



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

11 (61) 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.А. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ

Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
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
ХАСАНОВА Д.А.
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)

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)

11 (61)

2023

ноябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2023, Accepted: 27.10.2023, Published: 10.11.2023.

УДК 616. 08-616.8-005/009

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ХДЗП НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID – 19

Бабаназаров Умид Туробкулович <https://orcid.org/0009-0000-3160-6273>

Шаропов Умархужа Равшанович <https://orcid.org/0009-0005-0854-1682>

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

✓ Резюме

Работа основана на анализе проведенных исследований у 60 больных, проходивших стационарное лечение в отделении обшей реанимации Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и в отделении гепатологии инфекционной областной больницы Бухарской области за период с 2021 по 2023 года.

Ключевые слова: хронические диффузные заболевания печени (ХДЗП), COVID – 19, возрастные особенности, клиническая характеристика. методы исследования.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES IN THE CONTEXT OF PRIOR COVID-19

U.T. Babanazarov, U.R. Sharopov

Bukhara 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

This study is based on the analysis of research conducted on 60 patients who underwent inpatient treatment in the Department of General Resuscitation at the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care and in the Hepatology Department of the Infectious Regional Hospital of Bukhara Region during the period from 2021 to 2023.

Keywords: Chronic Diffuse Liver Diseases (CDLD), COVID-19, Age-Specific Features, Clinical Characteristics, Research Methods.

COVID-19 BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA SDJK BO'LGAN BEMORLARNING KLINIK XUSUSIYATLARI

U.T. Babanazarov, U.R. Sharopov

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

✓ Rezyume

Bu ish Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining umumiy reanimatsiya bo'limida hamda Buxoro viloyati yuqumli kasalliklar hududiy kasalxonasi gepatologiya bo'limida 2021-2023 yillar davomida statsionar davolanayotgan 60 nafar bemorda o'tkazilgan tadqiqotlar tahliliga asoslangan.

Kalit so'zlar: surunkali diffuz jigar kasalliklari (SDJK), COVID-19, yoshga bog'liq xususiyatlar, klinik belgilar. tadqiqot usullari.

Актуальность

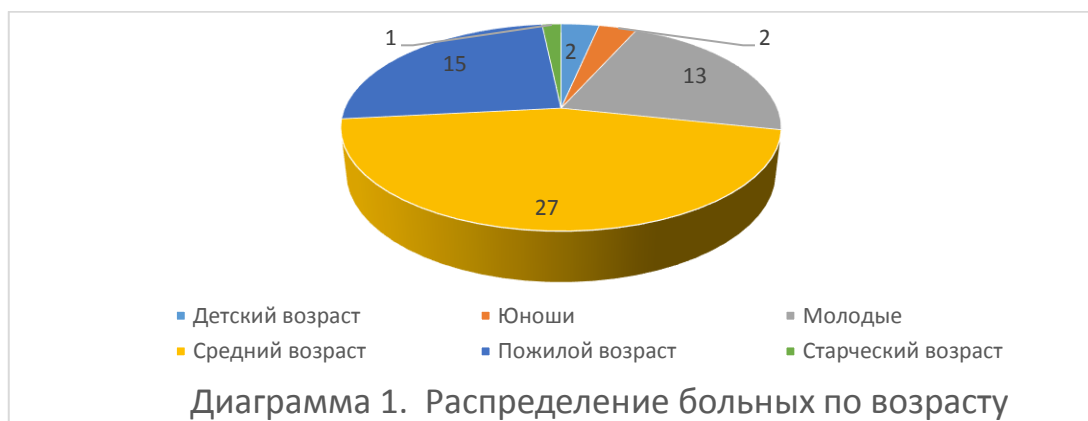
Всем стало известно, что пандемия коронавирусной инфекции пагубно действовала на больных у которых имелись хронические заболевания [1]. В данной статье рассматривается роль перенесенного COVID – 19 на течение хронических диффузных заболеваний печени. Из общего числа – 60 больных, поступивших в Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) и инфекционной областной больницы (ИОБ) Бухарской области обратились из областей Республики Узбекистан, а именно: с Каракульского района – 3, города Бухара – 19, Ромитансий район – 4, Олатский район – 5, Пешкунский район – 4, Шофирканский район – 2, Вобкентский район – 4, Кашкадарьинская область – 3, Гиждуванский район – 6, Каганский район – 3, Бухарская область – 2, Жондорский район – 3.

