

Ежеквартальный  
научно-практический  
журнал

ISSN 2181-1008  
DOI 10.26739/2181-1008

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК 1

2021



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



САМАРКАНДСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ



САМАРКАНДСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

# ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ – АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ, ДОСТИЖЕНИЯ И ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

## МАТЕРИАЛЫ

международной научно-практической конференции  
(Самарканд, 25 июня 2021 г.)

Под редакцией  
Ж.А. РИЗАЕВА

## ТОМ – I

Самарканд-2021

#### **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

доктор медицинских наук, профессор **Ризаев Ж.А.** (отв. редактор);  
доктор медицинских наук **Зиядуллаев Ш.Х.** (зам. отв. редактора);  
PhD, доцент **Очилов У.У.** (отв. секретарь).

#### **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Ярмухамедова Н.А., Раббимова Н.Т., Рустамова Ш.А., Ярмухамедова М.К., Джураева К.С.**

**Инфекционные болезни – актуальные вопросы, достижения и инновационные подходы в охране здоровья населения:** материалы международной научно-практической конференции. 1 том, (г. Самарканд, 25 июня 2021 г.) / отв. ред. Ризаев Ж.А. - Самарканд: СамГМИ, 2021. – 148 стр.

Настоящий сборник международной научной конференции «Инфекционные болезни – актуальные вопросы, достижения и инновационные подходы в охране здоровья населения», проведённой 25 июня 2021 года в Самаркандском государственном медицинском институте содержит научные статьи, отражающие актуальные проблемы и достижения в изучении инфекционных заболеваний в настоящее время. Представлены успехи, достигнутые в борьбе с **инфекционными болезнями**, предложения и варианты решения проблем инфектологии с точки зрения инновационных подходов.

Представленные материалы, несомненно, вызовут интерес, будут полезными и найдут своё место в деятельности и практике ученых и врачей в охране здоровья населения.

Подписано в печать 24.06.2021.

Заказ 269

Формат 60×841/8

Усл. п.л. 25,11

Тираж 50 экз.

Формат 60×841/16

Усл. п.л. 12,73

Тираж 50 экз.

Отпечатано в типографии  
«Tibbiyot ko`zgisì». 140100,

г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18



ISSN 2181-1008 (Online)

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

### **Учредитель**

Самаркандский государственный  
медицинский институт

### **Главный редактор:**

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

### **Заместитель главного редактора:**

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

### **Редакционная коллегия:**

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф.;  
Л.М. Гарифулина к.м.н., доц.  
(ответственный секретарь);  
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц.;  
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;  
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;  
Б.М. Тожиев д.м.н., проф.;  
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

### **Редакционный Совет:**

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)  
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)  
М.К. Азизов (Самарканд)  
Н.Н. Володин (Москва)  
Х.М. Галимзянов (Астрахань)  
С.С. Давлатов (Самарканд)  
Т.А. Даминов (Ташкент)  
М.Д. Жураев (Самарканд)  
А.С. Калмыкова (Ставрополь)  
А.Т. Комилова (Ташкент)  
М.В. Лим (Самарканд)  
Э.И. Мусабаев (Ташкент)  
В.В. Никифоров (Москва)  
А.Н. Орипов (Ташкент)  
Н.О. Тураева (Самарканд)  
А. Фейзиоглу (Стамбул)  
Б.Т. Холматова (Ташкент)  
А.М. Шамсиев (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).

## **Уважаемые коллеги, дорогие друзья!**

Уважаемые коллеги, дорогие друзья! От имени коллектива Самаркандского Государственного медицинского института я рад приветствовать вас на нашем научном форуме - "Инфекционные болезни: актуальные вопросы, достижения и инновационные подходы в охране здоровья населения".

