

# *Annals of clinical disciplines*



VOLUME 1, ISSUE 2

2024

*ACD*  
2024

<https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>



БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ  
ИНСТИТУТИ



ISSN 0000-0000

DOI Journal 10.26739/0000-0000

# ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2024

# ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№2 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2024-2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

**Ш.Ж. ТЕШАЕВ**

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ  
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

М.Ж. Саноева  
У.К. Абдуллаева  
Д.А. Хасанова  
М.Н. Исматова  
С.С. Давлатов  
А.Р. Облоқулов  
Ш.Т. Ўроқов  
Н.У. Нарзуллаев  
Ш.Б. Ахророва  
В.Р. Акрамов  
У.С. Мамедов  
И.К. Садуллоева  
Г.Ж. Жарилкасинова  
А.А. Саидов  
Н.Н. Каримова  
Д.А. Набиева

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

Н.А. Нуралиев (Бухара)  
А.Г. Гадаев (Ташкент)  
Г.Н. Собирова (Ташкент)  
М.М. Каримов (Ташкент)  
У.К. Қаямов (Ташкент)  
Л.Б. Новикова (Россия Федерацияси)  
О.И. Летяева (Россия Федерацияси)  
И.В. Реверчук (Россия Федерацияси)  
Edip Gonullu (Турция)  
Eva Lietto (Италия)

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

## О журнале

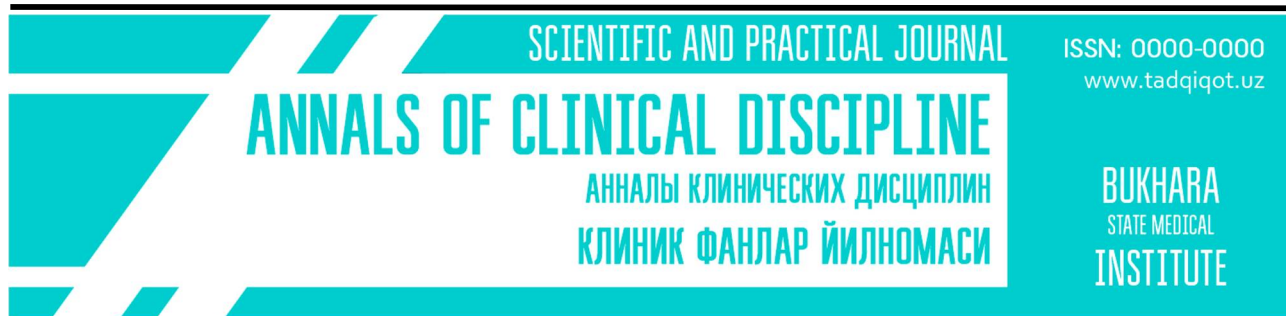
Журнал зарегистрирован в Агентство информации и  
массовых коммуникаций при Администрации  
Президента Республики Узбекистан  
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,  
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23  
Телефон: +998(65)2230050  
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>  
e-mail: [abumkur14@gmail.com](mailto:abumkur14@gmail.com)



