



2022-YIL 4-SON

ISSN 2181-3752

e-mail: sanepidxizmatjurnal@umail.uz

veb-sayt: <http://www.sanepid.uz>

ILMIY-AMALIY JURNALI

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SANITARIYA EPIDEMIOLOGIK
OSOYISHTALIK VA JAMOAT SALOMATLIGI XIZMATI
RESPUBLIKA OITSGA QARSHI KURASH MARKAZI

«OIV INFEKSIYASINING DOLZARB MUAMMOLARI»

**Ilmiy-amaliy anjuman
ILMIY ISHLAR TO'PLAMI**

**СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
Научно-практической конференции
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ»**

**COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS
Scientific-practical conference
«CURRENT PROBLEMS OF HIV INFECTION»**

**5-6.12.2022
TOSHKENT**



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SANITARIYA EPIDEMIOLOGIK
OSOYISHTALIK VA JAMOAT SALOMATLIGI XIZMATI
RESPUBLIKA OITSGA QARSHI KURASH MARKAZI

«OIV INFEKSIYASINING DOLZARB MUAMMOLARI»

Ilmiy-amaliy anjuman

ILMIY ISHLAR TO'PLAMI

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Научно-практической конференции

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ»

COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS

Scientific-practical conference

«CURRENT PROBLEMS OF HIV INFECTION»

**5-6.12.2022
TOSHKENT**

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SANITARIYA-EPIDEMIOLOGIK OSOYISHTALIK VA
JAMOAT SALOMATLIGI XIZMATININIG

ILMIY-AMALIY JURNALI

SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL
OF THE SERVICE OF SANITARY-EPIDEMIOLOGICAL WELFARE AND
PUBLIC HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

- 2022 -



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI

SANITARIYA-EPIDEMIOLOGIK OSOYISHTALIK VA JAMOAT SALOMATLIGI XIZMATI JURNALI

O'zbekiston Matbuot
va axborot
agentligida 2021-yil
16-iyunda
1188-raqam bilan
ro'yxatga olingan.

2022-yil 4-son

Scientific and practical journal

"JOURNAL OF THE SERVICE OF SANITARY AND EPIDEMIOLOGICAL WELFARE
AND PUBLIC HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN"

Научно-практический журнал

«ЖУРНАЛ СЛУЖБЫ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН»

Bosh muharrir

Baxodir Yusupaliyev

Bosh muharrir o'rinbosari

Nurmat Atabekov

Mas'ul kotib

Botir Kurbanov

Tahrir hay'ati

X.M. Mustafayev

Q.I. Hayitov

D.A. Zaretdinov

X.Yu. Axmedova

O.M. Mirtazayev

G.T. Iskandarova

Q.X. Yuldashyev

L.U. Anvarova

M.A. Mirzakarimova

Nashr uchun mas'ul

Latofat ANVAROVA

Sahifalovchi

Akmal FARMONOV

MUNDARIJA

Курбанов Б.Ж, Юлдашев К.Х, Мусабекова М.Ш, Умаров Ж.Ж.

Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекцияси бўйича эпидемик вазият.
ОИВ эпидемиясига чек қўйиш бўйича амалга оширилган саъй-ҳаракатлар5

Н.И. Аскарова

Эпидемиологические аспекты заболеваемости ВИЧ-инфекцией в джизакской
области в разрезе районов 13

Венера Ашурова

Клинико-лабораторные особенности кандидоза гениталий у ВИЧ-инфицированных
беременных женщин..... 17

Gafforov X.A, Musabekova M.Sh.

Clinical and immunological features of herpes virus diseases in HIV-infection20

Гузаль Гиясова, Артём Соболев

Проявление ВИЧ-инфекции в полости рта23

Мухиддин Зайиров

Эффективное лечение тяжелых форм туберкулеза, случай из практики26

Искандаров А.И, Қораев Б.Б, Юлдашев Я.М., Абдуллаева С.А

ОИВ инфекцияли беморларда нафас йўллари касалликларининг
клиник кечиш хусусиятлари30

**Исроилова Ф.А, Тилляшайхов М.Н, Рахматова Д.Л, Умаров М.Х,
Туйджанова Х.Х, Хушвакова С.У, Имомов О.А.**

Сочетанные ВИЧ инфекции и рак34

Искандарова Г.Т, Рахманова Ж.А, Зоирова Н.Т, Ёдгоров Ў.А.

Математическое моделирование и прогнозирование в эпидемиологии
инфекционных заболеваний36

Ибадуллаева Н.С, Мусабаев Э.И, Байжанов А.К, Хикматуллаева А.С, Турабова Н.Р
Индикаторы тяжести течения COVID-19.....38

Касимова Р.И, Марданова Х.А, Файзуллаева Д.Б.

Лабораторная диагностика реактивации цитомегаловирусной
инфекции при ВИЧ-инфекции41

**Мустафаева Д.А, Суворова З.К, Беляева В.В, Соколова Е.В, Козырина Н.В, Шегай М.М,
Хохлова О.Н, Усманова Д.К, Исмаилов Р.Ш.**

Факторы риска нарушения приверженности пациентов диспансерному
наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции в республике Узбекистан44

Хилола Насирова, Аллаберган Байжанов

Прогнозирование тяжелого течения COVID-19 у больных ВИЧ-инфекцией с учетом
определения биомаркеров48

Омон Миртазаев, Гульбахор Матназарова, Азамат Мустанов, Елена Брянцева
Менингококк инфекцияси билан касалланишнинг ўзига хос хусусиятлари53

Насирова Х.П, Байжанов А.К

Клинические аспекты коронавирусной инфекции, вызванной SARS-COV-2,
у больных с ВИЧ-инфекцией57

Журнал "O'zbekiston Respublikasi Sanitariya-
epidemiologiya va jamoat salomatligi xizmati
jurnali"

Manzili: Toshkent shahar, Chilonzor tumani,
Bunyodkor ko'chasi, 46-uy
Telefon: (78) 8880101

Журнал «TUBO NASHR» nashriyotida tayyorlandi.

Nashriyot manzili:

100029, Toshkent shahri, Yunusobod tumani,
7-mavze. Telefon: 998-94-6337530

Журналдан ko'chirib bosilgan maqolalar "Sanitariya-
epidemiologiya va jamoat salomatligi xizmati jurnali"
dan olindi, deb izohlanishi shart.

Журналда nashr etilgan maqolalarda mualliflarning
tahririyat nuqtayi nazariga muvofiq kelmaydigan
fikr-mulohazalari bosilishi mumkin.

Tahririyatga kelgan qo'lyozmalar taqriz qilinmaydi
va muallifga qaytarilmaydi.

Bosmaxonaga 2022.03.12.da topshirildi. Ofset usulida
chop etildi. Qog'oz bichimi 60x84 1/8. Shartli bosma
tabog'i 6,0. «Arial» garnituras. 10, 12 kegl. «TUBO
NASHR» MCHJ da chop etildi.

Manzil: Toshkent sh. Yunusobod tum, 7-mavze.
Buyurtma №2. Adadi 100 nusxa. Bahosi kelishilgan
narxda.

"O'zbekiston Respublikasi
Sanitariya-epidemiologik osoyishtalik
va jamoat salomatligi xizmati jurnali"

Muassis: O'zbekiston Respublikasi Sanitariya-epidemiologik osoyishtalik va
jamoat salomatligi xizmati hisoblanadi.



Normetov B.N, Sadullaev O.K, Zakirov Sh.Y, Abdalniyazov Sh.K.	
OIV-infektsiyasida o'pka sili	63
Насиба Олимова	
Характеристика параметров иммунной системы у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий на фоне вируса иммунодефицита человека	66
Орманова Н.Б, Файзуллаева Д.Б, Клиника Р.Ц	
Оценка эффективности антиретровирусной терапии	70
Kushimov Я.А	
Synergistic epidemics of HIV/SARS-COV-2	74
Ғулом Ражабов, Зулхумор Бердиева	
«Иммун-5» биологик фаол қўшимчасининг ОИВ - инфекцияси билан касалланган беморлар иммунитет тизими фаолиятига таъсири.....	75
Юлдашев Т-М.К, Юлдашев К.Х, Умиров С.Э	
Генетические варианты вируса иммунодефицита человека, циркулирующие на территории Узбекистана	80
Рахимова В.Ш.	
Клинико-иммунологические показатели коинфекции ВГС и ВИЧ	82
Мухаммаджон Рахмонбердиев, Шомурод Расулов	
ОИВ-инфекцияли беморларда сил касаллигининг тарқалганлиги	85
Рахмонбердиев М.А, Расулов Ш.М, Тошпўлатов А.Ю	
ОИВ-инфекциясининг юқиш йўлларининг эпидемиологик таҳлили ва профилактикаси	87
Садуллаев О.К, Закиров Ш.Ю, Самандаров М.Р, Норметов Б.Н	
Хоразм вилоятида ОИВ инфекциясининг эпидемиологияси.....	89
Отаназар Садуллаев, Шахноза Ражапова, Шерзодбек Абдалниёзов	
Социально-психологические особенности жизни людей, живущих с ВИЧ	92
Славинская Н.В, Искандаров А.Б	
Условия труда ткачих текстильного сп «бойтекс» и влияние их на функциональное состояние организма.....	95
Тилавбердиев Ш.А, Мадаминов Ф.А, Юлдашев Т-М.К	
Повышение эффективности лечения инвазивного аспергиллеза у больных с COVID-19 в ОРПТ	100
Умирзаков З.Б, Умиров С.Э, Зиядуллаев Ш.Х	
COVID-19 пациентларига хос иммунологик ўзгаришлар ва уларнинг прогностик қиймати	103
Умирзаков З.Б, Кенжаева Н. Қ, Умиров С.Э	
ОИВ инфекцияси билан касалланиш динамикасининг айрим жиҳатлари	107
Dilbar Urunova, Kaxramon Yuldashev, Zulfiya Axmedjanova, Baxtiyor Sharapov, Nargiza Nosirova, Venera Baratova	
OIV infektsiyasida komorbidlik indeksining tahlili	111
Гульнара Худайкулова, Махбуба Муминова	
ОИВ билан зарарланган ўткир диареяли болаларни даволашда "saccharomyces bouladii"нинг қўлланилишининг самарадорлиги	117
Файзуллаева Д.Б.	
Иммунологической эффективности антиретровирусной терапии у ВИЧ-ассоциированных больных и с туберкулезом	121
Аббасов Қ.И. Хакимова С.К	
Меҳнат мигрантлари орасида ОИВ-инфекциясининг тарқалишини олдини олиш	127
Абдугаппаров Ф.Б., Парпиева Н.Н., Массавилов Ш.Ш.	
Клинико-лабораторные особенности методы диагностики и исходы лечения пациентов с предполагаемым туберкулезным плевритом	128
Сарвиноз Абдуллаева	
Клинико-лабораторные особенности ВИЧ-инфекции у детей	129
Аббор Анваров	
Вилоятда ОИВ инфекцияси билан зарарланишининг ошишига миграция ва урбанизациянинг таъсири.....	129
Винера Баротова	
Диспансерное наблюдение и лечение людей, живущих с ВИЧ	130
Баротова В.Д. Эрматова З.Т. Қосимова Д.Қ	
Тошкент шаҳрида ОИВ инфекцияси аниқланган никоҳланувчиларда ва уларнинг ота-онаси билан ўтказилган суҳбатдан кейинги кузатилган натижалар	131
Баротова В.Д, Зарипова М.К, Жуманов Б.Н	
Опыт организации работы дружественного кабинета в городе ташкенте	132
Зулхумор Бердиева	
ОИВ-инфекцияси билан касалланган беморларда биологик фаол қўшимчасининг клиник аҳамияти.....	133
ОИВ-инфекцияси билан касалланган беморларда биологик фаол қўшимчасининг клиник босқичларга таъсири	134



Зулхумор Бердиева, Ғулом Ражабов Ўзбекистон республикасида 2008-2017 йилларда қайд этилган ОИВ-инфекцияси ҳолатларининг ретроспектив таҳлили	135
Гаффоров Х.А, Касимова Р.И Раскрытие ВИЧ-статуса у детей и подростков современные подходы к лечению ВИЧ-инфекции у детей.....	136 136
Ёдгоров Ў.А, Раҳманова Ж.А, Абдуллаева Л.Ў Ўзбекистон республикасида COVID-19 инфекциясидан кузатилган ўлим ҳолатларининг таҳлили	137
Шахло Джамалдинова Другие часто встречающиеся заболевания людей с ВИЧ..... Высокий риск развития серьёзных осложнений, связанных с гриппом у людей с ВИЧ.....	138 139
Жумабоева Х.Х, Ғаниев Б.Қ, Қораев Б.Б ОИВ инфекцияли шахслар ўртасида COVID-19 билан касалланишни ўзига хос томонлари	140
Жураев Я.М, Кораев Б.Б, Зайнигабдинова М.Х. ОИВ билан зарарланган оналардан туғилган болаларда ОИВ инфекциясини эрта диагностикаси, АРВТ профилактикаси ва самарадорлиги.....	140
Мухиддин Зайиров, Зойр Мадримов Состояние проблемы ВИЧ-инфекции в сочетании с туберкулезом легких	141
Зайнигабдинова М.Х, Усманов Ш.Қ, Кораев Б.Б Анализ проблемы в диагностике ВИЧ инфекции в Андижанской области республики Узбекистан.....	142
Зайнигабдинова М.Х, Караев Б.Б., Алимов М.А Внутренняя оценка качества лаборатории с применением внутрилабораторного контроля (ВЛК) при использовании тест-систем «дс-ифа-анти ВИЧ-УНИФ»	143
Закиров Ш.Ю, Менглиева Б.Б, Зокирова М.Ш Микробный пейзаж медицинской организации и микробиологическое наблюдение в профилактике ВБИ	144
Закиров Ш.Ю, Самандарова Б.С, Зокирова М.Ш Бактериологический контроль антибиотикорезистентности у медицинского персонала хирургических отделений ЛПУ и акушерских стационаров	145
Закиров Ш.Ю, Самандарова Б.С, Зокирова М.Ш Хоразм вилоятида ОИВ инфекцияси эпидемиологик таҳлили натижалари.....	146
Iskandarov A.I Clinical manifestations of tuberculosis in children from perinatal contact for HIV infection.....	146
Кадилова Н.Р, Аббасов Қ.И Коронавирус пандемияси даврида “фавкулдда вазият”нинг узоқ муддатли шароитида мигрантлар орасида ОИВ инфекцияси эпидемиясининг ўзгариш хусусиятлари	147
Ташпулатов Н.Н, Кадилова Н.Р, Абидова С.А, Каримов Ў.Р, Щеликалина С.А, Мажидова М.Ш Тиббиёт ходимларини ОИВ инфекцияси масалаларига доир билим савиясини ошириш дастурининг долзарб масалалари	148
Инобатхон Калниязова, Рушана Рахимова, Дилшод Холмонов, Қадриддин Сайфиддин Хож Характеристика ВИЧ-инфицированных беременных по возрасту	150
Intizor Karimova OIV infeksiyasini erta tashhishtash	150
Jasur Qodirov OIV va OITS har bir fuqaro bilishi kerak bo'lgan infeksiyasi	151
Бахромжон Кораев Общие подходы к профилактике заражения ВИЧ	152
Қораев Б.Б, Салиев Т.Ш, Искандаров А.И ОИВ инфекциясини олдини олишда мулоқотдан кейинги профилактиканинг самарадорлигини баҳолаш	153
Тўраев Р.И, Қораев Б.Б, Ғаниев Б.Қ ОИВ инфекцияси олдини олишда дискордант жуфтликларни текширилиши самарадорликларини баҳолаш	154
Искандаров А.И, Ғаниев Б.Қ, Қораев Б.Б ОИВ/СИЛ билан ҳисобда турган беморларнинг диспансер кузатувига замонавий ёндашувлар	155
Massavirov Sh.Sh OIV-infeksiyasi fonida tuberkulyozni kechishi, opportunistlari va davolashni o'ziga xosligi.....	155



Нормуратова Г.А, Юлдашев К.Х, Махаматов Ф.А	
Внутрибольничная инфекция из наиболее актуальных проблем здравоохранения	156
Электронное слежение за случаями ВИЧ-инфекции в республике Узбекистан.....	158
Насиба Олимова	
Определить параметров иммунной системы у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий на фоне вируса иммунодефицита человека.....	159
Muxlisabonu Omonjonova, Sevara Mirkhamidova	
Infeksion kasalliklarning profilaktikasida menejerning o'rni.....	160
Папина Е.С. Бердиева З.И. Равшанов Я.Ш., Орманова Н.Б	
Применение в практике результатов анализов на «gene xpert» у ВИЧ инфицированных пациентов	161
Папина Е. С, Рахимова Н. Б.	
Проблемы диагностики на ранних этапах ВИЧ инфекции	162
Расулов Ш.М, Рахмонбердиев М.А, Тошпўлатов А.Ю	
ОИВ-инфекциясининг тарқалганлиги ва эпидемиологик хусусиятларининг таҳлили	163
Рашитова Ш.М, Умаров Ж.Ж	
ВИЧ-инфекция и материнство	164
Рашитова Ш.М, Хакимова С.К	
ОИВ инфекциясини тиббиёт ходимлари орасида тарқалиши.....	165
Саткулова Н.Ш, Жумабоева Х.Х, Кораев Б.Б	
Оценка эффективности антире тровирусной терапии у ЛЖВ и беременных женщин.....	166
Саримсақова Ё.И, Искандаров А.И, Ғаниев Б.Қ	
ОИВ инфекцияли болаларда АРВТ билан эрта қамралишини аҳамияти	167
Сулаймонова Ш.З, Кораев Б.Б, Зайнигабдинова М.Х	
Хомиладорлар ОИВ текширувида сохта мусбат натижалар ва уларнинг сабаблари	167
Тоджиматов А.Ю, Тоджиматов Ш.З, Алимов М.А	
Вилоятда ОИВ инфекцияси тарқалишига қарши курашиш бўйича олиб борилган профилактик ишлар тўғрисида	168
Тошпўлатов А.Ю, Расулов Ш.М	
ОИВ инфекциясининг юқиш йўллари ва профилактикаси	169
Л.Н.Туйчиев, М.Т.Муминова	
Болаларда ОИВ-инфекциясидаги ўткир юкумли диареяларнинг этиологик тузилмаси	170
Усмонов Ш.Қ, Тоджиматов Ш.З, Алимов М.А	
Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции и совершенствование эпиднадзора в Андижанской области	171
Усмонов Ш.Қ, Тоджиматов Ш.З, Алимов М.А	
ОИВ инфекцияси аниқланган беморлар билан ўтказиладиган тестдан кейинги маслаҳатнинг эпидемиологик аҳамияти.	172
Алишер Усмонов	
Жиззах вилоят ОИТСга қарши кураш марказида бмтнинг ОИВ/ОИТС бўйича бирлашган дастури (UNAIDS) ташаббусига кўра белгиланган “95-95-95” стратегиясини 2020-2021 йиллар ва 2022 йил 9 ойида бажарилиши.....	173
Файзуллаева Д.Б	
Персонализация антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных больных на основе их генетического статуса.....	174
Анвар Холбоев	
Жиззах вилоятида ОИВ инфекциясига маҳалла кесимида текширувларни ташкил қилиниши	174
Худайкулова Г.К, Муминова М.Т	
Болаларда ОИВ-инфекциясидаги диареялар.....	175
Ҳамроев И.Б	
ОИВ инфекцияси юқишининг олдини олиш тартиби	176
Azamat Husupov, Muyassar Karimova, Dilbar Makhkamova, Zulfiya Shamsutdinova, Kamila Bazarbaeva	
The case of neurochorioretinitis in HIV-infected patient	177
Эшбоев.Э.Х, Аскарова.Н.И	
ОИВ инфекцияси аниқланган ҳолат бўйича 2021 йилдаги маълумот	178
ОИТС билан ҳамкорликда келган тери касалликлари	178
ОИТС ва капоши саркома касаллилари	179
Муроджон Юлдашев, Адиба Искандарова	
Полость рта как входные ворота при инфекции COVID-19	179



Курбанов Б.Ж.Юлдашев К.Х.

Мусабекова М.Ш. Умаров Ж.Ж.

Республика ОИТСга қарши кураш маркази

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ БЎЙИЧА ЭПИДЕМИК ВАЗИЯТ. ОИВ ЭПИДЕМИЯСИГА ЧЕК ҚЎЙИШ БЎЙИЧА АМАЛГА ОШИРИЛГАН САЎЙ-ҲАРАКАТЛАР

ОИВ инфекцияси пандемия сифатида тарқалишда давом этмоқда. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, ҳар йили ўртача 2,5 миллион одам ОИВни юктиради, улардан 1 миллиондан ортиқ одам бу касалликдан вафот этади. Эпидемия бошлангандан буён дунё бўйича 75 млн. инсонлар ОИВ билан зарарланди, 32 млндан ортиқ инсонлар шу касаллик сабабли вафот этди. Пандемияга сабаб бўлган омиллар:

- ОИВ инфекцияли бемор умрининг охиригача вирусни юктириш хавфини сақлаб қолади, шунинг учун бутун умр шу касаллик билан рўйхатда туради;
- вируснинг ирсий ўзгарувчанлиги (мутация) туфайли дунё бўйича касалликни олдини олишга қодир, самарали вакцина (эмлаш воситаси) йўқ;

- ҳозирча касалликни тўлиқ даволаш имкони топилмаган;

- ушбу касаллик вирусни юктириб олиш хавфи юқори бўлган хулқ-атворли шахслар орасида тарқалишга мойил ва улар билан самарали иш олиб бориш бирмунча қийинчилик туғдириши табиий ҳолат.

Республикада охириги 10 йил ичида ОИВ бўйича эпидемик вазият концентрланган босқичда бўлиб, вазиятни барқарор ушлаб туриш ва касаллик тарқалишига чек қўйиш бўйича тегишли тадбирлар амалга оширилмоқда. Республикада ушбу соҳадаги меъёрий ҳуқуқий ҳужжатларни такомиллаштириш баробарида турли ижтимоий, ёш қатламларига йўналтирилган профилактик-даволаш дастурлари татбиқ этилган ва амалга оширилмоқда; хизматни ислоҳ қилиш ҳамда ОИТСга қарши курашиш марказларини моддий-техника базасини мустаҳкамлаш давом эттирилмоқда.

2008 йил 26 декабрда қабул қилинган Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекцияси тарқалишига қарши кураш тадбирларининг самарадорлигини ошириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПҚ-1023 сонли қарори билан ОИТСга қарши курашда комплекс чора тадбирларни амалга оширилишига имкон яратувчи ягона тизим тасдиқланган бўлиб, тизимнинг асоси этиб Республика ва ҳудудий ОИТСга қарши кураш марказлари белгиланган. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2008 йил 26 декабрдаги ПҚ-1023-сонли Қарорини ижросини таъминлаш мақсадида Ўзбекистон Республикаси

Вазирлар Маҳкамаси 2009 йил 5 январда “ОИТСга қарши кураш марказларининг ташкилий тузилмасини ва фаолиятини такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 1-сонли Қарори қабул қилинган. Мазкур қарор билан Республика ва ҳудудий ОИТСга қарши кураш марказларининг тузилмаси ва Низоми тасдиқланган.

Соҳадаги меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларни такомиллаштириш, қабул қилиш уларни амалга оширишда Ўзбекистон Республикасида 2007-2011йй. ва 2013-2017 йилларда қабул қилинган Стратегик дастурларга асосан аҳолининг касалликни юктириб олишга мойил хулқ-атворга эга муҳим гуруҳлари орасида профилактик тадбирларни амалга оширилганлигини алоҳида таъкидлаб ўтиш жоиз. Шу билан биргаликда ушбу йилларда республикада ушбу профилактик дастурлар доирасида аҳолининг турли гуруҳлари, жумладан ёшлар, никоҳланувчилар, ишчи мигрантлар ва уларнинг оила аъзолари орасида ОИВ инфекцияси тарқалишини олдини олишга қаратилган бир қатор комплекс тадбирлар амалга оширилди. ОИВ инфекцияси профилактикаси бўйича қўлланма ишлаб чиқилиб, унга мувофиқ таълим тизимининг турли босқичлари, мактаб, коллеж ёшлари орасида тадбирларнинг фаол амалга оширилиши, маҳаллий жамоат, жумладан маҳалла, хотин-қизлар кўмиталари, диний идоралар ва бошқа нодавлат ташкилотлар профилактик тадбирларга жалб қилиниши эришилган ютуқларга салмоқли ҳисса қўшди. 2013-2017 йиллар учун Стратегик дастурда, 2018 йилда амалга оширилган Давлат дастурида белгиланган стратегиялар билан бир қаторда, эпидемик вазият билан боғлиқ равишда, эришилган ютуқлар ва соҳада келгусида келиб чиқадиган муаммоларнинг ечимини топишга қаратилган қўшимча чораларни амалга ошириш ҳам белгилаб қўйилган.

2013 йилнинг 23 сентябрида “Одамнинг иммунитет танқислиги вируси келтириб чиқарадиган касаллик (ОИВ инфекцияси) тарқалишига қарши курашиш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси қонунининг қабул қилиниши бу борадаги ишларни янада юқори босқичга олиб чиқишда муҳим ҳуқуқий асос бўлди.

Шунингдек, 2018 йилда тасдиқланган 2 та ПҚ-3493-сонли ва ПҚ-3800-сонли Президент қарорлари ОИВ диагностикаси соҳасида янги сифат даражасига эришиш, инфекцияни эрта аниқлаш, ўз вақти-



да профилактика чораларини ва ОИВ инфекцияси билан яшаётган одамларга сифатли тиббий ёрдам кўрсатиш, шунингдек, ОИВ инфекциясига қарши кураш бўйича мамлакатнинг дунё ҳамжамияти олдидаги халқаро мажбуриятларини бажарилишини таъминламоқда.

2018 йилда ПҚ-3493-сонли Қарорга мувофиқ яшаш манзилига қайтган мигрантларни ОИВ инфекцияси бўйича маслаҳат ва текшириш билан қамраб олиш бўйича “ОИВ инфекцияси юқиши хавфи юқори бўлган гуруҳларда, мигрантларни ОИВ инфекциясига текшириш мақсадида тиббий муассасаларга йўналтиришни инobatга олган ҳолда профилактик ишларни биргаликда ўтказиш Тартиби” тегишли вазирлик ва идоралар билан ҳамкорликда ишлаб чиқилди ва амалиётга тадбиқ қилинди.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) ОИВ инфекцияли шахсларни даволаш-диагностика ва профилактика масалаларига бағишланган 14 та клиник протоколи миллий шароитларга мослаштирилди. Натижада, ОИВ инфекцияси масалалари соҳасида тиббий хизматлар сифати яхшиланиб, махсус - ретровирусга қарши терапия билан қамраб олинган беморлар сони ортди.

