



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (59) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
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
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
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)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**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)

9 (59)

2023

сентябрь

УДК 616.381 - 002 : 612.017.1 : 616.36 - 004 – 022

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

¹Облокулов А.А. <https://orcid.org/0000-0002-6891-359X>

²Мухторова Ш.А. <https://orcid.org/0000-0002-1522-75370>

¹Бухарская областная инфекционная больница, Узбекистан, г. Бухара, ул. Гиждуванская 89.
Тел: +998 (65) 228-50-54 e-mail: bux.infection@inbox.ru

²Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

В статье приведены клинико-лабораторных данных обследуемых больных. Под наблюдением находились 118 больных. В I основную группу – включены 60 больных, страдающих циррозом печени вирусной этиологии с СБП, во II-основную группу – включены 58 больных с циррозом печени. В качестве контроля также были обследованы 20 практически здоровых людей.

У всех больных СБП (I-я группа) в стадии декомпенсации цирроза печени вирусной этиологии уровень ПКТ был достоверно выше в 10 раз составив $0,88 \pm 0,04$, по сравнению с больными, не осложненным СБП (2-я группа), у которых равен $0,08 \pm 0,02$ ($p=0,05$). Установлено, что уровень СРБ в I-й группе составил $32,4 \pm 8,23$ и увеличился в 3,75 раза ($p=0,05$) по сравнению со 2-й группой.

Основываясь на данных значениях, можно сделать вывод, что уровень ПКТ и СРБ в сыворотке крови предложен в качестве маркера ранней неинвазивной диагностики у пациентов с ЦП и СБП.

Ключевые слова: цирроз печени, спонтан бактериал перитонит, прокальцитонин, C-реактивный белок.

VIRUSLI ETIOLOGIYALI JIGAR SIRROZI BO'LGAN BEMORLARDA SPONTAN BAKTARIAL PERITONITNING KLINIK - LABORATOR XUSUSIYATLARI

¹Obloqulov A.A. <https://orcid.org/0000-0002-6891-359X>

²Muxtorova Sh.A. <https://orcid.org/0000-0002-1522-75370>

¹Buxoro viloyat yuqumli kasalliklar shifoxonasi, O'zbekiston, Buxoro, G'ijduvonko'chasi, 89-uy.
Tel: +998 (65) 228-50-54 e-mail: bux.infection@inbox.ru

²Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Buxoro sh., A.Navoiy
ko'chasi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Maqolada tekshirilgan bemorlarning klinik va laboratoriya ma'lumotlari keltirilgan. 118 bemor kuzatuv ostida edi. I asosiy guruhga SBP bilan virusli etiologiyali jigar sirrozi bilan og'rigan 60 bemor, II asosiy guruhga jigar sirrozi bilan og'rigan 58 bemor kirdi. Nazorat sifatida 20 ta deyarli sog'lom odamlar ham tekshirildi.

Virusli etiologiyali jigar sirrozi dekompensatsiyasi bosqichida SBP (1-guruh) bo'lgan barcha bemorlarda PKT darajasi sezilarli darajada 10 baravar yuqori bo'lib, $0,88 \pm 0,04$, ni tashkil etdi, SBP (2-guruh) tomonidan murakkab bo'lmagan bemorlarga nisbatan $0,08 \pm 0,02$ ($r = 0,05$). Bu guruh CRO darajasi deb topildi. Birinchi guruxga $32,4 \pm 8,23$ tashkil qilib, 2 guruhda nisbatan 3.75 marta ($r = 0,05$) ortganligi aniqlandi.

Ushbu qiymatlarga asoslanib, qon zardobidagi PCT va CRO darajasi SBP bilan og'rigan bemorlarda erta noinvaziv tashxis markeri sifatida taklif qilinadi.

Kalit so'zlar: jigar sirrozi, spontan bakterial peritonit, prokaltsitonin, C-reaktiv oqsil.

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF SPONTANEOUS BACTERIAL PERITONITIS IN PATIENTS WITH VIRAL LIVER CIRRHOSIS

¹Oblokulov A.A. <https://orcid.org/0000-0002-6891-359X>

²Mukhtorova Sh.A. <https://orcid.org/0000-0002-1522-75370>

¹Bukhara Regional Infectious Diseases Hospital, Uzbekistan, Bukhara, st. Gijduvani 89. Tel: +998 (65) 228-50-54 e-mail: bux.infection@inbox.ru

²Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1 Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

The article presents clinical and laboratory data of the examined patients. 118 patients were under observation. Main group I included 60 patients suffering from liver cirrhosis of viral etiology with CBP, main group II included 58 patients with liver cirrhosis. As a control, 20 practically healthy people were also examined.