<b>1. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.</b>	
Effectiveness of comprehensive treatment of peptic ulcer .....	6
<b>2. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.</b>	
Therapeutic diet for ulcer disease in the Khorezm region.....	10
<b>3. Akhrorova L.B.</b>	
Study of the main serum cytokines in patients with liver echinococcosis.....	15
<b>4. Boltayev E.B.</b>	
Травматологик оперatsiyalar vaqtida o`tkaziladigan regional anesteziyada deksmedetomidinning roli.....	19
<b>5. Ergashov B.B.</b>	
Onkologik bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari.....	24
<b>6. Ergashov B.B.</b>	
Chemotherapy and cardiac arrhythmias.....	29
<b>7. Eshniyazova G.Sh.</b>	
Yarali kolit bilan og`rigan bemorlarga mikronutrient yetishmovchiligi.....	37
<b>8. Gorbunov A.P., Pashov A.I., Reverchuk I.V., Gulyaeva A.A.</b>	
Psychopathological and stress conditions in women at threatened premature birth.....	41
<b>9. Hikmatov J.S.</b>	
Bronxoektazni davolashda differensiyalashgan immunokorreksiyalashning ahamiyati.....	47
<b>10. Mekhriddinov M.K.</b>	
Strangulation of the sigmoid colon was the cause of acute intestinal obstruction. Clinical case....	52
<b>11. Mirzoyeva M.R., Sadulloyeva R.S.</b>	
The spread of coronavirus infection around the world.....	56
<b>12. Mukhamedova M.S., Isaev I.S.</b>	
Improving the organization of prevention of non-communicable diseases.....	60
<b>13. Narzulloeva D.S.</b>	
Assessment of the sodium-uretic peptide system and the structural and functional status of the myocardium in patients with chronic heart failure.....	64
<b>14. Rajabov D.O'.</b>	
Diabetik tovon sindromini kompleks jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish.....	69
<b>15. Rakhimov A.Y.</b>	
Microflora analysis of osteomyelitis and osteoarthritis in patients with complicated form of diabetic foot syndrome.....	80
<b>16. Raupov F.S.</b>	
Bolalarda o`tkir bakterial destruktiv pnevmoniyaning kechish xususiyatlari.....	84
<b>17. Safarova G.A.</b>	
Clinical and laboratory aspects of patients with post-covid nephropathy.....	90
<b>18. Saidova L.B.</b>	
Analysis of childhood infections, particular hepatitis.....	95
<b>19. To'rayeva M.Sh., Gaziyeu K.U., Raximov A.Y.</b>	
Gigantomastiyani T-kesma mamoplastika texnikasi yordamida kichraytirish.....	101
<b>20. Umurova N.M.</b>	
Epidemiological aspects of the incidence of pollinosis in the Bukhara region.....	106
<b>21. Газиев К.У.</b>	
Операциядан кейинги қорин чурраларида герниопластиканинг турли усуллариининг самарадорлигини қиёсий тавсифлаш.....	113
<b>22. Жумаева М.Ф.</b>	
Связь между тяжестью цирроза печени и анемией.....	118
<b>23. Жумаева М.Ф.</b>	
Редкие причины анемии наблюдаемые при заболеваниях печени.....	125


<b>24. Жумаева М.Ф.</b>	
Есть ли влияние анемии на развитие гепаторенального синдрома?.....	133
<b>25. Исмагова М.Н.</b>	
Корреляция между клинико-лабораторными показателями и структурными изменениями почек при различных типах хронического гломерулонефрита с нефротическим синдромом.....	137
<b>26. Мехридинов М.К., Носиров Ю.У.</b>	
Бактериальная деструкция легкого, как осложнение COVID-19-пневмонии.....	141
<b>27. Мирзоева М.Р., Ашурова Н.А.</b>	
COVID-19 касаллигининг ҳомиладорларда учраш даражаси ва кечиш хусусияти.....	145
<b>28. Мустафаева М.Р.</b>	
Контраст-индуцированная нефропатия у больных стабильной ишемической болезнью сердца и однолетний прогноз // Анналы клинических дисциплин.....	150
<b>29. Мухамеджанова М.Х.</b>	
Прогностическое значение феррокинетических показателей у больных гепатитом с ассоциацией с хронической сердечной недостаточностью.....	158
<b>30. Наврузова Л.Х.</b>	
Комплексный подход при лечении некариозных поражений твердых тканей зубов.....	163
<b>31. Ниёзов Ф.Ё.</b>	
Лечение эхинококковых кист печени у детей - путьём лапароскопии и его возможности...	169
<b>32. Нуриддинов С.С.</b>	
Некоторые клинические характеристики больных детей с колостазом.....	175
<b>33. Орипова Ф.Ш.</b>	
Тухумдон эндометриомасини даволашнинг замонавий усулини ишлаб чиқиш.....	181
<b>34. Орипова Ф.Ш.</b>	
Исследование половых гормонов у женщин с эндометриомой яичника.....	185
<b>35. Остапенко Е.Н., Новикова Н.П., Хондожко В.Н.</b>	
К вопросу диагностики кардиоэмболических инфарктов мозга (случай из практики).....	191
<b>36. Раджабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш.</b>	
Результаты хирургических методов лечения больных с острым калькулёзным холециститом осложненный холедохолитиазом.....	199
<b>37. Раджабова Г.Б.</b>	
Сирка кислотаси билан ўткир захарланган беморлар организмида тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми белгиларининг ташҳисий сезгирлиги ва маълумотлилик қиймати.....	209
<b>38. Саидова Н.Ф.</b>	
Глазная патология с преморбидном фоном у детей.....	219
<b>39. Тухтаев Д.А.</b>	
Предикторы развития кардиоренального синдрома у больных хронической болезнью почек.....	223
<b>40. Умурова Н.М.</b>	
Динамика суточного мониторирования артериального давления у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких и артериальной гипертонией среди мужского населения.....	229
<b>41. Хикматов Ж.С., Исматов Ж.К., Солиева Ш.С.</b>	
Эффективность применения повидон-йода при обработке остаточной полости после эхинококкэктомии легких.....	237



