

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 – II

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. 2 том, (г. Самарканд, 25 июня 2021 г.) / отв. ред. Ризаев Ж.А. - Самарканд: СамГМИ, 2021. – 131 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`zgisisi». 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. Мусабаяев (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.

DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-1008-2021-SI-1-49>

Торшина Ирина Евгеньевна

доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой дерматовенерологии, косметологии и дополнительного медицинского образования ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии по Смоленской области, Заслуженный врач Российской Федерации.
orcid.org/0000-0002-6562-0556

Бусько Тамара Михайловна

Ассистент кафедры дерматовенерологии, косметологии и дополнительного медицинского образования ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России
orcid.org/0000-0002-8345-5611

Кречикова Диана Григорьевна

кандидат медицинских наук, заведующая ревматологическим отделением ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД-Медицина" города Смоленск", главный внештатный эксперт по ревматологии по Смоленской области
orcid.org/0000-0003-1207-6144

Богачева Валентина Степановна

Заведующая отделением клинко-диагностического центра для больных хроническими вирусными гепатитами на базе ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска.
orcid.org/0000-0003-4560-5735

Ямницкая Ирина Михайловна

и.о. заведующего дерматологическим отделением ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД-Медицина" города Смоленск"
orcid.org/0000-0001-6769-501X

К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С (ХВГС) И ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

АННОТАЦИЯ

Цель исследования: анализ клинического случая тяжелого течения псориазической болезни с тотальным поражением кожи и суставным синдромом у молодого мужчины на фоне длительного течения вирусного гепатита С (ВГС) с трансформацией в цирроз печени для разработки и обоснования индивидуального алгоритма междисциплинарного взаимодействия и маршрутизации пациента по его оптимальной реабилитации с использованием современных методов биологической терапии.

Материалы и методы: анамнестический, клинко-лабораторный методы исследования.

Результаты исследования и обсуждение. Представлен анализ современных данных клинических особенностей псориазической болезни в аспекте коморбидностей и фоновых хронических инфекционных заболеваний. Приведен анализ клинического случая тяжелого течения псориаза в виде эритродермии и суставного синдрома у молодого мужчины на фоне ХВГС с исходом в цирроз печени. Обосновано назначение биотерапии ХВГС и псориаза с положительной динамикой и стабилизацией кожного процесса на фоне элиминации ВГС.

Выводы. Хроническое течение ВГС оказывает крайне неблагоприятное влияние на развитие псориазической болезни с проявлениями в виде тотального поражения кожи (эритродермия) и вовлечением в патологический процесс суставов. Консолидированный подход специалистов различных профилей: инфекциониста, гепатолога, дерматовенеролога, ревматолога и клинического фармаколога с последовательным применением биологических препаратов для лечения ВГС, затем с переходом на терапию блокаторами интерлейкина-17, что значительно степени позволяет снизить уровень воспалительного процесса как со стороны поражения кожи, так и активности псориазического суставного синдрома на фоне элиминации вирусного агента и повысить качество жизни больных с инвалидизацией.

Ключевые слова: Вирусный гепатит С, псориаз, биологическая терапия

Torshina Irina Evgenievna

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Dermatovenereology, Cosmetology and Additional Medical Education of the FSBEI HE SSMU of the Ministry of Health of Russia, chief freelance specialist in dermatovenereology and cosmetology in the Smolensk region, Honored Doctor of the Russian Federation.
orcid.org/0000-0002-6562-0556

Busko Tamara Mikhailovna

Assistant of the Department of Dermatovenereology, Cosmetology and Additional Medical Education, FSBEI HE SSMU, Ministry of Health of Russia
orcid.org/0000-0002-8345-5611

Diana Grigorievna Krechikova

Candidate of Medical Sciences, Head of the Rheumatology Department of the ChUZ "Clinical Hospital" Russian Railways Medicine "in the city of Smolensk", chief freelance expert in rheumatology in the Smolensk region
orcid.org/0000-0003-1207-6144

Bogacheva Valentina Stepanovna

Head of the Department of the Clinical Diagnostic Center for Patients with Chronic Viral Hepatitis on the basis of ОГБУЗ "Clinical Hospital No. 1" of Smolensk.
orcid.org/0000-0003-4560-5735

Yamnitskaya Irina Mikhailovna

and about. head of the dermatological department Private educational institution

TO THE SOLUTION OF THE PROBLEM OF INTERDISCIPLINARY INTERACTION IN A PATIENT WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS C (CVHC) AND SEVERE PSORIATIC DISEASE

ABSTRACT

Objective: to present an analysis of a clinical case with a severe course of psoriatic disease (total skin lesion, articular syndrome) in a young man against the background of a long course of viral hepatitis C (HCV) with transformation into liver cirrhosis for the development and substantiation of an individual algorithm for interdisciplinary interaction and patient routing according to its optimal rehabilitation using modern methods of biological therapy.