Цель исследования: Выявить особенности клинической картины больных с ХДЗП на фоне перенесенного COVID – 19.

Материал и методы

Для распределения больных в соответствии с возрастом была использована классификация возрастных групп, принятая на семинаре ВОЗ. В соответствии данной классификации лица до 14 лет были отнесены к детской группе, с 15 по 29 лет – юношеской, 30 – 44 лет – молодые, 45 – 59 лет – группа среднего (зрелого) возраста, 60 – 74 – пожилые, 75 – 90 лет – старческого возраста, а людей старше 90 лет – группа долгожителей.

Больные детского возраста составили – 2 (3,3%), юношей – 2 (3,3%), молодые – 13 (21,7%), больных среднего – 27 (45%) и пожилого возраста – 15 (25%), старческого возраста составил 1 больной (1,7%) из общего числа поступивших с COVID – 19 (60 больных) в отделения общей реанимации РНЦЭМП и в отделении гепатологии ИОБ Бухарской области за период от 2021 по 2024 года (Диаграмма 1).



Результат и обсуждения

Было проведено распределение 60 больных на две группы: с циррозом печени – 30 (50%) и гепатитом – 30 (50%) из них мужчин – 28 (47%), а женщин – 32 (53%), которые переболели COVID – 19. Больные с гепатитом мужского пола составили 10, женщин 20. С циррозом печени мужчин – 16, а женщин 14. Распределение по полу не выявило существенного различия между мужчинами и женщинами в общем количестве, однако у большинства женщин были выявлены кровотечения с варикозных расширенных вен пищевода – 6 и язвенная болезнь – 11, а у мужчин наблюдались элементы энцефалопатии – 6. В таблице 2.1 представлено распределение больных с ЦП по полу и возрасту в соответствии с сочетанным заболеванием и осложнением.

Распределение больных с ЦП по осложнениям основного заболевания (Таблица 2.1) показало превалирование больных ЦП с кровотечениями из варикозных расширенных вен пищевода 10 и ЦП с асцитом 8, тогда как с ЦП сочеталось с энцефалопатией 7, а ЦП с коагулопатией

встретились лишь у 5 больных. Очевидно, что ЦП встречается в большинстве случаев в зрелом возрасте, а именно в этом возрасте чаще всего обнаруживаются ЦП с асцитом и кровотечениями из варикозных расширенных вен пищевода.

В таблице 1.2 представлено распределение больных с гепатитом по полу и возрасту в соответствии с сопутствующими заболеваниями.

Распределение больных с гепатитом и сопутствующими заболеваниями (Таблица 1.2) показало превалирование больных гепатитом с язвенной болезнью (ЯБ) 12, тогда как гепатит сочетался с ишемической болезнью сердца (ИБС) – 8, гепатит с переходом в ЦП – 8, а гепатит с переходом в ЦП встретились лишь у 2 больных. Очевидно, что гепатит встречается в большинстве случаев в молодом и зрелом возрасте, а именно в этом возрасте чаще всего обнаруживаются гепатит с язвенной болезнью и ишемической болезнью сердца.

В первой таблице мы можем заметить превалирование ЦП с кровотечением из ВРВП на фоне перенесенного COVID – 19 – 10 больных, а во второй таблице больше всего было больных с гепатитом, сочетавшимся с язвенной болезнью. Установлено, что во всех возрастных группах, которые перенесли COVID – 19 начиная с 30 до 74 лет кровотечения из ВРВП превалировала у женщин с ЦП, энцефалопатия – у мужчин с ЦП в соотношении к 1,15:1,0. При сочетании осложнений с асцитом и переходом в ЦП достоверных половых и возрастных отличий выявлено не было.

Таблица 1.1 Распределение больных с ЦП по полу и возрасту в соответствии с осложнениями.

Возраст Заболелание	ЦП+ кровот. из ВРВП		ЦП+ энцефалопатия		ЦП+асцит		ЦП + коагулопатия		Всего		Всего
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
15-29 лет	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1
30-44 лет	1	2	2	-	-	-	-	1	3	3	6
45-59 лет	1	3	2	1	3	1	1	1	7	6	13
60-74 лет	1	1	2	-	1	2	1	1	5	4	9
75-90 лет	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
	10		7		8		5		30		

Таблица 1.2 Распределение больных с гепатитом по полу и возрасту в соответствии с сопутствующими заболеваниями.