Жумаева М.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

## СВЯЗЬ МЕЖДУ ТЯЖЕСТЬЮ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ И АНЕМИЕЙ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.12788659>

### АННОТАЦИЯ

Этиология анемии при заболеваниях печени разнообразна и часто многофакторна. Анемия является более тяжелым на поздних стадиях цирроза печени и может быть предиктором тяжести заболевания печени. Это исследование показывает, что уровень гемоглобина снижается с увеличением тяжести заболевания печени; таким образом, этот показатель можно использовать при первоначальной оценке пациентов, чтобы получить представление о тяжести заболевания. Необходимо более крупное проспективное исследование, чтобы установить возможность использования уровней гемоглобина для оценки тяжести и прогнозирования смертности у пациентов с циррозом печени.

**Ключевые слова:** анемия, цирроз печени, модель оценки терминальной стадии заболевания печени, макроцитоз, класс Чайлд-Теркотта-Пью.

Jumayeva M.F.

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan.

## THE ASSOCIATION BETWEEN LIVER CIRRHOSIS SEVERITY AND ANEMIA

### ABSTRACT

The etiology of anemia in liver disease is diverse and often multifactorial. Anemia is more severe in advanced stages of liver cirrhosis and can be a predictor of the severity of liver disease. This study shows that hemoglobin levels decrease with increasing severity of liver disease; thus, this measure can be used in the initial assessment of patients to give a picture of the severity of the disease. A larger prospective trial is needed to establish the use of hemoglobin levels for assessing severity and predicting mortality in patients with liver cirrhosis.

**Keywords:** Anemia, liver cirrhosis, model for end-stage liver disease score, macrocytosis, Child- Turcotte-Pugh class Introduction

Jumayeva M.F.

Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti, Buxoro, O'zbekiston

## JIGAR SIRROZINING OG'IRLIK DARAJALARI VA KAMQONLIK O'RTASIDAGI O'ZARO BOG'LIQLIK

### ANNOTATSIYA

Jigar kasalliklarida anemiya etiologiyasi xilma-xil va ko'pincha multifaktorial. Anemiya

jigar sirrozining rivojlangan bosqichlarida og'irroq bo'ladi va jigar kasalligining og'irligini bashorat qilishi mumkin. Ushbu tadqiqot shuni ko'rsatadiki, gemoglobin darajasi jigar kasalligining og'irligi oshishi bilan kamayadi; shunday qilib, ushbu chora bemorlarni dastlabki baholashda kasallikning og'irligi haqida rasm berish uchun ishlatilishi mumkin. Jigar sirrozi bilan og'rigan bemorlarning og'irligini baholash va o'limni bashorat qilish uchun gemoglobin darajasidan foydalanishni aniqlash uchun katta istiqbolli sinov zarur.

**Kalit so'zlar:** anemiya, jigar sirrozi, jigar kasalliklarining so'nggi bosqichi uchun baholash modeli, makrositoz, Child-Turkotte-Pugh bo'yicha sinflar

**Введение.** Анемия является наиболее частым осложнением цирроза печени и наблюдается в 75% случаев [1]. Этиология анемии при заболеваниях печени разнообразна и часто многофакторна. Общие причины включают острую и хроническую кровопотерю из-за кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), недостаточность питания, гиперспленизм, вторичный по отношению к портальной гипертензии, и нарушение коагуляции [2,3]. Алкоголь вызывает анемию через прямую токсичность для костного мозга, дефицит витамина В12 и фолиевой кислоты из-за плохого перорального приема, а также нарушение всасывания в кишечнике. Связанная с лечением анемия наблюдается у пациентов с хронической инфекцией вируса гепатита С, получающих рибавирин и интерферон. Гепатит-Ассоциированная апластическая анемия, характеризующаяся панцитопенией и гипоцеллюлярным костным мозгом, представляет собой заболевание, наблюдаемое одновременно или в течение 6 месяцев после инфицирования гепатотропными вирусами, такими как гепатит В, гепатит С и вирус Эпштейна-Барра [4]. Учитывая разнообразную, а иногда и многофакторную этиологию (алкоголь и гепатит В) цирроза печени, трудно определить точную причину анемии у этих групп больных.

