kayumova Sh. Sh.</b> LYABLIQZNING O'IV BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA KLINIK VA LABORATOR XUSUSIYATLARI.....	65
<b>19.</b>	<b>Шарипов Р.Х., Расулова Н.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	69
<b>20.</b>	<b>Шарипов Р. Х., Расулова Н.А., Расулов А. С.</b> ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ РАХИТА И ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	73
<b>21.</b>	<b>Шеховцов С. А.</b> ВЛИЯНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПОДПороГОВЫХ МОЩНОСТЕЙ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА НА ФУНКЦИЮ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПО ТЕХНОЛОГИИ FiLAC.....	78
<b>22.</b>	<b>Shodikulova G. Z.,Samatov D.K.,Mirzayev O.V., VoxidovJ.J.</b> OSHQOZON ICHAK TRAKTI YUQORI QISMI PATOLOGİYASI BO'LGAN BEMORLARDA BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA DIPLAZIYASI KECISHINING KLINIK-LABORATOR XUSUSIYATLARI.....	81

# JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

## ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Абдухалик-Заде Гульнора Ахтамовна


доцент кафедры 1 педиатрии и неонатологии

Самаркандского государственного медицинского университета.

г. Самарканд, Узбекистан

### ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

**For citation:** Abdukhalik-Zade G.A. Prevention of anemia in premature at the outpatient stage. Journal of hepato-gastroenterology research. 2023. vol. 4, issue 2. pp.6-8

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8001740>

#### АННОТАЦИЯ

Анемия недоношенных - это патология, возникающая у детей, которые были рождены ранее 37 недель беременности, и выражающаяся в снижении гемоглобина крови. Основные проявления сводятся к бледности слизистых оболочек и кожи, снижению двигательной активности и сосания, ухудшению аппетита, тахикардии. Клиническая симптоматика при начальных стадиях анемии может отсутствовать вовсе. Диагностика основывается на изучении клинического анализа крови, который может дополняться биохимическими исследованиями. Для лечения используются гемотрансфузии, эритропоэтин, препараты железа, витамины E, B12 и фолиевая кислота. В настоящее время по данным мировой литературы нет однозначных мнений по поводу длительности приема препаратов железа и четких критериев для отмены этих препаратов. Поэтому очень важное значение имеют профилактические меры.

**Ключевые слова:** анемия, недоношенные новорожденные, эритропоэз.

Abduxoliq-Zade Gulnora Ahtamovna

Samarkand davlat tibbiyot universiteti 1 pediatriya va neonatologiya kafedrasida Samarkand, Uzbekistan

### AMBULATOR BOSQICHDA CHALA TUG'ILGAN CHAQALOQLAR KAMQONLIGINI OLDINI OLISH

#### ANNOTATSIIYA

Erta tug'ilgan chaqaloqlar anemiyasi muddatidan oldin tug'ilgan bolalarning kasallik xususiyati. Erta chaqaloqlar anemiyasi yangi tug'ilgan bolalarda tana vaznidava tana vazniga nisbatan kamligi, qizil qon hujayralarining morfologik xususiyatlari. Hayotlarini qisqartirishga hissa qo'shishga yordam beradi - qizil qon hujayralarini ishlab chiqarishni rag'batlantiradigan biologik faol modda, shuningdek, qon ketish yoki gemosyatsiya tufayli qizil qon hujayralarining pasayishiga olib keladigan biologik faol modda. To'qilgandan so'ng, erta chaqaloqlar foliykislotasi proksallari bilan yoki pilyonkallari bilan birgalikda temir predialarini olishda davom etmoqda, hozirgi kunda ushbu dorilarni bekor qilishning davomiyligi to'g'risida aniq fikrlar yo'q.

