



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 10.05.2025, Published: 15.05.2025

УДК 613.955+612.017- 053.2

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДАГИ 7–10 ЁШЛИ БОЛАЛАРНИНГ УМУМИЙ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИНИ ҚОН ТАҲЛИЛИ НАТИЖАЛАРИ БЎЙИЧА БАҲОЛАНИШИ

Жамила Ражабова Email: JamilaR@mail.ru

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали Ўзбекистон, Хоразм вилояти, Урганч шаҳри, Ал-Хоразмий кўчаси 28-уй Тел: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Резюме

Мақолада Хоразм вилоятида яшовчи 7-10 ёшдаги болаларнинг жисмоний ҳолатларини уларнинг қон таҳлилларини ўрганиш орқали баҳолаш амалга оширилган бунинг учун 33 нафар болаларнинг қон таҳлиллари тадқиқот учун олинди, ўрганиш ўтказилди, бунда асосий эътибор эритроцитлар, гемоглобин, гематокрит ва уларнинг индекслари, эритроцитлардаги ўртача гемоглобин концентрацияси, лейкоцитлар сони ва дифференциалига, эритроцитлар чўкиш тезлигига алоҳида эътибор қаратилган ва ўртача дифференциаллар ҳисобланган

Калит сўзлар: қон таҳлили, эритроцитлар, лейкоцитлар, эритроцитлар чўкиш тезлиги

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБЩЕГОСУДАРСТВЕННОГО ЖИРОВОГО РАЗВИТИЯ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 7-10 ЛЕТ

Жамила Ражабова

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии Узбекистан, Хорезмская область, город Ургенч, улица Ал-Хорезми №28 Тел: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Резюме

В статье представлена оценка физического состояния детей в возрасте 7–10 лет, проживающих в Хорезмской области, на основе анализа их крови. Для исследования были взяты и изучены анализы крови 33 детей. Основное внимание уделялось показателям эритроцитов, гемоглобина, гематокрита и их индексам, средней концентрации гемоглобина в эритроцитах, количеству лейкоцитов и их дифференцировке, а также скорости оседания эритроцитов. Были рассчитаны средние значения дифференциальных показателей

Ключевые слова: анализ крови, эритроциты, лейкоциты, скорость оседания эритроцитов

ANALYSIS OF THE RESULTS OF THE ASSESSMENT OF THE RESULTS OF NATIONAL FAT DEVELOPMENT IN THE KHOREZM REGION FOR 7-10 YEARS

Jamila Rajabova

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy Uzbekistan, Khorezm region, Urgench city, Al-Khorezmi street No. 28 Tel: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Resume

The article presents an assessment of the physical condition of children aged 7–10 living in the Khorezm region based on their blood test results. Blood samples from 33 children were collected and analyzed for the study. Particular attention was paid to erythrocyte count, hemoglobin, hematocrit and their indices, mean hemoglobin concentration in erythrocytes, leukocyte count and differential, as well as erythrocyte sedimentation rate. Average differential values were also calculated

Keywords: blood test, erythrocytes, leukocytes, erythrocyte sedimentation rate

Долзарблиги

Болалар ва ўсмирлар аҳоли орасида атроф-муҳитнинг турли омиллари ва яшаш шароитларига нисбатан энг сезувчан гуруҳ ҳисобланади. Шу сабабли, улар соғлиқ ҳолатини яшаш муҳити билан боғлиқ ҳолда кузатиш, ўрганиш ва таҳлил қилиш объектига айланади. Тадқиқотлар шуни кўрсатмоқдаки, болани ўраб турган кўпгина омиллар инфекцион, физиологик, танқисликка оид ва бошқа кўплаб касалликларга олиб келиши мумкин, уларнинг баъзилари сурункали шаклга ўтиши мумкин. Профилактика мақсадида болалар ўсиш жараёнида босқичма-босқич тиббий кўриклар ўтказиш тизими ишлаб чиқилган.