In all patients with CBP (Group 1) at the stage of decompensation of liver cirrhosis of viral etiology, the level of PCT was significantly higher by 10 times, amounting to 0.88 ± 0.04 , compared with patients with uncomplicated CBP (Group 2), in which is equal to 0.08 ± 0.02 ($p=0.05$). It was found that the level of CRP in the 1st group was 32.4 ± 8.23 and increased by 3.75 times ($p=0.05$) compared with the 2nd group.

Based on these values, it can be concluded that the level of PCT and CRP in the blood serum has been proposed as a marker for early non-invasive diagnosis in patients with cirrhosis and CBP.

Key words: liver cirrhosis, spontaneous bacterial peritonitis, procalcitonin, C-reactive protein.

Актуальность

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) вирусными гепатитами В или С инфицированы более 325 млн. человек во всем мире, и ежегодно от них умирает 1,4 млн. человек. По уровню смертности гепатиты В и С в совокупности стоят на втором месте после туберкулеза, а число людей, инфицированных гепатитом, в 9 раз превышает число ВИЧ-инфицированных. Тем не менее свыше 80% людей, больных гепатитом, не имеют доступа к средствам профилактики, тестирования и лечения [1,2]

Несмотря на успехи, достигнутые в борьбе со многими инфекционными заболеваниями, в современной медицине проблема хронических вирусных гепатитов (ХВГ) в Узбекистане, как и во всем мире, продолжает оставаться актуальной [3,4]. Значимость данной проблемы определяется не только повсеместным и значительным распространением, но и преобладающим поражением лиц трудоспособного возраста, длительным и прогрессирующим течением, сложностью терапии и ведения пациентов, тяжелыми последствиями, такими, как цирроз печени (ЦП) и гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК), а также значительными затратами на медико-социальную поддержку этой категории пациентов [5,6].

Спонтанный бактериальный перитонит является широко распространенным и тяжелым осложнением. Около 32-40% госпитализированных пациентов с циррозом печени развиваются бактериальные инфекции при обращении, или во время госпитализации. Проблемы их диагностики ждут своего решения, которые не решены до сих пор [7,8].

Бактериальная инфекция либо присутствует при поступлении, либо развивается во время госпитализации примерно у 30% пациентов с циррозом печени [9], и наиболее распространенной формой этих инфекций является спонтанный бактериальный перитонит (СБП) [10,11].

У пациентов с циррозом изменена защита от бактерий, связанная со снижением бактериального клиренса [12]. Этот иммунный дефект способствует бактериальной транслокации, вызванной повышенной проницаемостью кишечника и избыточным бактериальным ростом [13]. 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 (СРБ) и прокальцитонин [14].

Прокальцитонин был предложен в исследованиях в качестве потенциально ценного биомаркера сыворотки для диагностики бактериальных инфекций в целом и СБП в частности [15].

СРБ является заметным биохимическим маркером воспаления, вызванного целым рядом причин, включая инфекционные и неинфекционные воспалительные заболевания, и также было показано, что он участвует в некоторых иммунологических функциях [16,17]

Таким образом, инфекции распространены у пациентов с циррозом печени, и СБП является одной из наиболее распространенных, с различной частотой, но со значительным уровнем смертности. Одним из наиболее важных факторов в лечении этого значительного последствия декомпенсированного цирроза печени является раннее выявление. Крайне важно найти неинвазивные, доступные и простые в применении параметры, связанные с СБП, которые играют прогностическую роль. Однако следует иметь в виду, что эти методы не могут полностью заменить парацентез; необходимы дополнительные исследования, чтобы определить, достаточно ли точны неинвазивные методы для выявления развития СБП при циррозе печени.

Цель работы. Изучить клинко-лабораторные особенности спонтанного бактериального перитонита у больных циррозом печени вирусной этиологии.

Материал и методы

Клинические наблюдения, лабораторные и инструментальные обследования больных с циррозом печени вирусной этиологии проводились, в Бухарской областной инфекционной больнице, в научно исследовательском институте Вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных болезней.