Ҳар бир аниқланган ОИВ инфекцияси ҳолати бўйича эпидемиологик, лаборатория ва даволаш жиҳатларини ҳамда реал вақт режимида диагностика, дори-дармонлар захирасини, ҳаракатини инobatга оладиган мониторинг ахборот тизими дастури амалиётга татбиқ этилиб, мазкур дастур замон талабига кўра модернизация қилиб борилмоқда. Республика ОИТСга қарши кураш маркази қошида ОИВ инфекциясининг олдини олиш, ташхис қўйиш ва даволаш соҳаларида илмий-тадқиқот ишлари ҳамда инновацион ишланмаларни амалга оширишни мувофиқлаштириш бўйича Илмий Кенгаш ташкил этилди.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 22 июн ПҚ-3800 «Одамнинг иммунитет танқислиги вируси келтириб чиқарадиган касаллик тарқалишига қарши курашиш ва шифохона ичи инфекцияларини профилактика қилиш бўйича қўшимча чоралари тўғрисида»ги Қарорига мувофиқ ОИВ инфекцияси профилактикаси ва касаллик тарқалишинга қарши кураш бўйича бир қатор ишлар амалга оширилди. Қон орқали юқувчи инфекцияларнинг олдини олиш соҳасида даволаш-профилактика муассасаларининг фаолиятини тартибга солувчи норматив ҳужжатларни такомиллаштириш мақсадида 2018 йилда ЎзР ССВнинг “Ўзбекистон Республикасида донорлар қони ва унинг таркибий қисмларининг хавфсизлигини таъминлаш тўғрисида”ги 660-сонли буйруғи, ЎзР Ички ишлар вазирлигига қарашли жазони ижро этиш муассасаларида ОИВ инфекцияси ва касалхона ичи инфекциялари тарқалиши устидан назорат қилишни такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар, 2019 йилда “Даволаш-профилактика муассасаларида инфекцион назорат

комиссияси тўғрисида Низомни тасдиқлаш ҳамда комиссия фаолиятини такомиллаштириш ҳақида” №92 сонли буйруқ тасдиқланиб, ижрога қаратилди.

ОИВ инфекцияли беморларга жойларда малакали тиббий стационар ёрдамни ташкил этиш мақсадида ҳудудий юқумли касалликлар шифохоналарида қўшимча ўринлар ташкил этилди. ОИВ инфекцияси юққан шахсларни даволаш сифатини ошириш мақсадида Республика ОИТСга қарши кураш маркази, Вирусология илмий-текшириш институти ва бошқа илмий-амалий тиббиёт марказларининг юқори малакали мутахассисларини юқумли касалликлар шифохоналарига бириктирилди. Беморларни даволаш билан шуғулланувчи тиббиёт ходимлари Республика ОИТСга қарши курашиш маркази қошида мунтазам равишда ўқитиб борилмоқда.

Ҳозирги вақтда ОИТСга қарши кураш хизматида жами 15та: 1та Республика ва 14 та ҳудудий ОИТСга қарши курашиш марказлари фаолият кўрсатмоқда. Шунингдек, Республика ОИТСга қарши кураш маркази қошидаги 60 ўринли клиникада ОИВ инфекцияли шахсларга ихтисослаштирилган тиббий хизмат кўрсатилади. 2018 йилнинг 1 июлидан бошлаб ОИВ диагностикаси билан шуғулланувчи 63 та туманлараро ОИВ диагностик лабораториялар ҳам ОИТСга қарши курашиш марказлари тасарруфига ўтказилган. Республикада ОИВ инфекциясини юқтириб олиш хавфи юқори бўлган аҳоли гуруҳлари орасида профилактик тадбирларни олиб бориш учун ОИТСга қарши кураш марказларида 1тадан жами 15та Дўстона хоналар ва даволаш профилактика муассасалари базасида 137та Ишонч хоналари фаолият юритмоқда.

Амалга оширилаётган тадбирлар ОИВ эпидемиясига чек қўйиш учун етарли натижа бериш-бермаслигини аниқлаш, уларнинг самарадорлигини баҳолаб, вазиятга кўра тегишли чора-тадбирларни ишлаб чиқиб, амалга оширишни белгилаб бориш муҳим.

2007 йилдан бошлаб республиканинг барча маъмурий ҳудудларида дозорли эпидемиологик назорат (ДЭН) тадқиқотларини олиб бориш бошланди. Бугунги кунда ДЭН ўтказиш бўйича етарли тажриба мавжуд ва ўтказилган тадқиқот натижалари чоп этилган бўлиб, мутахассислар томонидан аҳолининг муҳим гуруҳлари орасида мониторинг ва баҳолаш ишларини олиб боришда қўлланилмоқда. Ўтказилган ДЭН маълумотларига кўра, республикада аҳолининг муҳим гуруҳлари орасида ОИВ инфекциясининг тарқалишини олдини олиш бўйича олиб борилаётган чора-тадбирлар ушбу гуруҳлар орасидаги ОИВ бўйича эпидемик вазиятни барқарорлаштириш имконини берди. ДЭН маълумотлари баъзи ижтимоий гуруҳлар – инъекция орқали гиёҳванд модда истеъмол қилувчилар (ИОГМИҚ), рағбатлантириш эвазига интим хизмат кўрсатувчилар (РЭИХК), яъни мамлакатимизда эпидемиянинг ривожланиш босқичини кўрсатадиган аҳолининг



муҳим гуруҳлари орасида ОИВ инфекцияси, захм ва вирусли гепатит Снинг орасида камайганлигини кўрсатмоқда. Шунинг билан бирга, янги аниқланаётган ОИВ инфекцияси ҳолатларининг аксарияти 25-49 ёшлилар ҳиссасига ва асосан жинсий йўл билан тарқалаётганлигини инобатга олсак, мавжуд эпидемик вазият республикамиздаги эпидемия ҳолатини мунтазам, ситуатив ва қиёсий таҳлил қилиб боришга қизиқиш уйғотади. Шу сабабли, амалга оширилаётган дастурлар самарадорлигини бошқа манбалардан олинган маълумотлар, турли тадқиқот натижалари билан таққослаш орқали вазиятни ҳудудлар кесимида чуқур таҳлил қилиш, қўшимча равишда бошқа мавжуд манбалар маълумотларидан фойдаланиш зарурияти туғилади. Бунда олинган натижалар мавжуд ресурсларни янада самарали қайта тақсимлаш имконини беради.

Ҳозирги вақтга келиб ОИВ инфекцияси пандемиясининг жамиятга келтирган иқтисодий зарари йилдан йилга ортиб бормоқда. Маълумки, ОИВ инфекцияли беморлар умри давомида давлат томонидан таъминланиши белгиланган ретровирусга қарши дори препаратларини қабул қилади ва ўз навбатида бундай дори воситаларини қабул қилувчилар сони ҳам ортиб боради;

- бемордан унинг соғлом жинсий шеригига касаллик юкиб қолмаслиги, профилактика учун соғлом жинсий шерик ҳам махсус схема асосида ретровирусга қарши дори воситалари қабул қилади;

- соғлом фарзанд туғдириб олиш учун ОИВ инфекцияли ҳомиладор аёлга схема асосида ретровирусга қарши дори воситалари берилади ва ўз навбатида туғилган чақалоққа ҳам 28 кун давомида ретровирусга қарши дори шарбатлари берилади;

- ОИВ инфекцияли ҳомиладор аёлдан туғилган чақалоқларга 6 ойлик бўлгунига қадар давлат томонидан таъминланадиган қуруқ сут аралашмалари берилади;

- жамиятда мавжуд стигма ва дискриминацияли ҳолатлар юзага келишидан чўчиган беморлар ўз статусини очишдан сақланиши, шунингдек улар доим психолог ёрдамига муҳтожлиги туфайли, тиббий хизмат олишда харажатлар кўлами кенгайиб боради;

- ОИВни юктириб олишга мойил хулқ-атворли шахслар орасида профилактик тадбирлар ўтказишнинг ўзига хослиги харажатларни ортишига олиб келади;

- ОИВ инфекцияли беморлар билан ишлашда конфиденциалликка қатъий риоя этиш белгиланган, беморлар тиббий хизмат билан боғлиқ ҳолда юридик ва бошқа турдаги хизмат олиш эҳтиёжига эга бўлган ҳолатлар тез-тез юзага келади;

- ОИВ профилактикаси, диагностикаси ва даволаш тадбирлари сингари, тест-системалар, дори-лар, даволаш схемалари ҳам йилдан йил такомиллашиб бормоқда;

ОИВ инфекцияли беморлар билан ишлашнинг ўзига хослигини инобатга олиб, уларга тиббий-психологик ёрдам кўрсатувчи мутахассислар мунтазам равишда ўз билим ва малакаларини ошириб бориши шарт.

Таҳлилнинг мақсади: Ушбу изланишдан мақсад, Ўзбекистон Республикасида ОИВ эпидемияси ривожланишининг ҳозирги тенденциясини ўрганиш, тавсифлаш ва ОИВ инфекцияси тарқалишини камайтириш ҳамда чеклашга қаратилган профилактика ва эпидемияга қарши дастурлар самарадорлигини баҳолашдан иборатдир.

Манба ва усуллар: Ўрганиш бир нечта манбалардан олинган маълумотларни таҳлил қилиш орқали ўтказилди. Тадқиқотда мунтазам (жорий) эпидемиологик назорат, расмий тиббий ва статистик маълумотлар, 2012-2021 йиллар давомида ОИВ инфекциясини юктириш хавфи юқори бўлган аҳоли гуруҳларига мансуб шахсларнинг хулқ-атворини баҳолаш ва серологик таҳлиллар (эпидемиологик назоратнинг иккинчи авлоди), шу жумладан профилактика дастурлари натижалари тўғрисидаги ҳисоботлар ишлатилган.

Аҳоли орасидаги ОИВ бўйича вазиятга оид маълумотларнинг аксарияти давлат статистикасининг одатий усуллари орқали тўпланиб, таҳлил қилинади. Мунтазам эпидемиологик назорат маълумотлари ОИТСга қарши курашиш марказлари фаолияти тўғрисидаги йиллик таҳлилий ахборот хатларидан олинган. Мунтазам эпидемиологик назорат, профилактик ва даволаш дастурларининг мониторинги Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 6 сентябрдаги “Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекциясини олдини олиш чора-тадбирлари ва тиббий ёрдамни ташкил этишни янада такомиллаштириш тўғрисида”ги 219-сонли, 2020 йил 31 декабрдаги “Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимидаги барча даволаш-профилактика муассасаларида юритиладиган тиббий ҳисоб ҳужжат шакллари такомиллаштириш тўғрисида”ги 363-сонли, 2021 йил 19 августдаги “Одам иммунитет танқислиги вируси инфекцияси бўйича миллий шароитларга мослаштирилган клиник баённомаларни амалиётга тадбиқ этиш тўғрисида”ги буйруқлари асосида олиб борилади.

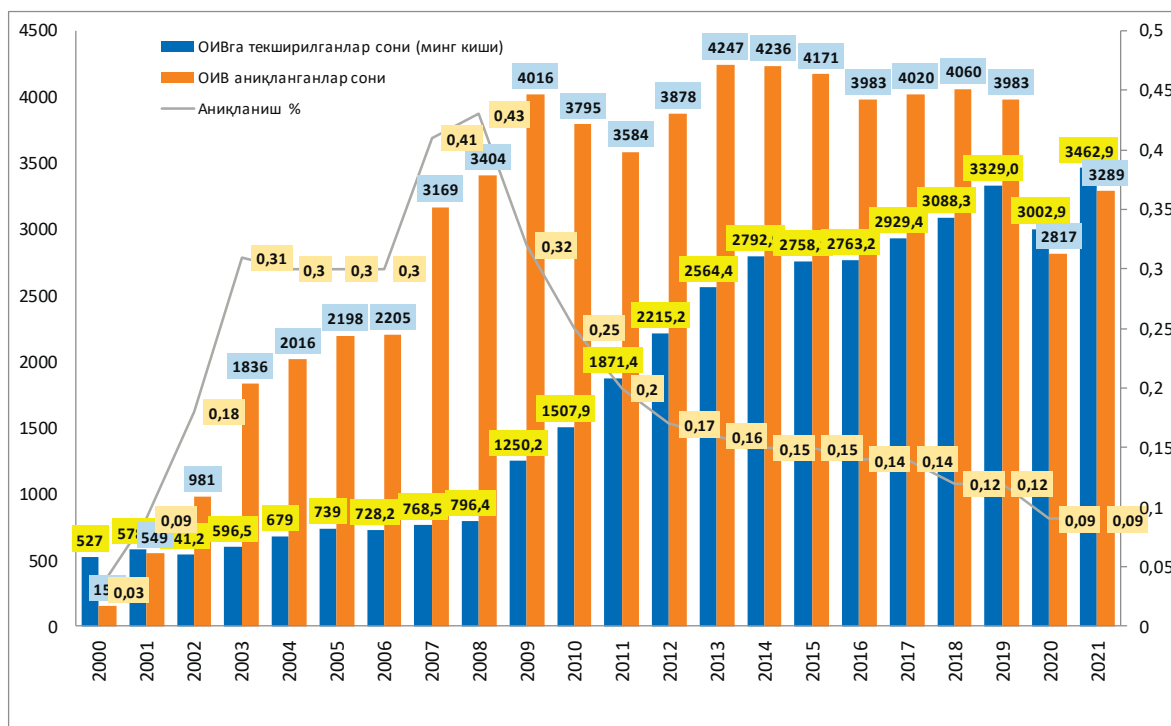
Хулқ-атвор ва серологик тадқиқотларнинг натижалари тўғрисидаги маълумотлар ҳар икки йилда бир марта касалликни юктириб олиш хавфи юқори бўлган аҳолининг муҳим гуруҳлари орасида ўтказиладиган дозорли эпидемиологик назорат (ДЭН) ҳисоботларидан олинади.

Натижалар:

Давлат статистик ҳисоботи маълумотларига кўра, Республикамизда ОИВ инфекцияси билан яшовчилар сони 2022 йилнинг 1 январ ҳолатига 45296 нафар (интенсив кўрсаткич 128,3)ни ташкил этиб, уларнинг 15%и 18 ёшгача бўлган болалар ҳисобланди. ОИВ инфекцияси билан яшовчи шахс-



Ўзбекистон Республикасида аҳолини ОИВ инфекциясига текширилиши ва янги ҳолатларнинг аниқланиш ҳолати.



ларнинг 54,8%ини эркаклар, 45,2%ини аёллар ташкил этади. ОИВ билан яшовчи шахсларнинг асосий ҳиссаси 30-49 ёшлиларга – 53,5%ни тўғри келмоқда.

Республикаимизда охириги 10 йил ичида йилига ўртача 3-4 минг нафар атрофидаги шахслар ОИВ инфекцияси билан янгидан рўйхатга олинмоқда. Агар 2012 йилда 3878 ҳолатда (интенсив кўрсаткич -13,1) ОИВ инфекцияси билан касалланган шахслар аниқланган бўлса, 2021 йилда 3293 нафар (интенсив кўрсаткич -9,3) шахсда ОИВ инфекцияси аниқланди. 2012 йилда 2,21 млн., 2021 йилда 3,46 млн. шахс ОИВга текширилган бўлиб, йилдан йилга аҳолини ОИВга текширувлар билан қамраб олиш кўрсаткичлари 63,9%га ортганлиги, касалликнинг аниқланиши 0,08 фоизга (2012й. – 0,17%, 2021й. – 0,09%) камайганлиги кузатилади. 1-расм.

2021 йил аниқланган янги ОИВ инфекцияси ҳолатларининг 60,5%ини (2012 й. – 47,5%) аёллар ташкил этиб, касаллик йилдан йилга аёллар орасида кўпроқ қайд этилмоқда. 2-расм. Мазкур ҳолат сабабларидан асосийси ОИВ инфекциясига текширувлар билан аёллар эркакларга нисбатан кўпроқ қамраб олинаётганлиги бўлиши мумкин.

2021 йилда рўйхатга олинган 3293 ҳолатдан 76,8% (2012 й. – 53,9%) беморга касаллик жинсий алоқа орқали юққан бўлиб, касалликнинг жинсий йўл билан юқиш кўрсаткичи охириги 10 йилда 23%га ортганлигини кўришимиз мумкин. 3-расм. 2021 йилда ОИВ аниқланган шахсларнинг 13,4% ига (2012 й. – 31,7%) касаллик парентерал йўл билан, 0,6% ига

(2012 й. – 3,5%) вертикал йўл билан юққан бўлиб, касалликнинг ушбу йўл билан юқиш фоизларини камайиб бораётганлиги ва асосан жинсий йўл билан юқиш кўрсаткичлари ортиб бораётганлигини кўришимиз мумкин.

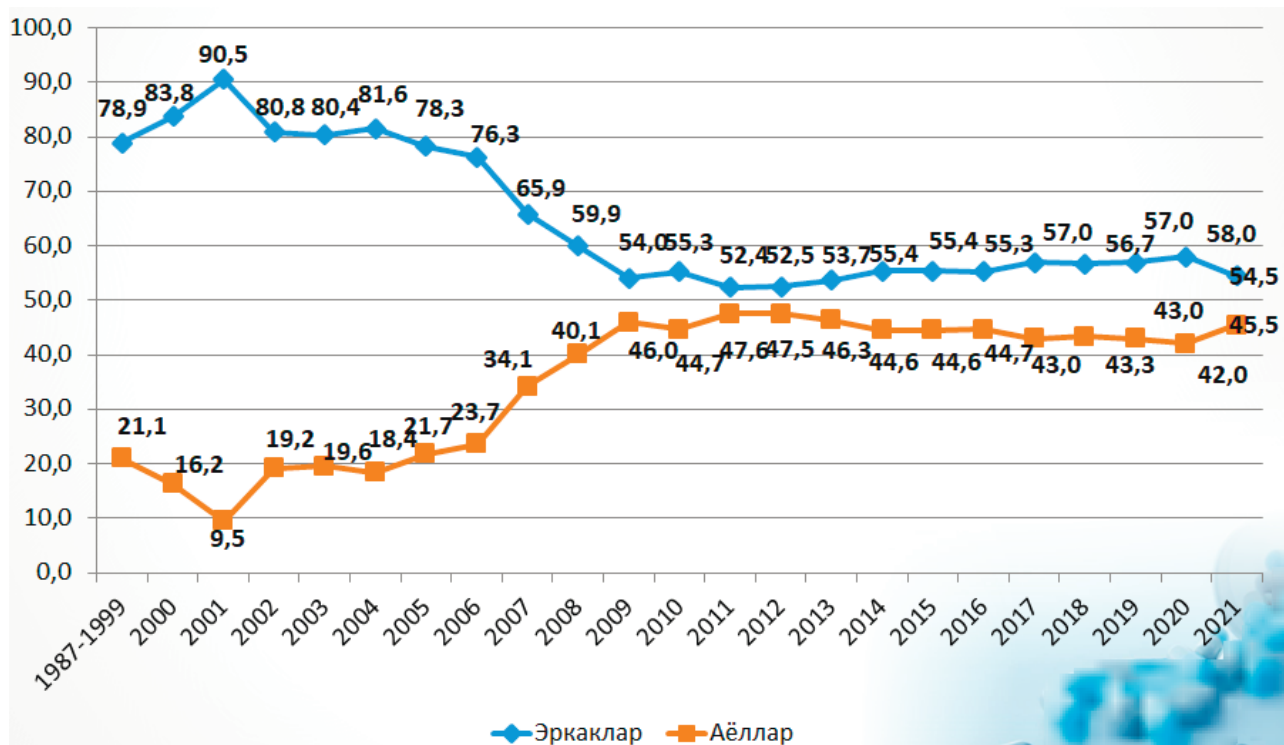
Янги аниқланган ОИВ инфекцияси ҳолатлари йилдан йилга катта ёшдаги аҳоли гуруҳларида ўсиш кузатилаётганлигини кўрсатмоқда. Агар 2012 йилда касалликнинг асосий аниқланиш фоизи 20-39 ёшлилар ҳиссасига тўғри келган бўлса, 2021 йилга келиб янги ҳолатлар кўпроқ 30-49 ёшлиларда аниқланмоқда.

ОИВ эпидемиясининг оқибатлари ОИВ инфекцияли беморларга, унинг oilасига, жамиятга катта ижтимоий, иқтисодий зарар етказиши табиий. 2016 йилда БМТнинг Бош Ассамблеясида БМТга аъзо давлатлар (шу жумладан Ўзбекистон) иштирокида имзоланган “ОИВ/ОИТС бўйича Сиёсий декларация: ОИВ инфекциясига қарши курашни жадаллаштириш ва 2030 йилга бориб ОИТС эпидемиясига барҳам бериш” учун “90-90-90” стратегияси олға сурилган бўлиб, БМТнинг ОИВ/ОИТС бўйича дастури - UNAIDS ташкилотининг ташаббусига кўра ушбу стратегия “95-95-95” сифатида тадбиқ этилганда кутилган натижани беради. Унга кўра:

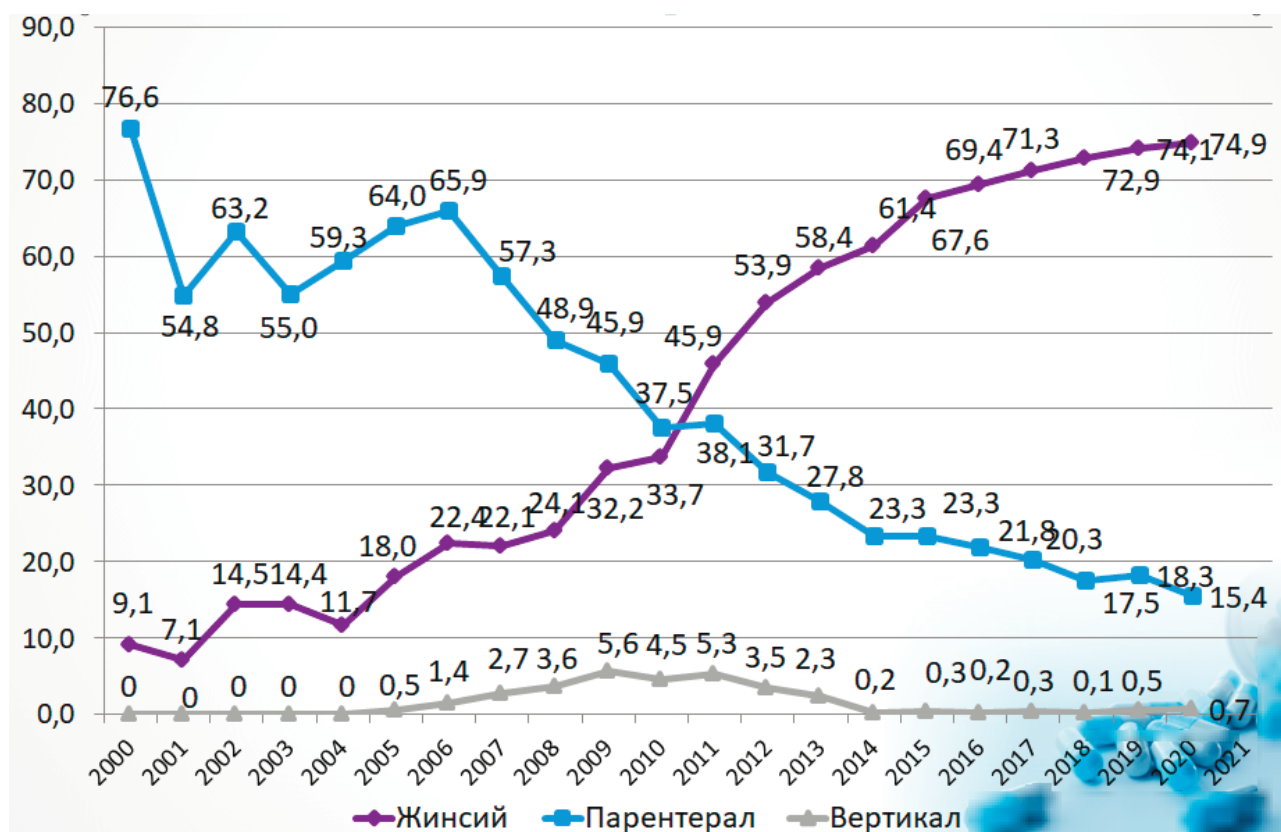
1. 95% ОИВ инфекцияли шахслар ўз мақомини билишлари керак. Республикаимизда бу кўрсаткич 88,8%га тенг келмоқда. Махсус электрон дастурда ўтказилган ҳисоб-китобларга кўра, 01.01.2022 йил ҳолатига республикаимизда рўйхатга олинган 45296



2. Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекциясининг аёллар ва эркеклар орасида аниқланиши.



3. Ўзбекистон Республикасида ОИВ infeksiyali шахсларга касалликнинг юқиш йўллари бўйича таҳлили.





нафар ОИВ инфекцияли шахслардан ташқари яна 6 мингдан ортиқ ОИВ инфекцияли шахслар мавжуд бўлиб, улар ўзларида касаллик борлигини билмаган ҳолда атрофдагилар учун касаллик тарқатувчи манба бўлиб қолмоқдалар.

2. 95% ОИВ инфекцияли шахслар даволаш билан қамраб олиниши керак. Бу кўрсаткич республикамизда 75,5%га тенг бўлиб, даволаш орқали бемордан атрофдагиларга касаллик юқиш хавфи кескин камаяди.

3. Ретровирусга қарши даволанаётган беморларнинг 95%ини қонида вирус юктамаси аниқланмайдиган даражага тушиши керак; бу бемордан бошқаларга касаллик юкмаслиги, бемор саломатлигининг тикланишига олиб келади. Бу кўрсаткич республикамизда 73,6%га тенг.

ОИВ инфекцияси аниқланишининг умумий динамикасида жинсий йўлнинг ўсиши кузатилган. Аёллар орасида касалликнинг парентерал йўл билан юқинининг бир хилда камайиши фонида жинсий йўл билан юқиш йилдан йилга доимий равишда ўсганлигини кузатиш мумкин. Аҳоли ОИВга текширувлар билан қамраб олиниши таҳлил қилинганда, айрим гуруҳларнинг ҳиссасини ортиб боришини кузатишимиз мумкин. ОИВга умумий текширувлар сони ўсиб бориши билан биргаликда ҳомиладор аёлларнинг (2012 йилдан 2021 йилгача 35%) ОИВ инфекциясига текширилиши ортганлиги кузатилади. ОИВ инфекциясини онадан болага юқишини олдини олиш тадбирларининг тартиб билан олиб борилиши, ОИВ инфекцияли ҳомиладорларни антиретровирус профилактика ва терапия билан қамраб олиш фоизи ортиши натижасида вертикал юқиш йўли 2,9%га камайганлиги аниқланди.