Возраст Заболелание	Гепатит+ ЯБ		Гепатит+ ИБС		Гепатит + хр. холецистит		Гепатит с переходом в ЦП		Всего		Всего
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
До 14 лет	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	2
15-29 лет	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1
30-44 лет	-	4	2	-	-	-	1	-	3	4	7
45-59 лет	1	3	3	1	-	2	-	4	4	10	14
60-74 лет	-	4	2	-	-	-	-	-	2	4	6
75-90 лет	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	12		8		2		8		30		

В экстренном порядке поступило 35 больных с ЦП и гепатитом на фоне перенесенного COVID – 19 с осложнениями кровотечения из ВРВП и энцефалопатией, а в плановом режиме

госпитализировано – 25 больных в отделения общей реанимации РНЦЭМП и в отделении гепатологии ИОБ Бухарской области за период от 2021 по 2024 года (Таблица 1.3).

Вирусный гепатит в анамнезе перенесли 32 больных. Диагноз ЦП был выставлен до поступления в стационар с сочетанными осложнениями у 23 больных, у 7 больных диагноз ЦП впервые был установлен во время обследования в стационаре. С сочетанием гепатита с ЦП из общего количества больных было установлено у – 8 до поступления в стационар (основной диагноз вирусный гепатит В, С).

Таблица 1.3 Порядок поступления больных ЦП и гепатитом с сочетанными осложнениями

Заболевания	ЦП+ кровот из ВРВП	ЦП+ энцеф.	ЦП+ коагул.	ЦП + асцит	Гепатит + ЯБ	Гепатит + ИБС	Гепатит с перех. в ЦП	Гепатит + хр. холец.	Всего
Госпит в экстр. поряд.	6	4	3	5	8	5	3	1	35
Госпит в план. поряд.	4	3	2	3	4	3	5	1	25
Итого	10	7	5	8	12	8	8	2	60

Был проведен анализ клинических показателей, для выявления особенностей клинического течения ЦП и гепатита на фоне перенесенного COVID – 19 у больных с диффузными заболеваниями печени в сопоставлении с данными аналогичного обследования больных без признаков патологии печени. С этой целью мы изучили результаты клинических, биохимических и инструментальных методов исследования 60 больных в возрасте от 14 до 73 лет.

Установлено, что при гепатите у больных с ЦП проявляются боли в животе, особенно в правом подреберье, рвота, общая слабость, а также признаки эндогенной интоксикации (сухость во рту, гипертермия, тахикардия и т.д.) [2].

Длительный период скрытого течения цирроза печени затрудняет определение реальных сроков заболевания. Диапазон первых вестников заболевания в анализируемой группе был достаточно широк – от банальной слабости до профузного пищеводно-желудочного кровотечения, потому и длительность анамнеза заболевания колебалась в очень больших пределах [3]. Средний срок анамнеза составил 1,2 года. Основные жалобы на момент госпитализации представлены в таблице 1.3.

Усиление венозного рисунка передней брюшной стенки были отмечены при поступлении у 32 больных. Увеличение размеров печени при пальпации отмечено всего у 41 пациента. Спленомегалия, напротив, отмечена у значительного числа больных уже при поступлении. Этот симптом является одним из ведущих при сочетанной патологии, позволяющим заподозрить ЦП. Спленомегалия диагностирована у 36 больных. Причем пальпаторно спленомегалия отмечена у 28, с помощью ультразвуковой диагностики 16.

Наличие асцита в брюшной полости выявлено визуально и перкуторно при поступлении и во время прохождения лечения у 18, с помощью ультразвукового исследования у 12 больных имели место пастозность или легкие отеки голеней.

Состояние портопеченочного кровообращения определялось по классификации М.Д. Пациоры (1984). Компенсированная стадия - умеренное повышение портального давления (ПД), компенсированное внутрипеченочное кровообращение, спленомегалия с гиперспленизмом или без него, отмечалось у 32 больных. Субкомпенсированная стадия - высокое ПД, спленомегалия с гиперспленизмом, варикозное расширение вен пищевода и кардии желудка с кровотечением

или без него, значительное нарушение портопеченочного кровообращения у 26 больных. Декомпенсированная стадия - спленомегалия, варикозное расширение вен пищевода и кардии желудка с неоднократным кровотечением или без него, асцит, выраженные нарушения портопеченочного и центрального кровообращения - у 23 больных.