Наиболее частым типом анемии, встречающейся при циррозе печени, является нормоцитарная нормохромная анемия, обусловленная хроническим воспалительным состоянием [5]. Острая и хроническая кровопотеря из-за варикозно расширенных вен, портальной гипертонической гастропатии и антральной сосудистой эктазии желудка может привести к развитию железодефицитной анемии, при которой картина представляет собой микроцитарную гипохромную анемию [6]. Другим частым гематологическим нарушением, наблюдаемым при циррозе печени, является макроцитоз. Причины макроцитоза при циррозе печени также многофакторны. Дефицит витамина В12 и фолиевой кислоты также часто наблюдается при циррозе печени, особенно алкогольного происхождения, вследствие недостаточного питания и нарушения функции кишечника. мальабсорбция. Однако цирроз печени обычно ассоциируется с круглыми макроцитами [7-9], тогда как при дефиците В12 и фолиевой кислоты в мазке периферической крови выявляются овальные макроциты и гиперсегментированные нейтрофилы, а также мегалобластный эритропоэз при исследовании костного мозга.

Модель оценки терминальной стадии заболевания печени (MELD) был разработан для оценки прогноза пациентов с циррозом печени, перенесших трансплантацию печени [10]. При определении показателя MELD учитываются три переменные — билирубин, креатинин и международное нормализованное отношение (МНО), каждая из которых оказывает независимое влияние на выживаемость. Шкала MELD принята с 2002 года для распределения органов пациентам, внесенным в список для трансплантации печени [11]. Более низкие уровни гемоглобина (Hb) связаны с более высокими показателями MELD и плохим прогнозом [12].

Данное исследование было проведено с целью оценки распространенности различных типов анемии у больных с циррозом печени и распределения типов анемии у этих больных. Целью исследования также было установить связь между анемией и тяжестью заболевания печени, что могло бы помочь нам лучше оценивать наших пациентов и улучшать их лечение.

**Методы.** Это было поперечное наблюдательное исследование, проведенное в больнице третичного уровня в Западной Индии. Основная цель состояла в том, чтобы

установить связь между тяжестью цирроза печени, определяемой по шкале MELD, и уровнями гемоглобина; Второстепенные цели заключались в изучении распространенности различных форм анемии при циррозе печени и оценке связи между макроцитозом и тяжестью цирроза печени. В исследование был включен 181 пациент, госпитализированный с диагнозом цирроз печени с января 2019 года по апрель 2019 года. Этическое разрешение было получено от институционального комитета по этике, и все участники дали письменное информированное согласие.

Критериями включения были: возраст >18 лет; цирроз печени независимо от этиологии; и Hb <13 г/дл у мужчин и <12 г/дл у женщин.

Критериями исключения были: пациенты, получившие переливание крови в течение последних 3 месяцев; те, кто уже проходит терапию по поводу анемии; наличие хронической болезни почек; и любые другие. Этиология анемии не связана прямо или косвенно с циррозом печени.

Цирроз печени был определен на основании клинических и рентгенологических данных, таких как эластография и УЗИ. Также были зарегистрированы такие осложнения, как асцит, спонтанный бактериальный перитонит, печеночная энцефалопатия, гепаторенальный синдром и кровотечение из верхних отделов ЖКТ. Анемия определялась в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения (Hb <13 г/дл у мужчин и <12 г/дл у женщин). Всего в исследование был включен 181 пациент, отвечающий критериям включения и исключения.

У всех пациентов был проведен тщательный сбор анамнеза и физикальное обследование. Исследования включали общий анализ крови с тромбоцитами, средний объем эритроцитов (MCV: <80 фл = микроцитарная анемия, >98 фл = макроцитарная анемия), мазок периферической крови для определения типа анемии, исследования сывороточного железа, уровни В12 в сыворотке, функциональные тесты печени, включая протромбин. время (МНО), УЗИ брюшной полости, анализ асцитической жидкости и эндоскопию верхних отделов ЖКТ. Показатель MELD рассчитывался по формуле  $9,57 \times \log_e(\text{креатинин мг/дл}) + 3,78 \times \log_e(\text{билирубин мг/дл}) + 11,2 \times \log_e(\text{МНО}) + 6,43$ , где 6,43 — константа этиологии заболевания печени. Для всех пациентов также рассчитывали балл Чайлд-Тюркотта-Пью (СТР).

