

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.

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, произойдет 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-1-26>

Мусабаев Эркин Исхакович
д.м.н., профессор, Научно - исследовательский
институт Вирусологии Министерство
Здравоохранение Республики Узбекистан
Ташкент, Узбекистан
Облокулов Абдусаттар Абдурашидович
Соискатель кафедры инфекционных болезней
и эпидемиологии, Бухарский Государственный
медицинский институт им. Абу Али ибн Сино,
Бухара, Республика Узбекистан
<https://orcid.org/0000-0002-6891-359X>

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

АННОТАЦИЯ

Цель исследования — изучить клинико-лабораторные критерии спонтанного бактериального перитонита при циррозе печени вирусной этиологии. Результаты. Обследовано 120 [64 (53,3%) мужчин и 56 (46,7%) женщин] пациентов с циррозами печени вирусной этиологии в возрасте от 30 до 69 лет. Из клинических симптомов наиболее часто встречались такие признаки СБП, как лихорадка – 36,7%, лейкоцитоз с появлением незрелых форм лейкоцитов – 46,7%, диспепсические явления – 61,7%. У всех пациентов с СБП (n = 60), возникших в фазе декомпенсации цирроза вирусной этиологии, уровни ПКТ были достоверно (p = 0,001) выше, чем у пациентов второй группы (n = 60). При анализе повышения уровня ПКТ в сыворотке крови у пациентов первой группы содержания ПКТ наблюдалась в диапазоне 0,2-0,3 нг/мл у 26,7%, в диапазоне 0,5-2,0 нг/мл у 20% и в диапазоне 0,3-0,5 нг/мл у 36,7% пациентов. Во второй группе наблюдаемых пациентов ПКТ сыворотки не превышала 0,2 нг/мл. Уровни ПКТ в сыворотке крови регистрировались в диапазоне 0,1–0,2 нг/мл у 25% пациентов и в диапазоне 0,05–0,1 нг/мл у 75% пациентов. Заключение. Уровни прокальцитонина в сыворотке крови считаются маркером диагностики бактериальных инфекций и рекомендуются как маркер ранней неинвазивной диагностики у пациентов с спонтанного бактериального перитонита цирроза печени вирусной этиологии.

Ключевые слова: цирроз, спонтанный бактериальный перитонит, прокальцитонин.

Musabayev Erkin Isxakovich
t.f.d., professor, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni
Saqlash Vazirligi Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti,
Toshkent, O'zbekiston
Oblokulov Abdusattar Abdurashidovich
Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro Davlat tibbiyot institute
Yuqumli kasalliklar va epidemiologiya kafedrasini
Mustaqil izlanuvchi, Buxoro, O'zbekiston

VIRUS ETIOLOGIYALI JIGAR SIRROZIDA SPONTAN BAKTERIAL PERITONITNING KLINIK-LABORATOR XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIYA

Tadqiqotning maqsadi - spontan bakterial peritonitning klinik-laborator kriteriyalarini o'rganishdan iboratdir. Natijalar. Virus etiologiyali jigar sirrozi bilan og'riq, 30 yoshdan 69 yoshgacha bo'lgan 120 nafar [shundan 64 nafar (53,3%) erkak, 56 nafar (46,7%) ayol] bemor o'rganildi. SBP ning belgilari sifatida eng ko'p klinik simptomlar sifatida, isitma - 36,7%, yetilmagan leykotsitlar bilan leykotsitoz - 46,7%, dispeptik buzilishlar - 61,7% kabilar namoyon bo'ldi. Virus etiologiyali jigar sirrozining dekompensatsiya fazasida yuzaga keluvchi SBP bilan og'riq barcha bemorlarda (n=60) PKT miqdori ikkinchi guruh bemorlardagi miqdorga nisbatan birmuncha baland (p=0,001). Birinchi guruh bemorlar qon zardobida PKT miqdori oshganligi tahlil qilinganida PKT diapazoni 0,2-0,3 ng/ml 26,7% bemorda, 0,6-2,0 ng/ml diapazon 20% bemorda va 0,3-0,5 ng/ml diapazon 36,7% bemorlarda uchraganligi kuzatildi. Kuzatuvdagi ikkinchi guruhda zardobdagi PKT darajasi 0,2 ng/ml dan oshmagan. Qon zardobidagi PKT darajasi 0,1-0,2 ng/ml diapazonda 25% bemorda, 0,05-0,1 ng/ml diapazonda 75% bemorda kuzatilganligi ro'yxatga olindi. Xulosa. Qon zardobidagi prokalsitonin miqdorini bakterial infeksiyalar diagnostikasining markeri sifatida hisoblash mumkin va virus etiologiyali jigar sirrozida spontan bakterial peritonit yuzaga kelgan bemorlarda noinvaziv diagnostika markeri sifatida qabul qilish tavsiya etiladi.