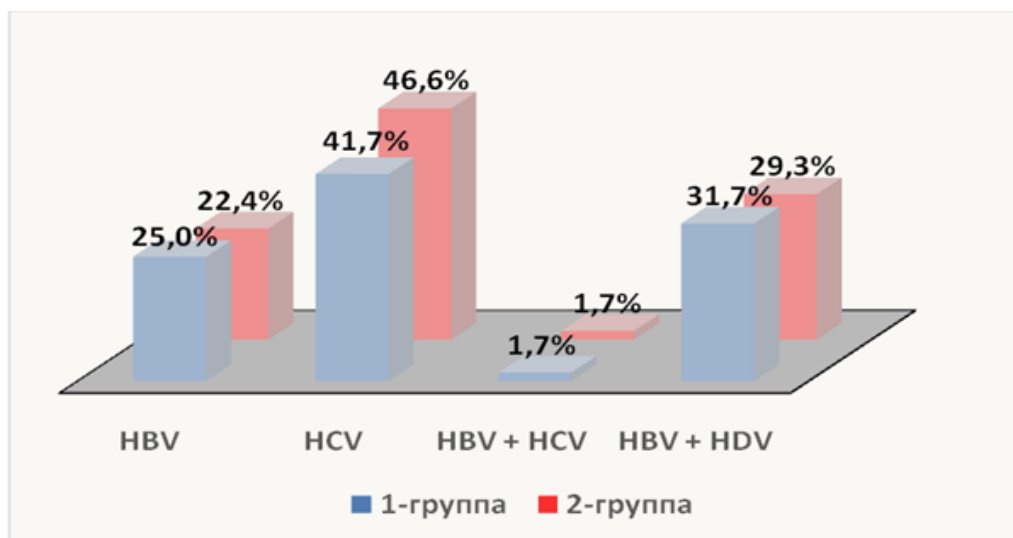


Рис. 1. Распределения больных по нозологическим формам

В I основную группу – включены 60 больных, страдающих циррозом печени вирусной этиологии с СБП, во II-основную группу – включены 58 больных с циррозом печени. В качестве контроля также были обследованы 20 практически здоровых людей.

Диагноз ЦП с вирусной этиологией устанавливался на основании эпидемиологического анамнеза, истории болезни, клинических данных и на основании показателей лабораторных данных.

В целях установления вирусной этиологии диагноза ЦП проведен анализ определения маркеров инфицирования вирусами HBV, HDV, HCV определялся методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Среди них в 1-й группе HBV- инфекция отмечена у 15 (25%) пациентов, инфекция HCV - у 25 (41,7%), HBV+HCV– инфекция – у 1 (1,67%), HBV+HDV– инфекция – у 19 (31,7%). Во второй группе HBV – инфекция отмечена у 13 (22,4%) пациентов, инфекция HCV – у 27 (46,6%), HBV+HCV– инфекция – у 1 (1,72%), HBV+HDV– инфекция – у 17 (29,3%) (Рис. 1).

Результат и обсуждения

Результаты исследования показало, что в первой группе из 60 исследуемых, 38 (63,3%) были мужского пола и 22 (36,7 %) женского, а во второй из 58 больных, 27 были (46,55%) мужчины и 31 (53,4%) состояло из женщин. Следует отметить, что вероятность встречаемости СБП преобладало у мужчин.

Средний возрастной показатель больных мужчин 1-группы составил $48,4 \pm 10,1$ года, а у женщин $43,1 \pm 14,8$ лет. Показатели возраста больных 2-группы не отличался от первой и составил $45,5 \pm 10,1$ и $52,1 \pm 13,07$ соответственно.

Продолжительность заболевания пациентов обеих групп колебалось от одного месяца до нескольких лет, при этом большинство из них, 46,7% и 41,4% соответственно, указали что цирроз печени был выявлен несколько лет назад.

Анализ частоты встречаемости заболевания между группами показал, что в 1-й группе цирроз чаще всего выявлялся у 17 (28%) человек в возрасте 51-60 лет, основную часть из которых составили 12 (20%) мужчин и 5 (8,3%) женщин. В отличие от первой группы, во 2-й группе цирроз печени выявлен в возрастной группе 41-50 лет, преимущественно у 10 (17%) мужчин и 6 (10%) женщин.