Materials and methods: anamnestic, clinical and laboratory research methods.

Research results and discussion. An analysis of modern data on the clinical features of psoriatic disease in terms of comorbidity and background chronic infectious diseases is presented.

The analysis of a clinical case of severe psoriasis, manifested by erythroderma, articular syndrome in a young man against the background of long-term HCV disease with an outcome in liver cirrhosis is presented. The appointment of biotherapy for HCV and psoriasis with positive dynamics and stabilization of the skin process during HCV elimination was substantiated.

Conclusions. The chronic course of HCV has an extremely unfavorable effect on the development of psoriatic disease with manifestations of total skin lesions (erythroderma) and joint inflammation. A consolidated approach of specialists of various profiles: infectious disease specialist, hepatologist, dermatovenerologist and rheumatologist with the consistent use of biological drugs for the treatment of HCV, then with a further transition to therapy with interleukin 17 and 23 blockers, can significantly reduce the degree of skin inflammation and psoriatic articular syndrome against the background of viral elimination. agent, which improves the quality of life of patients with disabilities.

Keywords: Viral hepatitis C, psoriasis, biological therapy

Актуальность. Псориазическая болезнь представляет собой хроническое воспалительное иммунокомплексное заболевание кожи с вовлечением в патологический процесс синовиальных оболочек, других органов и систем [1].

Характер течения, степень тяжести псориаза отличается зависимостью от целого ряда факторов как внешней среды, так и эндогенных триггеров [2]. Известны данные об инициации и дальнейшем провоцировании обострений псориаза инфекционными агентами (стрептококковая инфекция, хламидиоз). Псориаз также характеризуется значительным количеством коморбидностей, в частности, зависимостью течения болезни от состояния гепатобилиарной системы [3, 4].

Многочисленные исследования подтверждают тяжелое течение псориаза у больных с алкогольным и токсическим поражением печени [5]. Однако остается открытым вопрос о взаимосвязи псориаза и поражения печени вирусной этиологии (ВГС и вирусный гепатит В (ВГВ)) [6], а также влияния противовирусной терапии ВГС на характер течения псориаза [7].

Впервые о связи между псориазом и гепатитом С было указано Ямамото Т et al. в 1995 г [8]. В немногочисленных исследованиях обосновано, что при наличии у больных с псориазом ВГС отмечается достоверно повышенный уровень экспрессии кателицидина в псориазических очагах в сравнении со здоровой кожей без инфекции (в 113 раз ($P < 0,001$)) и в 6 раз по сравнению с кожей больных псориазом, но без ВГС. Таким образом предполагается, что повышение уровня кателицидина при ВГС определяет этот инфекционный агент как триггер для развития псориаза [8, 9].

Цель исследования: Провести комплексный анализ клинического случая сочетанной патологии: длительно (более 20 лет) протекающего ХВГС и псориазической болезни в виде эритродермии и суставного синдрома у мужчины, имеющего инвалидность III группы по общему заболеванию и определить тактику ведения больного с учетом междисциплинарного взаимодействия.

Материал и методы исследования: Экспертный анализ 7 историй болезни стационарного больного (ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД-Медицина" г. Смоленск") с 2016 по 2021 гг и амбулаторной карты (Клинико-диагностический центр для больных хроническими вирусными гепатитами на базе ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска) с 2020 г больного Л.; динамическая оценка лабораторных показателей, инструментальных методов исследования до и в ходе назначенной комбинированной этапной биологической и симптоматической сопроводительной терапии, направленной на элиминацию вируса гепатита С (ВГС), реабилитацию гепатобилиарной системы и стабилизацию дерматологического статуса и суставного синдрома.

Результаты исследования: Аналитические данные клинического наблюдения.

Пациент Л., 39 лет, сельский житель, холост, не работает, инвалид 3 группы по общему заболеванию.