**Kalit so'zlar:** Anemiya, erta yangi tug'ilgan chaqaloqlar, eritropoies.

Abdukhalik-Zade Gulnora Ahtamovna

Associate Professor of the Department of Pediatrics and Neonatology of the Samarkand State Medical University. Samarkand, Uzbekistan

### PREVENTION OF ANEMIA IN PREMATURE AT THE OUTPATIENT STAGE

#### ANNOTATION

Anemia of premature babies - a disease characteristic of children born ahead of schedule. Anemia of premature babies occurs in newborn children with a very low body weight and extremely low body weight for a number of reasons such as: erythropoiesis delay, the morphological characteristics of red blood cells that contribute to shortening their life, insufficient level of endogenous erythropoietin - a biologically active substance that stimulates the production of red blood cells, as well as with diseases leading to a decrease in red blood cells due to bleeding or hemolysis. After discharge, premature babies continue to receive iron preparations in combination with or without folic acid preparations, vitamin E. Currently, according to world literature, there are no unequivocal opinions about the duration of taking iron preparations and clear criteria for the abolition of these drugs.

**Key words:** anemia, premature newborns, erythropoies.

**Актуальность исследования:** Анемия недоношенных - это патология, возникающая у детей, которые были рождены ранее 37 недель беременности, и выражающаяся в снижении гемоглобина крови ( 2,4,6 ). Основные проявления сводятся к бледности

слизистых оболочек и кожи, снижению двигательной активности и сосания, ухудшению аппетита, тахикардии. Клиническая симптоматика при начальных стадиях анемии может отсутствовать вовсе. Диагностика основывается на изучении клинического



анализа крови, который может дополняться биохимическими исследованиями. Для лечения используются гемотрансфузии, эритропоэтин, препараты железа, витамины Е, В12 и фолиевая кислота. Благодаря развитию современной медицины процент выживаемости детей с III – IV степенью недоношенности увеличился на 50–70%, а с I–II степенями – до 95%. Обратной стороной ситуации явился рост случаев заболеваемости, в том числе анемией недоношенных. Её описание впервые встречается в работах Д. Шульмана, датируемых 1959 годом. Частота выявления патологии на сегодняшний день колеблется от 16 до 91% [1,3,5,10]. Тяжесть течения напрямую зависит от гестационного возраста ребёнка. Чем он ниже, тем серьёзнее проявления заболевания. Так, у детей, рождённых до 30 недель с массой тела до 1,5 кг, состояния, требующие переливания эритроцитной массы, возникают более чем в 90% случаев. У недоношенных обоих полов анемия обнаруживается с одинаковой частотой [12,13,15,16]. Важными моментами в развитии анемии недоношенных являются:

-Дефицит железа. Постоянно увеличивающийся общий объём крови требует немалых количеств микроэлемента, баланс которого отрицательный. Кроме того, у детей с малым сроком гестации отмечается низкая способность к использованию Fe, которое остаётся после распада эритроцитов. Срок жизни последних составляет в 2 раза меньше - около 50-70 дней. Также у недоношенных увеличено выведение железа с каловыми массами [8,9,14,17].

-Нарушение баланса фолиевой кислоты. Запасы витамина В9 у новорождённого малы, а потребность растущего организма в нем очень велика. Фолиевая кислота, продуцируемая микрофлорой кишечника и депонируемая в печени, расходуется за 2–4 недели. Недостаточность стремительно формируется и прогрессирует при дефиците фолата у матери во время вынашивания плода или в период лактации

Учитывая высокий риск развития анемии недоношенных новорожденных стоит вопрос изучения профилактики.

**Цель исследований.** Определить меры профилактики анемии недоношенных новорожденных на амбулаторном этапе.

**Материалы и методы исследования.** Материалами исследования послужили 60 недоношенных детей с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела при рождении в течении 12 месяцев скорректированного возраста за период 2020-2022 гг. в областном детском многопрофильном центре Самаркандкой области. Проводилось динамическое наблюдение. Для оценки анемии исследовался клинический анализ крови с подсчетом ретикулоцитов; показатель сывороточного железа, ферритина. Проводился анализ вскармливания.