Болалар саломатлигини баҳолашда умумий қон таҳлили (УҚТ) муҳим диагностик восита ҳисобланади. 7–10 ёш даврида бола организмида фаол ўсиш жараёнлари кечиб, қон кўрсаткичларидаги ўзгаришлар уларнинг умумий соғлиғи ҳақида муҳим маълумот беради. УҚТ эритроцитлар, гемоглобин, гематокрит ва уларнинг индекслари (ЭЎХ – эритроцитлар ўртача ҳажми, ЭЎГМ – эритроцитдаги ўртача гемоглобин миқдори, ЭЎГК – эритроцитдаги ўртача гемоглобин концентрацияси) каби қизил қон кўрсаткичларини, шунингдек, лейкоцитлар сони ва дифференциалини (нейтрофил ва лимфоцит фоизи) ҳамда эритроцитлар чўкиш тезлигини (ЭЧТ) аниқлайди. Ушбу кўрсаткичларнинг меъёрий қийматлари ёшга боғлиқ ҳолда фарқ қилади. Мисол учун, 6–12 ёш болаларда гемоглобин меъёри тахминан 115–155 г/Л ни ташкил этади, гематокрит эса ~35–40 % атрофида бўлади. Шу ёшдаги соғлом болаларда ЭЎХ одатда ~77–88 фЛ диапазонда, ЭЎГМ ~25–30 пг ва ЭЎГК ~320–360 г/Л ни ташкил этади. Лейкоцитлар сони болаларда катталарга нисбатан бироз юқори бўлиб, $5\text{--}15 \times 10^9/\text{Л}$ оралиғида нормал ҳисобланади Дифференциал лейкоцит формулада 7–10 ёшда сегмент-ядроли нейтрофиллар тахминан 40–70 % ни, лимфоцитлар эса 20–50 % ни ташкил этади. Эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ) одатда паст бўлиб, болаларда ~2–10 мм/соат меъёрда бўлади

Ушбу мақолада 7–10 ёшли болалар гуруҳи УҚТ натижалари таҳлил қилиниб, юқоридаги асосий кўрсаткичлар меъёрларга нисбатан қандай эканлиги, улардаги тенденциялар ва ўзгаришларнинг эҳтимолий клиник аҳамияти чуқур таҳлил қилинди. Таҳлил давомида аниқланган оғишлар (масалан, камқонлик белгилари ёки инфекция кўрсаткичлари) илмий асосда муҳокама қилинади. Мақола таркибида жадвал ва диаграммалар ёрдамида натижалар визуал тарзда кўрсатилади. Бу ёндашув 7–10 ёшли болалар умумий соғлиғини баҳолашда қонни текшириш қанчалик муҳим эканини илмий далиллар асосида ёритишга хизмат қилади.

Тадқиқот мақсади: Хоразм вилоятидаги 7–10 ёшли болаларнинг умумий жисмоний ривожланишини қон таҳлили натижалари бўйича баҳолашини аҳлилий ўрганиш.