Наша встреча проходит в прекрасном городе, обрамлённом сединой древности - Самарканде, на базе одного из старейших кузниц медицинских кадров Узбекистана – Самаркандском государственном медицинском институте. На форуме присутствуют приглашённые наши коллеги и добрые друзья из разных стран и вузов. Мы надеемся, что программа конференции будет максимально интересной, познавательной, что в дальнейшем, без сомнения, принесет свои плодотворные результаты и найдут применение в практической деятельности врача. Все мы не просто коллеги, а, скорее, одна большая семья. Надеюсь, что сегодняшняя деловая атмосфера сплотит и сблизит нас еще больше, а это откроет дальнейшие пути более эффективной работы нас, врачей на благо нашего общего дела – охраны здоровья народа.

Позвольте мне от имени профессорско-преподавательского состава Самаркандского государственного медицинского института приветствовать Вас, дорогих наших гостей, которые собрались для обсуждения и обмена мнениями заявленной очень актуальной темы сегодняшнего масштабного форума. Уважаемые коллеги, гости, друзья, участники сегодняшней конференции хочу выразить благодарность всем активным участникам организации нашей конференции.

Основной целью, задачей, и предметом исследования сегодняшней конференции являются актуальные проблемы инфекционных болезней, паразитарных заболеваний и ВИЧ – инфекции. А также, не менее значимо развитие научно-исследовательской активности молодых врачей, магистров, аспирантов, докторантов, клинических ординаторов, ибо привлечение их к решению подобных задач будет мощным толчком в развитии единого научно-образовательного пространства стран СНГ.

Широкомасштабная работа, которая проводится в этой сфере доказывает что, сегодня научная мысль находится на острие углубленного изучения теоретических и методологических основ исследуемой проблемы.

Уважаемые коллеги, от всей души желаю всем участникам конференции, найти среди многообразия тем и докладов, то что, будет им интересно и полезно, надеюсь, что работа в секциях будет сопровождаться плодотворной и конструктивной дискуссией.

Мы уверены, что здесь в Самарканде - в городе, ровестнику Рима, Вы, ощутите нетленную мощь наших предков и, несомненно, произойдёт Ваше погружение в таинство и древность музея под открытым небом, каковым является наш любимый город.

Желаю Вам здравие, оптимизма, много позитива и доброты.

Пусть каждый день будет наполнен благими мыслями, гармонией и самыми светлыми и добрыми чувствами. Успеха всем вам в проведении конференции, а также повседневной работе, и осуществления всех Ваших целей и задач!



**Жасур Алимджанович Ризаев**  
доктор медицинских наук, профессор,  
Ректор Самаркандского государственного  
медицинского института



DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-1008-2021-SI-1-4>

**Барышникова Дарья Владимировна**

аспирант кафедры фтизиатрии, фтизиохирургии и инфекционных болезней ОмГМУ  
«Омский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Омск, Россия  
<https://orcid.org/0000-0001-8016-1039>

**Мордык Анна Владимировна**

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой фтизиатрии,  
фтизиохирургии и инфекционных болезней ОмГМУ,  
«Омский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Омск, Россия  
<https://orcid.org/0000-0001-6196-7256>

**Пузырева Лариса Владимировна**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры фтизиатрии,  
фтизиохирургии и инфекционных болезней ОмГМУ,  
«Омский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Омск, Россия  
<https://orcid.org/0000-0003-0495-3645>

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ КОСТНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ЦИТОПЕНИЯЙ