Kalit so'zlar: sirroz, spontan bakterial peritonit, prokalsitonin.

Erkin Iskhakovich Musabaev
DsC, Professor, Research Institute of Virology Ministry
Healthcare of the Republic of Uzbekistan,
Tashkent, Uzbekistan
Oblokulov Abdusattar Abdurashidovich
Abu Ali ibn Sino Bukhara State Medical Institute
Department of Infectious Diseases and Epidemiology,
independent researcher, Bukhara, Uzbekistan

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF SPONTANEOUS BACTERIAL PERITONITIS IN LIVER CIRRHOSIS OF VIRAL ETIOLOGY

ANNOTATION

The aim of the study was to study the clinical and laboratory criteria for spontaneous bacterial peritonitis in liver cirrhosis of viral etiology. Results. 120 [64 (53.3%) men and 56 (46.7%) women] patients with cirrhosis of the liver of viral etiology aged from 30 to 69 years were examined. Of the clinical symptoms, the most common signs of SBP were fever-36,7%, leukocytosis with the appearance of immature forms of white blood cells – 46,7%, dyspeptic phenomena – 61,7%. In all patients with SBP (n = 60), who occurred in the decompensation phase of cirrhosis of viral etiology, the levels of PCT were significantly (p = 0,001) higher than in patients of the second group (n = 60). When analyzing the increase in the

level of PCT in the blood serum in patients of the first group, the content of PCT was observed in the range of 0,2-0,3 ng/ml in 26,7%, in the range of 0,5-2,0 ng/ml in 20% and in the range of 0,3-0,5 ng/ml in 36,7% of patients. In the second group of observed patients, the serum PCT did not exceed 0,2 ng/ml. Serum PCT levels were recorded in the range of 0,1-0,2 ng / ml in 25% of patients and in the range of 0,05-0,1 ng / ml in 75% of patients. Conclusion. Serum procalcitonin levels are considered a marker for the diagnosis of bacterial infections and are recommended as a marker for early non-invasive diagnosis in patients with spontaneous bacterial peritonitis of viral liver cirrhosis.

Key words: cirrhosis, spontaneous bacterial peritonitis, procalcitonin.

Актуальность исследования. Спонтанный бактериальный перитонит (СБП) - наиболее распространенная опасная инфекция для жизни у пациентов с циррозом и асцитом. СБП возникает как у детей, так и у взрослых и является хорошо известным и опасным осложнением у пациентов с циррозом печени. На его долю приходится более половины всех инфекций [1, 2]. Распространенность СБП в амбулаторных условиях составляет 1,5–3,5%, а у госпитализированных больных превышает 10% [3]. Некоторые авторы сообщают, что от 30% до 60% стационарных пациентов с ЦП заболевают бактериальной инфекцией [2, 4], а частота бактериальных инфекций у пациентов с ЦП в 4-5 раз выше, чем в общей популяции [2]. Среди пациентов с ЦП, сопровождающимся бактериальными инфекциями, СБП является наиболее частым осложнением (от 10% до 30% случаев) и часто опасным для жизни, со смертностью от 10% до 46% [5].

По мнению некоторых авторов, от 30% до 60% стационарных пациентов с ЦП заболевают бактериальной инфекцией [6], а частота бактериальных инфекций у пациентов с ЦП в 4-5 раз выше, чем в общей популяции [2].