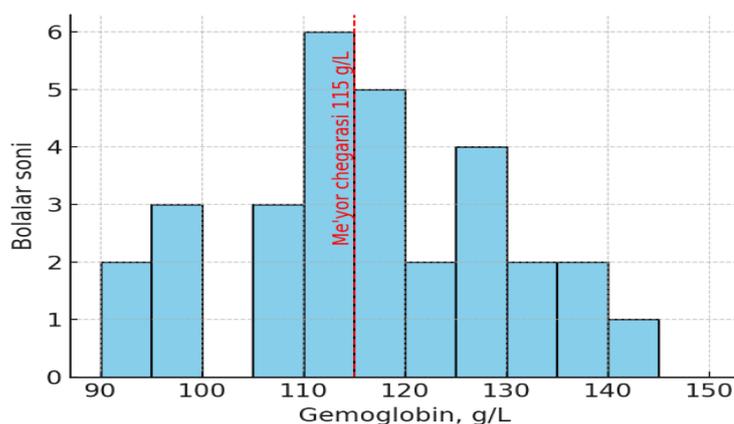
Материал ва усуллар

Тадқиқот сифатида 7–10 ёш оралиғидаги болаларнинг умумий қон таҳлили натижалари ретроспектив ўрганиб чиқилди (жами 33 бола, уларнинг ёши ўртача 8,5 ёш). Ҳар бир бола учун УҚТнинг юқорида санаб ўтилган асосий кўрсаткичлари – гемоглобин (Hb), гематокрит (Ht), (ЭЎХ – эритроцитлар ўртача ҳажми, ЭЎГМ – эритроцитдаги ўртача гемоглобин миқдори, ЭЎГК – эритроцитдаги ўртача гемоглобин концентрацияси) лейкоцитлар сони (Leu), сегмент-ядроли нейтрофиллар фоизи, лимфоцитлар фоизи ва ESR – кўриб чиқилди. Натижалар тегишли ёш гуруҳлари учун қабул қилинган меъёрий диапазонлар билан таққосланди.

Кўрсаткич (бирлик)	Меъёр	Кузатилган ўртача кўрсаткич	Кузатилган оралиқ мин-мах
Гемоглобин (Hb, г/Л)	115–155	117,0 ± 13,1	91,8 – 142,8
Гематокрит (Ht, %)	~35–45	35,5 ± 3,1	30,5 – 41,4
ЭЎХ(гЛ)	~77–95	80,4 ± 4,4	71,7 – 87,3
ЭЎГМ (pg)	~25–33	26,5 ± 2,2	21,6 – 29,7
ЭЎГК(г/Л)	~320–360	329 ± 15	301 – 349
Лейкоцитлар сони (Leu, $10^9/\text{Л}$)	5–14	8,6 ± 2,1	5,4 – 14,1
Нейтрофиллар (сегмент-ядроли, %)	40–70	53,0 ± 11,0	40,7 – 83,9
Лимфоцитлар (%), Лимф)	20–50	40,1 ± 10,4	11,6 – 54,0
ESR (мм/соат)	2–10	8,4 ± 5,8	2,4 – 28,4

Статистик таҳлилда ҳар бир кўрсаткич бўйича ўртача қиймат, стандарт оғиш, минимал ва максимал қийматлар ҳисобланди. Шунингдек, меъёрдан четланган ҳолатлар сони аниқланиб, улардаги умумий тенденциялар кузатилди. Жадвалда келтирилганидек, ҳар бир кўрсаткич бўйича ўртача қийматлар кутилган меъёр оралиқларига яқин бўлди. Шу билан бирга, айрим болаларда меъёр чегараларидан чекинишлар кузатилди. Кейинги бўлимларда ушбу ўзгаришларнинг тафсилотлари ва улар орқасидаги мумкин бўлган клиник сабаблар таҳлил қилинади.

Визуал таҳлил натижасида гемоглобин даражаси бўйича тақсимот нормал қийматлар билан солиштирилди, натижалар 1-расмда келтирилган.



Расм -1. 7–10 ёшли болаларда гемоглобин даражаси тақсимоти. Қизил вертикал чизик меъёрий паст чегарани (115 г/л) кўрсатади. Кўриниб турибдики, бир қатор болаларда гемоглобин шу чегара атрофида ёки ундан паст бўлиб, бу енгил камқонлик ҳолатларини билдиради.

Лейкоцитлар сони ва ЭЧТ ўртасидаги боғлиқлик эса ҳар бир бола нуқтаси сифатида кўрсатилиб, инфекция белгиларининг мавжудлиги баҳолаш имкониятини берди.