### АННОТАЦИЯ

Целью нашего исследования была оптимизация тактики ведения пациентов с ВИЧ-инфекцией и цитопениями. В развернутом анализе крови проводился подсчет гемоглобина, уровня эритроцитов, цветового показателя, уровня лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы. Подсчет миелограмм осуществлялся на 500 клеток. Оценка дисплазии элементов костного мозга проводили в соответствии с критериями принятыми в качестве стандарта в классификации ВОЗ (2001г). В анализируемую группу вошли 30 пациентов с ВИЧ и двухлинейными цитопениями, и панцитопениями. Нарушение гемопоэза было выявлено у 14 пациентов (46,66%), при этом дисэритропоэз отмечен у 4 пациентов (13,33%), дисгранулоцитопоз у 3 пациентов (10%), омоложение клеток гранулоцитарного ряда выявлено у 2 пациентов (6,67%), голаядерные клетки (инволютивные формы мегакариоцитов) 5 пациентов (13,33%). У пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией, по мере прогрессирования ВИЧ, учащается количество и тяжесть гематологических аномалий в гемограммах и в миелограммах. Депрессия любых двух ростков кроветворения выявлялась у пациентов с ВИЧ в стадии вторичных заболеваний и сочеталась со значительным снижением CD4+ клеток в иммунограммах. При анализе миелограмм у пациентов с различными двухростковыми цитопениями нами выявлены нарушения гемопоэза (дисэритропоэз, дисгранулоцитопоз, дисмегакариоцитопоз) у 14 пациентов.

**Ключевые слова** ВИЧ-инфекция, цитопения, анемия, тромбоцитопения, лейкопения, иммунодефицит.

**Baryshnikova Daria Vladimirovna**

Graduate student of the Department of Phthisiology,  
Phthisiology and Infectious Diseases, Omsk State Medical University  
"Omsk State Medical University"  
Ministry of Healthcare of Russia, Omsk, Russia  
<https://orcid.org/0000-0001-8016-1039>

**Mordyk Anna Vladimirovna**

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Phthisiology,  
Phthisiology and Infectious Diseases, Omsk State Medical University,  
"Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of Russia,  
Omsk, Russia  
<https://orcid.org/0000-0001-6196-7256>

**Puzyreva Larisa Vladimirovna**

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Phthisiology,  
phthiosurgery and infectious diseases of Omsk State Medical University,  
"Omsk State Medical University" of the Ministry of Healthcare of Russia, Omsk, Russia  
<https://orcid.org/0000-0003-0495-3645>

## RESULTS OF BONE MARROW CYTOLOGICAL STUDIES IN PATIENTS WITH HIV INFECTION AND CYTOPENIA

### ANNOTATION

The aim of our study was to optimize the tactics of managing patients with HIV infection and cytopenias. In a detailed blood test, hemoglobin, erythrocyte level, color index, leukocyte, platelet, and leukocyte formula were counted. The myelograms were counted per 500 cells. Dysplasia of bone marrow elements was assessed in accordance with the criteria adopted as a standard in the WHO classification (2001). The analyzed group included 30 patients with HIV and two-line cytopenias and pancytopenias. Violation of hematopoiesis was detected in 14 patients (46.66%), while dyserythropoiesis was observed in 4 patients (13.33%), dysgranulocytopenias in 3 patients (10%), rejuvenation of cells of the granulocyte series was detected in 2 patients (6.67%)., holonuclear cells (involutive forms of megakaryocytes) 5 patients (13.33%). In patients with HIV infection, as HIV progresses, the number and severity of hematological abnormalities in hemograms and myelograms increases. Depression of any two hematopoietic germs was detected in patients with HIV at the stage of secondary diseases and was combined with a significant decrease in CD4 + cells in immunograms. When analyzing myelograms in patients with various two-growth cytopenias, we revealed hematopoietic disorders (dyserythropoiesis, dysgranulopoiesis, dysmegakaryocytopenias) in 14 patients.

**Keyword:** HIV infection, cytopenia, anemia, thrombocytopenia, leukopenia, immunodeficiency.

### Актуальность исследования

ВИЧ-инфекция – инфекционное антропонозное хроническое заболевание с контактным путем передачи, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, медленно прогрессирующее и характеризующееся поражением иммунной системы с развитием СПИДа. Клиническими проявлениями несостоятельности иммунной защиты являются оппортунистические инфекции, злокачественные новообразования, дистрофические и аутоиммунные процессы, что при отсутствии специфического лечения ведет к гибели инфицированного человека [1].