Эти данные соответствуют результатам зарубежных эпидемиологических исследований, в частности результатам В.Т. Ивашкина, включивших более 50 000 больных из разных регионов Российской Федерации (2014).

Основными клиническими признаками обследованных больных были общая слабость 102 (86,4%), снижение аппетита 74 (62,7%), тошнота и рвота 51 (43,2%), кожный зуд 25 (21,2%) и боль в животе 71 (60,2%), у 70 (59,3%) была субфебрильная лихорадка, у 19 (16,1 %) - высокая температура, у 50 (42,4 %) - выраженная желтуха, у 43 (36,4 %) - умеренная желтуха, у 71 (60,2%) - спленомегалия, у 61 (51,7 %) были обнаружены отеки.

При обследовании больных «сосудистые звездочки» отмечены у 75 (63,6%), ладонная эритема у 43 (36,4%), варикозное расширение вен пищевода у 68 (57,6%). Случаи носовых кровотечений наблюдались у 47 (39,8%) больных.

Кроме этого, был произведен сравнительный анализ продолжительности предъявляемых жалоб и симптомов у пациентов в группах сравнения который выявил значительные различия между ними. Результаты сравнительного анализа показали, что у пациентов 2-й группы наблюдалась более скудная симптоматика в отличие от пациентов с СБП (1-я группа). Ведущими симптомами у пациентов данной группы были зуд ($52 \pm 15,6\%$) и спленомегалия по данным УЗИ печени, преимущественно протекающая бессимптомно (Табл.1).

У большинства пациентов, входящих во вторую группу, наблюдался астеновегетативный синдром, который характеризовался наличием общей слабости и снижением работоспособности ($84,1 \pm 9,03\%$ от общего числа группы), в то время как у пациентов первой группы, данные признаки встречались с частотой $89,4 \pm 8,3\%$. У $72,3 \pm 15,4\%$ пациентов второй группы отмечались диспепсические явления, в частности эпизодическое возникновение изжоги, тяжести в эпигастральной области, снижение аппетита и послабление стула. Болевой синдром в области живота у пациентов 2-й группы составил $65 \pm 14\%$, а у пациентов, 1-й группы данный показатель составил $76 \pm 13\%$.

Был организован объективный осмотр с целью определения признаков, таких как желтушность кожных покровов и склер глаз, белого налета на поверхности языка, наличие “carut medusae” и печеночных симптомов, как пальмарная эритема, сосудистые звездочки, кровотечения из десны и носа.

При заболеваниях печени кожный покров приобретает жёлтый цвет различной интенсивности: от темно-серого до темно-желтого, что в свою очередь происходит в итоге отложения в коже билирубина и продуктов его метаболизма. Желтуха часто затрагивает глаза и слизистые оболочки: вместо белого цвета они приобретают жёлтый цвет.

Таблица 1.

Средние значение продолжительности субъективных жалоб пациентов в группах сравнения ($M \pm m$)

Группы	Недомогание	Боли в животе	Тошнота, рвота	Снижение аппетита	Кожный зуд
1-я группа (n=60)	8,4 $\pm$ 2,7	7,2 $\pm$ 2,7	6,5 $\pm$ 2,4	7,19 $\pm$ 2,76	5,48 $\pm$ 3,23
2-я группа (n=58)	8,3 $\pm$ 1,9	6,5 $\pm$ 2	7,2 $\pm$ 2,2	7,12 $\pm$ 1,96	5,12 $\pm$ 2,09

При объективном осмотре больных выявлено, что в 1-й группе в период лечения желтушность кожи и склер глаз длилось 8,35 $\pm$ 2,17 и 9,92 $\pm$ 3,16 дней соответственно, в то время как продолжительность этих жалоб у пациентов 2-й группы составил 6,33 $\pm$ 2,69 и 6,11 $\pm$ 2,28 соответственно, что было значительно меньше сроков первой группы.

Пальмарная эритема или «печеночные» ладони - это состояние, при котором наблюдается равномерное покраснение обеих ладоней. Пальмарная эритема появляется по причине нарушения кровообращения в портальной вене, приводящего к образованию артериовенозных анастомозов. Покраснение ладоней происходит, когда для нормального питания кожи и других органов образуются дополнительные сосудистые разветвления, которые соединяют вены и артерии.