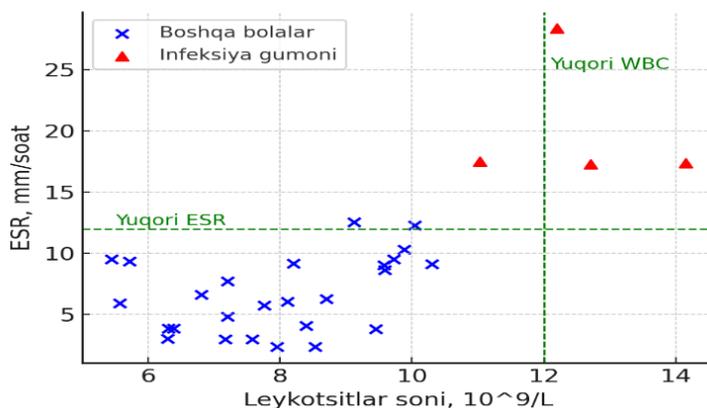
Натижа ва таҳлиллар

Гемоглобин ва қизил қон кўрсаткичлари: Текширилган болаларда гемоглобин даражаси ўртача 117 г/Л ни ташкил этди (СД ±13,1). Бу ўртача қиймат ёшга мос меъёрлар доирасида бўлсада, айрим болаларда гемоглобиннинг пасайиши кузатилди. Жумладан, 33 нафар боладан 8 нафаридан (≈27 %) гемоглобин 110 г/Л дан паст қийматда эди, бу эса енгил даражадаги камқонлик (анемия) эҳтимолини кўрсатади. Кўпчилик ҳолларда пасайиш унча катта бўлмай, 100–110 г/Л атрофида бўлди; фақат бир болада гемоглобин ~92 г/Л гача тушган бўлиб, бу сезиларли анемия белгиси сифатида эътиборга лойиқ.

Гемоглобин билан узвий боғлиқ ҳолда гематокрит (Ht) ҳам бир неча болаларда пасайган: ўртача Ht 35,5 % бўлиб, 15 нафар болада (50 %) Ht 35 %дан паст қиймат қайд этилди (энг ками 30,5 %). Бу кўрсаткичлар гемоглобин пасайиши билан бирга борган бўлиб, қизил қон ҳужайралари умумий ҳажмининг камайганини билдиради. ЭЎХ – эритроцитларнинг ўртача ҳажми – ўртача 80,4 fL га тенг бўлиб, 8 болада ЭЎГК ~72–76 fL атрофида, яъни ёш меъёрига (≈77 fL) нисбатан кичикроқ эканлиги аниқланди ЭЎГМ – эритроцитдаги ўртача гемоглобин миқдори, ЭЎГК – эритроцитдаги ўртача гемоглобин концентрацияси ҳам худди шу болаларда бироз пасайган: ЭЎГМ ўртача 26,5 pg (6 болада ~22 pg атрофида паст), ЭЎГК ўртача 329 г/Л (камқон болаларда ~300–310 г/Л). Ушбу ҳолатлар биргаликда шуни кўрсатадики, гемоглобин паст бўлган болаларда эритроцитлар ҳажми ва улардаги гемоглобин миқдори ҳам камайган – яъни микроцитар, гипохром анемия намоён бўлган. Бошқача айтганда, уларнинг қизил қон ҳужайралари майдароқ ва ичидаги гемоглобин концентрацияси сустроқ бўлиб, бу одатда темир танқислиги анемиясига ҳос белгидир. Нормал гемоглобинли болаларда эса ЭЎХ, ЭЎГМ ва ЭЎГК кўрсаткичлари меъёр доирасида бўлиб, сезиларли оғиш кузатилмади.

Лейкоцитлар ва оқ қон кўрсаткичлари: 7–10 ёшли болалар гуруҳида лейкоцитлар умумий сони ўртача $8,6 \times 10^9/\text{Л}$ ни ташкил этди, бу кутилган даража (меъёри ~5–14 $\times 10^9/\text{Л}$) билан мос