ВИЧ – инфекция и ее осложнения уже много лет являются одной из наиболее обсуждаемых проблем в мире. На 69 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения поставлена цель к 2030 году - положить конец эпидемии СПИДа, как одной из угроз для здоровья населения [2]. Распространенность вируса иммунодефицита человека различна в разных странах, но особенно высока она в странах с низким и средним доходом, что остается большой проблемой для органов общественного здравоохранения. По данным ЮНЭЙДС (Объединенная программа Организации Объединенных Наций по СПИДу), в 2019 году во всем мире 38 миллионов человек жили с ВИЧ / СПИДом, 690 тысяч человек умерли от заболеваний, связанных со СПИДом, и зарегистрировано 1,7 миллиона новых случаев инфицирования, при этом правительства многих стран и общественные организации тратят много средств на профилактику и лечение ВИЧ / СПИДа, что является огромным экономическим бременем [3].

Цель терапии ВИЧ - предотвратить размножение вируса иммунодефицита человека [4].

Благодаря антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекция из заболевания с неизбежным смертельным исходом превратилась в управляемое хроническое заболевание. Антиретровирусная терапия хоть и не излечивает от ВИЧ-инфекции, но существенно улучшает качество жизни пациентов и увеличивает ее продолжительность (в идеале до естественной), снижает контагиозность пациентов [5].

Множественные взаимодействующие факторы способствуют развитию гематологических проявлений ВИЧ-инфекции. Вирус иммунодефицита человека влияет на все клоны гемопоэтических клеток, приводя к целому ряду гематологических аномалий. Даже при отсутствии других патологических процессов морфология костного мозга неизменно становится «ненормальной», а анемия, нейтропения и тромбоцитопения - обычное явление в течение болезни. Интеркуррентные оппортунистические инфекции могут вызывать угнетение костного мозга или вызывать специфические цитопении. Терапия, применяемая для лечения ВИЧ и его осложнений, также часто рассматривается как причина гематологической дисфункции, и многие из них имеют серьезные миелотоксические побочные эффекты [6].

Развитие цитопении у пациентов с ВИЧ на фоне приема антиретровирусной терапии и без нее вызывает большой интерес. У пациентов с ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных заболеваний с цитопенией в гемограмме после высокоактивной антиретровирусной терапии наблюдается восстановление иммунитета, связанное с увеличением количества лейкоцитов, тромбоцитов, количества красных кровяных телец и уровня гемоглобина, при этом в костном мозге могут сохраняться специфические аномалии [7].

Широкое распространение эпидемии ВИЧ-инфекции, преобладающий молодой возраст вовлеченных в нее лиц, увеличивающееся число пациентов, получающих специфическую терапию, определяют актуальность изучения проблемы, необходимость разработки критериев дифференцировки развития гематологических изменений, как результата прогрессирования заболевания или проведения АРВТ, а также возможность прогнозировать дальнейшее течение заболевания.

### Цель исследования

Выявление особенностей цитологической картины у пациентов с ВИЧ-инфекцией и цитопениями.

### Материалы и методы

В анализируемую группу вошли 30 пациентов с ВИЧ и двухлинейными цитопениями, и панцитопениями. Пациенты находились на стационарном лечении в БУЗОО «КПТД №4», БУЗОО «Областная клиническая больница» г. Омск.

В развернутом анализе крови проводился подсчет гемоглобина, уровня эритроцитов, цветового показателя, уровня лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы. Анемией считалось снижение гемоглобина менее 130 г/л у мужчин и менее 120 г/л у женщин. Эритроцитопенией считалось снижение эритроцитов менее  $4,7 \times 10^{12}/л$ . Лейкопение определяли, как снижение общего числа лейкоцитов менее  $4,0 \times 10^9/л$ , снижение абсолютного количества нейтрофилов менее 1000 клеток/мкл решено было считать нейтропенией. Тромбоцитопения диагностировалась при снижении уровня тромбоцитов менее  $150 \times 10^9/л$ .