Признаки пальмарной эритемы у пациентов 1-й группы длились в среднем в 1 день дольше по сравнению со 2-й группой, составив 9,63 $\pm$ 2,68 и 8,93 $\pm$ 1,98 дней соответственно. Различие значений симптома сосудистых звездочек имел схожие результаты, при этом длительность составила 9,28 $\pm$ 0,68 и 8,13 $\pm$ 2,16 дней. Также появление сосудистых звездочек у больных ЦП может быть связано с нарушением эстроген конформационных свойств цитохромной системы в поврежденной печени.

Пациентов, у которых ЦП протекал с развитием осложнений в виде развития СБП (1-я группа) в отличие от пациентов, у которых цирроз печени протекал без развития осложнений в виде СБП (2-я группа) наблюдались гипоальбуминемия, концентрация общего белка в крови у первой группы пациентов находилась в диапазоне 27,2 $\pm$ 2,3, в то время как у пациентов второй группы данный показатель был равен 31,2 $\pm$ 4,7. Это свидетельствовало о снижении белковообразовательной функции у больных обеих групп.

Кроме того, средние значения количества фибриногена у больных с СБП (1-я группа) 0,73 $\pm$ 0,14 достоверно ниже в 3.83 раз, чем в группе больных без СБП (2-я группа) 2,8 $\pm$ 0,8 ($p < 0,05$). Следует отметить, что уровень фибриногена во 2-й группе колебался в пределах минимальных значений. Гипофибриногенемия развивается за счет снижения синтеза фибриногена, его повышенного потребления, а также повышенного разрушения при активации процесса фибринолиза.

Диагностика бактериальных осложнений ЦП 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.

Прокальцитонин был предложен во многих исследованиях в качестве потенциально ценного биомаркера сыворотки для диагностики бактериальных инфекций в целом и СБП в частности.

У всех больных СБП (1-я группа) в стадии декомпенсации цирроза печени вирусной этиологии уровень ПКТ был достоверно выше в 10 раз составив 0,88 $\pm$ 0,04, по сравнению с больными, не осложненным СБП (2-я группа), у которых равен 0,08 $\pm$ 0,02 ($p = 0,05$).

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% (16 человек), в диапазоне 0,2-0,3 нг/мл у 36,8% (21 человек) 0,3-0,5 нг/мл, у 21,7% (13 человек) 0,5-1,0 нг/мл, а у 14,8% (10 человек) 1.0 нг/мл, у больных контрольной группы зарегистрировано у 74,2% (43 человек) 0,05-0,1 нг/мл, у 25,8% (15 человек) составил 0,1-0,2 нг/мл (рис. 2). По результатам анализа повышение маркера воспаления ПКТ 0,2 нг/мл у больных, осложненных СБП, свидетельствует

о присоединении бактериальной инфекции и является показанием к назначению антибактериальных препаратов.

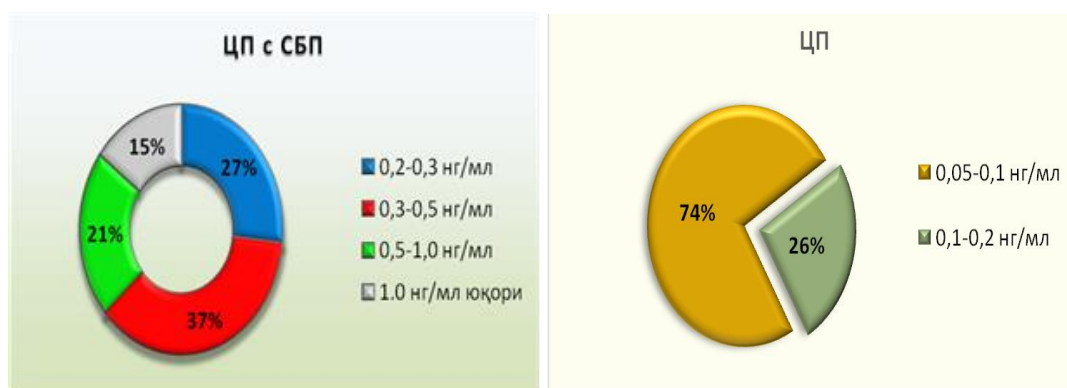


Рис. 2 Средние значения уровня ПКТ в группах сравнения (%)

Как видно из данных, представленных на рисунке 2, между больными I и II групп выявлены статистически значимые различия в значениях лабораторных показателей, характеризующих функциональное состояние печени.