**Результаты.** Средний гестационный возраст детей составлял 28,6 ±2 недели, вес при рождении 1319±314 гр; длина 36,6±4,4 см. У всех детей в течении первого месяца жизни на госпитальном этапе отмечалась анемия, которая потребовала гемотрансфузий (50%), препаратов эритропоэтина (63%), препаратов железа (83%), фолиевой кислоты (80%), витамина Е (70%). Средний постконцептуальный возраст (ПКВ) на момент выписки составлял 37,7±3,0 недель, анемия 1-2 степени отмечалась у 41%. В 40±1,4 недель ПКВ 86% детей имели анемию 1-3 степени, в связи с чем они получали препараты железа в сочетании с фолиевой кислотой. В возрасте 1-2 месяцев скорректированного возраста анемия 1-2 степени отмечалась у 54% на фоне приема препаратов железа в сочетании или без фолиевой кислоты. В возрасте 2,5 – 4 месяцев скорректированного возраста анемия 1 ст. отмечалась у 31% на фоне приема препаратов железа в сочетании или без фолиевой кислоты. В возрасте 4,5 – 6,5 месяцев скорректированного возраста

анемия 1 ст. отмечалась у 17% лишь у 4% из них получали препараты железа. Первый прикорм был введен в этом возрасте 52%. В возрасте 7-12 месяцев скорректированного возраста анемия 1 ст. отмечалась у 15%, только 5% получали препараты железа. Все дети в данной возрастной группе получали продукты прикорма.

**Выводы.** В профилактике анемии недоношенных новорожденных прежде всего стоит отсроченная перевязка пуповины 60-90 секунд после рождения. На амбулаторном этапе целесообразно назначение следующих препаратов:

**1. Фолиевая кислота,** приводит в норму процессы кроветворения и устраняет анемию. Антианемический фактор повышает производство в костном мозге красных кровяных телец – эритроцитов. При анемии, вызванной дефицитом фолатов, процессы кроветворения угнетаются. На фоне нормального уровня гемоглобина резко снижается количество эритроцитов. При этом они отличаются большими размерами, функциональной незрелостью и неспособностью захватывать кислород и доставлять в клетки. Такие анемии часто появляются у малышей с малым весом и недоношенных.

**2. Витамины.** У недоношенных детей одну из важных ролей в поддержании стабильности эритроцитов играет витамин Е, основная функция которого, защита мембраны от окисления и участие в синтезе железа. Не менее важное значение в эритропоэзе имеют так же и витамины группы В, витамин А, С и др. Практически все витамины хорошо усваиваются из продуктов питания, что не требует дополнительного их введения. Но многим детям, в зависимости от срока гестации, все же необходима дополнительная дотация витамин. В таком случае могут применяться мультивитамины для новорожденных, в составе которых присутствует весь необходимый перечень микро и макроэлементов.

**3. Железо.** Запасы железа у недоношенных детей истощаются ко 2-3 месяцу жизни, если до этого не было повторных переливаний эритроцитной массы. Для предупреждения анемии со 2 месяца жизни ребенку необходимо вводить железо. Глубоко недоношенным детям дотации железа требуется больше, и вводить надо раньше и желательнее принимать до 6 месяцев, а иногда до 12-15 месяцев жизни. Потребность в железе зависит от веса ребенка, количества потребляемого молока и дополнительного питания. Длительность курса лечения и доза определяется врачом. Профилактическое применение препаратов железа у недоношенных детей назначается с учётом особенностей ребенка и может изменяться в течение всего времени лечения. При применении препаратов железа, необходимо контролировать уровень ферритина в сыворотке крови, а так же общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, гематокрит). Критериями эффективности лечения анемии препаратами железа является повышение концентрации гемоглобина к концу первого месяца лечения на 10г/л и гематокрита на 3% по отношению к исходным значениям.

**4. Правильное питание** – прежде всего материнское грудное молоко, т.к. тогда железо усваивается лучше. Правильное питание должно включать достаточное количество белка (при необходимости добавление в грудное молоко обогапителя молока (фортификатор) при низком уровне общего белка в биохимическом анализе крови, а при отсутствии грудного молока – адаптированная молочная смесь). При правильном лечении ранняя анемия может восстановиться в течении 3 месяцев. Каждая мама должна уметь распознать признаки анемии у своего ребенка и при необходимости обратиться к врачу для дальнейшего лечения и наблюдения малыша.

## Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Abolyan L.V., Polyanskaya S.A., Novikova S.V., Deryu A.V. Organization of breastfeeding in the department for premature babies // Questions of modern pediatrics. 2014. No. 13 (1) P. 10-17.
2. Alekseenko N.Yu. The main problems and prospects of nursing children with very low and extremely low birth weight. (Literary review) // Symbol of Science. -2017.-Т.2, No. 1.-P.158-163.
3. Gorelik SK, Ulyanicheva ES Features of intestinal digestion and absorption in children with extremely low body weight. The text of the scientific article in the specialty «Clinical Medicine». Journal of Medicine: theory and practice 2019 No. 1 P 125-129.

4. Lebedeva OV Morbidity and mortality in children with very low and extremely low birth weight: risk factors and ways to reduce // Bulletin of new medical technologies. Electronic edition. 2015. No. 2. Publication 3-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-2/5124.pdf> (date of access: 05.05.2015). DOI: 10.12737 / 11200
5. Mebelova II Modern approaches to enteral nutrition of premature infants with extremely low and very low birth weight. Text of a scientific article in the specialty «Clinical medicine». Magazine. Neonatology: News. Opinions. Training. 2016 from 72-80
6. Molokanova NP Gavrikov LK The use of parenteral nutrition in premature babies. Questions of modern pediatrics. 2015; 14 (2): 207-211. doi: 10.15690 / vsp. v14i2.1288).
7. Ovchinnikova TV, Taranushenko TE, Salmina AB, Geninova DG, Vasilyeva EM. Modern approaches to optimal feeding of premature babies and assessment of their physical development. Siberian Medical Review. 2017; (4): 5-12. DOI: 10.20333 / 2500136-2017-4-5-12
8. Skvortsova V.A., Borovik T.E. The role of breast milk in nutrition and nursing of a premature baby Text of a scientific article in the specialty «Health Sciences». Magazine named after G.N. Speranskiy 2015 No. 5 p. 81-85
9. Khasanova SS, Kamilova AT, Akhmedova DI Fecal elastase activity in premature babies // Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. 2019. Vol. 64. No. 5. P. 44 — 48.
10. AytenBilgin, PhD, \* Dieter Wolke, PhD, Drrernath.c. \* † J Dev Behav Associations Between Feeding Problems and Maternal Sensitivity Across Infancy: Differences in Very Preterm and Full-Term Infants *Pediatr 0: 1-7, 2017*
11. Гарифулина Л. М., Ашурова М. Ж., Гойибова Н. С. Состояние здоровья детей с различными типами ожирения // Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 35-37.
12. Абдухалик-Заде Г.А., Сирожиддинова Х.Н. Организация медицинской помощи в неонатологии. *Eurasian journal of medical and natural sciences Volume 2 Issue 4, April 2022. UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Page 22-27.*
13. Абдухалик –Заде Г.А. Корректирование анемии недоношенных новорожденных на амбулаторном этапе. *Наука через призму времени №5 (74) 2023 стр 120-122.*
14. Ортикбоева Н.Т., Сирожиддинова Х.Н. Результаты анализов новорожденных с внутриутробным инфицированием. *Eurasian journal of medical and natural sciences Volume 2 2022. UIF = Issue 4, April 8.3 | SJIF = 5.995 Page 28-32.*
15. Сирожиддинова Х.Н., Усманова М.Ф. Материнский анамнез как фактор формирования группы часто болеющих детей. *Журнал кардиореспираторных исследований том 3, №1. 2022.С 61-64.*
16. Sirojiddinova X.N., Ergasheva Z.U., Muzropova I.M., Toshtemirova N.U. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gipotermik holatning o'ziga xos xususiyatlari. *Eurasian journal of medical and natural sciences Volume 2 Issue 5, May 2022. UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Page 104-108.*
17. Sirojiddinova X.N., Yo'ldosheva G. B., Rahmatov H. X. Tug'ma pnevmoniyaning klinik kechish xususiyatlari. *Eurasian journal of medical and natural sciences Volume 2 Issue 5, May 2022. UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Page 109-114.*



# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**ТОМ 4, НОМЕР 2**

**JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH**

**VOLUME 4, 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