Подсчет миелограмм проводился в клинической лаборатории БУЗОО «ОКБ» и осуществлялся на 500 клеток. При оценке красного ростка значения от 15,5 до 26,5% считались нормой. Снижение менее 15,5% расценивалось как угнетение эритроидного ростка, а более 26,5% - раздражение. Количество клеток гранулоцитарного ряда считали равным норме при количестве клеток от 52,7% до 68,9%, отклонения ниже или выше референсных значений принимали за сужение или расширение соответственно. Количество мегакариоцитов подсчитывали в 1 мазке костного мозга. За норму принималось число от 20 до 100 мегакариоцитов в 1 препарате. Обнаружение более 100 клеток считалось раздражением мегакариоцитарного ростка, менее 20 форм его угнетением. Исследование костного мозга на наличие признаков дисплазии проводили согласно классификации ВОЗ (2001 г). В миелограммах производился подсчет клеточности, процента бластных клеток, относительного количества всех клеток гранулоцитарного ряда, индекс созревания нейтрофилов, относительное число всех клеток эритроидного ряда, индекс созревания эритрокариоцитов, выраженность дисплазии кроветворения по 3 росткам.

Статистические расчеты выполнялись с помощью программы Statistica 12.0. Проводился корреляционный анализ, для выявления наиболее значимых факторов прогноза, при разработке шкалы риска смерти, использовался регрессионный анализ с предварительной оценкой корреляционной связи с помощью критерия Спирмана ( $p < 0,05$ )

### Результаты и их обсуждение

В исследуемую группу вошли 30 пациентов с ВИЧ - инекцией и двухлинейными цитопениями и панцитопениями. Всем пациентам были выполнены стерильные пункции для проведения цитологического исследования костного мозга. Пациенты находились на госпитализации в БУЗОО «КПТД №4» и БУЗОО «ОКБ». При анализе по половому признаку 19 человек - мужчины (63,33%), 11 - женщины (36,67%). Распределение по стадиям выглядело следующим образом: у 2 человек 3 стадия ВИЧ (6,67%), у 5 человек (16,67%) установлена 4А стадия, у 13 человек (43,32%) 4Б стадия и у 10 пациентов (33,34%) 4В стадия. Пациенты распределялись на группы по возрасту: 2 пациента (6,67%) в возрасте от 20 до 29 лет, 15 человек (50%) относились к возрастной группе от 30 до 39 лет, 10 пациентов (33,34%) от 40 до 49 лет и у 3 пациентов (9,99%) в возрасте старше 50 лет. Принимали ВААРТ 13 человек (43,32%), не принимали 17 (56,68%). Гепатит С был подтвержден у 22 пациентов (73,34%), не страдали Гепатитом С 8 человек (26,66%). Туберкулез был выявлен у 21 пациента (70%), у 9 человек (30%) его не было. Курили 26 пациентов (86,67%), злоупотребляли алкоголем 12 человек (40%), употребляли наркотические вещества 11 пациентов (36,67%).

Для оценки иммунного статуса у всех пациентов за время госпитализации проводилась оценка уровня CD4+ лимфоцитов. Их уровень колебался от 12 кл/мкл, до 336 кл/мкл, с медианой значений 102 кл/мкл ( $d=0,258$ ,  $p < 0,05$ ).

При оценке гемограмм анемия была выявлена у 30 пациентов (100%), при этом гиперхромный характер она имела у 6 пациентов (20%), гипохромный у 10 пациентов (33,34%), у остальных 14 (46,66%) анемия была нормохромной. Лейкопения у 18 (60%), тромбоцитопения у 19 (63,33%). Сочетание анемии и тромбоцитопении у 18 человек (60%), анемии и тромбоцитопении у 19 человек (63,33%), лейкопении и тромбоцитопении у 8 пациентов (26,66%), панцитопения у 8 пациентов (26,66%).