Основной причиной нарушения портального кровообращения был внутрипеченочный блок (по причине цирроза печени) - у 32 больных и смешанный блок (цирроз печени сочетался с внепеченочной формой ПГ) у 4 больных. Крупноузловая форма цирроза печени диагностирована при лапароскопической диагностической операции у подавляющего числа больных - 18, мелко узловая у 11, смешанный цирроз печени - у 3.

Таблица 1.4 Основные жалобы больных при госпитализации

Жалобы	ЦП + кровот. из ВРВП	ЦП + энцефал.	ЦП + асцит	Гепатит + ЯБ	Гепатит + ИБС	Гепатит с перех. в ЦП
Общая слабость	34	21	22	8	5	3
Боли в обл. эпигастрия	26	18	33	4	4	5
Боли в правом подреберье	48	36	19	7	3	3
Потеря веса	12	8	3	3	2	8
Боли в левом подреберье	6	5	3	8	2	1
Боли за грудиной	1	3	1	2	9	3
Потеря аппетита	33	18	15	34	3	5
Тошнота и рвота	22	30	15	5	1	2
Повышение температуры	30	25	18	8	5	5

Наиболее специфическим в оценке состояния больных циррозом печени является оценка функционального состояния печени по Child-Pugh (1967) (Таблица 1.5). Используя систему критериев Child-Pugh, т.е. один показатель группы А оценивается в одно очко, тот же показатель в группе В - в 2 очка и в группе С - в 3 очка. На основании таких подходов по суммарным критериям выделяются 3 группы; первая группа "А" - 3-4 баллов, вторая группа "В" - 5-7 баллов и третья группа "С" - 8- 12.

Таблица 1.5 Система критериев по Child-Pugh (1967)

Клинические признаки	Различные прогностические группы		
	1	2	3
Билирубин (мкмоль/л)	до 35	35-50	Более 50
Альбумина (мг%)	Более 35	30-35	Менее 30
Протромбиновый индекс	80-100%	79-60%	Менее 60%
Асцит	Отсутствует	Транзиторный	Выраженный
Энцефалопатия	Отсутствует	Минимальная	Кома

Важным моментом сочетанных поражений считаем установление основного и сопутствующего заболевания (на основании распределения больных по предъявляемым жалобам при поступлении, данных анамнеза, диагностическим манипуляциям).

Методы исследования

В соответствии с поставленными задачами в процессе клинического обследования больных определялись:

Традиционные лабораторные методы исследования

1. Количество эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, содержание гемоглобина, СОЭ.
2. Общий белок сыворотки крови.
3. Белковые фракции.
4. Креатинин крови.
5. Билирубин крови.
6. Диастаза крови.
7. Аспартатаминотрансфераза и аланинаминотрансфераза.
8. Аммиак крови.
9. Мочевина крови.

На основании клинико-лабораторных исследований определяли активность цирротического процесса в печени, метаболическую функцию органа [4].

Превышение активности аминотрансфераз верхней границы нормы в 1,2-3,0 раза рассматривали как умеренную гиперферментемию, в 3,1-10 раз - средней степени, гиперферментемия в 10,1 и более - как высокая гиперферментемия.

Молекулярная диагностика

Полимерная цепная реакция (ПЦР) — экспериментальный метод молекулярной биологии, способ значительного увеличения малых концентраций определённых фрагментов нуклеиновой кислоты (ДНК) в биологическом материале (пробе).

Обследование было выполнено у всех 60 исследуемых пациентов. Для выявления SARS-Cov-2, исследования на мазок берут с поверхности миндалин, небных дужек и задней стенки ротоглотки. При взятии мазка из носоглотки зонд вводят по наружной стенке носового хода на достаточную глубину.

Иммунологический метод. Выявление образовавшегося комплекса проводят с использованием фермента в качестве метки для регистрации сигнала. Обследование было выполнено 30 исследуемым, у пациентов были взяты анализы на гепатит В: HBsAg (кач.) и гепатит С: Anti-HCV (кач.);

Инструментальные методы обследования

Ультразвуковая сонография. Мы придавали особое значение ультразвуковым методам исследования. Обследование было выполнено у всех 60 исследуемых пациентов. Основное внимание в УЗИ уделялось двум вещам, а именно портальной системе и паренхиме печени. Также особое внимание уделялось строению внутripеченочных и внепеченочных желчных протоков, их размерам, ширине, состоянию желчного пузыря, жидкости внутри его размеров.