Окончательным этапом биохимического анализа в исследуемых группах крови было изучения количества С-реактивного белка. Установлено, что уровень СРБ в 1-й группе составил 32.4 ± 8.23 и увеличился в 3,75 раза ($p=0,05$) по сравнению со 2-й группой. Повышение уровня С-реактивного белка в крови, указывал на значительное повреждение тканей, воспаление, инфекцию и на наличие вируса.

Выводы

Основываясь на данных значениях, можно сделать вывод, что уровень ПКТ и СРБ в сыворотке крови предложен в качестве маркера ранней неинвазивной диагностики у пациентов с ЦП и СБП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Информационный бюллетень ВОЗ, июль 2019. Социальные аспекты здоровья населения. 2019;65(4).
2. WHO fact sheet, July 2019. Social aspects of population health. 2019;65(4). (In Russian).
3. Камиллов Ф.Х. и др. Частота встречаемости различных этиологических форм хронических вирусных гепатитов и циррозов печени. //Инфекция, иммунитет и фармакология. 2010;(1-2):102-105.
4. Ахмедова М.Д., Ташпулатова Ш.А., Ихтиярова Г.А., Каримова М.Т. Хронические вирусные гепатиты В и D у беременных: распространенность, течение и исходы (обзор литературы). //Журнал инфектологии. 2021;13(2):29-37.
5. Малов С.И., Малов И.В., Дворниченко В.В., Расулов Р.И. и др. Применение комбинации альфа-фетопротейна и остеопонтина для ранней диагностики гепатоцеллюлярной карциномы, ассоциированной с гепатитом С. //Клиническая лабораторная диагностика. 2019;64(10):607-612.
6. Menner A.S., Kinkel H.T., Dixit S.M., et al. Prevalence and behavioural risk factors for hepatitis B in Upper Dolpo, Nepal. //Journal of Public Health. 2019; 20 (3): 481-488.
7. Oblokulov A.A., Oblokulov A.R., Ergashov M.M. Clinical and laboratory criteria for spontaneous bacterial peritonitis in liver cirrhosis of viral etiology. //Central Asian journal of medical and natural sciences may-jun 2022;3(3):172-177. ISSN: 2660-4159.
8. Su, D.H.; Zhuo, C.; Liao, K.; Cheng, W.B.; Cheng, H.; Zhao, X.F. Value of serum procalcitonin levels in predicting spontaneous bacterial peritonitis. //Hepato-Gastroenterol. 2013;60:641-646.
9. Aithal G. P. et al. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis //Gut. 2021;70(1):9-29.
10. Fernández, J., Navasa, M., Gómez, J. et al. Bacterial infections in cirrhosis: Epidemiological changes with invasive procedures and norfloxacin prophylaxis. //Hepatology 2002;35:140-148.

11. Винницкая Е.В. и др. Спонтанный бактериальный перитонит при циррозе печени: вопросы оптимизации профилактики и лечения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2012;6:27-34.
12. Wasmuth H.E., Kunz, D., Yagmur, E., et al. Patients with acute on chronic liver failure display 'sepsis-like' immune paralysis. //J. Hepatol. 2005;42:195-201.
13. Wiest R.; Garcia-Tsao G. Bacterial translocation (BT) in cirrhosis. //Hepatology 2005;41:422-433.
14. Oblokulov A.A., Oblokulov A.R., Elmuradova A.A. The importance of the liver of procalcitonin in blood serum for early diagnosis of spontaneous bacterial peritonitis in patients with decompensated liver cirrhosis of viral etiology. //Science Asia (2022);48:107-111. doi: 10.2306/scienceasia 107- 111.2022.SE021.
15. Oblokulov A.R., Mukhammadieva M.I. (2022). Clinical and biochemical characteristics of liver cirrhosis patients of viral etiology with spontaneous bacterial peritonitis. ACADEMICIA GLOBE: INDERSCIENSE RESEARCH, 2022;210-216.
16. Lobo S.M., Lobo F.R.; Bota D.P. et al. C-reactive protein levels correlate with mortality and organ failure in critically ill patients. // Chest 2003;123:2043-2049.
17. Baidoshvili A., Nijmeijer R., Lagrand W.K., et al. Localisation of C reactive protein in infarcted tissue sites of multiple organs during sepsis. // J. Clin. Pathol. 2002;55:152-153.

Поступила 20.08.2023