**Статистический анализ.** Все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от типа анемии (микроцитарная, макроцитарная, нормоцитарная и диморфная анемия). Пациенты были далее разделены на подклассы в соответствии с их баллами MELD (группа А <12 и группа В >12) и классом СТР (ребенок А, В и С). Одномерный и многомерный линейный регрессионный анализ использовался для изучения связи баллов MELD и СТР с уровнями гемоглобина и макроцитозом. Переменные со значением  $P < 0,05$  в одномерных моделях затем были включены в многомерный анализ. Для расчета значения  $P$  использовался двусторонний тест, и результаты считались статистически значимыми, когда значение  $P$  было <0,05.

### Полученные результаты

Среди 181 включенного пациента 168 были мужчинами и 13 женщинами. Средний возраст составил 49,7 лет. Алкоголь была наиболее распространенная этиология (166 пациентов), за ней следуют криптогенная (12 пациентов), синдром Бадда-Киари (2 пациента) и гепатит В (1 пациент).

Средний уровень гемоглобина у мужчин и женщин составлял 10,51 г/дл и 10,48 г/дл соответственно. Макроцитоз (MCV >98 фл) наблюдался у 58 (32%) больных. При типировании анемии у 93 (51,4%) больных была нормоцитарная нормохромная анемия, у 56 (30,9%) — макроцитарная, у 29 (16,0%) — микроцитарная и у 3 (1,7%) — диморфная анемия (табл. 1).

Из пациентов, у которых была микроцитарная анемия на PBS, только у одного была железodefицитная анемия (ферритин сыворотки <16 мкг/л у мужчин и <10 мкг/л у женщин). Из пациентов с макроцитарной анемией, получавших PBS, у 29 наблюдался низкий уровень



B12 в сыворотке (<220 нг/мл).

Из 58 пациентов с макроцитозом у 45 (77,6%) показатель MELD был >12, тогда как только у 13 (22,4%) показатель MELD был <12. Эта разница была статистически значимой ( $P<0,001$ ).

Из 181 пациента 63 относились к классу А по шкале Чайлд, 54 — к классу Б по шкале Чайлд и 64 были ребенком С. Значения гемоглобина были самыми высокими у ребенка А, за ним следовал В, а затем С (рис. 1). Выявлена статистически значимая корреляция между классом СТР и уровнем гемоглобина ( $P<0,001$ ) (табл. 2). Коэффициент корреляции Пирсона между уровнем Hb и показателем MELD был значимым ( $P<0,001$ ) (табл. 3, рис. 2). Кроме того, наблюдалась значительная связь между показателем MELD и уровнем B12 в сыворотке ( $P=0,02$ ); только четверть пациентов с высоким показателем MELD имели дефицит витамина B12.

### Обсуждение

В нашем исследовании у 51,4% пациентов наблюдался нормоцитарный уровень. нормохромная анемия, у 30,9% - макроцитарная анемия, у 16,0% - микроцитарная анемия и у 1,7% - диморфная анемия. Железодефицитная анемия, основанная на MCV и низком уровне ферритина в сыворотке, наблюдалась только у 1 из 29 пациентов, у которых была микроцитарная анемия на PBS. Однако интерпретация рутинных лабораторных показателей, таких как ферритин сыворотки, при циррозе печени чрезвычайно сложна, и для подтверждения диагноза требуется окрашивание костного мозга на железо берлинской лазурью.

Всего у 58 пациентов имелся макроцитоз ( $MCV>98$  фл); из них у 56 была макроцитарная анемия на PBS, а у 2 - диморфная анемия. У остальных 51,4% пациентов была нормоцитарная нормохромная анемия, наиболее распространенный тип анемии, встречающийся при циррозе печени, обусловленный хроническим воспалительным состоянием. Мы также обнаружили значительную корреляцию между показателем MELD и макроцитозом.