Также было уделено внимание изменениям в динамике вышеуказанных факторов в процессе лечения.

Состояние паренхимы печени, неровности ее периферии (краев), размеров, кровеносных сосудов, входящих в печень и выходящих из нее, их размеры, а также состояние анастомозов портальной системы кровообращения исследовались с помощью ультразвуковой сонографии и доплерографии фирмы «Mindray DC-60» (Китай) и 5,7 МГц выпуклого датчика.

Нормальные значения метрического анализа сосудов портальной системы и состояния портальной гемодинамики у здоровых людей были взяты из работы Е.А. Никитиной (1986), согласно предложению автора:

- диаметр воротной вены $13,3 \pm 0,40$ мм;
- диаметр селезеночной вены $- 8,53 \pm 0,78$ мм;
- объем прохождения крови по воротной вене $- 1053,1 \pm 30,8$ мл / мин;

- в селезеночной вене-198,4±23,4 мл/мин..

Размеры внутренних и наружных желчных протоков печени при УЗИ исследовании по Колесникову Л.Л. (2000 г.) определены следующим образом.

- диаметр общего желчного протока 2-4 мм;
- желчные протоки печени 0,4-1,6 мм в диаметре;
- желчный проток 1,5-3,2 мм;

Эластометрия. Эластометрия - это неинвазивный метод исследования без травм с использованием фибросканового оборудования (I/CH во Франции, FibroScan), позволяющий определить степень фиброза (в методе метавира) с учетом эластичности (плотности) ткани печени за 5-10 минут. Плотность ткани печени – это точный физический показатель, выраженный в килопаскалях (кПа). Плотность ткани измеряется более чем в 10 точках с целью изучения более широкой области.

На основании результатов исследования эластометрии выражаются следующие (состояния) степени фиброза ткани печени:

F0-здоровая печень.

Уровни фиброза F1-F3

F4-цирроз печени

Тест на эластомерию печени был выполнен у 48. Из них у 28 пациентов был обнаружен F3-F4, у 23 пациентов эластометрия показала наличие F2-F3, у 9 больных F1-F2.

Вывод

У больных перенесших COVID-19 с наблюдались различные степени нарушения функции печени. Отрицательное воздействие на печень у больных с ХДЗП может быть сложным и разнообразным, требующим тщательного обследования и постоянного наблюдения. Медицинский персонал, лечащий пациентов с COVID-19, должны сначала оценить, является ли повреждение печени результатом основного заболевания печени, методов лечения, используемых для лечения COVID-19, прямым результатом вируса или сложным течением заболевания. Многие исследователи предложили ряд механизмов, касающихся возможных причин отрицательного влияния на печень у пациентов с COVID-19. В этом обзоре был представлен обзор клинических случаев, доступных в настоящее время, освещены самые последние исследования печеночных последствий COVID-19.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Sh. T. O'roqov. (2023). Features of the Clinical Course, Complications and Lethality of Chronic Diffused Liver Diseases After Carrying Out Covid -19. // Eurasian Research Bulletin, 2023;21:85-86. Retrieved from <https://geniusjournals.org/index.php/erb/article/view/4419>
2. Бабаназаров Умид Туробкулович, Кайимов Мехриддин Туймуродович. (2023). Двойной удар: печень и COVID-19.// European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 2023;11:141-148. Retrieved from <http://www.ejird.journalspark.org/index.php/ejird/article/view/324>
3. Бабаназаров У.Т., Уроков Ш.Т., Бахронов Д.Г. (2022). Хронические диффузные заболевания печени во время пандемии COVID-19 // Pedagogics Jurnal, 2022;11(3):26-44. Retrieved from <http://www.pedagoglar.uz/index.php/ped/article/view/1334>
4. Babanazarov Umid Turobkulovich, Kayimov Mehriddin Tuymurodovich. (2022). Coronavirus Infection - A Trigger Factor in Liver Damage. // Eurasian Research Bulletin, 2022;15:52-58. Retrieved from <https://www.geniusjournals.org/index.php/erb/article/view/2795>

Поступила 20.10.2023