Аксинча, уч ой ва ундан кўп вақтга республикамиз ҳудудидан четга чиқиб ишлаган мигрантлар орасида кенг қамровли профилактик тадбирлар, тушунтириш тарғибот ишлари ўтказилишига қарамасдан, ишчи мигрантларнинг ОИВ инфекциясига текширишлар сони (2012 йилдан 2021 йилгача 21%) камайиб борганлиги, касалликнинг аниқланиши 3,6 марта ортганлиги (2012 й. – 0,17%, 2021 й. – 0,62%) кузатилади.

Айтиш жоизки, меҳнат мигрантлари орасида ОИВ инфекцияси билан касалланганлар сони кўпайиши тенденцияси кузатилаётганлигига қарамай, улар орасида ОИВ инфекциясининг аниқланиши инъекция орқали гиёҳванд модда қабул қилувчилар орасида ОИВ инфекциясининг аниқланишидан 4,6 баробар паст бўлиб, инъекция орқали гиёҳванд модда қабул қилувчиларнинг аҳолининг муҳим гуруҳи сифатида эпидемияни ушлаб туриш ва ривожланишидаги асосий ролини тасдиқлайди.

Республикамизда 2021 йилда аниқланган янги ОИВ инфекцияси ҳолатларининг аксарияти (55,5%) клиник кўринишлар билан тиббиёт муассасаларига мурожаат этган (умумий текширувларнинг 20%) беморларни текширув жараёнида аниқланган. ОИВ

инфекциясининг эрта босқичларда аниқланиши, профилактик, эпидемияга қарши ва даволаш тадбирларини эрта бошлаш ҳамда касаллик тарқалишини олдини олишни ўз вақтида йўлга қўйиш имконини беради. ОИВ инфекцияли шахсларни касалликнинг эрта босқичида аниқлаб, диспансер назоратига олиш ва ретровирусга қарши даволашни бошлаш бемор қонида вирус юктамаси камайишига ва инфекциянинг атрофга тарқалишини камайишига олиб келади. Агар охириги йиллардаги кўрсаткичларни солиштириб кўрадиган бўлсак, беморда ОИВ аниқланган йилда уни диспансер кузатувига олиш кўрсаткичи (15%га) ортганлигига қарамасдан, беморларнинг 3–4 босқичларда аниқланиб диспансер кузатувига олиниши сезиларли даражада (7%) яхшиланмаганлигини кўриш мумкин.

ОИВ инфекцияси тарқалишини асосий омиллари бўйича реал вазиятни аниқлашга ёрдам берадиган қўшимча омилларни аниқлаш учун ОИВ инфекцияси тарқалишининг ижтимоий-демографик ва эпидемиологик хусусиятларини батафсилроқ кўриб чиқиш керак.

Касалликни юктириб олиш хавфи юқори бўлган аҳолининг муҳим гуруҳлари орасида ОИВ инфекцияси бўйича вазият таҳлилининг дозорли эпидемиологик назорат маълумотлари акс эттириб беради. ДЭН маълумотларига кўра ИОГМИҚлар орасида ОИВ инфекциясининг тарқалиши 2021 йилгача бошқа гуруҳларга нисбатан юқори бўлган. 4-расм.

ИОГМИҚлар орасида ОИВ инфекцияси тарқалишининг жадал пасайишига қарамасдан, янги касалланиш ҳолатлари билан 2021 йилда расман рўйхатга олинган аҳоли орасида ИОГМИҚлар 2,2%ни ташкил этиши кузатилмоқда.

Охириги 5–6 йил ичида касалликнинг жинсий йўл билан юқинининг ортиб бориши динамикасида асосий гуруҳ вакилларининг ҳиссасини кузатиш мумкин. 4-расм.

ДЭН натижаларига кўра ИОГМИҚ ва РЭИХКлар орасида ОИВ инфекцияси юктириб олганларнинг асосий қисми 25 ёшдан катталар ҳиссасига тўғри келади. Бу кўрсаткич ҳар икки гуруҳда бир хил даражада юқори. ЭБЖАҚЭ гуруҳида 25 ёшгача бўлган шахслар устунлик қилади.

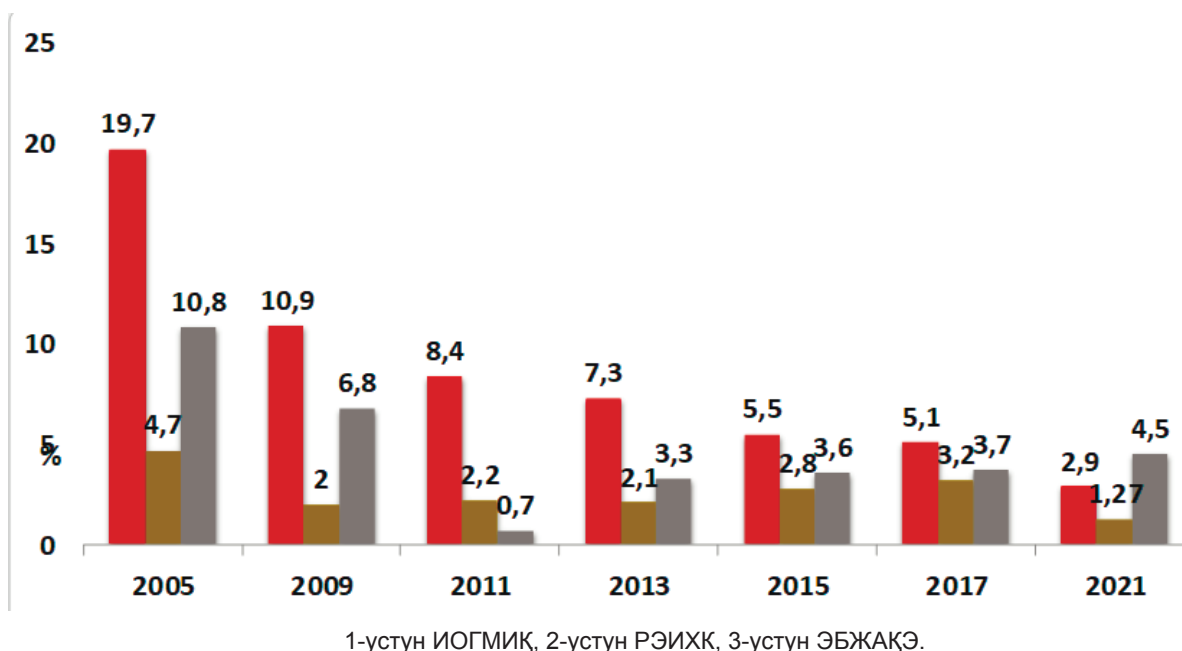
Жинслар бўйича ОИВ инфекциясининг таҳлили шуни кўрсатадики, ОИВ мусбат ИОГМИҚлар орасида аёллар улуши пастлигича қолмоқда.

ИОГМИҚлар орасида 2013 йилдаги 7,3%дан 2021 йилда 2,9% гача ОИВ инфекцияси аниқланишига мос равишда вирусли гепатит С нинг тарқалиши ҳам камайиб бормоқда (2013й. – 21,8%, 2021й. – 7,8%).

Гиёҳванд моддаларни инъекция орқали қабул қилишда хавфли усуллардан фойдаланишнинг камайиши профилактик чора-тадбирлар самарадорлигининг муҳим кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади.

ДЭН натижаларига кўра, инъекция қабул қилишнинг хавфли амалиётлари камайишига қарамасдан

4. Аҳолининг муҳим гуруҳлари орасида ОИВ инфекциясининг тарқалганлиги (ДЭН 2005-2021)



(2013 й. 80%, 2021й. 85,9%), 2021 йилда тадқиқотда иштирок этганлар орасида, баъзи хавфли ҳуққатвор амалиётлари тарқалган (шприцларни биргаликда ишлатиш, умумий идишдан фойдаланиш, бошқа шприцдан гиёҳванд модда олиш ва ҳ.о.).

ОИВ инфекциясини юктириб олиш хавфи юқори бўлган аҳоли гуруҳларининг ушуб касаллик бўйича хабардорлик даражаси йилдан йилга ортиб борган, аммо шу билан биргаликда уларнинг ОИВга текширувлар билан қамраб олиниши пастлигича қолмоқда. ДЭН ўтказилганда сўровнома натижалари шуни кўрсатадики, охириги 12 ой ичида ОИВга текширилган ИОГМИҚлар 43,5%ни, РЭИХКлар 39,1%ни ва ЭБЖАҚЭ 40,3%ни ташкил этади. ИОГМИҚларнинг 60,7%и, РЭИХКларнинг 54,3%и ОИВга текширилишни зарур деб ҳисоблашмайди ҳамда текширилишни истамайди. ИОГМИҚларнинг тестдан ўтмаслигининг иккинчи асосий сабаб, уларнинг фикрича ушбу ҳолат атрофидагиларнинг уларга нисбатан муносабати ёмонлашишига олиб келади (14,2%).

Мамлакатда ОИВ инфекцияси эпидемиясининг тенденциясини англаш учун, маъмурий ҳудудлардаги ҳолатни батафсил кўриб чиқиш керак бўлади. Янги аниқланиш ҳолатларининг ортиб бориши 8 та маъмурий ҳудудда кузатилган. Маъмурий ҳудудларда янги аниқланган ОИВ инфекцияси ҳолатларининг қайд этилиш динамикаси ҳудудларда ОИВ инфекциясининг аниқланиши турличалигини кўрсатади. Асосан, Навоий, Жиззах вилоятлари ва Қорақалпоғистон Республикасида касалликнинг аниқланиш сони кам ҳисобланади. Бухоро,

Қашқадарё, Наманган, Сурхондарё, Сирдарё вилоятларида касаллик ўртача сонларда, Тошкент шаҳри, Андижон, Тошкент, Самарқанд, Фарғона вилоятларида юқори кўрсаткичларда қайд этилмоқда.

Шунингдек, ОИВ инфекцияси маъмурий ҳудудларда турли ёшдаги аҳоли орасида аниқланиши бўйича фарқ қилади.

Расмий статистика маълумотларига кўра, республика бўйича аёллар орасида ОИВ инфекциясининг аниқланиши ортиб бормоқда. Маъмурий ҳудудларда худди шундай динамика кузатилаётган бўлсада, эркаклар орасида ОИВнинг аниқланиши аёлларга нисбатан сезиларли даражада кўп қайд этилган баъзи ҳудудлар бор. Масалан, Тошкент шаҳри, Қашқадарё, Андижон, Самарқанд вилоятларида янги аниқланган ҳолатларнинг аксарияти эркаклар орасида қайд этилган.

2021 йилда ОИВ инфекциясининг жинсий йўл билан юқиши ўртача республика кўрсаткичидан юқори даражада Тошкент вилоятида – 87,7%, Қорақалпоғистон Республикасида – 84,7%, Хоразм – 84,3%, Навоий – 84,0%, Сирдарё – 83,6%, Самарқанд вилоятида – 82,3%ни ташкил этган.

Парентерал йўл билан юқиш Андижон – 29,3%, Наманган – 17,9% ва Фарғона – 16,5% вилоятларида бирмунча юқори даражада қайд этилган. Парентерал йўл билан касалликни юктириб олиш ҳолатларининг 9,4%и тиббий муолажалар, 2,1%и гиёҳванд моддани инъекция орқали қабул қилиш ҳисобига тўғри келади. Гиёҳванд моддани инъекция йўли билан қабул қилувчилар орасида парентерал йўл билан юқиш кўрсаткичи нисбатан юқори даражада Навоий вилоятида, Қорақалпоғистон



Республикасида, Тошкент шаҳрида, Сирдарё ва Тошкент вилоятларида қайд этилган.

Шуни таъкидлаш мумкинки, 2012 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда республикада ОИВ инфекциясининг жинсий йўл билан юқиши тенденцияси кузатилди, шунингдек, айрим ҳудудларда инфекциянинг парентерал йўл билан юқишининг сезиларли улуши мавжудлиги қайд этилди.

Хулоса:

Ўзбекистон Республикасида 2012 йилдан 2021 йилгача ОИВ инфекциясининг аниқланиши 0,08%га, касалланишнинг интенсив кўрсаткичи 3,8 га камайган.

ОИВ инфекциясининг жинсий йўл билан юқиш ҳиссаси ортиб бораётганлиги, эпидемия аҳолининг муҳим гуруҳлари орасида миллий ва ҳудудий даражаларда концентралланган босқичда қолмоқда. Шу билан бирга ОИВ билан янги касалланганлар орасида ўрта ва кекса ёшдаги гуруҳнинг ортиши кузатилмоқда.

Аёллар орасида ОИВ инфекцияси бирмунча ортиқ қайд этилаётган бўлсада, айрим ҳудудларда эркаклар орасида ОИВ инфекциясининг қайд этилиши ортган. Шу билан бирга, парентерал юктириш йўли ИОГМИҚлар гуруҳига кўра эркаклар орасида устунлик қилади, аёлларда кўпроқ жинсий йўл билан юқиш улуши кўпроқ, бунда РЭИХК ва ИОГМИҚлар ўртасидаги ноқулай вазиятни экс эттириш эҳтимоли бор.

ДЭН натижаларига кўра аҳолининг муҳим гуруҳлари орасида ОИВ инфекцияси тарқалганлиги камайган. ИОГМИҚлар орасида ОИВ инфекцияси жадал камайиб бориши билан бирга, аҳоли орасида янги қайд этилган ОИВ инфекцияси ҳодисаларида ИОГМИҚларнинг улуши борлиги кўринади. ОИВ билан яшовчи шахсларнинг асосий қисмини 25 ёшдан катта бўлган шахслар ташкил этади. Бу кўрсаткич ИОГМИҚ ва РЭИХК гуруҳида бир хил даражада

юқоридир. ИОГМИҚлар гуруҳида аксарияти гиёҳванд моддани истеъмол қилиш стажи юқори бўлганларни ташкил этади. Шу билан бирга гиёҳванд моддаларни қабул қилишга янги одамларнинг жалб қилинишини камайиши билан ижобий тенденция кузатилмоқда. Худди шундай ҳолат РЭИХКлар орасида ҳам кузатилмоқда.

ОИВ инфекциясига ИОГМИҚларнинг текширувлар билан қамраб олиниши 13,5%га ортган. **РЭИХКлар орасида бу кўрсаткич 39,1%ни ташкил этиб, ОИВ тестини ўтказиш зарурлиги тўғрисидаги хабардорлик даражаси етарли эмаслиги қайд этилди** (юқиш йўли, профилактика усуллари).

2012 йилдан 2021 йилгача бўлган вақтда республикада ОИВ инфекциясининг жинсий йўл билан юқиши тенденцияси ва шу билан биргаликда баъзи ҳудудларда парентерал йўлнинг улуши ҳам борлиги кузатилган.

Республикада шунинг маъмурий ҳудудларида ОИВ инфекциясининг янги қайд этилган ҳолатларида аёллар улушининг ўсиш тенденцияси кузатилмоқда. Шу билан биргаликда, эркаклар орасида янги ОИВ инфекцияси ҳолатларида катталар улуши ортиб бораётган ҳудудлар мавжуд.

Республикада ОИВ инфекцияли шахсларнинг 88,8%и ўз мақомларини билади. Расман рўйхатга олинган 45296 нафар ОИВ инфекцияли шахслардан ташқари яна 6 мингдан ортиқ ОИВ инфекцияли шахслар мавжуд бўлиб, улар ўзларида касаллик борлигини билмаган ҳолда атрофдагилар учун касаллик тарқатувчи манба бўлиб қолмоқдалар. 75,5% ОИВ инфекцияли шахслар ретровирусга қарши терапия билан қамраб олинган. Ретровирусга қарши даволанаётган беморларнинг 73,6%ини қонда вирус юкламаси аниқланмайдиган даражага тушган бўлиб, бемордан бошқаларга касаллик юкмаслиги, бемор саломатлигининг тикланишига олиб келади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2008 йил 26 декабрдаги «Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекцияси тарқалишига қарши кураш тадбирларининг самарадорлигини ошириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»-ги ПҚ-1023 сонли Қарори.
2. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2009 йил 5 январдаги «ОИТСга қарши кураш марказларининг ташкилий тузилмасини ва фаолиятини такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги 1-сонли Қарори.
3. 2013 йилнинг 23 сентябрида тасдиқланган «Одамнинг иммунитет танқислиги вируси келтириб чиқарадиган касаллик (ОИВ инфекцияси) тарқалишига қарши курашиш тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикаси Қонуни.
4. Ўзбекистон Республикасида 2007-2011 йилларда ОИВ инфекцияси тарқалишига қарши курашишнинг Стратегик дастури.
5. Ўзбекистон Республикасида 2013-2017 йилларда ОИВ инфекцияси тарқалишига қарши курашишнинг Стратегик дастури.
6. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 25 январдаги «Ўзбекистон Республикасида одамнинг иммунитет танқислиги вируси келтириб чиқарадиган касаллик тарқалишига қарши курашиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПҚ-3493-сонли Қарори.
7. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 22 июндаги ПҚ-3800-сонли «Одамнинг иммунитет танқислиги вируси келтириб чиқарадиган касаллик тарқалишига қарши курашиш ва шифохона ичи инфекцияларини профилактика қилиш бўйича қўшимча чоралари тўғрисида»ги Қарори.
8. Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекцияси бўйича дозорли эпидемиологик назорат натижалари.
9. 1-tib (oiv) shakli «Одам иммун танқислиги вируси билан касалланган беморлар ва қонни ОИВга текшириш натижалари тўғрисида ҳисобот»

Н.И Аскарова

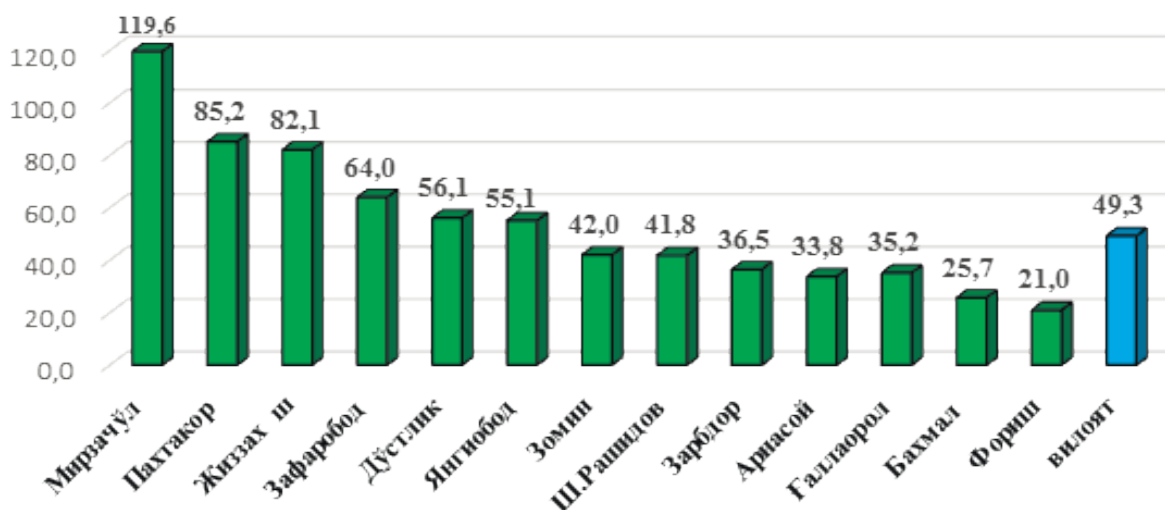
Джизакский областной центр
по борьбе со СПИДом

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ В РАЗРЕЗЕ РАЙОНОВ

Введение. Предотвращение распространения ВИЧ инфекции/СПИД занимает особое место среди проблем здравоохранения, что обусловлено глобальным ростом ВИЧ инфекции, значительными социально-экономическими последствиями её эпидемии, дорогостоящее лечение, отсутствие до настоящего времени средств специфической профилактики. Сложившаяся на сегодняшний день обстановка по ВИЧ инфекции в Узбекистане нельзя рассматривать изолированно от ситуации в мире. До 2009 года в Узбекистане при эпидемии ВИЧ инфекции наиболее характерным явилось распространение ВИЧ инфекции через кровь при инъекционном употреблении наркотиков. В последнее время в Узбекистане (2010-2022г) как и во всем мире ежегодно увеличивается число случаев заражения «незащищённых» половых контактов. ВИЧ

инфекция это напрямую связано с поведением и в основном затрагивает людей в активном возрасте (18-49лет). Это свидетельствует о том, что эпидемия ВИЧ-инфекции/СПИД в Узбекистане начинает затрагивать не только группы высокого риска, но и широкие слои населения. По данным Республиканского центра по борьбе со СПИДом на 01.01.2022г., в Узбекистане зарегистрированы 45296 людей с ВИЧ. По данным ВОЗ/ЮНЭЙДС, реальное оценочное количество ВИЧ инфекции в Узбекистане приближается от 53000 до 55000(2021-2022). Всего умерло по разным причинам более 25 тысяч ВИЧ инфицированных. На 01.01.2022 г в Джизакской области зарегистрировано 712 ВИЧ инфицированных (49,3 на 100 тыс. населения) из которых в Мирзачулском районе интенсивный показатель превалирует 119,6. на 100 тыс. населения.

Интенсивный показатель ЛЖВ в разрезе районов на 01. 01.2022.

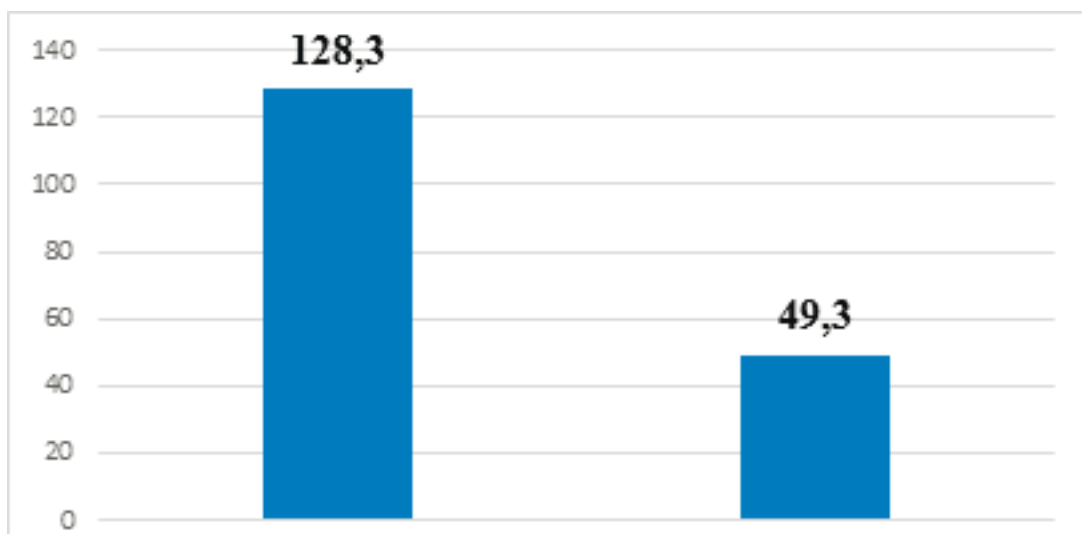


Показатели распространённости ВИЧ-инфекции свидетельствует о том, что эпидпроцесс ВИЧ инфекции в разных районах Джизакской области находится на разных стадиях. Так, например в Мирзачулском (119,6), Пахтакорском (85,2), Зафарободском (64,0) Дустликском (56,1) районе и в городе Жизжаке (82,1) интенсивный показатель выше, чем интенсивной показатель Джизакской области (49,3). На тер-

ритории Бахмалского, Арнасайского, Фаришского, Галлааралского районов он все ещё проходит на начальных стадиях. Низкая распространённость ВИЧ- инфекции среди населения этих территорий может быть объяснена географическими факторами, которые обуславливаются отдаленностью от крупных очагов ВИЧ инфекции, и социально демографическими факторами.



Пораженность ВИЧ инфекцией населения Джизакской области по Республике Узбекистан по состоянию на 01.01.2022 г. (на 100 тыс. населения)



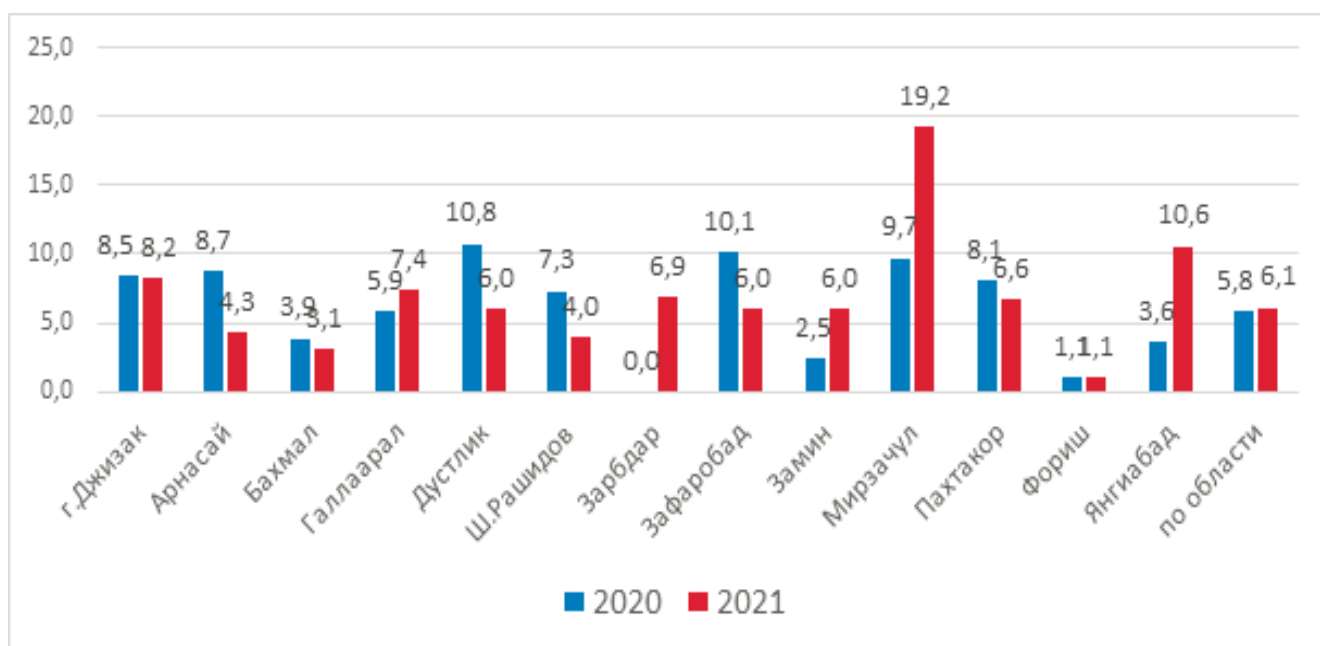
Число официально зарегистрированных больных с ВИЧ инфекцией в Джизакской области на 01.01.2022 г (за 25 года наблюдения) составило 712 человек (интенсивный показатель 49,3 на 100 тыс. населения) в настоящее время Мирзачулский район относится к территории с относительно высоким показателем (119,6 на 100 тыс. населения) и уровнем пораженности населения ВИЧ. Это напрямую связано с социально-демографическими факторами и географическим расположением района, который тесно граничит с территорией Казахстана (Чимкент). Половина населения Мирзачулского района

передвигается на территорию Казахстана с целью заработка или же по родственным связям.