Обычно СБП проявляется болью в животе и болезненностью, связанной с лихорадкой. Однако он может проявляться другими местными симптомами перитонита, такими как рвота и кишечная непроходимость и другие проявления системного воспаления, такие как озноб, тахикардия, тахипноэ и шок, нарушение функции печени или почек или печеночной энцефалопатии [7]. Диагноз СБП у пациентов с ЦП не всегда однозначен, поскольку СБП иногда протекает бессимптомно, а задержка в диагностике часто приводит к летальному исходу, включая сепсис или полиорганную недостаточность [8].

Диагноз спонтанного бактериального перитонита выставляется при определении нейтрофилов >250 в 1 мм^3 независимо от результата посева асцитической жидкости, бактериального асцита - когда количество нейтрофилов <250 в 1 мм^3 , но имеется положительный посев асцитической жидкости. Хотя положительный посев асцитической жидкости (АЖ) на микроорганизм является золотым стандартом диагностики СБП, около 60% случаев с клиническими проявлениями, указывающими на СБП и повышенным количеством полиморфно-ядерных лейкоцитов (ПЯЛ) АЖ, имеют отрицательные культуры. Следовательно, количество ПЯЛ АЖ ≥ 250 / мкл рассматривается для диагностики СБП, независимо от результатов посева [9]. Однако парацентез не всегда возможен и иногда может занять слишком много времени для ранней диагностики СБП [10, 11]. Следовательно, желательны новые и полезные биомаркеры для ранней диагностики СБП.

Диагностика бактериальных осложнений цирроза зачастую представляет сложности в связи со стертой клинической картиной заболевания. Иногда инфекционные осложнения проявляются только лишь усугублением печеночной энцефалопатии. К простым и доступным скрининговым тестам на наличие бактериальной инфекции при циррозе печени относятся С-реактивный белок и прокальцитонин ($>0,5 \text{ нг/мл}$) [2]. Прокальцитонин (ПКТ) был предложен в высоко цитируемых исследованиях в качестве потенциально ценного биомаркера сыворотки для диагностики бактериальных инфекций в целом [12, 13] и СБП в частности [14].

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторные критерии спонтанного бактериального перитонита при циррозе печени вирусной этиологии.

Материалы и методы. Обследовано 120 [64 (53,3%) мужчин и 56 (46,7%) женщин] пациентов с циррозами печени вирусной этиологии в возрасте от 30 до 69 лет. Этиологически документированный диагноз циррозов печени основывался на

результатах выявления маркеров инфицирования вирусами ВГВ (HBsAg, HBc-IgM, HBeAg), ВГД (HDV-IgG), ВГС (anti-HCV), ДНК ВГВ и РНК ВГС определялся методом полимеразная цепная реакция (ПЦР).

Среди них HBV – инфекция отмечена у 20 (16,7%) пациентов, инфекция HCV – у 69 (57,5%), HBV+HCV– инфекция – у 16 (33,3%), HBV+HDV– инфекция – у 15 (12,5%).

Учитывая клиническую значимость определения генотипов HCV, было проведено изучение генотипов вируса во взаимосвязи циррозом печени. Была обследована группа больных (85 пациентов), которые по данным ПЦР имели в сыворотке крови РНК-HCV. После установления генотипов были получены следующие результаты: тип 1а выявлен у 53% пациентов, 1b - у 22,4% больных, 3 генотип - у 18,8% пациентов. Сочетанное выявление двух генотипов 1b+3a определился у 5,9% пациентов.

Для подтверждения диагноза цирроза печени, его этиологии, стадии компенсации и осложнений изучались клиническая картина и анамнез заболевания, проводился комплекс клинических, лабораторных (определение активности аспаратаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), содержания билирубина, холестерина, общего белка, белковых фракций, креатинина, мочевины, глюкозы, СРБ и ПКТ) в сыворотке крови. Из всех указанных показателей такие как общий белок, альбумин, определялись в АЖ и инструментальных (УЗИ, эластография) методов диагностики. Для соответствия индекса фиброза и цирроза печени по METAVIR использовалась классификационная счетная шкала. Концентрацию прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови определяли помощью анализатора MINDRAY BA – 88A (Китай). За верхнюю границу нормы принимали концентрацию, равную $0,05 \text{ нг/мл}$.