келади. Кўпчилик болаларда лейкоцитлар сони нормал ораликда бўлган бўлсада, 4 нафар болада (>13 %) бу кўрсаткич меъёрдан юқори чикди – максимал қиймат $14,1 \times 10^9/\text{Л}$ гача етди (1-жадвал). Ушбу болаларда лейкоцитоз билан бирга лейкоцитар формула ҳам сезиларли равишда ўзгарган: сегмент-ядроли нейтрофиллар улуши одатдагидан юқори – 74–84 % гача, лимфоцитлар улуши эса пасайган – атиги 12–23 % атрофида бўлди. Аксинча, қолган соғлом ёки фақат камқонлиги бор болаларда нейтрофиллар фоизи 40–60 % диапазонда, лимфоцитлар 30–50 % атрофида, яъни физиологик меъёрда сақланган. Демак, юқори лейкоцитлар сони қайд этилган 4 болада нейтрофилли лейкоцитоз мавжудлиги аниқланган. Бу ҳолат одатда организмдаги ўткир инфекцион жараён (кўпинча бактериал инфекция) белгиси сифатида талкин этилади. Қолган болаларда лейкоцитлар сони паст бўлмаган – лейкопения ёки агранулоцитоз каби ҳавотирли ҳолатлар кузатилмади (расм 2).



Расм -2. Лейкоцитлар сони (WBC) ва ЭЧТ ўртасидаги боғлиқлик. Ҳар бир нуқта бир болани ифодалайди. Кўк ҳочлар – лейкоцитлар сони меъёрда (ёки фақат камқонлиги бор) болалар, қизил учбурчаклар – лейкоцитоз кузатилган болалар (инфекция гумон қилинмоқда). Яшил пунктир чизиклар юқори нормал чегараларни (WBC $\sim 12 \times 10^9/\text{л}$ ва ЭЧТ ~ 12 мм/соат) кўрсатади. Қизил нуқталар юқори ўнг чоракда тўпланган бўлиб, бу болаларда бир вақтда WBC ва ЭЧТ юқори – нейтрофилли лейкоцитоз ҳамда тезлашган ЭЧТ мавжуд.

Эритроцитлар чўкиш тезлиги (ESR): Тадқиқот натижаларига кўра, болаларнинг ESR кўрсаткичи ўртача 8,4 мм/соат бўлиб, бу меъёрий оралик (2–10 мм/соат)нинг юқори чегарасига яқин. ESR бўйича ҳам болалар орасида сезиларли тарқоқлик кузатилди: 24 нафар болада ESR 12 мм/соат ва ундан паст бўлган бўлса, 6 болада бу кўрсаткич 15–28 мм/соат даражасида анча юқори эканлиги аниқланди. Дикқатга сазовор жиҳати шуки, ESR нинг ошиши юқорида қайд этилган лейкоцитоз ҳолатлари билан мувофиқ келган. Яъни, лейкоцитлар сони юқори ва нейтрофил улуши кўпайган болаларда ESR ҳам меъёрга нисбатан ошган; аксинча, лейкоцит кўрсаткичи нормал бўлганларда ESR одатда 10 мм/соатдан паст қолган. 2-расмда ҳар бир бола учун лейкоцитлар сони (абсцисса ўқида) ва ESR (ордината ўқида) кўрсатилган нуқта сифатида тасвирланган. Графикда яшил чизиклар шартли равишда WBC = $12 \times 10^9/\text{Л}$ ва ESR = 12 мм/соат чегараларни билдиради. Ушбу диаграммадан кўринадики, графикнинг ўнг юқори чорагида жойлашган нуқталар (қизил учбурчаклар) – яъни лейкоцитлари ва ESR си юқори болалар – аниқ бир гуруҳни ташкил этмоқда. Бундай болаларда юқори эҳтимол билан инфекцион-яллиғланиш жараёни мавжуд (масалан, ўткир респиратор инфекция ёки бошқа бактериал касаллик). Бошқа болаларда эса (кўк белги) WBC ва ESR бирга паст бўлиб, бу нормал ҳолат ёки фақат камқонлик бўлиб, яллиғланиш жараёни йўқлигини кўрсатади. Юқоридаги кузатувлардан келиб чиқиб, биз таҳлил қилган болалар гуруҳида асосий икки хил оғиш мавжудлиги аниқ бўлди: **1)** қизил қон кўрсаткичларининг пасайиши (гемоглобин, Ht, ЭЎХ ва бошқ.) билан тавсифланган энгил микроцитар анемия; **2)** оқ қон кўрсаткичларининг ошиши (лейкоцитоз, нейтрофилия) ва юқори ESR билан тавсифланган яллиғланиш/инфекция ҳолатлари. Қуйида ушбу топилмалар кенгрок муҳокама қилинади.