Жалобы на тотальное поражение кожи, ногтей, ограничение движения в суставах, повышенную температуру тела ($37,2-37,8^{\circ}\text{C}$), снижение аппетита, тошноту, низкую толерантность к пищевым нагрузкам, особенно к жареной и жирной пище, иногда тупые боли в эпигастрии и правом подреберье.

Анамнез: болен с 17 лет (в течение 22 лет), когда во время прохождения приписной комплексной медицинской комиссии военкомата впервые был обнаружен ВГС и выявлены симптомы распространенного псориаза. В течение жизни псориаз протекал торпидно, прогрессивно, характеризовался резистентностью к стандартной терапии (в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и стандартами в зависимости от года утверждения и времени обращения пациента за медицинской помощью) с ежегодными обострениями (3-4 раза в год) без тенденции к восстановлению кожного покрова. Последние 10 лет отмечается тотальное поражение кожи с выраженной инфильтрацией и активной воспалительной реакцией, вовлечением всех ногтевых пластинок кистей и стоп с развитием гипертрофического варианта псориазической ониходистрофии; поражение кожи лица и скальпа. Симптомы псориазического артрита отмечаются в течение последних 5 лет.

Больной характеризуется низкой комплаентностью, неоднократно направлялся к инфекционисту в гепатологический центр для решения вопроса о назначении терапии по поводу ВГС. Однако, со стороны больного отсутствовало адекватное понимание необходимости лечения ВГС, предъявлялись требования только по реабилитации кожного процесса.

Привычные интоксикации: никотиновая зависимость. Отмечается вязкость мышления, немотивированная вялость и заторможенность поведенческих реакций, повышенная утомляемость, головные боли, уплощенная аффективность.

Семейный анамнез по псориазу не отягощен. В семье больных с ВГС нет.

Аллергоанамнез: пациент указывает на непереносимость супрастина в виде воспалительной реакции кожи.

Неоднократно получал стационарное лечение в дерматологическом и ревматологическом отделениях с кратковременным положительным эффектом (обычно не превышающим 2-3 недели после выписки из стационара).

Statuspraesens

Общее состояние ближе к тяжелому за счет поражения кожи и суставного синдрома. Температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$. Гиперстеническое телосложение. Сознание ясное, положение

вынужденное из-за скованности в крупных и мелких суставах и выраженной воспалительной инфильтрации кожи.

При пальпации край печени уплотнен и выступает из-под края правой реберной дуги на 4 см, пальпируется увеличенная и уплотненная селезенка.

Увеличение аксиллярных, кубитальных, пахово-бедренных и задне-шейных лимфоузлов до крупной горошины и боба. Отмечается сглаженность голеностопных, локтевых и суставов фаланг кистей и стоп с ограничением в них активных и пассивных движений. Значительная пастозность нижних конечностей.

Дерматологический статус:

Тотальное поражение кожи в виде сплошной сливной воспалительной инфильтрации, лихенизации, трещин в местах физиологических складок; кожа горячая на ощупь, в складку не собирается. Выраженный ксероз кожи и слизистых. Пальмарная эритема на фоне диффузной инфильтрации.

Отмечается обильное крупно- и среднепластинчатое шелушение, наиболее выраженное в области конечностей. Лицо отечное, на коже скальпа сплошной очаг инфильтрации с множественными чешуйками на поверхности. Все ногтевые пластинки кистей и стоп утолщены, деформированы, выражен подногтевой гиперкератоз до 0,8-1 см с тенденцией к отторжению ногтевых пластинок с дистального края.

Индекс PASI составил 69,6, что соответствует тяжелой степени тяжести псориаза.

Обоснование врачебной тактики:

С учетом неуклонно прогрессивного течения псориазического процесса и отсутствия достаточного эффекта от проводимой стандартной терапии псориаза с учетом распространенности и вовлечения в патологический процесс суставов и на основании коллегиального решения дерматовенеролога, ревматолога, инфекциониста и клинического фармаколога пациенту было настоятельно предложено комплексное обследование и специфическое лечение в условиях гепатологического центра с учетом 20-летнего «стажа» ВГС

(лечение никогда не проводилось из-за негативного отношения больного к посещению инфекциониста) в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по ведению больных ХВГС и псориазом [10, 11].

В результате комплексного обследования и консилиума специалистов был установлен диагноз:

Основной: L 40.8 Другой псориаз (псориазическая эритродермия, тотальная гипертрофическая псориазическая ониходистрофия).