За 2021 год в Джизакской области было выявлено 86 человек с ВИЧ инфекцией. (Интенсивный показатель 6,1), что выше показателя предыдущего года (Интенсивный показатель 5,8) это тесно связано с пандемией COVID-19.

В 2021 году случаи ВИЧ инфекции регистрированы почти на всех административных территориях Джизакской области. Однако среди районов первые три места занимают Мирзачулский, Янгибадский и Галлааралский район.

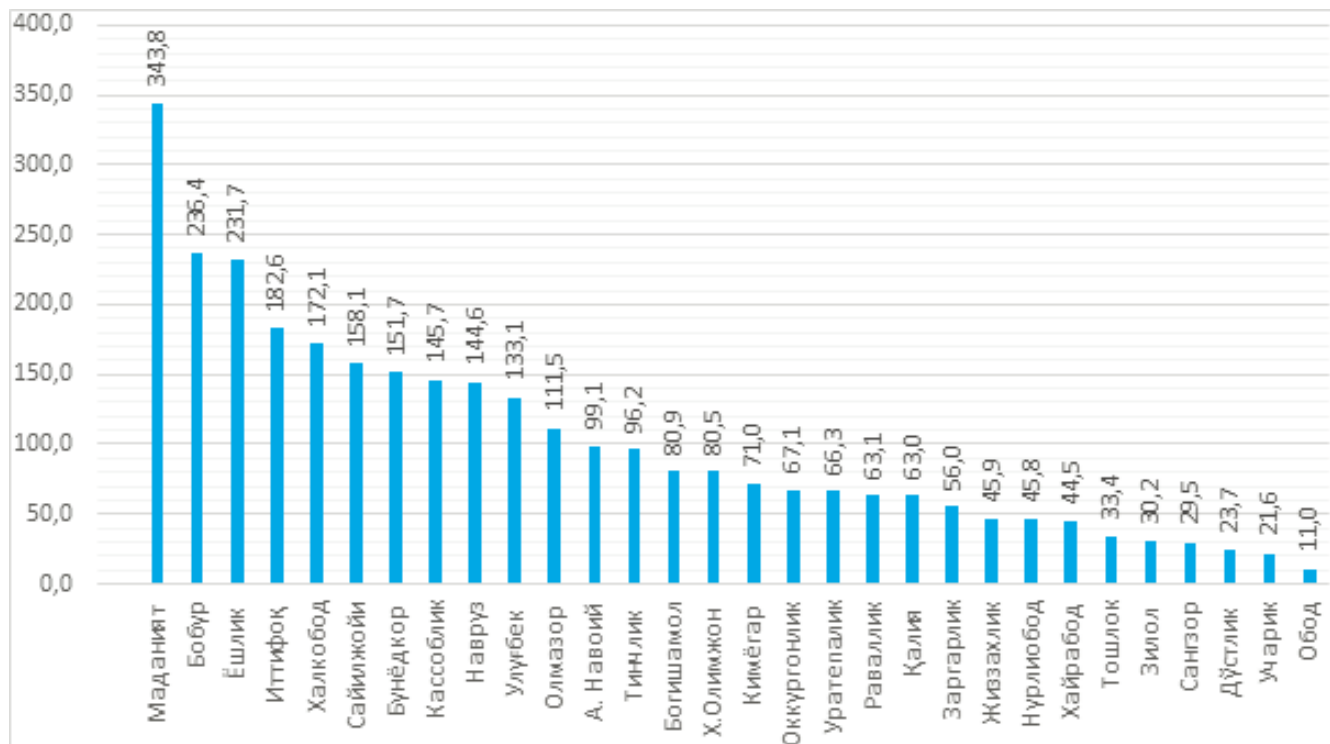
Распределение выявленных с ВИЧ инфекцией за 2020-2021 года в Джизакской области



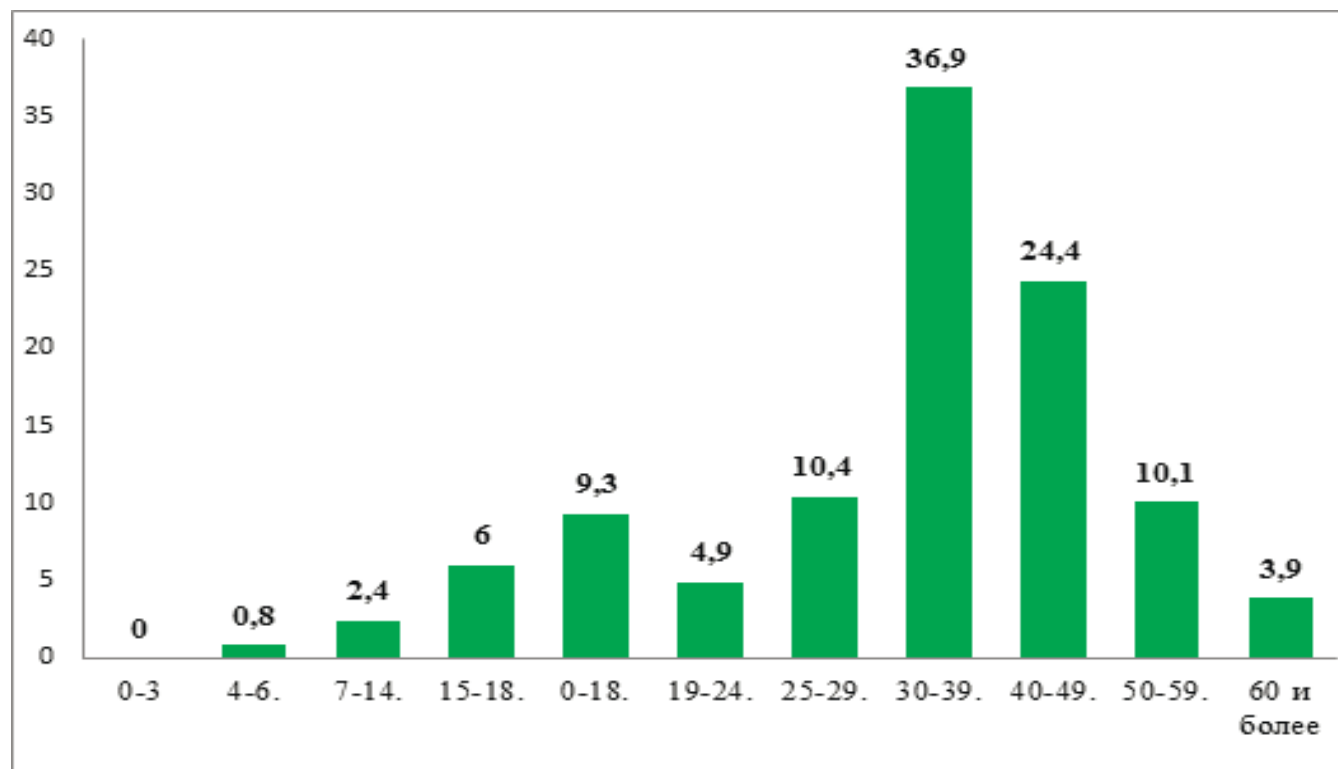
Интенсивность развития эпидемического процесса в разрезе махали в городе Джизак в несколько раз превышает интенсивный показатель в Джизакской области. Первые 5 рейтинговые места по

заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди махалей города Джизака занимают: Маданият (343,8) Бабур (236,4), Ешлик (231,7) Иттифок (182,6) и Халкобод (172,1), которые тесно соседствует с друг с другом.

Распределение выявленных с ВИЧ инфекцией среди городского население за 1.01.2022 года



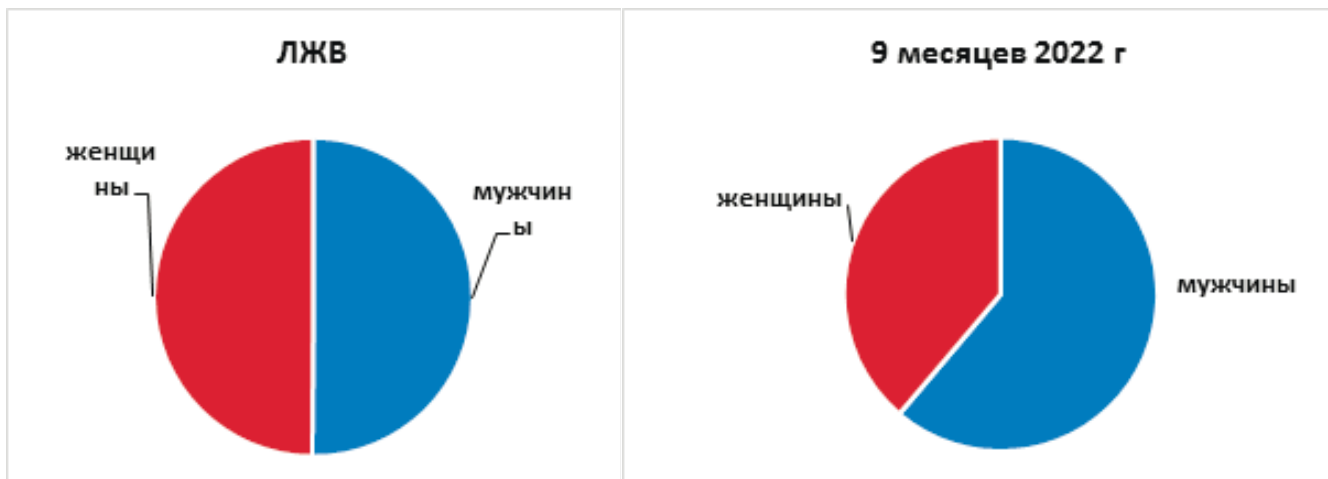
Распределение ВИЧ инфицированных в Джизакской области по возрасту (по состоянию 1.01.2022 г.)





Возрастная структура ВИЧ-инфицированных свидетельствует об интенсивной циркуляции ВИЧ в максимально активной части населения от 18 до 49 лет. С 2010 года существенно растет процент лиц инфицированных половым путем. Следствием этого является увеличение доли женщин среди выявляемых случаев ВИЧ инфекции, хотя последний год доля мужчин выше чем среди женщин.

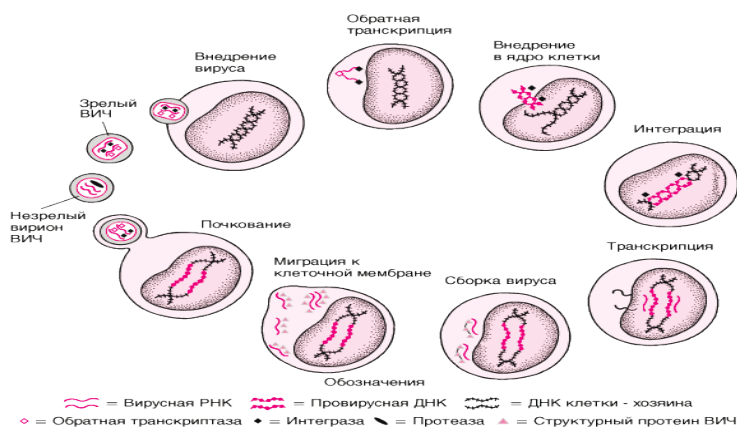
Удельный вес женщин в структуре ВИЧ-инфицированных (ЛЖВ) в Джизакской области составляет 49,9%. 2022 год как видно из таблицы доля мужчин среди вновь выявленных ВИЧ инфицированных составляет 61,2%. Это объясняется с тем, в последнее время и мужчины стали более активно проверяться на ВИЧ инфекцию.



Выводы: В Джизакской области выявление ВИЧ-инфекции относительно низкое по сравнению со средним показателем по стране. Заболевание передается в основном половым путем и встречается у более сексуально активных людей в возрасте 25-40 лет. Заболевание передается половым путем через различные инъекционные парентеральные инъекции, снижение инфицирования при употреблении инъекционных наркотиков и больше связано с поведением. Распространение болезни в некоторых сообществах связано с эпидемиологической вспышкой, и необходимо своевременно выявлять эти вспышки (тестирование на ВИЧ) и принимать меры по их устранению. ВИЧ - это социальное заболевание, которое по-прежнему связано с уровнем занятости населения. Безработица подвергает людей риску уехать за границу и заболеть.

Рекомендации:

1. Осуществление масштабных мероприятий среди населения в сотрудничестве с профильными организациями с использованием современных технологий;
2. Принять меры по предотвращению миграции населения, в том числе молодежи, в зарубежные страны в поисках постоянной работы;
3. Принимать меры по улучшению поведения населения, повышению их знаний и осведомленности о сексуальной культуре;
4. Усилить реализацию мер по важности медицинских осмотров, тестирования на ВИЧ лиц из группы риска, супругов, рабочих-мигрантов и т.д.;
5. Осуществление мер на государственном уровне по профилактике ВИЧ-СПИДа, улучшение финансирования реализации профилактических мероприятий.





Ашурова Венера Иргашевна,
Государственное учреждение Республиканский
специализированный научно-практический
медицинский центр акушерства и гинекологии,
Узбекистан.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАНДИДОЗА ГЕНИТАЛИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Резюме: даны клинико-лабораторные особенности частота кандидоза гениталий у женщин с ВИЧ-инфекцией, видовом составе возбудителей и их чувствительности к противокандидозным препаратам. У ВИЧ-инфицированных небеременных женщин выявлен преимущественно хронический рецидивирующий кандидоз гениталий со стертой клинической картиной. У ВИЧ-инфицированных беременных женщин преобладали случаи обострения хронического кандидоза гениталий с характерной клинической картиной. Основными возбудителями кандидоза были *Candida albicans*. Все выделенные штаммы *C. albicans* были чувствительны к флуконазолу.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные беременные женщины, кандидоз гениталий, чувствительность к противокандидозным препаратам.

Klinikal and laboratory peculiarities of genital candidosis in HIV-positivobstetrics women.

There were clinical and laboratory peculiarities of genital candidosis in HIV-positive obstetrics women presented in the article. We have investigated 115 HIV-positive women and 51 from them (43%) had the genital candidosis. It has been ascertained, that the general causatives of the illness were *Candida albicans*. All isolated cultures of *C. albicans* were sensitive to anticandidosis drugs.

Key words: genital candidosis, HIV-positive obstetrics women, sensitivity to azoles.

Введение. Одними из наиболее значимых урогенитальных инфекций широко распространенных среди женщин репродуктивного возраста являются грибы рода *Candida*, а наиболее частой причиной обращения женщин за медицинской помощью стал кандидоз гениталий. Частота кандидоза в последние годы возрастает и составляет до 30-45% в структуре инфекционных поражений нижних отделов полового тракта женщин.

В составе представителей нормальной микрофлоры слизистой оболочки влагалища живут *Candida* spp. При физиологическом снижении иммунитета во время беременности, *Candida* spp. могут вызывать обострение хронических их форм, при которых будут необходимы различные виды диагностики и лечения [1, 2]. В мире неуклонно возрастает инфицирование населения планеты вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)[5]. Узбекистан по темпам прироста числа ВИЧ-серопозитивных людей занимает умеренное место [6]. Количество ВИЧ-инфицированных в Узбекистане превысило 30 000 человек. В исследованиях отечественных и зарубежных авторов показано, что инвазивные и поверхностные формы кандидоза имеют место у ВИЧ-инфицированных и больных в стадии СПИД. Около 90% женщин, зараженных ВИЧ, находятся в детородном возрасте. Частота развития кандидоза у женщин, в том числе и у беременных, в этой

группе больных мало изучена. Разработка методов диагностики и лечения кандидоза постоянно совершенствуется, но на практике результаты не всегда удовлетворительны, тем более у ВИЧ-инфицированных пациенток. Многие исследователи связывают неудачи в лечении кандидоза с увеличением частоты заболеваний, обусловленных *Candida* spp., не относящихся к *C. albicans*, и возрастанием частоты выявления возбудителей, резистентных к антимикотическим препаратам [7, 8].

Цель настоящего исследования - определить частоту кандидоза гениталий у беременных женщин с ВИЧ-инфекцией, видовой состав возбудителей и их чувствительность к антимикотическим препаратам, выявить особенности клинического течения кандидоза гениталий у ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

Материал и методы исследований.

В исследование включено 100 ВИЧ-инфицированных беременных пациенток. Кандидоз гениталий выявлен у 51 ВИЧ-инфицированной женщины. Возраст пациенток составил 19-43 лет (медиана - $31 \pm 1,0$ года). Больные были в различных стадиях развития ВИЧ-инфекции (2-3 стадии); женщин распределили на две группы: I группа - 13 небеременных пациенток (63%), II группа - 67 беременных (27%). В I группе больных отмечали рецидивы кандидоза с частотой от 2 до 5 раз в год. Во II группе на



рецидивирующее течение заболевания указывали также на частоту рецидивов до 2-4 раз в течение беременности. Основным фактором риска была многократная антибактериальная терапия (56%). У беременных женщин лечение антибиотиками предшествовало возникновению кандидозом также у 45% женщин.

Все пациентки с кандидозом ($n=100$) имели сопутствующую генитальную и экстрагенитальную патологию. Гинекологические заболевания наблюдали у всех обследуемых женщин (нарушения менструального цикла, сальпингоофориты – у 12%, эктопии шейки матки – у 11%, бактериальный вагиноз – у 8%, кисты яичников – у 4%, миому матки – у 0.5% больных). Заболевания, передающиеся половым путём (ИППП), обнаружены у 21% женщин. В инфекционной патологии преобладали хронические вирусные гепатиты В и С – у 42%, заболевания пищеварительного тракта, преимущественно гастриты, энтероколиты, – у 12%. Из соматической патологии чаще наблюдали заболевания органов дыхания – у 14%, железодефицитную анемию – у 35%. У ВИЧ-инфицированных беременных женщин, кроме инфекционных и соматических заболеваний, частой причиной госпитализации была акушерская патология: анемия беременных – у 78%, угрожающие преждевременные роды – у 36%, пиелонефрит беременных – у 22%. Клинические проявления поздних гипертензионных осложнений (преэклампсия) выявлены у 8% пациенток II группы.

Клинический диагноз кандидоза был установлен на основании жалоб пациенток (зуд, жжение, выделения из половых путей, дизурические явления), клинических проявлений заболевания (отёчность и гиперемия слизистых оболочек влагалища и вульвы, экто- и эндоцервикса, губок уретры, перигинитального и перианального дерматита, характерных творожистых выделений из половых путей).

Диагноз кандидоза верифицирован во всех случаях на основании стандартных критериев: обнаружение при микроскопии почкующихся дрожжевых клеток, псевдомицелия в окрашенных по Граму мазках (цервикальный канал, боковой свод влагалища, уретра). Выделение и учёт выросших на среде Сабуро колоний *Candida* spp. выполнены при культуральном исследовании. Идентификацию *C. albicans* проводили с помощью экспресс-теста на образование ростовых трубок *in vitro* в сыворотке крови или с использованием хромогенной системы «*Candida* Select»; для определения других видов *Candida* применяли тест-систему Auhacolor-2. Определение чувствительности всех выделенных изолятов *Candida* spp. к антикандидозным препаратам *in vitro* выполняли диско-диффузионным методом; протокол исследования соответствует стандарту CLSI M44-A Clinical Laboratory Standards Institute). Оценку чувствительности проводили на основании эквива-



лентности диаметра зон подавления роста *Candida* spp. и минимальной ингибирующей концентрации (MIC) антимикотических препаратов.

Результаты исследования.

Частота кандидоза в группе ВИЧ-инфицированных беременных женщин составила 40%. При клиническом обследовании пациенток обеих групп выявили определённые особенности течения заболевания. Классические симптомы кандидоза гениталий в полной мере отмечали только у беременных женщин II группы. В то же время у ВИЧ-инфицированных небеременных женщин (I группа) клиническая картина отличалась скудностью и стёртостью симптоматики. Подобное расхождение может быть объяснено тем, что в I группе преобладали больные с хроническим рецидивирующим кандидозом гениталий (89%), а во II группе – с острым кандидозом (79%). У 26% наркозависимых пациенток I группы отмечали вторичную аменорею продолжительностью от нескольких месяцев до 8 лет. У всех больных с вторичной аменореей (все женщины репродуктивного возраста) были характерные признаки гипострогении (бледность, истончённость и сглаженность слизистых оболочек вульвы и влагалища, лёгкая ранимость эпителиального покрова, проступление сосудов, почти полное отсутствие вагинальных выделений).

В обеих группах в 89% случаев кандидоз клинически протекал в виде вульвовагинита, в 3% – в сочетании с эндоцервицитом, в 5% – в сочетании с уретритом; 13% беременных женщин с ВИЧ отмечали признаки дисбиоза на слизистой оболочке

влагалища (резкое снижение количества или полное отсутствие лактобацилл на фоне повышенной колонизации условно-патогенными и патогенными микроорганизмами).

Следует отметить, что достоверных отличий клинических проявлений кандидоза, в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции, не выявили.

Обсуждение полученных результатов.

В работе представлены клиничко-лабораторные особенности кандидоза гениталий у ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Частота кандидоза в этой группе больных была достаточно высокой. Она составила 43% и превысила этот показатель у ВИЧ-негативных больных [9,10]. Особенно высока частота кандидоза в группе ВИЧ-инфицированных беременных женщин, по сравнению с неинфицированными (30-35%) [11,12].

Этапы клинического обследования и лабораторной диагностики были общепринятыми. В нашем исследовании *C. albicans* выделяли в 57%. По данным многих авторов, у ВИЧ-негативных женщин *C. albicans* изолируют в 92–98% случаев [13].

Известно, что *C. albicans* проявляет высокую чувствительность к препаратам антикандидозное

лечение, это подтверждено нашими исследованиями. У ВИЧ-негативных женщин, страдающих хроническим рецидивирующим кандидозом гениталий, встречаются не только умеренно чувствительные, но и резистентные виды *Candida* [15].

Особенностью течения кандидоза у ВИЧ-инфицированных женщин I группы было практически полное отсутствие характерных жалоб и скудные, стёртые клинические проявления. На основании проведённого исследования можно сделать вывод о том, что кандидоз у ВИЧ-инфицированных беременных женщин является частой патологией, имеет ряд клиничко-лабораторных особенностей, которые необходимо учитывать при диагностике и выборе адекватной антикандидозной терапии.

Выводы:

1. Необходимо обследовать ВИЧ-инфицированных женщин на наличие кандидоза.
2. Целесообразно определять виды возбудителей кандидоза и их чувствительность и их чувствительность лишь к антикандидозным препаратам, поскольку у ВИЧ-инфицированных женщин в 100% выделяли *Candida spp.*, чувствительные к данному препарату.

Литература

1. Кисина В.И. Рецидивирующий кандидозный вульвовагинит: перспективы лечения орунгалом (итраконазолом)// Consilium medicum – Дерматология и венерология. – 2002. – Т.6, № 2. – С. 5-9.
2. Mardh P.A., Rodrigues A. G., Genc N., et al. Facts and myths on recurrent vulvovaginal candidosis – a review on epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, pathogenesis and therapy// Int J. of STD and AIDS. – 2002. – №13. – P. 522-539.
3. Кисина В.И., Степанова Ж.В., Мирзабекова М.А., Курчавов В.А. Зависимость клинической картины кандидозного вульвовагинита от видового состава грибов *Candida* и эффективность флуконазола при первичной и рецидивирующей кандидоинфекции// Гинекология. – 2000. – Т. 2. – С. 193-195.
4. Молчанова Н.В. Изменения иммунной системы у женщин с нарушениями менструальной функции при патологии щитовидной железы: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Пермь, 1998. – 23 с.
5. Покровский В.В. Эпидемия ВИЧ/СПИДа в России: тенденции, уроки, основные проблемы и возможности для расширения ответных действий. Доклад на XVI Международной конференции по СПИДу. 13-18 августа 2006 г., Торонто.- С.37-41.
6. Рахманова А.Г., Виноградова Е.Н., Воронин Е.Е., Яковлев А.А. ВИЧ-инфекция: клиника и лечение, химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери к ребёнку// Метод. рекомендации. – СПб., 2005. – С.4.
7. Захарова Т.П. Вульвовагинальный кандидоз. Проблемы и решения// Consilium medicum. Экстравыпуск. Симпозиум «Микозы. Рациональная фармакотерапия». – 2004. – С. 10-14.
8. Глушко Н.И., Лисовская С.А., Халдеева Е.В. Устойчивость штаммов *C. albicans* к флуконазолу и возможный путь её возникновения// Ж. Проблемы мед. микологии. – 2005. – Т. 7, №2 – С. 100.
9. Анкирская А.С., Муравьёва В.В., Фурсова С.А. и др. Видовой состав и чувствительность к имидазолам и триазолам штаммов *Candida*, выделенных из влагалища женщин// Ж. Проблемы мед. микологии. – 2004. – Т.6, №2 – С. 56-57.
10. Долго-Сабурова Ю.В., Мирзабалаева А.К. и др. Клиничко-лабораторные особенности хронического рецидивирующего кандидоза гениталий у женщин// Ж. Проблемы мед. микологии. - 2005. – Т. 7, №3 – С.12-15.
11. Sobel J.D., Faro S., Force R.W., et al. Vulvovaginal candidiasis: epidemiologic, diagnostic and therapeutic considerations// Am. J. Obstet. Gynecol.- 1998.- Vol. 178.- P.203-11.
12. Fidel P.L., Barrouse M., Espinosa T., et al. An intravaginal live *Candida* challenge humans leads to new hypotheses for immunopathogenesis of vulvovaginal candidiasis // Infect. Immun.- 2004.- Vol. 72, №5.-P. 2939-44.
13. Fichtenbaum C.J., Koletar S., Yiannoutsos C., et al. Refractory mucosal candidiasis in advanced human immunodeficiency virus infections// Clin. Infect. Dis.- 2000.- Vol. 30.- P.749-56.
14. Perea S., Lopez-Ribot J.L., Kirkpatrick W.R., et al. Prevalence of molecular mechanisms of resistance to azole antifungal agents in *Candida albicans* strains displaying high-level fluconazole resistance isolated from immunodeficiency virus-infected patients // Antimicrob. Agents Chemother.- 2001.- Vol. 45.- P.2676-84.
15. Duerr A., Heilig C.M., Meikle S.F., et al. Vulvovaginal candidiasis: HIV and other risk factors. HER Study Groups // Obstetrics Gynecol.- 2003.- Vol. 101.- P.548-56.