Ушбу тадқиқот натижалари 7–10 ёш болалар орасида энг кўп учрайдиган икки клиник ҳолатни акс эттиради: темир танқислиги анемияси ва ўткир инфекцион касалликлар. Маълумки,

ривожланаётган мамлакатларда мактаб ёшидаги болалар орасида темир танқислиги анемияси кенг тарқалган бўлиб, бу ёшдаги болаларнинг жисмоний ва когнитив ривожланишига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Бизнинг таҳлилимизда деярли ҳар тўртинчи болада гемоглобин нормадан паст бўлиб, ЭЎХ ва ЭЎГМ каби индексларнинг ҳам пасайгани ушбу камқонликнинг эҳтимолий сабаби темир моддаси етишмовчилиги эканини кўрсатади. Темир танқислиги анемиясида эритроцитлар кичрайиши (микроцитоз) ва гемоглобин билан тўйиниши камайиши (гипохромия) кузатилади. Худди шундай ҳолат бизда қайд этилди: камқон болаларда ЭЎХ -72–75 фЛ, ЭЎГМ ~22–24 pg га тушган, ЭЎГК ҳам бироз пасайган (300–315 г/Л). Бу эса темир дефицитига ҳос лаборатор белгилар ҳисобланади. Клиник аҳамияти шундан иборатки, энгил даражадаги бўлса-да, тарқалган анемия болаларда чарчоқ, диққат пасайиши, ўқиш қобилиятига таъсир кўрсатиши мумкин. Ушбу ҳолат ўз вақтида аниқланиб, темирга бой озиқланиш ёки керак бўлса, темир препаратлари билан даволаш талаб этилади. Яхши томони, биз кузатган камқонлик ҳолатларининг аксарияти энгил даражада бўлиб, гемоглобин 90–110 г/Л оралиғида эди, яъни оғир (≤ 70 –80 г/Л) анемия ҳолати учрамади. Бу болаларнинг умумий аҳволи жиддий ҳавф остида эмаслигини, лекин профилактик чоралар кўриш лозимлигини англатади.

Иккинчи муҳим топилма – лейкоцитоз ва нейтрофилиянинг айрим болаларда кузатилгани – уларнинг организмида инфекция борлигидан далолат беради. Болалар ушбу ёшда мавсумий инфекцияларга тез-тез чалиниши одатий ҳол, чунки уларнинг иммун тизими ҳали шаклланишда давом этади. Бизда кузатилган 4 нафар болада лейкоцитлар сони 12 – 14×10^9 /Л гача ошган ва нейтрофиллар улуши 75–84 % ни ташкил этган. Бундай нейтрофилли лейкоцитоз одатда бактериал инфекцияларга (масалан, бронхит, пневмония, ўрта кулоқ яллиғланиши каби) ҳос бўлиб, танада яллиғланиш жараёни кечаётганини билдиради. Ҳақиқатан ҳам, лейкоцитоз аниқланган болаларда ЭСР ҳам тезлашгани (17–28 мм/соат) кузатилди – ESR кўрсаткичининг ошиши яллиғланиш жараёнида плазмада фибриноген ва бошқа оқсиллар кўпайиши натижасида юзага келади. Бу икки кўрсаткичнинг (лейкоцитлар ва ESR) параллел ошиши бизга инфекция ҳолатларини аниқлашда ишончлироқ таянишни берди. Мазкур болаларнинг клиник маълумотлари мавжуд бўлмаса-да, лаборатор топилмалар уларни чуқурроқ текшириш ва керак бўлса, антимикроб даволанишни бошлаб бериш лозимлигини кўрсатади. Яхши жиҳати, лейкоцитоз даражаси ўта юқори эмас (масалан, $>20 \times 10^9$ /Л ёки ёшига номаълум бласт хужайралар йўқ) ва лимфоцитлар нисбатан камайган бўлса-да, патологик лимфоцитоз ҳолатлари аниқланмади. Бу шуни англатадики, кузатилган ўзгаришлар эҳтимол оддий ўткир инфекциялар билан изоҳланади, оғир вирусли инфекциялар ёки қон касалликларига ҳос белгилар йўқ.