Конкурирующий:

L40.5 Псориазический артрит, полиартритический вариант, средне-тяжелое течение, активность 2, Функциональная недостаточность 3. Артериальная гипертензия II стадия, риск 3.

V18.2 Хронический вирусный гепатит C (ХВГС) с переходом в цирроз, класс А по Чайлд-Пью. Фаза репликации вируса (генотип 3a). Осложнения: печеночно-клеточная недостаточность 1-2. Портальная гипертензия 1-2 степени.

Сопутствующий: Хронический гастрит, ремиссия. Хронический панкреатит, вне обострения. Вторичный онихомикоз кистей и стоп. Астеновегетативный синдром.

Был назначен и проведен 12-недельный комбинированный курс терапии ХВГС: Софосбувир 400 мг/сутки в сочетании с Даклатасвир 60 мг/сутки и Рибавирин 15 мг/кг/сутки.

После завершения иницирующего курса терапии ХВГС пациенту была начата биологическая терапия псориазической болезни с применением ингибиторов интерлейкина-17 в дозе 120 мг по схеме: 0, 1, 2, и далее с рекомендацией введения препарата каждую 4 неделю.

В результате этапной комплексной терапии ХВГС и псориазической болезни

Индекс PASI в ходе проводимой терапии (через 4 месяца) составил 45,6, что также соответствует тяжелой степени тяжести псориаза, однако по сравнению с начальным значением индекс снизился на 65,5%.

Редукция активности воспалительного процесса подтверждается результатами лабораторных тестов (Табл.1, 2).

Таблица № 1

Динамика показателей общего анализа крови

	Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	Hb г/л	HCT %	Лейкоциты, $10^9/л$	Тромбоциты, $10^9/л$	Эозинофилы, %	Базофилы, %	Нейтрофилы, %		Лимфоциты, %	Моноциты, %	СОЭ, мм/ч
								палоч	сегм			
До начала терапии	5,32	165	49,7	9,0	154	8	1	2	65	26	8	43
В ходе лечения (через 4 мес)	5.23	129	36,9	3,9	173	2	1	1	43	32	4	11

Таблица № 2

Динамика показателей биохимического анализа крови

	Билирубин общий, мкМ/л	Мочевина, мМ/л	Креатинин, мкМ/л	ГГТ, Ед/л	АЛТ, Ед/л	АСТ, Ед/л	Общий белок, г/л	Щелочная Фосфатаза	Ревмофактор	С реактивный белок	Холестерин
До начала терапии	16,5	3,2	81	127,7	64,6	58,3	66,4	249	25,1	1,8	3,24
В ходе терапии (4 месяца лечения)	15	3,1	74	100,9	41,1	44,2	66,2	147	21,9	0,2	3,18

Коэффициент де Ритиса до начала терапии – 1,1, в ходе терапии – 0,92.

Показатели, определяющие наличие и степень клеточно-печеночной недостаточности сохраняются сниженными как до, так и в ходе терапии и составляют, соответственно: для протромбинового индекса - 67 и 66, для альбумина - 30 г/л и 31 г/л.

Анти HCV – положительный. Генотип ВГС - 3а.

Контрольные результаты инструментальных исследований:

Заключение ЭКГ (в сравнении). Без отрицательной динамики. Синусовый ритм. ЧСС 76 уд в мин.

Флюорография (в сравнении). Без отрицательной динамики. Легкие и сердце, аорта без видимой патологии.

Ультразвуковое исследование почек (в сравнении). Динамика отсутствует. Двусторонний нефроптоз I-II ст. Небольшая пиелоктазия обеих почек.

Ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы (в сравнении). Слабовыраженная положительная динамика с уменьшением степени выраженности цирроза, сохраняется ровный контур печени, паренхима плотная за счет мелко- или среднеочаговых структур. Желчевыводящие протоки среднего калибра, расширенные и плотные междолевые септы. Воротная и селезеночная вены извиты, коллатерали.

Эластометрия в сравнении: результат без изменений. Жесткость ткани печени 24 кПа, что соответствует стадии фиброза F 4.

R-графия стоп (в сравнении): Положительная динамика. На прямой R -грамме костных травматических и деструктивных изменений не выявлено. Ширина суставных щелей обычная.

R-графии костей таза (в сравнении): Положительная динамика. Костных травматических и деструктивных изменений не выявлено. Ширина суставных щелей обычная. Мягкие ткани без особенностей.