X.A. Gafforov¹,

¹*Department of Infectious Diseases*

M.Sh. Musabekova²

Andijan State Medical Institute

²*The Republican center to fight AIDS*

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL FEATURES OF HERPES VIRUS DISEASES IN HIV-INFECTION

The main feature of herpesviruses is their lifelong persistence in the body, even if a person was infected once. The course of a chronic infectious process depends on the state of the immune system of the virus carrier [6]. Reactivation of viruses exacerbates secondary immunodeficiency. Manifestations of herpetic infection are many-sided - from rashes on the lips and aphthous stomatitis to generalized forms with widespread lesions of the skin and mucous membranes with the involvement of various organs and systems in the pathological process.

The group of herpes viruses includes several morphologically similar human pathogens, the main of which are: the herpes simplex virus Herpes simplex of two types (type 1 - predominantly non-genital and type 2 - predominantly genital localization of the lesion), Varicella-Zoster virus (causative agent of chickenpox smallpox and herpes zoster), Epstein-Barr virus (EBV) and cytomegalovirus (CMV). According to the WHO classification, herpes simplex is an AIDS-defining disease [1]. CMV is one of the main causative agents of secondary (opportunistic) infections in AIDS, causing rhinitis, encephalitis, pneumonia and other diseases. In infection caused by the human immunodeficiency virus (HIV), lymphomas are of greatest interest - the second most common tumor in patients with this disease, occurring in 3-4% of cases. Approximately 12-16% of AIDS patients die from lymphomas [2]. Some of these tumors, such as Burkitt's lymphoma (African lymphoma), are etiologically associated with EBV. It has been established that herpesviruses can activate the HIV genome and are a cofactor in the progression of HIV infection and AIDS [3]. In recent years, it has been shown that the activation of herpesvirus infections in HIV-infected patients, along with an increase in HIV replication, contributes to an increased release of its virions in places of herpetic skin rashes, which do not always have the appearance characteristic of herpes, thereby contributing to the possible infection of healthy people with HIV. by [2, 3]. The range of clinical manifestations of herpesvirus infections depends on the localization of the pathological process and its prevalence, the state of the patient's immune system and the type of pathogen. Clinical symptoms of infection

against the background of an immunodeficiency state can be severe, with generalization and complications, which often determine the course and outcome of the underlying disease. At the same time, in patients with HIV and herpesvirus infections, to a greater extent than with monoherpetic infection, the function of innate immunity is impaired, which can also serve as an additional laboratory criterion for the severity of the disease [3]. Since receptors of the 4th differentiation cluster (Cluster of Differentiation - CD) are, to a certain extent, receptors for binding to HIV, they take an active part in the pathological process with a gradual decrease in their level in the peripheral blood. And the herpes virus probably activates HIV and promotes more rapid destruction of virus target cells, including CD4+ lymphocytes [4, 5].

The aim of this work was to determine the spectrum of clinical manifestations of herpesvirus infections in patients with HIV infection, depending on the content of CD4+ lymphocytes.

Material and methods. Under observation were 353 patients with HIV infection (220 men and 133 women) hospitalized in the round-the-clock hospital of the Andijan Clinical Center for the Prevention and Control of AIDS in Andijan. The age of the patients ranged from 19 to 68 years (average 32.5 ± 0.8 years). All patients in the first days after admission to the hospital were examined for herpesvirus infections by enzyme immunoassay. Blood, cerebrospinal fluid, smears from the oropharynx, urethra, cervical canal, and the area of rashes for the presence of CMV genetic material, herpes simplex viruses, EBV, herpes virus human type 6 and toxoplasma. The content of various groups of lymphocytes was determined by flow cytometry (Ortum spectrum) using anti-CD monoclonal antibodies.

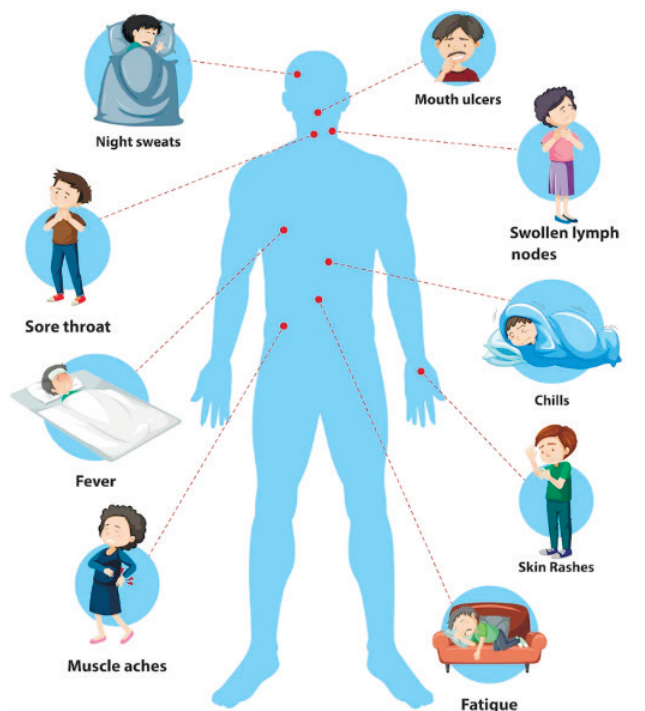
In 48 cases, the disease ended in death. Depending on the content of CD4+ lymphocytes in the blood, all patients were conditionally divided into three groups. The first group consisted of 159 people with the content of CD4+ lymphocytes in blood less than 200 per 1 μ l. The average number of CD4+ cells in patients of the 1st group was 78.55 ± 9.21 in 1 μ l (in healthy people -998.76 ± 98.51 in 1 μ l). The 2nd group included 148 people with the number of CD4+ lymphocytes from

200 to 500 per 1 μ l (average - 371.22 ± 11.97 per 1 μ l). The third group consisted of 46 patients with more than 500 CD4⁺-lymphocytes per 1 μ l of blood (average 597.25 ± 17.63 per 1 μ l). Statistical analysis was carried out by methods of parametric statistics using Student's t-test.

Research results and discussion of the obtained data. When analyzing the frequency distribution of nosological forms of herpesvirus infections with clinical laboratory manifestations in patients with HIV infection found that most often these diseases aggravated in the clinically pronounced stages of HIV infection with a CD4⁺ lymphocyte level of less than 200 per 1 μ l (Table). At the same time, exacerbations of infection caused by the herpes simplex virus type 1 (88.5%) and herpes zoster (86.5%) were the most common. According to the results of polymerase chain reaction in 96% of patients with herpes simplex virus, other viruses of this group were found in various environments. In half of the cases, a mixed infection was detected - three viruses: herpes simplex virus, EBV and herpes virus type 6. Also, mixed infection with two pathogens was often recorded: herpes simplex virus and EBV, herpes simplex virus and herpes simplex virus type 6 (22 and 15% cases, respectively). Most often, EBV was detected (in 61.5% of cases, mainly in the epithelial cells of the oropharynx, less often in saliva and peripheral blood lymphocytes) and herpesvirus type 6 - in 58.2% of cases. CMV was detected only in 27% of cases in the epithelial cells of the cervical canal, urethra, cerebrospinal fluid and peripheral blood lymphocytes. It should be noted that in 9.1% of patients, the DNA of herpes simplex virus types 1 and 2 was found in several samples, in particular, in anogenital rashes, it was detected in the epithelial cells of the oropharynx and peripheral blood lymphocytes.

In patients of the 1st group, the most severe and diverse manifestations of opportunistic infections were observed. Thus, the herpes simplex virus caused mucocutaneous lesions of the usual localization (wings of the nose, red border of the lips, skin of the chin, labia, pubic and inguinal regions, penis, gluteal region), which were often recurrent, widespread and long-term (more than 1 months) did not heal. These processes were characterized by ulcerative-necrotic changes, when on the site of herpetic vesicles formed deep ulcers with jagged edges, 2 cm in diameter or more. Their involution with rejection of crusts, epithelialization and scarring was very slow. In the vast majority of patients (70%), rashes were localized on the face (herpes labialis et nasalis), in 30% of cases a common form was diagnosed. The recurrence rate of infection in these patients reached up to 20 per year, i.e., it was practically continuous - relapsing in nature. Exacerbations of the disease were characterized by complaints of general malaise, headache, weakness, fever. Clinical deterioration was accompanied by negative immunological dynamics: a sharp decrease in

HIV – SYMPTOMS



the number of T-lymphocytes CD3⁺ and CD4⁺, natural killers and a decrease in their functional activity.

With genital herpes, which was observed in most patients of the 1st group (69.7%), in every tenth case, along with the perianal region, the distal part of the rectum was involved in the process, which was accompanied by pain during defecation and constipation. At the same time, fever, enlarged inguinal lymph nodes and symptoms of sacral neuropathy were observed, which was accompanied by neurasthenic (44.5%) and depressive (39.7%) disorders.

Disseminated herpes simplex virus infection was diagnosed in 7.4% of patients in group 1 and was probably associated with viremia accompanied by fever, weakness, disseminated intravascular coagulation and organ damage (hepatitis, meningoencephalitis, pneumonia). It is known that in the total incidence of people with serous meningitis, the proportion of herpetic meningitis is 0.5-3%, and among HIV-infected people in the active stage of the disease - 10-12% [1, 2]. Perhaps the penetration of the herpes simplex virus into the brain occurs by the hematogenous and / or neural route. The primary multiplication of viruses in the ganglia with subsequent spread to the brain is not excluded [6]. It should be noted that a feature of the clinic of herpetic meningoencephalitis in HIV-infected (5.7%) was the presence of a wide range of psychopathic disorders - from gross organic to functional reactive. The diagnosis took into account not only the clinical manifestations of the disease, its dynamics, the severity of the condition,



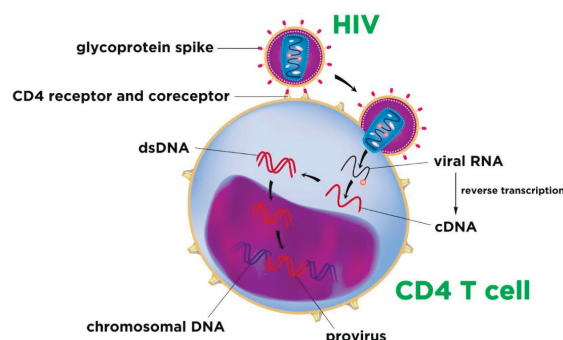
but also the presence of magnetic tomographic signs of focal encephalitis, as well as the results of a serological study and a blood polymerase chain reaction and cerebrospinal fluid.

Mortality in severe generalized herpes simplex, according to our data, in patients of the 1st group was 80%, while generalized forms of tuberculosis infection (25%), candidiasis with visceral lesions were recorded. In the 2nd and 3rd groups, only candidal infection of the mucous membranes was diagnosed without visceral manifestations.

All examined, regardless of the level of CD4⁺ cells, were seropositive against Toxoplasma. At the same time, activation markers of toxoplasma infection were found in most cases in patients of the 1st group. (72%) and in a third of patients of the 2nd group. In patients of the 3rd group, it was the least common - 11% of cases. Generalized toxoplasmosis was diagnosed in 5 patients of only the 1st group, which was confirmed by the detection of characteristic lesions of the brain, the detection of Toxoplasma gondii DNA in the cerebrospinal fluid and blood. All cases ended in death. In accordance with the WHO criteria, 76 patients of the 1st group (48%) were diagnosed with stage V HIV infection, which was significantly more common than in patients of the 2nd group - 10 people (6.8%).

In the 1st group, patients with herpes zoster prevailed (86.5%). In 43% of cases, rashes were localized on the face along the branches of the trigeminal nerve, and in 35.7% of cases, in the chest and lumbar region. Only in 3% of patients of the 2nd and 3rd groups this disease proceeded without complications. In the majority of cases (87.3%) it was complicated by ganglioneuritis. With the localization of herpetic eruptions on the face, damage to the eyes, paresis of the facial nerve were noted. Attention was drawn to the fact that in all patients HIV infection was detected for the first time in a medical institution where herpes zoster was treated.

It is known that co-infection with CMV and HIV leads to additional immunosuppression, dissemination of pathogens, and generalization of the infectious process [1, 3]. Among patients of the 1st group, 81 cases of overt CMV infection were registered. CMV



DNA was detected in the blood and cerebrospinal fluid, and specific giant cells were visualized in the study of biopsies of the affected organs. The clinic observed fever, granulocytopenia, thrombocytopenic purpura, maculopapular rash, interstitial pneumonia, encephalitis, ulcerative lesions of the gastrointestinal tract. In the rest of the patients of the 1st group (49%) and in almost all examined groups of the 2nd and 3rd groups, markers of latent CMV infection were determined in the enzyme-linked immunosorbent assay.

Patients receiving highly active antiretroviral therapy were of particular interest. In these cases, reactivation of herpesvirus infection occurred at a later period (after 4 weeks). Of the total number of patients receiving this treatment, this happened in 8.8% of cases, which corresponds to the literature data [2, 3]. Probably, the so-called paradoxical reaction to antiretroviral therapy took place here, when an exacerbation of opportunistic infections can occur at the beginning of treatment.

Thus, changes in the immune system increased with the progression of HIV infection due to the addition or activation of opportunistic diseases. With a decrease in the level of CD4⁺ lymphocytes in the blood of patients less than 200 per 1 μ l, severe forms of herpesvirus infections prevailed, and in 25% of cases the pathological process acquired a generalized character. More than half of patients with HIV infection with a low level of CD4⁺ lymphocytes had a combination of herpes simplex with other opportunistic infections (tuberculosis, toxoplasmosis, etc.), which contributed to an increase in the frequency of deaths.

Literature:

1. A. N. Butyl'skii, B. I. Kuznik, and V. Ya. Dynamics of immunity parameters in patients at various stages of HIV infection // Med. immunol. 2005. Vol. 7, No. 2-3. pp. 153-154.
2. Isakov V.A., Arkhipova E.I., Isakov D.V. Human herpesvirus infections / ed. V.A. Isakov. St. Petersburg: SpecLit, 2006. 300 p.
3. Kalinina N.M., Ketlinsky S.A. Immunology of HIV infection // Immunodeficiency states / under. ed. V.S. Smirnova, I.S. Freidlin. St. Petersburg: Folio, 2000, pp. 411-445.
4. Clinical guidelines. HIV infection and AIDS / ed. V.V. Pokrovsky. M.: GEOTAR-Media, 2006. 128 p.
5. Onishchenko G.G. Priorities for counteracting the HIV/AIDS epidemic in the Russian Federation at the present stage // IPPP. 2004. No. 3. S. 3-5.
6. Khaldin A.A., Samgin M.A. Clinical features and polymorphism of the dermatological syndrome of herpetic disease // Far Eastern Bulletin of Dermatovenerol., Dermatocosmetol. and sexologist. 2008. No. 3. S. 21-26.

Гиясова Гузаль Маннаповна, Соболев Артём Валерьевич
*Центральноазиатский обучающий центр по вопросам лечения,
ухода и поддержки лиц, живущих с ВИЧ Минздрава РУз*

ПРОЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПОЛОСТИ РТА (литературный обзор)

В последние годы ВИЧ-инфекция продолжает поражать самые широкие слои населения. В мире количество лиц, живущих с ВИЧ, уже более 38 миллионов. По состоянию на январь 2022 года количество лиц, инфицированных ВИЧ, в Республике Узбекистан составляет 45501 и, к сожалению, продолжает расти. Внедрение антиретровирусной терапии и использование современных АРТ препаратов позволили стабилизировать распространение эпидемии, однако остановить распространение ВИЧ пока не удастся. Основным препятствием к этому является отсутствие вакцинации от ВИЧ-инфекции, невозможность реконвалесценции от этой болезни и дороговизна АРТ препаратов и другие факторы.

В связи со всеми вышеуказанными факторами, вероятность встречи врача-стоматолога с ВИЧ-инфицированными пациентами постоянно увеличивается. Внедрение АРТ терапии позволило перевести ВИЧ-инфекцию в разряд управляемых хронических инфекций. Следовательно, увеличилась длительность течения ВИЧ-инфекции и продолжительность жизни пациентов с ВИЧ. Рост продолжительности жизни пациентов и рост числа ВИЧ-положительных людей неизбежно приводят к тому, что на приеме у врачей всё чаще будут оказываться пациенты с ВИЧ. У многих из этих пациентов могут быть различные проявления болезни в полости рта. Работники сферы здравоохранения в целом и, в частности, стоматологической службы не могут отказать в медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. Это потребует от стоматологов знаний не только симптомов поражения полости рта и пародонта, но и основных принципов профилактики ВИЧ-инфекции. К тому же поражения слизистой оболочки полости рта являются одними из первых клинических проявлений ВИЧ-инфекции и отличаются большим разнообразием форм. Следовательно, стоматолог может явиться первым медицинским специалистом, к которому обратится ВИЧ-инфицированный пациент за медицинской помощью.

При большинстве стоматологических манипуляций неизбежны повреждения слизистой оболочки полости рта, возникновение кровотечений. При этом возникает инфицирование медицинского инструментария, слепков, протезов, возможно рассевание аэрозолей, содержащих кровь, слюну при использовании турбинных стоматологических уста-



новок. На приеме у стоматолога могут оказаться пациенты, не знающие или скрывающие свой диагноз, больные в стадии инкубации, которые могут стать источником инфекции для других пациентов и для персонала медицинского учреждения.

Медицинский персонал стоматологических клиник относится к группе профессионального риска. Чтобы предотвратить заражение персонала при проведении стоматологических манипуляций, стоматолог должен знать пути и факторы, реализующие передачу ВИЧ, а оказание стоматологической помощи должно осуществляться с соблюдением необходимых мер предосторожности и при неукоснительном выполнении правил дезинфекции и стерилизации медицинского и стоматологического инструментария.

К наиболее часто встречающимся ВИЧ-ассоциированным заболеваниям слизистой полости рта относятся следующие формы:

- Кандидозы;
- Ангулярный хейлит, вызванный грибом *Candida albicans*;
- «Волосистая» лейкоплакия;
- ВИЧ-гингивит (линейная эритема десен);
- Некротический гингивит и пародонтит;
- Герпетические язвы при ВИЧ-инфекции;
- Бородавка вирусная;
- Саркома Капоши;
- В-клеточная (не Ходжкинская) лимфома.

Кандидозы.

Кандидозы встречаются у большинства ВИЧ-инфицированных пациентов. Клинические проявле-



ния заболевания варьируют в зависимости от формы поражения.

Острый псевдомембранозный кандидоз характеризуется повреждениями 1-3мм в диаметре, приподнятыми над уровнем слизистой оболочки в виде серовато-белого налета, напоминает творожистые массы. Отдельные поражения могут сливаться, образуя неправильной формы бляшкообразные участки. Под неплотно прикрепленными участками поражения подлежащие ткани (эпителий) нормальной структуры или в виде эрозии. Чаще всего локализуется на слизистой оболочке щек, языка, неба, альвеолярного отростка, подъязычной области.

Острый атрофический (эритематозный) кандидоз. При этой форме кандидоза слизистая оболочка огненно-красная, сухая. При поражении языка его спинка становится малиново-красного цвета, сухая, блестящая, нитевидные сосочки атрофированы. Налет отсутствует или сохраняется в глубоких складках, снимается с трудом и представляет собой конгломерат слущенного эпителия и большого количества грибов рода *Candida* в стадии активного почкования. Пациенты чаще всего жалуются на сухость и жжение в полости рта. Локализация атрофического кандидоза в большинстве случаев на слизистой оболочке языка, неба.

Хронический гиперпластический кандидоз характеризуется образованием на гиперемированной слизистой оболочке рта толстого слоя плотно спаянного с ней налета в виде узелков или бляшек. При поскабливании шпателем налет снимается с трудом, под ним обнажается гиперемированная кровоточащая эрозивная поверхность. Преимущественная локализация: спинка языка, слизистая оболочка щек, твердое и мягкое небо.

Ангулярный хейлит грибковой этиологии характеризуется отсутствием болевых ощущений, либо они незначительные, иногда может сочетаться с ксеростомией. Больные чаще всего предъявляют жалобы на чувство жжения в углах рта. Объективно в области углов рта наблюдается гиперплазия эпителиально-эпидермальных структур углов рта, с появлением хронических трещин. Трещины со временем увеличиваются в размерах, становятся твердыми, покрываются корками. Локализация поражений в большинстве случаев симметричная.

Диагностика кандидоза основывается на сборе клинических данных и выявления грибов рода *Candida albicans* в мазках.

Волосатая лейкоплакия

Возбудителем заболевания является вирус Эпштейн – Барра. Субъективные ощущения у пациентов, как правило, отсутствуют, иногда может отмечаться слабая болезненность или жжение. Объективно отмечается утолщение слизистой оболочки в виде складок или ворсинок белого цвета, возвышающихся над поверхностью слизистой оболочки рта и плотно к ней прикрепленных. Очаги поражения

в виде бляшек серовато-белого цвета (высотой от 2 до 30 мм), имеют неровную, сморщенную («гофрированную») или с гиперкератотическими разрастаниями поверхность, которая как бы покрыта «волосками» или «ворсинками» (за счет нитевидных разрастаний эпителия). Преимущественная локализация: задняя поверхность языка, слизистая оболочка губ, щек, подъязычной области, неба.

Диагностика лейкоплакии чрезвычайно важна, так как появление данного заболевания является явным индикатором иммунодефицита и может говорить о том, что ВИЧ-инфекция прогрессирует. Степень обширности поражения лейкоплакией, как правило, коррелирует с вероятностью развития СПИДа.

Краевой гингивит.

Возникает остро, внезапно и протекает как бактериальная инфекция. Признаки заболевания могут исчезнуть через 3-4 недели, но затем заболевание рецидивирует.

Язвенно-некротический гингивостоматит

Развивается остро или начало незаметное с кровоточивостью десны при чистке зубов. Десна ярко красная, отечная. Край десны и межзубные сосочки некротизируются, покрыты желто-серым налетом, неплотно спаянным с подлежащей тканью.

Признаки заболевания могут исчезнуть через 3-4 недели, но затем заболевание рецидивирует, имеет прогрессирующее течение, что приводит к рецессии десны, деструкции костной ткани альвеолярного отростка челюсти. Возможны спонтанные кровотечения.

Агрессивная форма пародонтита

Эта форма воспаления пародонта характеризуется болезненностью и кровоточивостью десны, а также гиперплазией и некрозом межзубных сосочков. При прогрессировании заболевания отмечается нарастание подвижности зубов, происходит диффузная деструкция кости альвеолярного отростка челюсти, что нередко сопровождается секвестрацией межзубных перегородок.

Саркома Капоши

Саркома Капоши продолжает оставаться одним из наиболее часто встречающихся новообразований в полости рта у ВИЧ-положительных пациентов. С внедрением в практику АРТ терапии количество случаев выявления саркомы Капоши резко снизилось, однако отдельные случаи выявления всё же встречаются. В развитии этого новообразования ведущую роль играют вирусы простого герпеса. Определенную роль в развитии саркомы Капоши играет и непосредственно вирус иммунодефицита, точнее, его tat-вирион. Особенностью саркомы Капоши при ВИЧ-инфекции является молодой возраст пациента (35-40 лет), а также агрессивное течение заболевания.

Клинически для саркомы Капоши характерно появление эритематозных пятен диаметром 0,5-3,0

см либо плотных эластических бледно-розовых или буро-коричневых узелков размером 5х8мм. Постепенно узлы увеличиваются, под ними образуется инфильтрат, цвет меняется, и они становятся вишнево-красными, фиолетовыми или коричневыми. Впоследствии узлы часто разделяются на доли и изъязвляются.

Преимущественная локализация: твердое и мягкое небо, область желобоватых сосочков корня языка, реже – на деснах. Для диагностики саркомы Капоши требуется биопсия.

В-клеточная (неходжкинская) лимфома

Причина развития неходжкинской лимфомы неизвестна, хотя, так же как и при лейкозах, данные указывают на вирусную причину. Это второе по частоте встречаемости у пациентов с ВИЧ новообразование в полости рта. Клинически характеризуется плотными эластичными разрастаниями красноватого цвета под неповрежденным эпителием. Участки изъязвления слизистой оболочки с некрозом, абсцедированием окружающих тканей. Деструкция подлежащей кости отсутствует.

Локализация лимфом: слизистая оболочка ретромолярной области, языка, твердое небо. Для постановки диагноза требуется гистологическое исследование.

Простой герпес

Вирусные инфекции в полости рта у пациентов с ВИЧ часто представлены язвенным гингивитом и гингивостоматитом герпетического генеза. Возбудителем является вирус простого герпеса (Herpes simplex). Заболевание протекает в виде частых и мучительных обострений рецидивирующего герпетического стоматита, иногда без ремиссий.

Везикулы возникают на языке, мягком небе, дне полости рта, на губах. Они очень быстро трансформируются в эрозии, которые часто превращаются в язвы больших размеров (5-10 мм в диаметре). Язвы могут приобретать форму кратера с приподнятыми, неправильной формы краями и ярко гиперемизированным дном, которое может быть покрыто серовато-белым налетом.

Вирусная бородавка

Возбудитель ДНК-содержащий папилломави-

рус. У ВИЧ-положительных пациентов описаны множественные папилломы и кондиломы полости рта. Появление множественных кондилом чаще всего свидетельствует о переходе ВИЧ в стадию СПИД. Клинически заболевание представлено узелковыми поражениями: папилломы, эпителиальная гиперплазия, кондиломы. В полости рта узелковые поражения покрыты множественными выступами в виде сосочков. Локализуются чаще всего на слизистой оболочке твердого неба, деснах.

Особенности лечения заболеваний полости рта у пациентов с ВИЧ

Помимо общих принципов лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта, врачу-стоматологу при приеме ВИЧ-положительного пациента следует учитывать следующие особенности:

- лечение стоматологических больных с ВИЧ протекает более успешно на фоне приема АРТ препаратов;

- важна ВИЧ настороженность стоматолога: более ранняя диагностика ВИЧ-инфекции и начало АРТ терапии позволяет избежать проявлений большинства ВИЧ-ассоциированных заболеваний в будущем и дает более эффективный результат лечения уже существующих стоматологических заболеваний СОПР;

- при использовании лекарственных средств особое внимание необходимо обращать на отсутствие на них аллергической реакции у пациента и прочих лекарственных взаимодействий;

- для предотвращения манифестации кандидоза у ВИЧ-инфицированного пациента по возможности нужно ограничивать использование местных антибиотиков в полости рта;

- не следует использовать иммуномодулирующие и иммуностимулирующие средства для лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией;

- проведение любых вмешательств должно быть максимально атравматичным;

- особое внимание следует уделять санации полости рта и профессиональной гигиене;

- проведение травматичных процедур проводить под контролем свертываемости крови.