Келтирилган таҳлиллар шунингдек, кўрсаткичларнинг аксарияти қолган болаларда меъёр доирасида эканини кўрсатди. Масалан, тромбоцитлар сони (жадвалга киритилмаган, лекин таҳлил қилинган маълумотларда) барча болаларда $\sim 300 \times 10^9$ /Л атрофида, яъни нормал (150 – 400×10^9 /Л) оралиқда бўлган. Моноцит, эозинофил ва базофил каби лейкоцитларнинг бошқа турлари дифференциалида ҳам кескин оғишлар қайд этилмади – масалан, моноцитлар ~ 5 %, эозинофиллар ~ 2 – 3 % атрофида (меъёрга мос). Бу шуни кўрсатадики, болаларда сурункали аллергик ёки паразитар касалликлар каби эозинофилия ҳолатлари ёки моноцитоз билан кечувчи инфекциялар (масалан, сил касаллиги) кузатилмаган. Шунингдек, бирорта болада патологик хужайралар (масалан, бластлар, атипик лимфоцитлар) ҳақида маълумот йўқ – демак, қон ҳосил қилувчи аъзоларнинг ҳавфли касалликлари (лейкоз ва бошқалар) белгилари аниқланмади.

Хулоса қилиб айтганда, таҳлил қилинган болалар гуруҳида аниқланган оғишлар асосан тузалувчан ва олдини олиш мумкин бўлган ҳолатлардир. Энгил темир танқислиги анемияси ва энгил ўткир инфекциялар педиатрияда кўп учрайди ва вақтида аниқлаб, тўғри чоралар кўрилса, болаларнинг узоқ муддатли соғлиғига жиддий зарар етказмайди. Муҳими, умумий қон таҳлили бундай ҳолатларни эрта босқичда аниқлашда жуда сезгир усул ҳисобланади. Масалан, клиник аломатлар пайдо бўлишидан аввалроқ ҳам гемоглобин ёки ЭЎХ пасайиши болада темир етишмаслигини кўрсатиши мумкин, ёки ESR ошиши ва нейтрофил кўпайиши инфекциянинг дастлабки белгиси бўлиши мумкин. Шу сабабли, профилактик мақсадда болаларда мунтазам УҚТ ўтказиб бориш ва аниқланган кичик оғишларни эътиборсиз қолдирмасдан, уларнинг сабабларини аниқлаш тавсия этилади.

Хулоса

7–10 ёшли болалар гуруҳининг умумий қон таҳлили натижаларини илмий ўрганиш шуни кўрсатдики, умумий соғлиқ ҳолати асосан қониқарли бўлсада, эътибор қаратиш лозим бўлган айрим тенденциялар мавжуд. Кўплаб болаларда қон кўрсаткичлари меъёр даражасида бўлиб, бу уларнинг соғлом эканидан далолат беради. Шу билан бирга, гуруҳнинг қарийб тўртдан бир қисмида энгил даражадаги камқонлик белгилари (гемоглобин ва эритроцит индексларининг меъёрий паст чегара атрофида ёки бироз пастлиги) аниқланган. Бу ҳолат, катта эҳтимол билан, темир моддаси етишмаслиги билан боғлиқ бўлиб, болаларнинг овқатланиш сифати ёки ўсиш давридаги эҳтиёжлари тўлиқ қопланмаётганини кўрсатади. Мазкур камқонликни бартараф этиш учун озикланишга темирга бой маҳсулотларни киритиш ва зарур бўлса, шифокор тавсияси билан темир препаратларини қабул қилиш лозим.