Всем больным при поступлении проводился диагностический парацентез с последующим подсчетом числа нейтрофилов в АЖ и посевом на культуральные среды.

Результаты и обсуждение. Проанализированы результаты комплексного обследования, включавшего клинические, биохимические исследований у 120 больных с предварительным диагнозом ЦП, осложненный асцитом. Достоверных отличий по возрасту у мужчин и женщин не отмечено.

Клиническая картина у обследованных больных характеризовалась общей слабостью 74 (61,7%), снижением аппетита 75 (62,5%), тошнотой и рвотой 52 (43,3%), кожным зудом 10 (8,3%), болями в животе у подавляющего большинства больных 35 (60,3%). У 22 (37,9%) больных отмечалась субфебрильная лихорадка, у 3 (5,2%) - выраженная желтуха, у 21 (36,2%) - умеренная желтуха. Спленомегалия у 35 (60,3%) больных, отеки у 30 (51,7%) больных. При исследовании больных «сосудистые звездочки» отмечены у 37 (63,8%), пальмарная эритема у 21 (36,2%), варикозное расширение вен пищевода у 35 (60,3%). Носовые кровотечения зарегистрированы у 23 (39,7%) больных. В результате проведенных исследований, у больных циррозом печени вирусной природы, выраженный портальный блок наблюдался у 31 (53,4%) больных. Наблюдался одышка с частотой дыхания до 30-40 в минуту у 26 (44,8%) больных. У 18 (31,0%) больных отмечалась тахикардия, пульс слабый, прощупывался с трудом. У 5 (8,6%) пациентов становился заторможенным, отвечает на вопросы врача односложно.

При обработке лабораторных данных, анемии различной степени тяжести были выявлены у 37 больных, повышение СОЭ у 1/2 больных, повышение АЛТ у 45, АСТ - у 64. Умеренное возрастание общего билирубина крови отмечено у 40 больных, выраженное повышение общего билирубина у 13. Повышенная

активность щелочной фосфатазы наблюдалась у 12 больных. Протромбиновый индекс был снижен у 74 больных. У 62 больных цирроз печени сочетался с хроническим холециститом, в том числе у 27 отмечено проявления хронического панкреатита. У 12 больных установлен хронический пиелонефрит, у 5 больных было сочетание цирроза печени с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Наиболее часто встречались такие признаки СБП, как лихорадка – 36,7% (n= 44), лейкоцитоз с появлением незрелых форм лейкоцитов – 46,7% (n= 56), диспепсические явления – 61,7% (n= 74).

На основании клинических признаков СБП все пациенты с ЦП были разделены на две группы: с наличием n=60 и без клинических признаков n=60 СБП. С учетом международных рекомендаций проводился подсчет количества ПЯЛ на мм³. В группе пациентов с наличием клинических проявлений СБП (n=60) у 57 (95%) больных АЖ носила нейтрофильный характер (ПЯЛ \geq 250 кл/мм³), в то время как у других (n=60) больных ПЯЛ в АЖ обнаружены в незначительном количестве (\leq 250 кл/мм³), что позволило выделить подгруппу пациентов с анейтрофильным асцитом.

Классическим микробиологическим методом при посеве АЖ на селективные среды только 19 (31,7%) больных из 60 больных обнаружен потогенные флоры. Из них 11 (57,8%) выделен *E. coli* и а у 4 (21,1%) клебсиелла.