Цитологическое исследование костного мозга было выполнено всем 30 пациентам. При оценке клеточности ее снижение установлено у 15 пациентов (50%), нормоклеточный костный мозг у 12 (40%), гиперклеточный у 3 (10%) пациентов. Эритроцитарный росток был раздражен у 3 пациентов (10%), угнетен у 19 человек (63,33%), в норме у 8 пациентов (26,66%). При этом мегалобластоидные черты кроветворения имелись в миелограммах 3 пациентов (9,99%), нормобластический тип кроветворения у 27 (90,01%). Угнетение гранулоцитарного ростка у 11 пациентов (36,66%), раздражение у 3 пациентов (10%), у 16 пациентов (53,34%) не было нарушения клеточности гранулоцитарного ростка. В миелограммах у 16 пациентов (53,33%) установлено снижение уровня мегакарицитов, нормальное количество мегакарицитов выявлено у 14 пациентов (46,67%), раздражение мегакариоцитарного ростка выявлено не было.

Нарушение гемопоэза было выявлено у 14 пациентов (46,66%), при этом дисэритропоэз отмечен у 4 пациентов (13,33%),

дисгранулоцитопоз у 3 пациентов (10%), омоложение клеток гранулоцитарного ряда выявлено у 2 пациентов (6,67%), голаядерные клетки (инволютивные формы мегакарицитов) 5 пациентов (13,33%). При выраженной миелодисплазии, подозрении на развитие миелодиспластического синдрома, увеличении количества бластных форм в костном мозге у пациента необходимо выполнять гистологическое исследование костного мозга с цитогенетическим и молекулярно-генетическим исследованием.

Проведен корреляционный анализ между количеством CD4+ клеток и количеством клеток красного ростка (эритроидного) в миелограмме, установлена сильная прямая корреляционная связь ( $p = 0,036$ ), между количеством CD4+ клеток и количеством клеток красного ростка (эритроидного) в миелограмме, установлена сильная прямая, между количеством CD4+ и количеством клеток гранулоцитарного ростка установлена прямая слабая корреляционная связь ( $p = 0,081$ ), между количеством мегакарицитов и количеством CD4+ установлена слабая прямая корреляционная связь ( $p = 0,062$ ).

Депрессия любых двух ростков кроветворения выявлялась у пациентов с ВИЧ в стадии вторичных заболеваний и сочеталась со значительным снижением CD4+ клеток в иммунограммах.

Проведено сравнение изменений в миелограммах у пациентов, в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний и вредных привычек

**Таблица 1. Сравнение результатов миелограмм пациентов, в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний и вредных привычек**

**Table 1. Comparison of the results of myelograms of patients, depending on the presence of concomitant diseases and bad habits**

	<b>С установленным туберкулезом/ Без туберкулеза</b> Абс. (%)	<b>Злоупотребляющие алкоголем/ Употребляющие психоактивные вещества</b> Абс. (%)	<b>Страдающие вирусным гепатитом C/ ВИЧ-инфекция без гепатита</b> Абс. (%)
<b>Всего пациентов</b>	21 (70%) 9 (30%)	12 (40%) 11 (36,67%)	22 (73,34%) 8 (26,66%)
<b>Голаядерные клетки</b>	0 (0%) 0 (0%)	0 (0%) 3 (10%)	2 (6,66%) 0 (0%)
<b>Дисэритропоэз</b>	2 (6,66%) 2 (6,66%)	0 (0%) 1 (9,09%)	4 (13,33%) 0 (0%)
<b>Дисгрануло-поэз</b>	2 (6,66%) 1 (3,33%)	2 (16,66%) 1 (9,09%)	1 (3,33%) 0 (0%)
<b>Дисмегакари-оцитопоз</b>	3 (10%) 3 (10%)	0 (0%) 2 (18,18%)	2 (6,66%) 1 (3,33%)