Литература

1. Алимов А., Муминова Г., Алимов А. Современные аспекты патогенеза и особенности течения поражений слизистой полости рта у ВИЧ-ассоциированных больных. Stomatologiya. – 2015. – 1(1-2(59-60)), 53–58.
2. Полянская Л.Н. Особенности проявлений ВИЧ-инфекции в полости рта. Современная стоматология. – Минск, 2017. – №1. – С. 60–63.
3. Шатохин А.И. ВИЧ-инфекция в стоматологической практике: Рук-во для врачей. – М., 2012. – 104 с.
4. Денисова Е.В., Бобров М.А., Корсунская И.М. К вопросу о саркоме Капоши. «Эффективная Фармакотерапия. Онкология, гематология и радиология.» – 2018. – № 2 (25), с. 54-55
5. Холбаев У. Особенности клинических проявлений ВИЧ-инфекции в полости рта. Stomatologiya. – 2013. – 1(1-2(51-52)), с. 42–50.
6. ВИЧ/СПИД // Информационный бюллетень ВОЗ. 25 июля 2019 г. // URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>



Зайиров Мухиддин Хайитмуродович
Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр Фтизиатрия и Пульмонологии

ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА, СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Хулосалар. Генераллашган туберкулез касаллиги миобактериянинг организмга гематаген тарқалиши, ва турли организм ва тўқималарда ўзига хос яллиғланиш ўчоқлари шаклланиши билан тавсифланади. Жараён организмнинг химоя кучларини заифлиги фониди қон оқими билан кўп миқдорида миобактериялар тарқалиши шартли равишда боғлиқ. Гематоген йўл билан тарқалиш жараёни кўпинча ўткир ва оғир туберкулез сепсис билан ўлим ҳолатига олиб келади. Силнинг бу мураккаб этиотроп, патогенетик ва симптоматик даволанишни зудлик билан бошлаш талаб қилинади. Афсуски биологик материалдаги миобактериалани ва уларнинг туберкулезга қарши до-риларга сезгирлигини аниқлаш баъзан мумкин эмас.

Калит сузлари: Генераллашган туберкулез, гематоген тарқалиш.

Резюме: Генерализованный туберкулез характеризуется гематогенным распространением микобактерий в организме и образованием очагов специфического воспаления в различных органах и тканях. Процесс обусловлен распространением значительного числа микобактерий с током крови на фоне ослабления защитных сил организма. Возникающий при этом гематогенно-диссеминированный процесс имеет характер острейшего или тяжелейшего туберкулезного сепсиса, что не редко ведет к летальному исходу. Такая форма туберкулеза требует немедленного начала комплексного этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения. К сожалению, определение микобактерий в биологическом материале и их чувствительности к противотуберкулезным препаратам иногда не возможна.

Ключевые слова: Генерализованный туберкулез, гематогенным распространением.

Summary: Generalized tuberculosis is characterized by hematogenous spread of mycobacteria in the body and the formation of foci of specific inflammation in various organs and tissues. The process is due to the spread of a significant number of mycobacteria with the blood flow against the background of a weakening of the body's defenses. The resulting hematogenous disseminated process has the character of the most acute or severe tuberculous sepsis, which often leads to death.

This form of tuberculosis requires the immediate initiation of complex etiotropic, pathogenetic and symptomatic treatment. Unfortunately, the determination of mycobacteria in biological material and their sensitivity to anti-tuberculosis drugs is sometimes not possible.

Key words: Generalized tuberculosis, hematogenous spread

Генерализованный туберкулез характеризуется гематогенным распространением микобактерий в организме и образованием очагов специфического воспаления в различных органах и тканях. Процесс обусловлен распространением значительного числа микобактерий с током крови на фоне ослабления защитных сил организма. Возникающий при этом гематогенно-диссеминированный процесс имеет характер острейшего или тяжелейшего туберкулезного сепсиса, что не редко ведет к летальному исходу.

Такая форма туберкулеза требует немедленного начала комплексного этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения. К сожалению, определение микобактерий в биологическом материале и их чувствительности к противотуберкулезным препаратам иногда не возможна. Кроме того, учитывая, медленный цикл деления микобактерий ТЛЧ на питательных средах необходимо ждать от 4 до 8 недель.

Ниже приводим клиническое наблюдение. Пациентка 21 года поступила с жалобами на повышение температуры тела до 39 °С, головные боли, двоение в глазах, онемение правой половины тела, су-

хой кашель, одышку в покое, сердцебиение, резкую слабость.

Из анамнеза выяснено, что больная в детстве перенесла туберкулез. Ухудшение состояния отмечалось в течение четырёх месяца. Заболевание началось с повышения температура тела, более в грудной клетке, сухого кашля, слабости, когда больная находилась на заработках, проживая в комнате с неудовлетворительными бытовыми условиями и еще 10 рабочими. Больная обратилась в районную соматическую больницу и была госпитализирована в терапевтическое отделение. Состояние больного резко ухудшилось, появились боли при глотании, двоение в глазах, участилось сердцебиение, поднялась температура тела до 39 °С. После ухудшения состояния больную перевели в отделение реанимации и интенсивной терапии, где состояние больной продолжало ухудшаться, несмотря на проводимое лечение. Больной произведена люмбальная пункция, в спинномозговой жидкости выявлены микобактерии туберкулеза, после чего больная переведена в областной центр фтизиатрии и пульмонологии.

При объективном осмотре: общее состояние

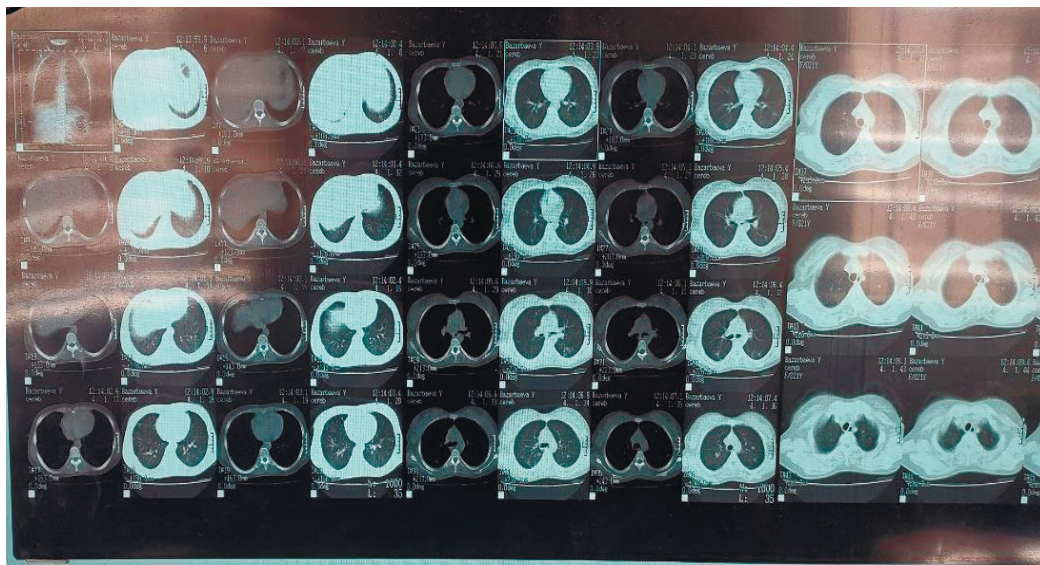


Рис. 1. МСКТ грудной клетки больного при поступлении.

Заключение: Справа в легких корень тяжестей имеется полиморфные очаговые тени. Слева очаги уплотнение.

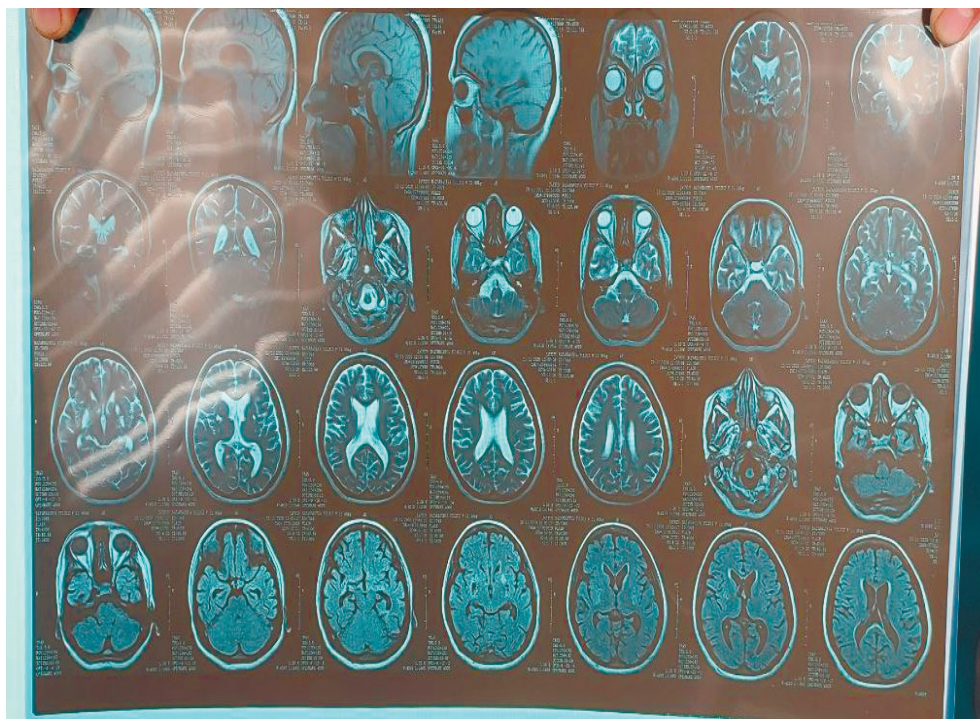


Рис. 2. МРТ головного мозга больного при поступлении.

Заключение: МРТ признаки множественных участков кистозной дегенерации и превентрикулярной области с двух сторон, в проекции базальных ядер. Единичные очаги белого вещества головного мозга. Косвенные признаки внутричерепной гипертензии

больной тяжелой. Дыхание везикулярное, двухсторонние везикулярные мелкопузырчатые влажные хрипы, перкуторно легочной звук над всей поверхностью легких, частота дыхания 24 в минуту, SpO₂-96-97%. Сердечные тоны приглушены, ритмичны, артериальное давление 130/90 мм.ст., пульс 94 ударов в минуту, умеренного наполнения и напряжения. Язык обложен беловатым налетом, влажный. Живот

обычной формы, мягкий безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный. Симптом «поколачивания» отрицательный, диурез через катетер 1,5 литра в сутки.

Сознание soporозное, в пространстве и времени большая дезориентирована. На вопросы не отвечает. Отмечается ригидность затылочных мышц, симптом Кернинга положительный, брюшные рефлексy

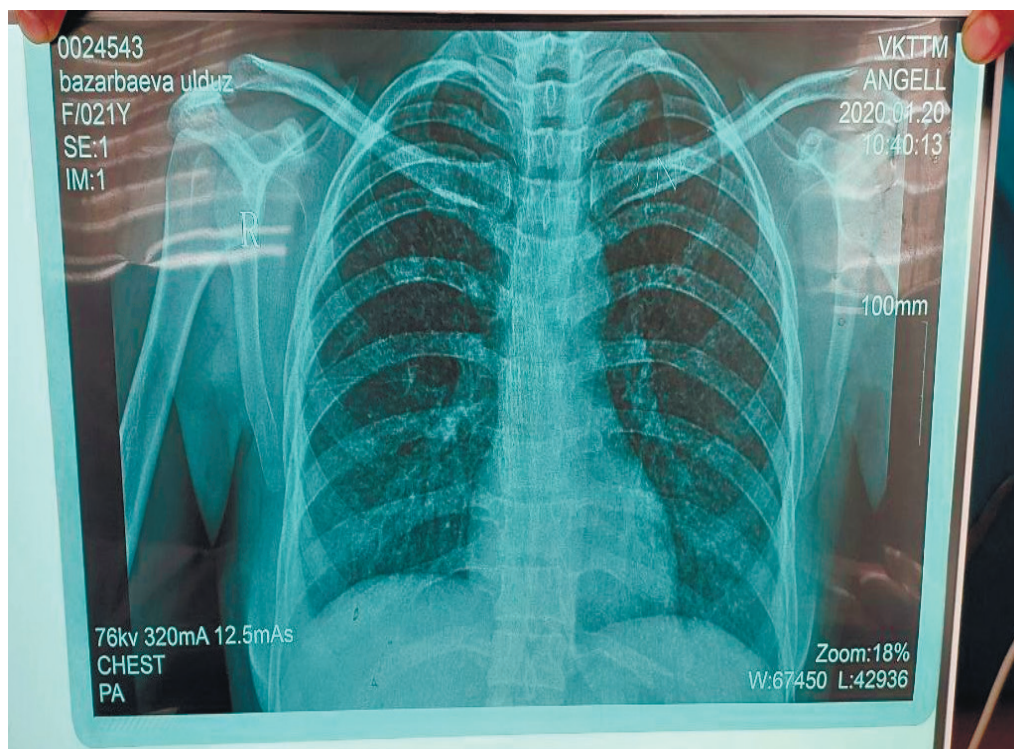


Рис. 3.Обзорная рентгенограмма больного в динамике через три месяца на фоне лечения препаратами 2 ряда

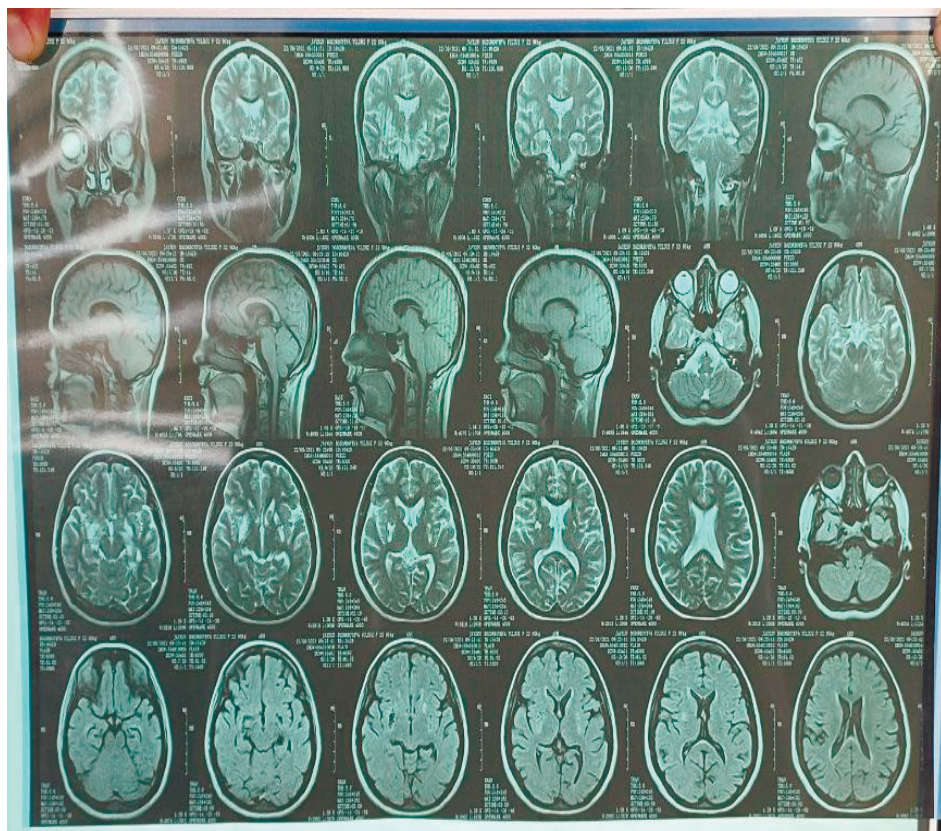


Рис. 4. МРТ исследование головного мозга больного в динамике через три месяца на фоне лечения препаратами 2 ряда

вяло положительный, повышены периферические рефлексы конечностей.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки с обеих сторон тотально по всем легочным полям определяются симметричные, однотипные, множественные, мелкие очаговые тени, средней интенсивности, с довольно четкими контурами. Корни легких усилены уплотнены. Синусы свободные. Сердце и аорта в пределах нормы (рисунок 1).

В анализе ликвора: Gene Xpert - МТБ положительно, рифампицин- чувствительный. В анализ мокроты: Gene Xpert и микроскопия – МТБ отрицательно. В общем анализ крови при поступлении: гемоглобин 91 г/л, эритроциты $3,3 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $5,8 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 57%, лимфоциты 33%, моноцит 4%, эозинофилы 2%, СОЭ 20мм/ч. В общем анализ мочи: белок отрицательный, лейкоциты-25-30, эпителий 5-6/1, эритроциты - отрицательно. Биохимические показатели крови: АЛТ 0.43 ммоль/л, АСТ 0.36 ммоль/л, общий билирубин 16.4 ммоль/л, сахар 3,5 ммоль/л, мочевины 4,4 ммоль/л, креатинин 78,0 ммоль/л, калий 4,6 ммоль/л, кальций 1,8 ммоль/л, магний 0,74 ммоль/л. Анализ крови RW и ВИЧ отрицательный.

На УЗИ внутренних органов: Эхокартина гепатохолецистит. Больная была консультирована специалистами – невропатологом и специалистом туберкулезных менингитов.

На основании результатов проведенных лабораторно-инструментальных исследований и объективного осмотра был установлен диагноз: Генерализованный туберкулез: Диссеминирование туберкулез обоих легких в фазе инфильтрации БК отр. Туберкулезный менингит БК положительно (Gene Xpert ликвора рифампицин- чувствительный) Осл: Сопор, правосторонний гемисиндром, дизартрия, бульбар-

ные расстройства. Соп: Анемия смешанной этиологии.

Учитывая впервые выявленные процесс, больной была начата противотуберкулезная терапия препаратами первого ряда H75R150Z400E275 3 таб (на вес тела 53 кг) на фоне симптоматической и патогенетической терапии. В связи с сохраняющимися жалобами (головные боли, повышение температуры тела до 38-39 градусов, онемение в конечностях, прогрессивное похудание), решением лечебного консилиума больной назначен Левофлоксацин 750 мг в сутки и Канамицин 1000 мг в сутки.

На фоне обновленного лечения в течение 10 дней общее состояние больной улучшилось, температура нормализовалась, улучшился аппетит, уменьшились головные боли. Через 2 месяца состояние стало удовлетворительным, менингеальные симптомы и головные боли купировались, онемение левой конечности значительно уменьшилось, больная прибавила в весе 5 кг. Рентгенологически отмечалась значительная положительная динамика в виде рассасывания и уменьшения очагов диссеминации.

Таким образом, поздняя диагностика, неадекватный подход, отсутствие настороженности общей лечебной сети в отношении туберкулезной инфекции приводит к генерализации специфического процесса и осложнениям, которые без своевременной специализированной врачебной помощи могут привести к ухудшению состояния больного и летальному исходу.

Тщательное клиническое наблюдение за динамикой состояния больного и индивидуальный подход к этиологическому и патогенетическому лечению туберкулеза на основе разработанных алгоритмов лечения приводит к успешному лечению и положительному прогнозу заболевания.

Литература

1. Приказ Министерство Здравоохранения Республика Узбекистан №383 от 24.10.2014г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Республике Узбекистан».
2. Mikashmi Kohli, Ian Schiller, Nandini Dendukuri, Keertan Dheda, Claudia M Denking, Samuel G Schumacher, and Karen R, Xpert® // MTB/RIF assay for extrapulmonary tuberculosis and rifampicin resistance. – 2018. - №12. – P. 244-251.
3. Ракишева А.С., Тулепова Г.Э., Шопаева Г.А., Утаганова Т.К. Алгоритм диагностики туберкулезного менингита // Вестник КазНМУ. - 2015. - №1. – С. 180-182.
4. Ковалева Д.А., Шевченко П.П. Туберкулезный менингит. современные методы диагностики и терапии // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – №4-1. – С. 59-64.
5. Мишин В.Ю. Современные режимы химиотерапии туберкулезаа легких, вызванного лекарственно-чувствительными и лекарственно-резистентными микобактериями.
6. Ракишева А.С., Сапиева Ж.А., Репина Ю.В., Тулепова Г.Э., Утаганова Т.К. Особенности клиники, диагностики и исходов туберкулезного менингита в современных условиях // Вестник КазНМУ. - 2015. - №2. – С.59-61. 31 John M. Leonard, David Schlossberg Central Nervous System Tuberculosis Microbiology // Spectrum. – 2016. - Vol.5. – P. 245-251.
7. Игоница, О. В. Особенности течения туберкулезного менингита в современных эпидемиологических условиях / О. В. Игоница, Л. В. Поддубная, М. В. Федорова // Медицина и образование в Сибири. – 2013. – № 3. – С. 19.



Искандаров А.И., Қораев Б.Б.,
Юлдашев Я.М., Абдуллаева С.А.
Анджон вилояти ОИТСга қарши кураш маркази

ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ БЕМОРЛАРДА НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Калит сузлар: ОИВ-инфекцияси, пневмоцистли пневмония, оппортунистик инфекция, иммунитет танқислиги.

Key words: HIV-infection, pneumocystis pneumonia, opportunistic infection, immunodeficiency.

Долзарблиги. Одамнинг иммунитет танқислиги вирус оқибатида келиб чиққан касаллик, яни ОИВ касллиги бугунги кунда барча мамлакатлар учун муҳим муаммога айланди. Унинг таъсири бутун соғлиқни сақлаш тизимигагина эмас, балки кўплаб мамлакатларнинг иқтисодий ва миллий хавфсизлигига жиддий хавф туғдирмоқда. Хозирги пайтда, ОИВ билан касалланган беморларнинг тиббий ёрдамга мурожаат қилишларининг асосий сабабларидан бири, нафас олиш тизими зарарланиши билан боғлиқ бўлиб, ОИВ инфекциясидан вафот этган беморларнинг 80% оғир ўпка патологиясини ташкил қилмоқда. [1,2,6]. Иммунитет танқислиги бўлган одамларда реанимация ва интенсив терапия бўлимида етарлича бошланган антибактериал терапия утказилишига қарамай ўлим даражаси пневмококк пневмонияда 20,7% ни ташкил қилса, пневмококк бўлмаган пневмонияда бу курсаткич 28% ни ташкил этади [2,3,5,8]. Нафас етишмовчилиги, оғир сепсис ёки септик шок, ўпкада инфилтратларнинг тарқалиши аломатлари жиддий жамоавий пневмониянинг асосий қуринишидир [4,5,9].

Нафас олиш тизимининг функциясини бузилишига, зарарланишига олиб келадиган оппортунистик касалликларни ўз вақтида ташхислаш ва даволаш муаммолари бугунги кунда долзарб бўлиб қолмоқда.

Юқорида айтилганлар билан боғлиқ ҳолда, ОИВ инфекциясига чалинган беморларда ўпка патологиясини эрта ташхислаш усуллари аниқлаш учун ушбу йўналишда тадқиқотлар ўтказиш зарурлигини тақозо этади.

Илмий ишнинг мақсади ва вазифалари: ОИВ билан касалланган беморларда касалликни турли босқичларида нафас олиш тизими патологиясини клиник-лаборатор хусусиятларини ўрганиш. ОИВ инфекциясининг турли босқичларида бўлган беморларда нафас йўллари касалликларининг клиник-таҳлилий хусусиятларини ҳамда оппортунистик инфекцияларни учраш даражасини аниқлаш.

Материаллар ва услублар. Юқоридагилардан келиб чиқиб биз турли босқичларда ОИВ инфекция-

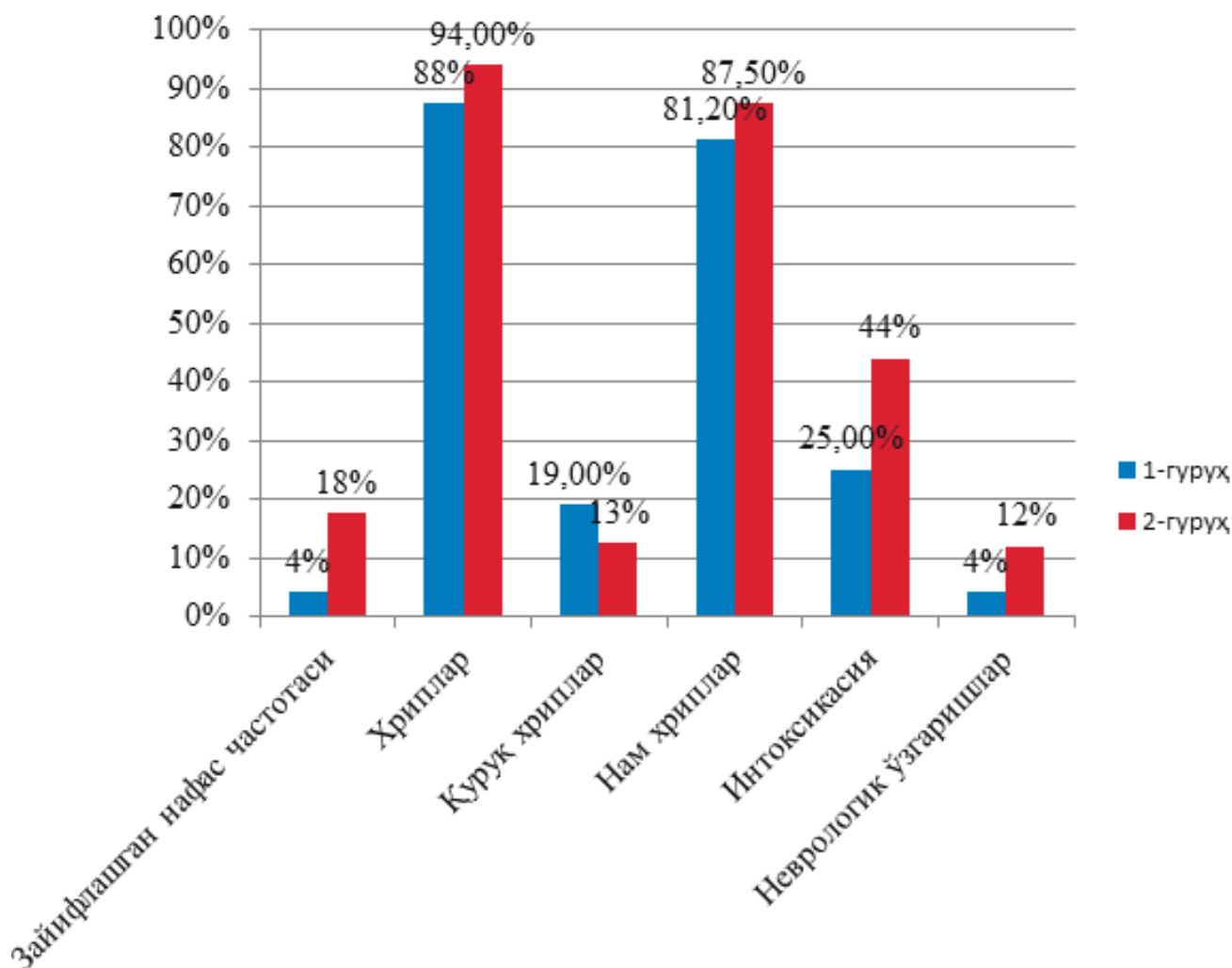
си фонида нафас йўллари касалликлари билан Анджон вилояти юқумли касалликлар шифохонасида даволанаётган 24 ёшдан катта бўлган 41 нафар беморларни кузатувга олдик. Кузатувимиздаги беморларни ёши, жинси бўйича бир хил бўлган 2 гуруҳга ажратдик: биринчи гуруҳ – 24 та АРВТ ни қабул қилган беморлар, иккинчи гуруҳ - АРВТ олмаган 17 та бемор.