Видеогастродуоденоскопия (в сравнении): Динамика отсутствует. Недостаточность кардии; умеренный катаральный гастрит (светло-желтая желчь в желудке); субэпителиальные геморрагии луковицы 12-перстной кишки.

Оценка уровней вирусной нагрузки: до начала терапии 400 000 МЕ/мл, в ходе терапии 42 000 МЕ/мл.

Биологическая терапия псориаза проводилась на фоне курсового использования препаратов, улучшающих функцию

гепатобилиарной системы (Фосфолипиды + Глицерризиновая кислота 200 мг 3 раза в сутки; Фолиевая кислота 1 мг 3 раза в сутки). Симптоматическое лечение сопутствующей патологии включало: Цетиризин 10 мг однократно в течение 12 дней, Эналаприл 5 мг 2 раза в день длительно и Омепразол 20 мг 2 раза в сутки в течение 1 месяца.

Наружная терапия псориазических высыпаний использовалась в качестве вспомогательного компонента с целью увлажнения кожи (эмолиенты), уменьшения шелушения и восстановления её эластических свойств (кератопластические и противовоспалительные препараты), проводилась дезинфекция обуви и лечение онихомикоза антимикотическими средствами.

Выводы: Учитывая длительность (более 20 лет), тяжесть течения псориаза, отсутствие ответа на стандартную терапию на фоне нелеченного ХВГС обоснован консолидированный подход к ведению больного с инициацией лечения вирусной инфекции и последовательного перехода к биологической терапии псориаза, который продемонстрировал положительную динамику, что проявилось снижением активности псориаза и подтверждается:

– динамической оценкой индекса PASI, уменьшенным на 65,5%;

– лабораторными данными общего и биохимического анализа крови в виде снижения СОЭ, активности ферментов печени, креатинина, С-реактивного белка, ревмофактора;

– снижением вирусной нагрузки после терапии в 10 раз.

В случаях сочетания псориазической болезни с заболеваниями гепатобилиарной системы (в том числе, инфекционного генеза) следует назначать этапное лечение в виде комбинации курсов терапии, направленной на элиминацию инфекционного агента с последующей реабилитацией поражения ткани печени и обоснованной патогенетической биологической терапии.

В дополнение к скринингу всех пациентов с псориазом на предмет потенциальной инфекции ВГС дерматовенерологи должны иметь возможность выбирать индивидуальные и эффективные методы лечения ВГС-положительных пациентов с тяжелым течением дерматологического заболевания.

Библиографический список:

1. Reich K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for the treatment of the disease. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012; 26 (Add 2): 3 – 11.
2. Finet A, Viguier M, Chazouillères O et al. Liver test abnormalities in patients admitted for severe psoriasis: prevalence and associated risk factors on behalf of the Groupe de Recherche sur le Psoriasis de la Société Française de Dermatologie Available from <https://doi.org/10.1111/jdv.13674>.
3. Taha EA, Mecca MA, Morsi X et al. Study of the effect of hepatitis C viral load on patients with concomitant psoriasis vulgaris. Arab J Gastroenterol 2014; 15: 98 – 102.

4. Brazzelli V, Carugno A, Alborghetti A. Hepatitis C infection in Italian psoriatic patients: prevalence and correlation with patient age and psoriasis severity. Available from <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2011.04360>. Poster at the 20th EADV Congress. Lisbon, Portugal, Oct 2011.
5. Risk of non-alcoholic fatty liver disease in patients with psoriasis: a systematic review and meta-analysis R. Candia A. Ruiz R. Torres-Robles N. Chávez-Tapia N. Méndez-Sánchez M. Arrese November 2014 Available from <https://doi.org/10.1111/jdv.12847>.
6. Kanada KN, Schupp CW, Armstrong AW. Link between psoriasis and viral infections in the United States: focusing on hepatitis B, hepatitis C, and human immunodeficiency virus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27: 1312 – 1316.
7. Afshar M, Martinez AD, Gallo RL et al Induction and exacerbation of psoriasis in hepatitis C therapy with interferon-alpha: a review and analysis of 36 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27: 771 – 778.
8. ChunK, AfsharM, AudishD et al. Hepatitis C may enhance key amplifiers of psoriasis. 2016 May Available from <https://doi.org/10.1111/jdv.13578>.
9. Morizane S, Yamasaki K, Muhleisen B et al. Antimicrobial peptide cathelicidin LL-37 in psoriasis provides reactivity of keratinocytes against ligands TLR9. *J Invest Dermatol* 2012; 132: 135 – 143.
10. Клинические рекомендации: Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) у взрослых. Москва – 2018, 90с.
11. Клинические рекомендации: Псориаз. Москва – 2020, 66с.