На следующем этапе нашего исследования мы изучили изменения содержания ПКТ в сыворотке наблюдаемых пациентов. У всех пациентов с СБП (n = 60), возникших в фазе декомпенсации цирроза вирусной этиологии, уровни ПКТ были достоверно (p = 0,001) выше, чем у пациентов второй группы, то есть у неосложненных пациентов с СБП (n = 60). При анализе повышения уровня ПКТ в сыворотке крови у пациентов первой группы содержания ПКТ наблюдалась в диапазоне 0,2-0,3 нг/мл у 26,7%, в диапазоне 0,5-2,0 нг/мл у 20% и в диапазоне 0,3-0,5 нг/мл у 36,7% пациентов. Во второй группе наблюдаемых пациентов ПКТ сыворотки не превышала 0,2 нг/мл. Уровни ПКТ в сыворотке крови регистрировались в диапазоне 0,1-0,2 нг/мл у 25% пациентов и в диапазоне 0,05-0,1 нг/мл у 75% пациентов.

Заключение. Уровни прокальцитонина в сыворотке крови считаются маркером диагностики бактериальных инфекций и рекомендуются как маркер ранней неинвазивной диагностики у пациентов с спонтанного бактериального перитонита цирроза печени вирусной этиологии.

Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Wiest R, Krag A, Gerbes A (2012) Spontaneous bacterial peritonitis: recent guidelines and beyond. *Gut* 61:297–310.
2. Jalan R, Fernandez J, Wiest R, Schnabl B, Moreau R, Angeli P et al (2014) Bacterial infections in cirrhosis: a position statement based on the EASL Special Conference 2013. *J Hepatol* 60:1310–1324.
3. Noursbaum JB, Cadranel JF, Nahon P, Nguyen Khac E, Moreau R, Thévenot T et al (2007) Diagnostic accuracy of the Multistix 8 SG reagent strip in diagnosis of spontaneous bacterial peritonitis. *Hepatology* 45:1275–1281.
4. Oblokulov A.A. (2020) Clinical and epidemiological characteristics of spontaneous bacterial peritonitis in cirrhosis of hepatic viral etiology// *New Day in Medicine* №3 (31):423-425.
5. Dever JB, Sheikh MY (2015) Review article: Spontaneous bacterial peritonitis: bacteriology, diagnosis, treatment, risk factors and prevention. *Aliment Pharmacol Ther* 41: 1116-1131.
6. Strauss E (2014) The impact of bacterial infections on survival of patients with decompensated cirrhosis. *Ann Hepatol* 13: 7-19.
7. Piddock LJ, Planas R, Bernard B, Inadomi JM (2000) Diagnosis, treatment and prophylaxis of spontaneous bacterial peritonitis: a consensus document. *International ascites club. J Hepatol* 32(1):142–153.
8. Kang CI, Song JH, Chung DR, Peck KR, Yeom JS, et al. (2011) Liver cirrhosis as a risk factor for mortality in a national cohort of patients with bacteremia. *J Infect* 63: 336-343
9. European Association for the Study of the Liver (2010) EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *J Hepatol* 53:397–417.
10. Gaya DR, David B Lyon T, Clarke J, Jamdar S, et al. (2007) Bedside leucocyte esterase reagent strips with spectrophotometric analysis to rapidly exclude spontaneous bacterial peritonitis: a pilot study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 19: 289-295.
11. Облокулов А.Р., Мухаммадиева М.И. Вирус этиологияли жигар циррозида спонтан бактериал перитонитнинг клиник-лабаратор тавсифи. //Вестник врача. 2020; №3 1(96) стр.67-71.
12. Uzzan B, Cohen R, Nicolas P, Cucherat M, Perret GY (2006) Procalcitonin as a diagnostic test for sepsis in critically ill adults and after surgery or trauma: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med* 34(7):1996–2003.
13. Abdurashid Rahimovich Oblokulov, Zilola Zohirovna Husenova, Maksudjon Muzaffarovich Ergashev. (2021). Procalcitonin as an Indicator of Antibacterial Therapy in Covid-19. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, Volume 25: Issue 3. 5220–5224.
14. Cai ZH, Fan CL, Zheng JF, Zhang X, Zhao WM, Li B et al (2015) Measurement of serum procalcitonin levels for the early diagnosis of spontaneous bacterial peritonitis in patients with decompensated liver cirrhosis. *BMC Infect Dis* 15:55.
15. Облокулов А.А. Лабораторная характеристика спонтанного бактериального перитонита при циррозе печени вирусной этиологии. // Журнал инфектологии. Том 13, № 1, 2021, с.102.

	ХАРАКТЕРИСТИКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД COVID-19 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ.....	70
20.	Крамарь Л.В., Арова А.А., Ларина Т.Ю. ОШИБКИ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	75
21.	Крамарь Л.В., Краснов В.В., Манакова Э.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ГЕРПЕСВИРУСОВ У ДЕТЕЙ С ЧАСТЫМИ РЕКУРРЕНТНЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.....	78
22.	Кулагина Л.Ю., Звезгинцева А.А., Матвеев В.Ю., Максимов М.Л. ДИНАМИКА ВЫСЕВАЕМОСТИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫХ ПАТОГЕНОВ В ОТДЕЛЕНИИ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА Г.КАЗАНИ.....	82
23.	Любавина Н.А., Галова Е.А., Макарова Е.В., Милютин М.Ю., Полякова И.В., Некаева Е.С., Ашина Е.Ю., Катиркина А.А. УРОВЕНЬ СЫВОРОТОЧНЫХ АНТИ-SARS-COV-2 В ДИНАМИКЕ ДО 150 ДНЯ ОТ МАНИФЕСТАЦИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	85
24.	Мирзажонова Д. Б., Бахриева З.Д. БОЛАЛАРДА САЛМОНЕЛЛЕЗ КАСАЛЛИГИ ТАРҚАЛГАН ШАКЛИ КЛИНИКО ЛАБОРАТОР КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ.....	90
25.	Mirzoeva M.R., Keldiyorova Z.D. IMMUNOLOGICAL FEATURES OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS EPSTEIN-BARR VIRUS ETIOLOGY IN CHILDREN.....	93
26.	Мусабаев Э.И., Облокулов А.А. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	96
27.	Мустаева Г.Б., Матякубова Ф.Э., Раббимова Н.Т., Самбаева У.Х., Шаматова М. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ТЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРОТЕЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	99
28.	Мустанов А.Ю., Брянцева Е.В., Матназарова Г.С. МЕНИНГОКОКК ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ.....	102
29.	Мякишева Т. В., Титарева Е. А. РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ УЛУЧШЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ.....	105
30.	Носирова М. П., Иномзода Дж., Асфияева Х.М., Шамсутдинова Г. А. ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	108
31.	Нуралиев Н.А., Облокулова З. И. ВНЕПЕЧЕНОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С.....	112
32.	Облокулов А. Р., Хусенова З. З., Эргашов М. М. ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА ПРИ НАЗНАЧЕНИЯ И МОНИТОРИНГА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19.....	115
33.	Облокулов А. Р., Холов У. А., Ходжаева Ш. И. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ COVID-19.....	118
34.	Одинаев Н. С., Давронзода И., Нуров М.М., Бойназарова М.Х., Авгонов Н.К. АНАЛИЗ ФОРМИРОВАНИЕ КОЛЛЕКТИВНОГО ИММУНИТЕТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЕ Г.ДУШАНБЕ НА COVID-19.....	122
35.	Осланов А.А., Кадиров Ж. Ф., Муродқосимов С. СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАРДАГИ РУҲИЙ ЎЗГАРИШЛАРДА ПСИХОЛОГИК ЎЗИНИ-ЎЗИ КУЗАТИШ УСУЛИ АҲАМИЯТИ.....	125
36.	Осланов А.А., Кадиров Ж. Ф., КОРОНОВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯГА (COVID-19) ИККИЛАМЧИ БАКТЕРИАЛ ИНФЕКЦИЯНИНГ ҚЎШИЛИБ КЕЛИШИ (Самарқанд вилояти мисолида).....	128
37.	Очилов У. У., Тураев Б. Т.	

	ПСИХОАКТИВ МОДДА ИСТЕЪМОЛ ҚИЛУВЧИ БЕМОРЛАРДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНИ АНИҚЛАШДА СТРЕСС ҲОЛАТИ.....	138
38.	Павлюченкова Н. А., Усачева Н. Э. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАЦИОНАЛЬНЫХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РЫНКОВ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ РОССИИ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ.....	141

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.