Беморлар сўровини ўтказишда маълумотлар тўплашнинг ягона стандартлаштирилган шаклларида фойдаланилган. Касаллик тарихида вирусли гепатит В,С, сурункали герпес инфекцияси, цитомегаловирус инфекцияси, кахексия, Капоши саркомаси, орофарингеал кандидоз каби бирга келадиган касалликлар ҳақида маълумотлар аниқланган. Қабул пайтида тана ҳарорати, йўталнинг мавжудлиги, балғамнинг хоссалари, нафас қисилиши, заифлик, вазн йўқотиш ва қон туфлаш шикоятлари баҳоланди.

Серологик диагностикада тасдиқланган беморларни СД₄ – лимфоцитлар даражасини мкл. да аниқлаш билан клиник қон текшируви ўтказилди.

Барча беморларда таҳлилий: умумий қон (лейкоцитлар, эритроцитлар, гемоглобин, ЭЧТ); биокимёвий қон таҳлиллари (умумий оксил, умумий билирубин, аланин аминотрансфераза, аспартат аминотрансфераза, билирубин, глюкоза, фибриноген), вирусли гепатит В, С, цитомегаловирус ва герпес вирусига умумий антикорлари аниқланди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокама-си Кузатувимиздаги беморларни биринчи гуруҳни 24(58,5%) АРВТ қабул қилган беморлар ташкил қилган, 2-чи гуруҳимизга 17(41,5%) АРВТ қабул қилмаган беморларни олганмиз. Хар иккала гуруҳдаги беморларда нафас йўллари касалликлари билан шифохонага келган. 1-гуруҳда пневмоцит зотилжам 7(29,1%) аниқланган, 9(37,5%) зотилжам, 8(33,3%) сурункали бронхит кузатилган бўлса, 2-чи гуруҳимиздаги беморларнинг 7(41,1%) пневмоцит пневмония, 9(53%) зотилжам ва бир нафар беморда 6% сурункали бронхит кузатилган.



Расм 3.6. Касалхонага ётқизилганида аниқланган пневмония билан оғриган беморларда клиник кўриниш

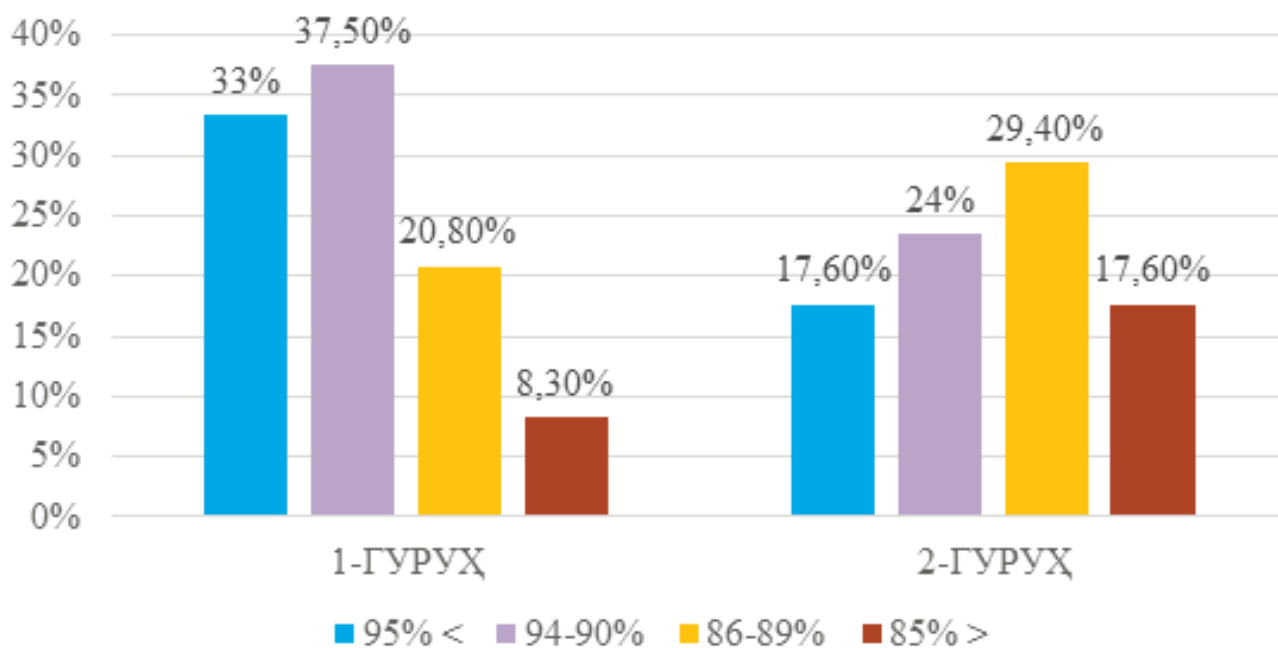
Касалхонага ётқизилгандан сўнг беморнинг антиретровирус терапияси тарихи ўрганилди. Бемор билан суҳбатдан ташқари, ОИТС марказидан маълумотлар сўралган. Натижалар шуни кўрсатдики, 2-чи гуруҳдаги беморлар АРВТ олмаган. 1-гуруҳдаги беморларнинг 9(66%) сони мунтазам равишда АРВТ ни қабул қилинишлиги аниқланган, беморларнинг 6(34%) терапияни тартибсиз қабул қилган.

Беморларда энг кўп учрайдиган касалликлар орасида вирусли гепатит В, С, оғиз бўшлиғи кандидози, цитомегаловирус ва герпетик инфекция аниқланди. 1-гуруҳда вирусли гепатит С 7 (29%), вирусли гепатит В 3(12%) ҳолларда кузатилган, текширувда орофарингеал кандидоз 7 (29%), цитомегаловирус инфекцияси – 2 (8,3%), сурункали герпес инфекцияси беморларнинг 2 (8,3%) қайд этилган. Бу гуруҳдаги беморларда Саркома капوشي кузатилмади.

2-гуруҳдаги беморларда гепатит С билан касалланиш ҳолатлари 9 (53%), вирусли гепатит В – 2 (12%), Орофарингеал кандидоз 7 (41%) ҳолларда

камроқ кузатилган. 2-гуруҳда цитомегаловирус инфекцияси 7 (41%) ни ташкил этди ($p < 0,001$). Турли хил локализацияни қайта тиклаш босқичида сурункали герпес инфекцияси 2 (12%) ҳолларда кузатилган. 2-гуруҳдаги беморларнинг 1 (6%) Саркома капوشي билан касалланган.

Иккала гуруҳдаги беморларда кўкрак қафасининг аускултациясида нафаснинг заифлашиши аниқланган, 1-гуруҳда заифлашган нафас олиш частотаси 1 (4,1%), 2-гуруҳда 3 (18%) беморларда кузатилган ($p = 0,81$). 1-гуруҳдаги беморларнинг 14 (88%) да аускультатив хириллаш аниқланган, уларнинг кўпчилигида нам хириллашлар - 13 (81,2%) беморларда аниқланган. 1-гуруҳдаги беморларда 3 (19%) ҳолларда куруқ хириллашлар кузатилган. 2-гуруҳда хириллашлар беморларнинг 15 (94%) да, уларнинг 14 (87,5%) ҳолларда ҳўл хириллашлари – кузатилган, бошқа ҳолларда – куруқ 2 (12,5%) хириллашлар эшитилган.



3.7. Расм. ОИВ инфекцияси фонида нафас йўллари касалликларида ўпкиннинг кислород билан тўйинганлик кўрсаткичи (n=41).

Интоксикация белгилари баҳоланганда, 1-группадаги беморларда 6 та ҳолатда (25%) кузатиш бўлса, 2-группада интоксикация беморларнинг 7 тасида (44%) намоён бўлди.

Ушбу қийматларни таққослашда сезиларли статистик фарқ қайд этилди ($p = 0,044$). 1-группадаги марказий асаб тизимининг бузилиши бир нафар (4,1%), 2-группада – 2 (12%) нафар беморларда кузатиш ($p = 0,068$).

Юрак уриши ва қон босими кўрсаткичлари баҳоланди. 1-группада беморларнинг 2 тасида (35,2%) юрак уриш тезлиги дақиқасига 90 дан кам, 90 дан 99 гача – 5 (21%), 100 дан ортиқ 8 та (33,3%) беморда кузатиш. 2-группа беморларида эса 90 дан кам юрак уриш тезлиги 6 та (8,3%) беморда, 90 дан 99 гача – 6 (35,2%), 5 (29,1%) нафарида дақиқасига 100 дан ортиқ бўлган бўлса, гуруҳларни солиштирганда, юрак уриш тезлигининг барча учта диапозони сезиларли даражада фарқ қилади ($p < 0,05$).

Қабул қилинганда, пульсоксиметр ёрдамида барча беморларда кислороднинг тўйинганлиги баҳоланди. 1-группадаги беморларда 95% дан ортиқ тўйинганлик 8 та (33,3%) ҳолатда, 90-94% гача пасайиш – 9 (37,5%) да, 86-89% оралиғида 5 (20,8%) ҳолатда кузатиш. Қабул қилинган беморларнинг 2 (8,3%) нафарида тўйинганликнинг 85% дан кам бўлган кескин пасайиши кузатилди. 2-группада беморларнинг 3 (17,6%) нормал тўйинганлик кузатилган (пульсоксиметрияси билан 95% дан ортиқ), 90 дан 94% гача пасайиш 4 (23,5%) ҳолатда, 5 тасида (29,4%) 86 дан 89% гача бўлган, ҳолларда 3 та (17,6%) ҳолатда текшириш пайтида кислород билан тўйинганликнинг 85% дан кам пасайиши қайд этилган.

Таққослашда, 1-группадаги беморларда сезиларли даражада тез-тез тўйинганлик сони 96% ва ундан юқори бўлган ($p=0,004$), 2-группадаги беморларда тўйинганликнинг пасайиши 1-группага нисбатан 90% дан кам бўлган ($p = 0,05$).

Қабул қилинган биринчи кунда барча беморлар умумий ва биокимёвий таҳлиллар ўтказилди. Қиёсий таҳлил натижаларида қуйидагилар кузатилди: 1-группада лейкоцитоз 15 нафар (62,5%) беморларда, лейкоцитопения – 7 та (29,1%) ҳолатда кузатилган. Эритроцитлар ва гемоглобин сонининг мос равишда 19 та (51%) ҳолатда камайиши қайд этилган. 1-группадаги беморларда тромбоцитопения 8 та (32,5%) ҳолларда, 17 (70,8%) да эритроцитлар чўкиш тезлиги 20 мм/соат дан ортиқ ошиши кузатилди.

Қоннинг биокимёвий таҳлилида 12 (50%) ҳолларда умумий протеин даражасининг 60 г/л дан пасайиши қайд этилган. Умумий билирубин даражаси 20 ммоль/л дан ортиши 1-группадаги беморларнинг 5/20% аниқланди. Периферик қонда глюкоза даражаси 1-группадаги беморларнинг 2 (8,3%) 6,5 ммоль/л дан ошди.

2-группада лаборатория текширувлари натижаларида қуйидаги ўзгаришлар кузатилган: лейкоцитоз 10 (64,7%) ҳолларда, лейкоцитопения 4/см³ дан кам – 5 (29,4%) ҳолларда қайд этилган. Эритроцитлар сони 15 (88,2%) ҳолларда камайиши қайд этилган. 2-группадаги беморларда тромбоцитопения 7 (42,5%) ҳолларда қайд этилган. Беморларнинг 11 (65%) ЭЧТ 20 мм/с тезлашиши кузатилган.

Биокимёвий қон тестидаги мос ёзувлар қиймат-

ларидан оғишлар орасида 12,5% ҳолларда умумий протеин даражасининг 60 г/л дан кам пасайиши қайд этилган. 20 ммол/л дан ортиқ умумий билирубин даражаси 2-гуруҳдаги беморларнинг 7,5% ни ташкил этди. 2-гуруҳдаги беморларнинг 4 (22,5%) периферик қондаги глюкоза даражаси 6,5 ммол/л дан юқори бўлган.

Қабул қилинганда 1 ва 2-гуруҳлардаги беморларнинг рентгенологик ташхисотида қуйидаги натижалар олинди.

1-гуруҳдаги беморларда бир томонлама шикастланишлар 5(21%) ҳолларда содир бўлган, уларнинг орасида ўпканинг 1 дан кам қисми таъсирланмаган. 6(25%) ҳолларда рентгенограмма 1-2 бўлаклари таъсир қилувчи бир томонлама шикастланишлар аниқланган. Беморларнинг 3/12,5% да бир томондан 2 тадан ортиқ бўлаклари таъсирланган. 2(8,4%) ҳолларда 1-гуруҳдаги беморларда икки томонлама шикастланишлар кузатилган, ҳар икки томоннинг 1 дан кам бўлаклари 1(4,2%) ҳолларда, ўпканинг ҳар икки томонида 1 дан 2 гача бўлган бўлақлар – 2(4,2%) да таъсирланган. 1-гуруҳдаги беморларда ўпка тўқималарининг катта шикастланиш белгилари аниқланмади.

2-гуруҳдаги беморларда ўпканинг оддий рентгенографияси натижалари шуни кўрсатдики, 6(32,5%) ҳолларда ўпка тўқималарига бир томонлама зарар етказилган, беморларнинг 9(53,8%) да бир томондан 1 дан кам бўлак зарарланган. 1-2 бўлак беморларнинг 7 (38,5%), 2 тадан ортиқ шикастланишлар – 1 (7,7%) ҳолатда. 2-гуруҳдаги 7 (41,2%) ҳолларда рентгенограммада шикастланишнинг икки томонлама табиати қайд этилган, улардан 2 (12%) беморда иккала томонда биттадан кам бўлак, 3 (17,6%) да 1-2 бўлак зарарланган, 2 дан ортиқ бўлақлар - беморларнинг 2 (12%) да.

2-гуруҳда 2 (12,5%) беморларда рентгенограммада деструктив ўзгаришлар кузатилган. ОИВ инфекцияси бўлган беморларда нафас олиш тизими касалликларининг клиник кечиши ўрганилиши хусусиятлари касалликнинг атипик шакллари



аниқлашга имкон беради. ОИВ инфекцияси билан касалланган беморларнинг ўлимига сабаб бўладигон оппортунистик касалликлари ривожланишини олдини олишга, эрта аниқланиши самарали даволаш чора-тадбирлари ўтказилишига қўшимча омиб бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Хулосалар

1. ОИВ инфицирланган беморлар нафас йўллари касалликлари билан шифохонага ётқизилганда салбий оқибатларга олиб келувчи қуйидаги клиник белгилар кузатилди; 6 ой мобайнида вазн камайиши, организмни кислород билан тўйинганлиги 90% кам бўлиши ва ўпканинг икки томонлама шикастланиши аниқланди.

2. ОИВ инфицирланган беморлар оғир хамроҳ касалликларига вирусли гепатит, кахексия, герпетик ва цитомегаловирус инфекцияси, орофаренгеал кандидоз купроқ учраганлиги аниқланди.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Акилов А.А. ва ҳаммуал. "ВИЧСПИД и TORCH-инфекции". Шифокорлар учун қўлланма, Тошкент, 2006 й., 192 бет.
2. Запорожан В.Н., Аряев Н.А. "ВИЧ-инфекция и СПИД". Киев, 2003 й.
3. Боровицкий, В.С. Пневмоцистная пневмония, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение (лекция) [Текст] / В.С. Боровицкий // Проблемы медицинской микологии. - 2012. - № 1. - С. 13-20.
4. Ермак, Т.Н. Современный портрет пневмоцистной пневмонии у больных ВИЧ-инфекцией [Текст] / Т.Н. Ермак // Успехи медицинской микологии. - 2014. -
5. Зюзя. Ю.Р. Морфологические особенности пневмоцистной пневмонии при ВИЧ-инфекции [Текст] Пульмонология. - 2012. - № 5. - С. 56-61.
6. Кравченко., и соав. А.В. Оппортунистические (вторичные) поражения у больных с ВИЧ – инфекцией. Инфекции, вызываемые другими микобактериями [Текст] - Москва, 2013 – С. 160-163.
7. Рассохин, В.В. ВИЧ-инфекция и заболевания системы дыхания. Вирус иммунодефицита человека [Текст] / под ред Н.А. Белякова А.Г. Рахмановой. – СПб: Балтийский медицинский образовательный центр. - 2011. - С. 126-134.
8. Ющук, Н.Д. Стратегии оценки приверженности антиретровирусной терапии у пациентов с ВИЧ-инфекцией [Текст] / Н.Д. Ющук, Н.А. Сирота, О.Н. Федяева // Клиническая медицина. - 2016. - № 1. - С. 42-47.
9. Carmona Eva M. Update on the Diagnosis and Treatment of Pneumocystis Pneumonia / M. Eva Carmona [et al.] // Ther. Adv. Resp. Dis. — 2011. — Vol. 5, N 1. — P. 41–59.



Исроилова Ф.А., Тилляшайхов М.Н., Рахматова Д.Л.,
Умаров М.Х., Туйджанова Х.Х., Хушвакова С.У., Имамов О.А.
Республиканский Специализированный Научно-Практический
Медицинский Центр Онкологии и Радиологии

СОЧЕТАННЫЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ И РАК

ВИЧ/СПИД перестал быть только инфекционной болезнью [22], с этой проблемой так же часто сталкиваются и в онкологической службе. Общее ослабление иммунитета ведет к тому, что злокачественные процессы у ВИЧ-положительных людей развиваются стремительно. Однако у современной медицины есть все возможности, чтобы оказать эффективную помощь людям с сочетанием этих двух патологий.

Эпидемиологическая ситуация ВИЧ-инфекции и злокачественных новообразований (ЗНО), на сегодняшний день остается неблагоприятной, в связи с чем, влияние распространенности ВИЧ-инфекции на проявления ЗНО требует специального эпидемиологического надзора и повышенной клинической настороженности. По данным проведенных многочисленных исследований известно, что злокачественные опухоли развиваются у 40% больных с ВИЧ-инфекцией [10]. К сожалению, взаимосвязь между ВИЧ и ЗНО до сих пор остаётся не до конца установленной. У людей с иммунодефицитом не хватает Т-клеток – защитников иммунной системы, которые распознают чужеродные белки в организме. Если иммунная система имеет сниженный статус, Т-клеток мало – рак начинает развиваться стремительно. Одна из основных гипотез, объясняющая связь онкогенеза с ВИЧ-инфекцией, основывается на том, что вызванная ВИЧ иммуносупрессия препятствует надзору со стороны иммунной системы, в результате чего своевременно не подавляется рост трансформированных клеток. Другим фактором, является секреция гиперактивированными клетками иммунной системы повышенных концентраций определенных цитокинов. В частности, провоспалительные цитокины и другие субстанции, продуцируемые ВИЧ-инфицированными мононуклеарами как ответ на инфекцию, служат мощным фактором роста клеток саркомы Капоши [11, 12]. Развившиеся на фоне ВИЧ-инфекции ЗНО имеют более агрессивное течение, труднее поддаются лечению.

По рекомендациям экспертов ВОЗ, ряд опухолей у ВИЧ инфицированных считаются СПИД-ассоциированными (их еще называют индикаторными). К ним отнесены саркома Капоши, первичная лимфома центральной нервной системы и другие неходжкинские В-клеточные лимфомы (НХЛ), инвазивный рак шейки матки, плоскоклеточный рак анального отверстия, прямой кишки, рак органов шеи и головы, чешуйчатый рак кожи [13]. По достоверным источ-

никам вероятность возникновения НХЛ в 60–100 раз выше у больных ВИЧ-инфекцией по сравнению с общей популяцией, а риск плоскоклеточного рака выше в 20–37 раз, саркомы Капоши (СК) наблюдаются в 199 раз чаще, ее развитие связывают с инфицированием вирусом HHV-8 [11, 14, 26]. Заболевание характерно для мужчин-гомосексуалистов, у которых оно диагностируется в 10–20 раз чаще, чем у женщин [10, 11], особое место в патологии у женщин с ВИЧ-инфекцией занимает рак шейки матки (РШМ), течение которого имеет свои отличия: заболевание выявляется в более раннем возрасте, часто дает атипичное метастазирование, имеет высокую частоту рецидивов, может манифестировать при относительно высоком, часто нормальном уровне CD4+-клеток. Смертность от рака шейки матки среди ВИЧ-инфицированных женщин в 3,5 раза выше, чем в общей популяции [10].

В последние годы за счет широкого охвата ВИЧ-инфицированных антиретровирусной терапией (АРВТ) СПИД-ассоциированные ЗНО стали регистрироваться реже, снизилось число случаев СК и НХЛ. Вместе с тем увеличение продолжительности жизни больных ВИЧ привело к росту ЗНО, напрямую не связанной с ним и часто обусловленной другими факторами риска (ФР), например, другими вирусами, курением и употреблением алкоголя. Ряд ЗНО не рассматриваются СПИД-определяющими, однако на фоне ВИЧ встречаются чаще, чем в общей популяции, например, лимфома Ходжкина (ЛХ), Т-клеточные лимфомы, рак прямой кишки, рак яичек, рак легких, рак ротовой полости, рак кожи, меланома [14]. По динамике смертности от рака среди ВИЧ-инфицированных пациентов в 2005 г. во Франции явились причиной трети случаев. Авторы исследования отмечают, что курение явилось дополнительным ФР развития ЗНО на фоне ВИЧ-инфекции [16].

ЗНО у больных с ВИЧ-инфекцией обычно предусматривает назначение стандартного противоопухолевого лечения совместно с АРВТ. Прохождение химиотерапии может быть сложным для больных СПИДом, поскольку костный мозг, который должен производить новые клетки крови, как правило, оказывается уже пораженным ВИЧ-инфекцией. Проведение высокоактивной АРВТ позволяет ВИЧ-положительным больным проходить полные курсы химиотерапии. В настоящее время для ВИЧ-инфицированных больных разрабатываются альтернативные методы лечения рака на основе моноклональных

антител и трансплантации стволовых клеток. Профилактика, ранняя диагностика, своевременное лечение и отслеживание статистики ЗНО должны быть включены в рутинную практику ведения ВИЧ-инфицированных больных. Необходима модификация мер профилактики ЗНО при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Помимо эффективной АРВТ пациенты должны вести максимально здоровый образ жизни, отказавшись от табака и алкоголя.

Подбор схем лечения АРВ препаратов при наличии онкологии должен быть очень индивидуален. Схема состоит из 3-4 препаратов, и каждый воздействует на те или иные клетки. Когда мы начинаем терапию против роста опухолевых клеток, в комплекс включаются препараты, которые предотвращают развитие тяжелых осложнений.

Целью исследования явилось выявления сочетанной ВИЧ инфекции и рака, определение активности процесса, проведение химиотерапии (ХТ) на фоне сопроводительной АРВТ.

Материалы и методы: проведен анализ пролеченных больных с сочетанной ВИЧ инфекцией и рака за 2019-2021 гг, распределение их по возрасту, полу, нозологической форме рака, региону, по выявляемости (впервые и уже состоящие на учете), по иммуноблоту (ИБ).

Результаты и обсуждения: По возрастной категории: 2019 год: 1 ребенок 1 года, 15-20 лет-5 пациентов, 20-25 лет-1, 25-30 лет-1, 30-35 лет-5, 35-40 лет-2, 40-45 лет-7, 45-50 лет-4, 50-55 лет-3, 55-60 лет-1, 60-65 лет-3.

За 2020 год: 5-10 лет-1, 10-15 л-4, 15-20л-3, 25-30 л-1, 30-35 л-1, 35-40 л-3, 40-45 л-4, 45-50 л-4, 50-55 л-1, 55-60 л-3, 60-65 л-3.

В 2021 году: 15-20 л-1, 25-30 л-4, 30-35л-2, 40-45 л-4, 45-50 л-3, 50-55 л-1, 55-60 л-1, 60-65 л-2.

По половой принадлежности за 2019 год было выявлено у 33 пациентов (муж-17, жен-16), 2020г-28 (муж-7, жен-21), 2021г-18 (муж-8, жен-10).

По нозологической форме рака за 2019 г рак яичников (РЯ) был выявлен у 2х пациенток, СК 2, рак яичка -1, рак глазного яблока 2, НХЛ-7, ЛХ-1, саркомы костей (СА) 5, ПКР у 4х из них РШМ 2, рак неба 1, рак гортани 1, рак тимуса 1, рак желудка (РЖ) 2, рак молочной железы (РМЖ) 1, рак слюнных желез 1 и у 4х пациентов обратившихся по поводу лимфаденопатии (ЛАП). В 2020 году ЛХ 2, РШМ 1, РЖ 3, рак щитовидной железы (РЩЖ) 1, рак кожи 1, НХЛ 3, ЛАП 4, первичный очаг не выявленный рак 2, СА

1, рак носоглотки 1, ЗНО малого таза 2, рак околоушных слюнных желез 1, рак мочевого пузыря (РМ) 1, рак глазного яблока 1, рак прямой кишки (РПК) 1, РМЖ 1, рак средостения 1, РЯ 1. В 2021 году РПК 1, полиппоз толстого кишечника, ЛХ 3, РШМ 5, РЖ 1, рак пищевода (РП) 1, РМЖ 1, рак головного мозга 1, эрозия шейки матки 1, НХЛ 1, рак глазного яблока 1.

По регионам: г.Ташкент за 2019г 12 (Алмалыкский район 6, Яшнабад-2, Сергели3, Мирза Улугбекский 1), 2020г год 4 (МУ 1, Яшнабад1, Сергели1, Яккасарайский 1), 2021 год 7 (МУ 2, Сергели 3, Мирабадский 1, Хамзинский 1).