В нашем исследовании наблюдалась значительная корреляция между показателем MELD и уровнем гемоглобина. Более низкие уровни гемоглобина были связаны с более высоким показателем MELD. Аналогичные результаты были получены в исследовании, проведенном Scheiner et al., где у пациентов с анемией наблюдался более высокий MELD ( $12\pm4$  против  $9\pm3$ ;  $P<0,001$ ) [12]. В исследовании, проведенном Jain et al., 88 пациентов с алкогольным циррозом печени были разделены на 5 групп в зависимости от их баллов MELD. Было обнаружено, что гематологические нарушения, такие как анемия и лейкопения, чаще встречались в группе с более высоким показателем MELD [13]. Исследования показали, что анемия является плохим прогностическим фактором у пациентов с циррозом печени, а тяжесть анемии увеличивается со стадией заболевания печени [14,15].

Мы также обнаружили статистически значимую корреляцию между классом СТР и Hb. Пациенты с классификацией Child C имели более низкие уровни гемоглобина по сравнению с пациентами с классификацией Child A или B.

Таблица 1

### Демографический профиль

Демографические данные	
Средний возраст	49,7 лет.
Соотношение	13:1
мужчина: женщина	
Этиология	Частота
Алкоголь	166
Криптогенный	12
Синдром Бадда-	2

Киари			
Гепатит Б			1
Средний уровень гемоглобина (г/дл)			
Мужчины			10.51
Женщины			10.48
Средний корпускулярный объем (MCV) (фл)		Частота	
Нормоцитоз (80-98 фл)			111
Микроцитоз (<80 фл)			12
Макроцитоз (>98фл)			58
Средний MCV			90,3фл
исследовательской группы			
Распространение анемии			
Нормоцитарный нормохромный			93 (51,4%)
Макроцитарный			56 (30,9%)
Микроцитарный			29 (16,0%)
Диморфный			3 (1,7%)
Класс Чайлд-Тюркотт-Пью		Частота	
А			63
Б			54
С			64
Оценка MELD			
Группа (MELD<12)	А		114
Группа (MELD>12)	Б		67

MELD, модель терминальной стадии заболевания печени

График маргинальных средних результатов линейного регрессионного анализа, показывающий отрицательную корреляцию между уровнями гемоглобина (Hb) и моделью оценки терминальной стадии заболевания печени (MELD) ( $P<0,001$ )

Таблица 2 Ассоциация класса Чайлд-Теркотт-Пью (СТР) со сниженным уровнем гемоглобина					
ОСАГО Сорт	Количество пациентов	Средний гемоглобин (г/дл)	Среднеквадратичное отклонение	Стандартная ошибка	Р-значение (для разницы средних значений с использованием ANOVA)
А	63	11.86	1,29533	0,16320	<0,001
Б	54	10.82	1,63154	0,22202	
С	64	8,92	1,15207	0,14401	
Общий	181	10.51	1,84250	0,13695	

Макроцитоз и макроцитарная анемия связаны с тяжестью заболевания печени. В исследовании, проведенном Янгом и др., макроцитарная анемия была связана с тяжестью заболевания печени у пациентов с декомпенсированным циррозом печени, связанным с гепатитом В [16]. В этом исследовании для оценки тяжести заболевания печени использовалась шкала MELD. В другом исследовании, проведенном Юном и др., повышенные уровни MCV были связаны с большей смертностью от рака печени у мужчин [17].

Из 58 пациентов с макроцитозом только у 29 наблюдался низкий уровень В12 в сыворотке. Острые и хронические заболевания печени связаны с более высокими уровнями В12 в сыворотке крови, что объясняется высвобождением витамина В12 из печени в результате гепатоцеллюлярного некроза и повышенным связыванием В12 с белками сыворотки. Кроме того, более высокие уровни В12 связаны с тяжелым заболеванием печени и прогнозом.

В заключение, в нашем исследовании мы обнаружили значительную корреляцию между показателем MELD и степенью анемии. Более высокий балл MELD был связан с более тяжелыми гематологическими осложнениями. Замедлит ли коррекция анемии у таких больных на ранней стадии прогрессирование заболевания, вопрос дискуссионный и требует дальнейших исследований. Однако более низкие уровни гемоглобина были определены связаны с более тяжелыми формами цирроза печени, как установили корреляции.