При оценке наличия признаков диспоэза в костном мозге у пациентов с ВИЧ – инфекцией и сопутствующими заболеваниями выявлено, что чаще других изменения при цитологическом исследовании регистрируются у пациентов с туберкулезом (голаядерные клетки у 2 пациентов, дисэритропоэз у 4 пациентов, дисгранулопоэз у 1 пациента, дисмегакариоцитопоз у 2 пациентов) ( $p < 0,004$ ). У пациентов, употребляющих психоактивные вещества, чаще регистрировались признаки дисмегакариоцитопоза в сочетании с обнаружением инволютивных форм мегакарицитов (голаядерные клетки) ( $p < 0,023$ ).

### **Выводы**

Депрессия любых двух ростков кроветворения выявлялась у пациентов с ВИЧ в стадии вторичных заболеваний и сочеталась со значительным снижением CD4+ клеток в иммунограммах. При анализе миелограмм у пациентов с различными двухростковыми цитопениями нами выявлены нарушения гемопоэза (дисэритропоэз, дисгранулопоэз, дисмегакариоцитопоз) у 14 пациентов.



**Список литературы/Iqtiboslar/References**

1. Министерство здравоохранения РФ ВИЧ - инфекция у взрослых / Министерство здравоохранения РФ – 2019.– 212с.
2. Всемирная организация здравоохранения. Женева Стратегии по борьбе с ИППП, ВИЧ и вирусным гепатитом// [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension) (In Russ.) [Электронный ресурс]. URL: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension).
3. Zhu Q. How about the quality and recommendation on prevention, diagnosis, and treatment of HIV/AIDS guidelines developed by WHO / Zhu Q., Fang P., Zhao Y., Dai D., Luo X. // *Medicine* – 2020. – Т. 99 – № 52 – С.236.
4. Kemnic T.R.HIV Antiretroviral Therapy / T. R. Kemnic, P. G. Gulick – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2021.– Internet.
5. Dhurve S.A. Bone Marrow Abnormalities in HIV Disease. / Dhurve S.A., Dhurve A.S. // *Mediterranean journal of hematology and infectious diseases* – 2013. – Т. 5 – № 1 – С.201.
6. Горыня Л.А. Анемия у ВИЧ-инфицированных пациентов. Патогенез и современная терапевтическая тактика / Горыня Л.А., Мазуров В.И., Мусатов В.Б. // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина* – 2014. – № 2 – С.54–65.
7. Gupta R.K. HIV-1 drug resistance before initiation or re-initiation of first-line antiretroviral therapy in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-regression analysis / Gupta R.K., Gregson J., Parkin N., Haile-Selassie H., Tanuri A., Andrade Forero L., Kaleebu P., Watera C., Aghokeng A., Mutenda N., Dzangare J., Hone S., Hang Z.Z., Garcia J., Garcia Z., Marchorro P., Beteta E., Giron A., Hamers R., Inzaule S., Frenkel L.M., Chung M.H., Oliveira T. de, Pillay D., Naidoo K., Kharsany A., Kugathasan R., Cutino T., Hunt G., Avila Rios S., Doherty M., Jordan M.R., Bertagnolio S. // *The Lancet Infectious Diseases* – 2018. – Т. 18 – № 3 – С.346–355