СОДЕРЖАНИЕ/ CONTENT

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

39	Петрова В. И., Федина Н. В., Гудков Р. А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ БАЙЛЕРА У РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	5
40	Преснякова М. В., Краснов В.В., Галова Е.А., Некаева Е.С., Большакова А. Е., Костина О.В., Катиркина А.А. ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19.....	8
41	Раббимова Д. Т., Юсупов Ф.Т., Уралов Ш. М. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕПСИСА У МЛАДЕНЦЕВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	13
42	Расулов У. А., Азимов А. В., Амиркулова Н. Б., Рахимова В. Ш. ИЗМЕНЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ COVID-19 ПО ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	17
43	Рудаков Н. В., Шпынов С. Н., Пеньевская Н. А., Блох А. И., Решетникова Т. А., Самойленко И. Е., Кумпан Л. В., Штрек С. В., Савельев Д. А., Абрамова Н. В., Транквилевский Д.В. ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КЛЕЩЕВЫМ РИККЕТСИОЗАМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СОВРЕМЕННЫЙ ПЕРИОД.....	19
44	Рустамова Ш. А., Вафокулова Н. Ҳ. САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ МУАММОЛАРИНИ ЙИЛЛАР КЕСИМИДА СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ.....	25
45	Садвакас А. С. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С В ОТДЕЛЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗА АЛМАТЫ.....	29
46	Садикова Н. М., Гулямов Н. Г., Ахмедова Х. Ю., Миррахимова Н. М. ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТА ЖЕЛЕЗА В СЫВОРОТКЕ И ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТАХ КРОВИ У ЛИЦ СО СЛАБЫМ И ВЫРАЖЕННЫМ ИММУНОГЕНЕЗОМ В ОТВЕТ НА НА ВАКЦИНАЦИЮ БРЮШНОТИФОЗНОЙ ВАКЦИНОЙ.....	34
47	Саломова Ф. И., Шарипова С. А., Камиллов А. А., Тошматова Г. О., Мирсагатова М. Р., Нигматуллаева Д. Ж. COVID-19 ТАКСИМЛАШ МАРКАЗЛАРИДА КОРОНАВИРУС КАСАЛЛИГИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ОВҚАТЛАНИШ МЕЗОНЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ.....	37
48	Тиркашев О. С., Матназарова Г. С., Мустаева Г. Б., Джураева К. С. САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ҚИЗАМИҚ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ КЎП ЙИЛЛИК ДИНАМИКАСИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ.....	41
49	Торшина И. Е., Бусько Т. М., Кречикова Д.Г., Богачева В. С., Ямницкая И. М. К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С (ХВГС) И ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	44
50	Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Рахматуллаева Ш. Б., Муминова М. Т. ДИАРЕЯ СИНДРОМИ КУЗАТИЛГАН ОИВ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРНИНГ ИММУНОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИ.....	49
51	Турицин В.С., Сувонкулов У. Т., Ачилова О.Дж. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТОКСОКАРОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ.....	54
52	Усачева Н. Э., Новиков В. Е., Мякишева Т. В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕВЕНТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ ИЗ ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ: ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....	57
53	Шодиева Д.А., Ташпулатов Ш. А. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОТУЛИЗМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ БОТУЛИНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.....	62
54	Шокирова Ф. Ж. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19.....	65
55	Шпынов С.Н., Рудаков Н. В., Зелихман С. Ю., АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИХОРАДКОЙ КУ (КОКСИЕЛЛЕЗОМ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С НАЧАЛА ОФИЦИАЛЬНОЙ РЕГИСТРАЦИИ ПО НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ.....	68
56	Элмуродова А. А., Санокулова С. А., Жалилова А. С. СУРУНКАЛИ ЛЯМБЛИОЗГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА "КЛИНТАБ" ФИТОПРЕПАРАТИ САМАРАДОРЛИГИ.....	73

Инфекционные болезни – актуальные вопросы, достижения и инновационные подходы в охране здоровья населения: материалы международной научно-практической конференции. 2 том, (г. Самарканд, 25 июня 2021 г.) / отв. ред. Ризаев Ж.А. - Самарканд: СамГМИ, 2021. – 131 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.