Бундан ташқари, бир неча болаларда лейкоцитоз ва нейтрофилиянинг кузатилгани уларнинг организмида ўткир инфекция кечаётганидан дарак бермоқда. Бундай болаларга ўз вақтида тиббий ёрдам кўрсатилиб, инфекция ўчоғи бартараф этилиши муҳимдир. Яхшиямки, таҳлилда оғир инфекция ёки қон касалликларига ҳос бўлган ўта кескин оғишлар аниқланмади – масалан, жуда юқори лейкоцитоз, кучли лимфоцитоз ёки анормал хужайралар кўрилмади. Бу эса жиддий патологиялар (масалан, лейкоз, оғир апластик анемия ва ҳоказо) аломатлари йўқлигини билдиради.

Умуман олганда, ушбу болалар гуруҳининг қон таҳлили натижаларига асосланиб, уларнинг умумий соғлиғи қониқарли деб баҳоланиши мумкин. Аксарият кўрсаткичлар меъёрда ёки меъёрга яқин; аниқланган камчиликлар (енгил камқонлик ва кичик инфекциялар) тузалса бўладиган ва назорат қилса бўладиган ҳолатлардир. Шу билан бирга, бу таҳлил болалар соғлиғини мунтазам кузатиб бориш зарурлигини таъкидлайди – қон кўрсаткичларидаги ўзгаришлар эрта огоҳлантириш сигнали бўлиб, уларнинг асосида профилактика ва даволаш чоралари ўз вақтида кўрилса, болаларнинг келгусидаги ривожланиши ва соғлом улғайиши таъминланади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Аҳмеджанова А. Р. Оценка иммунного статуса и лейкоцитарных индексов у больных бронхиальной астмой детей и подростков, проживающих в городе Тюмени: дис. – 2022.
2. Зыблева С. В. Нарушения иммунного статуса детей рецидивирующими инфекциями лорорганов //Оториноларингология. Восточная Европа. – 2021. – Т. 11. – №. 2. – С. 144-156.
3. Казумян М. А., Василенок А. В., Теплякова Е. Д. Современный взгляд на проблему "дети с рекуррентными инфекциями" (часто болеющие дети) и их иммунный статус //Медицинский вестник Юга России. – 2018. – №. 3. – С. 37-43.
4. Курьянова Ш. М., Худайназарова С. Р., Илҳомова Ҳ. А. Особенности течения и клинико-иммунологическая характеристика некоторых заболеваний органов дыхания у детей Хорезмской области //Tibbiy Ta'limda Etika Va Integratsiya Masalalari. – 2021. – С. 298.
5. Машарипов В. У., Мирвалиева Н. Р., Абдуллаев У. М. Местный иммунитет и специфическая сенсibilизация к антигенам бактерий у больных тонзиллитом //Science and Education. – 2023. – Т. 4. – №. 2. – С. 392-400.
6. Машарипова Ҳ. К., Салаева З. Ш. Часто болеющие дети в Хорезмском регионе //European science. – 2020. – №. 1 (50). – С. 66-69.
7. Муратова Н. Г., Попова И. В., Беляков В. А. Иммунный статус и его коррекция у часто болеющих детей с ОРЗ //Ремедиум Приволжье. – 2014. – №. 10 (130). – С. 16-22.
8. Нестерова, И. В. Проблемы лечения вирусно-бактериальных респираторных инфекций у «часто и длительно болеющих» иммунокомпрометированных детей / И. В. Нестерова // Лечащий врач. – 2009. – № 6. – С. 26-9.
9. Овчаренко Е. С. и др. Характеристика физического развития и метаболических показателей лимфоцитов у здоровых детей младшего школьного возраста и у детей с особыми возможностями здоровья в зависимости от типов вегетативной нервной регуляции. – 2022.
10. Поворова О. В., Чегерова Т. И., Ливинская В. А. Возрастные особенности иммунного статуса детей с частыми респираторными заболеваниями. – 2021.

Қабул қилинган сана 20.03.2025