## СОДЕРЖАНИЕ/ CONTENT

### ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1.	<b>Абдукадирова М.А., Хикматуллаева А.С., Бакиева Ш.Р.</b> ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ.....	6
2.	<b>Асадов Д.А., Хакимов В.А., Турсунова Д.А.</b> ПЛАНОВАЯ ИММУНИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРИОД КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ (В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19).....	9
3.	<b>Axmedova M.D., G'aybullayev F.X.</b> SAMARQAND VILOYATIDA VITSERAL LEYSHMANIOZNING BOLALARDA KLINIK KECHISH XUSUSIYATLARINI O'RGANISH.....	13
4.	<b>Барышникова Д.В., Мордык А.В., Пузырева Л.В.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ КОСТНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ЦИТОПЕНИЕЙ.....	16
5.	<b>Бауетдинова Г.Д., Касимова Д.А., Тошбоев Б.Ю., Бойназарова А.А.</b> ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А ИММУНОПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК САМАРАДОРЛИГИ.....	20
6.	<b>Богомильский М.Р., Баранов К.К., Котова Е.Н., Вязьменов Э.О., Протасов А.А.</b> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ГЛОТКИ, МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ.....	23
7.	<b>Восеева Д.Х., Рустамов А.А.</b> COVID-19 ПАНДЕМИЯСИ ДАВРИДА САМАРАЛИ ДИСТАНЦИОН ДАРС ЎТИШ УСУЛЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ.....	28
8.	<b>Галова Е.А., Карякин Н.Н., Краснов В.В., Ашкинази В.И., Катиркина А.А., Трифорова Г.С.</b> КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЦИРКУЛЯЦИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИ-SARS-COV-2 IGG В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ-ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....	32
9.	<b>Грекова А.И., Конобрицкая М.Д., Солдатенков С.В.</b> ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А У ДЕТЕЙ (АНАЛИЗ ВСПЫШКИ У ДЕТЕЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ).....	37
10.	<b>Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.</b> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ.....	41
11.	<b>Джалалова Н.А., Азимова А.А., Атамухамедова Д.М.</b> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В И С У БЕРЕМЕННЫХ.....	43
12.	<b>Джумаева Н.С., Ярмухамедова Н.А.</b> АМАЛИЁТДАН БИР ҲОЛАТ COVID-19 КАСАЛЛИГИ ҲАМРОҲ КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ.....	47
13.	<b>Ёдгорова М.Д., Умарова З.К., Иномзода Д. И., Мукарамова Д.А.</b> ВКЛАД ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В БОРЬБЕ С ПАНДЕМИЕЙ COVID - 19 В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН.....	50
14.	<b>Yoqubov Q.Y., Mirtazavey O.M., Matnazarova G.S.</b> TOSHKENT SHAHRIDA COVID-19 NING EPIDEMIK TAVSIFI.....	53
15.	<b>Ибадова Г.А., Кадинова Н.Э.</b> ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ.....	57
16.	<b>Иномзода Д.И., Ёдгорова М.Д., Носирова М.П.</b> ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.....	62
17.	<b>Karabayev S.A., Bakirov A.A., Sultonov O.R., Mirshayeva D.A.</b> CLINICAL FEATURES OF CHICKENPOX IN ADULTS.....	65
18.	<b>Киселева В.В., Белоконова Л.В.</b> СЛУЧАЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНОГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ.....	68
19.	<b>Костина О.В., Краснов В.В., Преснякова М.В.</b>	

**Инфекционные болезни – актуальные вопросы, достижения и инновационные подходы в охране здоровья населения:** материалы международной научно-практической конференции. 1 том, (г. Самарканд, 25 июня 2021 г.) / отв. ред. Ризаев Ж.А. - Самарканд: СамГМИ, 2021. – 148 стр.

# **ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ – АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ, ДОСТИЖЕНИЯ И ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

## **МАТЕРИАЛЫ**

международной научно-практической конференции  
(Самарканд, 25 июня 2021 г.)

Под редакцией  
**Ж.А. РИЗАЕВА**

### **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

доктор медицинских наук, профессор **Ризаев Ж.А.** (отв. редактор);  
доктор медицинских наук **Зиядуллаев Ш.Х.** (зам. отв. редактора);  
PhD, доцент **Очилов У.У.** (отв. секретарь).

### **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Ярмухамедова Н.А., Раббимова Н.Т., Рустамова Ш.А., Ярмухамедова М.К., Джураева К.С.**