## Список использованной литературы

1. Брюс А. Раньон, доктор медицинских наук, FAASLD. Гепаторенальный синдром, Уолтерс Клувер, дата обновления 13 декабря 2022 г., обзор в марте 2023 г.
2. Гортензия Ионицэ, Иоана Ионицэ. Кепка. 18.1, Ферипривная анемия, Виктор Стойка, Виорел Скрипкариу и др., Compediu de Specialități Medico-Chirurgicale, vol. 1, Editura Medicală, 2016, стр.353-357.
3. Джумаева М.Ф., Предикторы развития гепаторенального синдрома. Проблемы биологии и медицины. 2022 № 6 (140) с.80-82
4. Джумаева М.Ф., Гепаторенальный синдром. Азиатский журнал фармацевтических и биологических исследований. Том 11 Выпуск 3 СЕНТЯБРЬ-ДЕКАБРЬ. 2022 стр.72-77
5. Джумаева М.Ф. Гепатокардиоренальный синдром. Азиатский журнал фармацевтических и биологических исследований. Том 11, выпуск 1, ЯНВАРЬ – АПРЕЛЬ 2022 г. с.
6. Джумаева М.Ф., Гепатокардиоренальный синдром. Азиатский журнал фармацевтических и биологических исследований. Том 11, выпуск 3 . 2022 ЯНВАРЬ - АПРЕЛ 83-97-бет
7. Джумаева М.Ф., Гепаторенальный синдром. Азиатский журнал фармацевтических и биологических исследований. Том 11, выпуск 3 СЕНТЯБР-ДЕК. 2022 г. 72-77-бетлар
8. Джумаева М.Ф. Гепаторенальный синдром ривожланишининг прогнозчилари. Биология ва тиббийот муаммолари. 2022 г № 6 (140) 80-82 б
9. Фернандо С. Фервенза, доктор медицинских наук, Санджив Сетхи, доктор медицинских наук, доктор философии, Стив Фалмм, доктор медицинских наук. Синдром смешанной криоглобулинемии: клинические проявления и диагностика, обновленная версия, Уолтерс Клувер, 13 декабря 2022 г., обзор в марте 2023 г.
10. Маршалл А. Лихтман, Кеннет Каушански, Йозеф Т. Прчал, Марсель М. Леви, Линда Дж. Бернс, Дэвид К. Линч. Глава. 5 - Анемия хронических (воспалительных, неопластических и почечных) заболеваний, Руководство Уильямса по гематологии, 10-е издание, 2022 г., McGraw Hill LLC, стр. 5. 29- 31.
11. Мустафаева М.Р. Контраст-индуцированная нефропатия. Сосредоточьтесь на

профилактике. Азиатский журнал фармацевтических и биологических исследований. Том 11, выпуск 1, ЯНВАРЬ – АПРЕЛЬ 2024 г. с.

12. Мустафаева М. Р. Контрастные индусирланганские нефропатии. Профилактик хора-тадбирлар. Центральноазиатский журнал образования и инноваций. Том. Том 2, выпуск 6, часть 6, июнь 2023 г.

13. Патрис Какуб, доктор медицины. Обзор криоглобулинов и криоглобулинемии, актуальная информация, Wolters Kluwer, дата обновления 14 сентября 2022 г., обзор от февраля 2023 г.

14. Питер Д. Горевичи, доктор медицинских наук. Обзор амилоидоза, актуальная информация, Wolters Kluwer, дата обновления 1 июля 2022 г., обзор в июне 2022 г

15. Убайдова Д. С. клинические аспекты поражения печени при Covid-19. Азиатский журнал фармацевтических и биологических исследований 2231-2218. Том 11 выпуск 2 май-август 2022 г. стр. 69-75

16. Убайдова Д.С. Гепатобилиар система касалликлари билан оғриган беморларда жигар фиброзининг ноинвазив усуллари диагностикаси. Азиатский журнал фармацевтических и биологических исследований. Том 11, выпуск 3 СЕНТЯБРЬ-ДЕКАБРЬ. 2022 год



# ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

**АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН**

ТОМ 1, НОМЕР 2

**КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ**

VOLUME 1, ISSUE 2

Научно-практический журнал по всем  
направлениям медицины  
основан в 2024 году  
Бухарским государственным  
медицинским институтом  
Выходит один раз в 3 месяца  
Учредитель Бухарский государственный  
медицинский институт