Ташкентская область за 2019 год 1, 2020 год 7.

Сирдарьинская область за 2019г 2, 2020 г 3, 2021г 1.

Жиззакская область 2019г-2, 2020г-2.

Самаркандская область за 2019г 3, 2020г 1, 2021г 2.

Андижанская область за 2019 г-4, 2021г-3.

Наманганская область за 2019г 1, 2020г-2.

Ферганская область за 2019г 3, 2020г-2, 2021г-1.

Хорезмская область за 2019г 3, 2020г 1.

Кашкадарьинская область 2019г 1, 2020г-4, 2021г-1.

Киргизская республика 2019г 1.

Сурхандарьинская область за 2020г-1, 2021г-2.

Казахстанская Республика 1 за 2020г.

ККР за 2021г-1.

Впервые выявленные случаи в условиях РС-НПМЦОиР за 2019 год у 19 пациентов, 14 уже состоящие на учете. 2020 году впервые выявлено было у 20, на учете были 8. В 2021 году 1-ые у 10, 2-ые у 8. За периоды 2019-2021 гг методом ИФА было положительно у 7 пациентов дважды, а по иммуноблоту отрицательно.

Выводы : По данным нами проведенного анализа за периоды 2019-2021 гг чаще выявлялись в возрасте 15-20, 30-35,40-55 лет, по половой принадлежности преобладали женщины, чаще сочетались с лимфомами, плоскоклеточным раком, саркомами, раком желудка, раком глазного яблока, РМЖ, РЯ.

По регионам на первом месте был город Ташкент, затем Ташкенская, Сирдарьинская, Самаркандская, Андижанская, Ферганская, Кашкадарьинская и Жиззакские области. Следует отметить что за эти периоды пациентов обратившихся с Бухарской области ВИЧ инфекции не было выявлено и был выявлен единичный случай с ККР.

Литература

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; 2016: 105.
2. Шилова М.В. Эпидемическая обстановка по туберкулезу в Российской Федерации к началу 2009 г. Туберкулез и болезни легких. 2010; (5): 14-21.
3. Шилов И.С. Синдром приобретенного иммунодефицита человека и онкологические заболевания. Успехи современного естествознания, 2011; (8): 143-4. uRL: <http://www.natural-sciences.ru/ru/article/view?id=27756> (дата обращения: 17.10.2016).



Искандарова Г.Т., Рахманова Ж.А.,
Зоирова Н.Т., Ёдгоров Ў.А.

Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Хулоса. Касалликларни математик моделлаштириш замонавий дунёда долзарб муаммо ҳисобланади. Кўпроқ тадқиқотчилар маълум бир касалликни башорат қилиш учун математик моделларга мурожаат қилмоқдалар, чунки улар аҳолида содир бўлаётган муайян жараёнлардаги ўзгаришларни энг тўғри ва аниқ ўрганишга ёрдам беради. Математик моделлаштириш тиббиётнинг баъзи соҳаларида, масалан, эпидемиологияда ҳақиқий тажрибалар имконсиз ёки қийин бўлганда амалга ошириш мумкин. Мақола тиббиётда математик моделлаштиришдан фойдаланиш имкониятларини ўрганишга бағишланган. Кўриқда мазкур йўналиш тараққиётининг асосий босқичлари, эришилган ютуқлари ва истиқболлари кўрсатилган.

Калит сўзлар: математик моделлаштириш, прогнозлаш, эпидемиология, юқумли касалликлар

Abstract. Mathematical modeling of diseases is an urgent problem in the modern world. More and more researchers are turning to mathematical models to predict a particular disease, as they help the most correct and accurate study of changes in certain processes occurring in society. Mathematical modeling is indispensable in certain areas of medicine, where real experiments are impossible or difficult, for example, in epidemiology. The article is devoted to the historical aspects of studying the possibilities of mathematical modeling in medicine. The review demonstrates the main stages of development, achievements and prospects of this direction.

Key words: mathematical modeling, forecasting, epidemiology, infectious diseases

Анотация. Математическое моделирование заболеваний является актуальной проблемой в современном мире. Все больше исследователей обращаются к математическим моделям для составления прогноза того или иного заболевания, так как они помогают наиболее правильно и точно изучить изменения определенных процессов, происходящих в социуме. Математическое моделирование незаменимо в определенных областях медицины, где невозможны или затруднены реальные эксперименты, например в эпидемиологии. Статья посвящена изучению возможностей применения математического моделирования в медицине. Обзор демонстрирует основные этапы развития, достижения и перспективы данного направления.

Ключевые слова: математическое моделирование, прогнозирование, эпидемиология, инфекционные заболевания

Математическое моделирование заболеваний является актуальной проблемой в современном мире. Все больше исследователей обращаются к математическим моделям для составления прогноза того или иного заболевания, так как они помогают наиболее правильно и точно изучить изменения определенных процессов, происходящих в социуме. Математическое моделирование незаменимо в определенных областях медицины, где невозможны или затруднены реальные эксперименты, например в эпидемиологии. Принципы математических моделей в эпидемиологии заболеваний сильно отличаются от моделей, применяемых в естественных науках, так как нет определенных неизменяемых зависимостей, доказанных экспериментом. Математическое моделирование в прогнозировании вопросов распространения заболевания может оказать глобальную помощь в принятии решений профилактики, лечения, финансирования. Математическая модель распространения инфекционного заболевания в популяции описывает передачу патогена между хозяевами в зависимости от характера контактов среди больных и восприимчивых людей, латентного периода от заражения до заражения, продолжитель-

ности болезни, степень приобретенного иммунитета после заражения и т.д. После того как все эти факторы будут смоделированы, можно делать прогнозы о количестве инфицированных людей, пиковой заболеваемости, то есть предсказать всю эпидемию и модель предоставит ожидаемое количество случаев на каждый момент времени. При таком математическом моделировании можно сделать выводы об эпидемическом пороге, размере эпидемии, когда она произойдет. Эпидемический порог подразумевает, что если провакцинировать часть населения до прибытия патогена, чтобы снизить начальную долю восприимчивых, то можно предотвратить эпидемию. Этот результат лежит в основе концепции общего иммунитета, согласно которой профилактика эпидемии может быть достигнута, если вакцинируется достаточно большая часть населения. Если уровень охвата вакцинацией недостаточно высок, то можно только уменьшить масштабы эпидемии, но не предотвратить ее. Если доля населения, обладающего иммунитетом, превышает уровень коллективного иммунитета для болезни, то болезнь больше не может сохраняться в популяции. Таким образом, если этот уровень может быть превышен

путем вакцинации, болезнь может быть устранена. Примером того, что это было успешно достигнуто во всем мире, является глобальная ликвидация оспы, последний случай дикого заболевания произошел в 1977 году. Если программа вакцинации приводит к тому, что доля иммунных индивидуумов в популяции превышает критический порог для По прошествии значительного времени передача инфекционного заболевания в этом населении прекратится. Это называется устранением инфекции и отличается от искоренения.

Искоренение - прерывание эндемической передачи инфекционного заболевания, которое происходит, если каждый инфицированный человек заражает меньше, чем один другой, достигается путем поддержания охвата вакцинацией для сохранения доли иммунных людей выше критического порога иммунизации.

Ликвидация - снижение числа инфекционных организмов в дикой природе во всем мире до нуля. Пока это было достигнуто только в отношении оспы и чумы крупного рогатого скота. Чтобы добиться искоренения, необходимо уничтожение во всех регионах мира.

Распространение вируса SARS-CoV-2 продолжается во всем мире. Большие надежды возлагаются на вакцины, которые разрабатываются во многих ведущих научных центрах мира, в том числе в Республике Узбекистан.

С помощью эпидемиологической модели можно провести анализ и прогноз динамики заболеваемости COVID-19 к примеру на территории города Ташкента и определить основные подходы к организации противоэпидемических мероприятий (ПЭМ) с учетом вакцинации населения на сезон 2022/2023 гг. Эпидемиологическая модель на базе отечественной теории математического моделирования эпидемий даст прогнозную оценку на среднесрочный период который должен проводиться на основе прогнозных сценариев развития эпидемической ситуации при различных изменениях противоэпидемических мероприятий (по изоляции инфицированных и контактных лиц, прерыванию механизма передачи), в том числе с учетом различных объемов вакцинации населения города Ташкента.

Вычислительные эксперименты показали, что существует вероятность подъема заболеваемости при ослаблении противоэпидемических мероприятий в отсутствие вакцинации населения. При этом высота пика ежедневной заболеваемости зависит от степени снижения противоэпидемических мероприятий и практически не зависит от времени начала их снижения. Проведение вакцинации на фоне ослабления противоэпидемических мероприятий позволяет снизить заболеваемость, однако степень влияния зависит от времени начала, объема и скорости охвата населения вакцинацией.

Наиболее известная и парадигматическая модель в математической эпидемиологии — это простая модель SIR, описанная W.O. Kermack и A.G. McKendrick в 1927 году. В ней с помощью систем дифференциальных уравнений (непрерывное время) или разностных уравнений (дискретное время) описывается динамика групп восприимчивых, инфицированных и выздоровевших индивидов. В этой модели популяция делится на восприимчивых, инфекционных и выздоровевших особей, причем функции $S(t)$, $I(t)$ и $R(t)$ обозначают их соответствующие доли в популяциях в момент времени t (измеренный, например, в днях). В упомянутых работах для задач эпидемиологии был впервые применен так называемый «закон действующих масс», согласно которому количество вновь инфицированных в популяции прямо пропорционально произведению текущих численностей восприимчивых и инфицированных индивидов. При таком математическом моделировании можно сделать выводы об эпидемическом пороге, размере эпидемии, когда она произойдет. Эпидемический порог подразумевает, что если провакцинировать часть населения до прибытия патогена, чтобы снизить начальную долю восприимчивых, то можно предотвратить эпидемию. Этот результат лежит в основе концепции общего иммунитета, согласно которой профилактика эпидемии может быть достигнута, если вакцинируется достаточно большая часть населения. Если уровень охвата вакцинацией недостаточно высок, то можно только уменьшить масштабы эпидемии, но не предотвратить ее. Результаты вычислительных экспериментов показали, что для предотвращения значительного подъема заболеваемости COVID-19 на фоне проводимой вакцинации необходимо поддерживать остальные противоэпидемических мероприятий до достижения объема охвата вакцинацией около 2 млн человек в г.Ташкенте. Оптимальным представляется сохранение мер по изоляции и прерыванию механизма передачи до достижения суммарного объема охвата вакцинацией 2 млн человек, после которого возможно значительное ослабление ограничительных мер; при охвате вакцинацией более 50% населения Ташкента возможна их полная отмена.

Таким образом, математическое представление биологических процессов обеспечивает прозрачность и точность в отношении эпидемиологических допущений, позволяя проверить понимание эпидемиологии заболевания путем сравнения результатов модели и наблюдаемых закономерностей. Модель также может помочь в принятии решений, делая прогнозы относительно важных вопросов, таких как изменения в распространении заболевания. Факт, который заслуживает особого внимания, за-



ключается в том, что модели передачи основаны на современном понимании инфекционного процесса иммунологических реакций. В случаях, когда такие знания отсутствуют, можно сделать предположения относительно этих процессов. Однако в таких случаях может быть несколько возможных механизмов и, следовательно, несколько разных моделей, которые могут привести к сходным наблюдаемым закономерностям, так что не всегда возможно узнать о базовых механизмах путем сравнения результатов модели. Но разные модели, приводящие к сходным

результатам в одном контексте, могут не достигать этого в другом. В таких случаях лучше проводить дальнейшие эпидемиологические и экспериментальные исследования, чтобы найти различные возможные механизмы. В заключение следует отметить, что немаловажная роль математических моделей заключается в том, что они могут предупредить нас о недостатках в нашем нынешнем понимании эпидемиологии различных инфекционных заболеваний и поставить цели и задачи для дальнейших исследований.

Список литературы:

1. Улыбин А.В. Математическая модель распространения инфекции // Вестник ТГУ. 2011. Т. 16. № 1. С. 184—187.
2. Мезенцева Л.В., Перцов С.С. Математическое моделирование в биомедицине // Вестник новых медицинских технологий. 2013. Т. XX. № 1. С. 11.
3. Леоненко В.Н. Математическая эпидемиология: учебно-методическое пособие по выполнению лабораторных работ. СПб.: Университет ИТМО, 2018. 38 с.
4. Миртазаев О.М. Эпидемиология: учеб. / под ред.: — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2018. — 692 с.: цв.ил.

**Ибадуллаева Н.С., Мусабаев Э.И.,
Байжанов А.К., Хикматуллаева А.С., Турабова Н.Р.**
Научно-исследовательский институт
Вирусологии Республиканского
специализированного научно-практического
медицинского центра эпидемиологии,
микробиологии, инфекционных и
паразитарных заболеваний, г.Ташкент

ИНДИКАТОРЫ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19

Аннотация. Ушбу мақолада С-реактив оқсил, прокальцитонин ва IL-6 миқдорининг COVID-19 ўрта оғир ва оғир/ўта оғир кечишида ўрганилган тадқиқот натижалари келтирилган. COVID-19 оғир/ўта оғир кечганда С-реактив оқсил, прокальцитонин ва IL-6 миқдорининг ортиши кузатилди, бу эса, уларни касаллик оғир кечишини аниқловчи предикторлар сифатида қўллаш имконини беради.

Калит сўзлар: SARS-CoV-2, COVID-19, С-реактив оқсил, прокальцитонин IL-6, биомаркерлар

Annotation. This article presents the results of studies on the level of C-reactive protein, procalcitonin and IL-6 in moderate and severe/extremely severe COVID-19. In severe / extremely severe course of COVID-19, an increase in the level of C-reactive protein, procalcitonin and IL-6 was revealed, which allows them to be used as predictors that determine the severe course of this disease.

Keywords: SARS-CoV-2, COVID-19, C-reactive protein, procalcitonin, IL-6, biomarkers

Аннотация. В данной статье приведены результаты исследований по изучению уровня С-реактивного белка, прокальцитонина и IL-6 при среднетяжелой и тяжелой/крайне тяжелой степени тяжести COVID-19. При тяжелом/крайне тяжелом течении COVID-19 выявлено повышение уровня С-реактивного белка, прокальцитонина и IL-6, что позволяет использовать их в качестве предикторов, определяющих тяжелое течение данного заболевания.

Ключевые слова: SARS-CoV-2, COVID-19, С-реактивный белок, прокальцитонин, IL-6, биомаркеры

Введение. Изучение чувствительных индикаторов, способных отражать изменения поражений в легких и тяжесть заболевания является актуальным при мониторинге пациентов с COVID-19. Ранний мониторинг ключевых показателей клинического состояния пациентов является важной основой для

выбора тактики лечения и ранней оценки тяжести состояния больных. Системный воспалительный ответ, вызванный SARS-CoV-2 является отличительной чертой COVID-19 инфекции, и у большинства пациентов с данным заболеванием отмечают-ся аномальные воспалительные биомаркеры [1].

Наряду со снижением числа тромбоцитов, изменением концентрации фибриногена и удлинением протромбинового времени, основными лабораторными маркерами тяжести COVID-19 являются повышение уровня D-димера, С-реактивного белка, ферритина, прокальцитонина, провоспалительного цитокина IL-6 и других цитокинов и хемокинов [2, 3, 4]. В связи с этим, изучение уровня С-реактивного белка и прокальцитонина в корреляции с провоспалительным цитокином IL-6 позволит определить их значимость в качестве биомаркеров прогнозирования тяжести течения COVID-19.

Цель исследования. Определить значимость показателей С-реактивного белка, прокальцитонина и IL-6 в оценке тяжести течения COVID-19.

Материалы и методы. Для определения значимости показателей С-реактивного белка, прокальцитонина и IL-6 в исследовании вовлечены 83 больных с различной степенью тяжести течения COVID-19. Больные со среднетяжелым течением заболевания составили – 31 человек, с тяжелым/крайне тяжелым течением заболевания – 52 человек. Диагноз COVID-19 подтверждался обнаружением РНК SARS-CoV-2 в назофарингеальных мазках методом ПЦР при госпитализации больных в клинику НИИ Вирусологии РСНПМЦЭМИПЗ. Уровень прокальцитонина в сыворотке крови тестировали с использованием набора MAGLUMI PCT (CLIA, KHP), С-реактивного белка с применением набора MAGLUMI CRP (CLIA, KHP) и провоспалительного цитокина IL-6 с использованием набора MAGLUMI IL-6 (CLIA, KHP) в автоматическом иммуноанализаторе MAGLUMI 800 компании Snibe Co., Ltd. При сравнении значений в двух группах для нормально распределенных показателей использовался t-критерий Стьюдента, критерий Хи-квадрат и точный критерий Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Больные с COVID-19 со среднетяжелым течением заболевания госпитализировались в стационар в среднем на $6,1 \pm 0,5$ день заболевания, с тяжелым/крайне тяжелым течением в среднем на $8,4 \pm 0,5$ день болезни ($p = 0,002$). Возраст больных со среднетяжелым течением заболевания достоверно был моложе по сравнению с больными с тяжелым/крайне тяжелым течением и составил $44,7 \pm 3,0$ лет и $62,9 \pm 1,92$ лет ($p < 0,05$) соответственно. При среднетяжелом течении COVID-19 ишемическая болезнь сердца выявлялась в 22,6% случаев, гипертоническая болезнь – 64,5%, сахарный диабет – 25,8% и другие хронические заболевания в 54,8% случаев. Однако, при тяжелом/крайне тяжелом течении болезни ишемическая болезнь сердца встречалась в 65,4% случаев, гипертоническая болезнь – 75,0%, сахарный диабет – 46,2%, другие хронические заболевания – 75,0%, дыха-

тельная недостаточность и ОРДС наблюдалась в 38,5% случаев. Сопутствующие заболевания наиболее часто встречались при тяжелом/крайне тяжелом течении COVID-19.

Изучение клинико-лабораторных показателей в динамике заболевания имеет важное значение при ведении пациентов. Для определения значимости прокальцитонина, С-реактивного белка и провоспалительного цитокина IL-6 в прогнозировании тяжести течения COVID-19 изучены уровни данных биомаркеров в сравниваемых группах. Показатели значения прокальцитонина и С-реактивного белка были достоверно выше у больных с тяжелым/крайне тяжелым течением COVID-19 по сравнению со среднетяжелым течением болезни. Аналогично, уровень провоспалительного цитокина IL-6 достоверно был выше в группе пациентов с тяжелым/крайне тяжелым течением COVID-19 и положительно коррелировал с уровнем прокальцитонина и С-реактивного белка (табл. 1).

Таблица 1
Показатели прокальцитонина, С-реактивного белка и IL-6 у больных с COVID-19

Показатели	Среднетяжелое течение (n=31)	Тяжелое/крайне тяжелое течение (n=52)	P
С-реактивный белок (ng/L)	$80,6 \pm 14,0$	$129,7 \pm 6,1$	$p = 0,001$
Прокальцитонин (ng/ml)	$0,12 \pm 0,01$	$0,38 \pm 0,10$	$p = 0,01$
IL-6 (pg/ml)	$26,9 \pm 4,09$	$73,0 \pm 0,21$	$p = 0,001$

Клинические исследования, проведенные различными авторами, продемонстрировали, что измененные уровни некоторых маркеров крови могут быть связаны со степенью тяжести и летальностью больных с COVID-19 [5-9]. Тяжелая течение инфекции COVID-19 у некоторых пациентов может активировать чрезмерную воспалительную реакцию и приводит к избыточной выработке провоспалительных цитокинов, хемокинов, а также других маркеров крови [10].

С-реактивный белок представляет собой тип белка, который вырабатывается печенью и служит ранним маркером инфекции и воспаления [11], а также индуцируется воспалительными цитокинами и деструкцией тканей у пациентов с COVID-19 [12]. В настоящее время признано, что С-реактивный белок обладает достаточно высокой специфичностью для выявления бактериальных или вирусных инфекций [13].

Другим маркером крови который также наиболее часто изучается при клиническом ведении больных с COVID-19 является прокальцитонин. Прокальци-



тонин является показателем системного воспалительного процесса в организме и сепсиса. Oved K. и соавторы подтверждают роль прокальцитонина в дифференциации вирусных и бактериальных инфекций у пациентов с острыми респираторными симптомами [14]. Концентрация прокальцитонина в сыворотке крови заметно повышена при тяжелых легочных бактериальных инфекциях, но остаётся нормальной или слегка повышенной при вирусных инфекциях и неспецифических воспалительных процессах [15]. Прокальцитонин высоко ценится и используется в качестве биомаркера бактериальной инфекции, однако существует противоположное мнение об эффективности прокальцитонина как прогностического инструмента при COVID-19 [16, 17]. Повышенная активность патологических цитокинов сама по себе может быть ключевым фактором секреции прокальцитонина при тяжелом

течении COVID-19 даже при отсутствии бактериальных коинфекций [18]. Повышенный уровень прокальцитонина связан с худшими клиническими исходами [19, 20]. Результаты наших исследований показали достоверное повышение уровня С-реактивного белка, прокальцитонина и провоспалительного цитокина IL-6 при тяжелом/крайне тяжелом течении заболевания, что позволяет использовать их в качестве биомаркеров риска развития тяжелой формы COVID-19.

Выводы. Показатели изученных профилей биомаркеров у больных с COVID-19 достоверно коррелируют с тяжестью течения болезни и могут быть специфичными индикаторами для оценки тяжести состояния пациента в сочетании с другими клиническими данными и использованы в качестве оперативного прогностического показателя прогрессирования патологического процесса при COVID-19.

Литература:

1. Petrilli C.M., Jones S.A., Yang J., Rajagopalan H., O'Donnell L., Chernyak Y., Tobin K.A., Cerfolio R.J., Francois F., Horwitz L.I. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. *BMJ*. 2020;369:m1966.
2. Wang D., Hu B., Hu C., Zhu F., Liu X., Zhang J. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323:1061-1069. doi: 10.1001/jama.2020.1585.
3. Abbaspour N., Hurrell R., Kelishadi R. Review on iron and its importance for human health. *J. Res. Med. Sci.* 2014;19(2):164.
4. Guyi Wang., Chenfang Wu., Quan Zhang., Fang Wu., et al. C-reactive protein level may predict the risk of COVID-19 aggravation. *Open Forum Infect Dis.* 2020;7(5). 10.1093/ofid/ofaa153.
5. Tan C., Huang Y., Shi F., Tan K., et al. C-reactive protein correlates with computed tomographic findings and predicts severe COVID-19 early. *J Med Virol.* 2020. <https://doi.org/10.1002/jmv.25871>
6. Tian W., Jiang W., Yao J., Nicholson Ch.J., et al. Predictors of mortality in hospitalized COVID-19 patients: asystematic review and meta-analysis. *J Med Virol.* 2020. <https://doi.org/10.1002/jmv.26050>.
7. Nathaniel R Smilowitz, Dennis Kunichoff, Michael Garshick, Binita Shah., et al. C-reactive protein and clinical outcomes in patients with COVID-19. *Eur Heart J.* 2021 Jun 14;42(23):2270-2279. doi:10.1093/eurheartj/ehaa1103.
8. Ali N. Is SARS-CoV-2 associated with liver dysfunction in COVID-19 patients? *Clin Res Hepatol. Gastroenterol.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.clinre.2020.05.002>.
9. Lagunas-Rangel F.A. Neutrophil-to-lymphocyte ratio and lymphocyte-to-C-reactive protein ratio in patients with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): a meta-analysis. *J Med Virol.* 2020. <https://doi.org/10.1002/jmv.25819>
10. Ragab D., Salah Eldin H., Taeimah M., Khattab R., Salem R. The COVID-19 Cytokine Storm; What We Know So Far. *Front Immunol.* 2020;11:1446. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.01446> PMID:32612617
11. Knudsen T.B., Larsen K., Kristiansen T.B., Møller H.J., Tvede M., Eugen-Olsen J., Kronborg G. Diagnostic value of soluble CD163 serum levels in patients suspected of meningitis: comparison with CRP and procalcitonin. *Scand J Infect Dis* 2007;39: 542-553.
12. Marnell L., Mold C., Du Clos T.W. C-reactive protein: ligands, receptors, and role in inflammation. *Clin Immunol.* 2005;117(2):104-111. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2005.08.004>
13. Nurshad Ali. Elevated level of C-reactive protein may be an early marker to predict risk for severity of COVID-19. *J Med Virol.* 2020;92:2409–2411.
14. Oved K., Cohen A., Boico O., Navon R., Friedman T., Etshtein L., et al. A novel host-proteome signature for distinguishing between acute bacterial and viral infections. *PLoS One* 2015;10:e0120012
15. Alberto Dolci., Cristina Robbiano., Elena Aloisio., Maria Chibireva., Ludovica Serafini., Felicia Stefania Falvella., Sara Pasqualetti and Mauro Panteghini. Searching for a role of procalcitonin determination in COVID-19: a study on a selected cohort of hospitalized patients. *Clin Chem Lab Med* 2021; 59(2):433–440.
16. Bhandari S., Bhargava A., Sharma S., Keshwani P., Sharma R., Banerjee S. Clinical profile of Covid-19 infected patients admitted in a tertiary care hospital in North India. *J Assoc Physicians India* 2020;68(5):13–17.
17. Cao H., Ruan L., Liu J., Liao W. The clinical characteristic of eight patients of COVID-19 with positive RT-PCR test after discharge. *J Med Virol* 2020;92(10):2159–2164. DOI: 10.1002/jmv.26017
18. Bell L.C.K., Meydan C., Kim J., Foox J., et al. Transcriptional response modules characterize IL-1b and IL-6 activity in COVID-19. *iScience* 2021; 24:101896
19. Zhang Z.L., Hou Y.L. Laboratory findings of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Clin Lab Invest.* 2020 May 23:1-7.
20. Heesom L., Rehnberg L., Nasim-Mohi M., Jackson A.I.R., et al. Procalcitonin as an antibiotic stewardship tool in COVID-19 patients in the intensive care unit. *J Glob Antimicrob Resist.* 2020; 22: 782–784.

Р.И.Касимова, Х.А.Марданова, Д.Б.Файзуллаева
НИИ Вирусологии, ЦРПКМР, Центр по борьбе со СПИД

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕАКТИВАЦИИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Цитомегаловирусная инфекция одна из наиболее важных оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных пациентов, которая характеризуется многообразными проявлениями от бессимптомного до генерализованного (септического) течения с тяжелым поражением ЦНС и других органов. В странах с высокой пораженностью населения цитомегаловирусом реактивация ЦМВИ с тяжелым течением возникают не менее чем у 15-40% больных с ВИЧ инфекцией.

Согласно клинической классификации приобретенная ЦМВ-инфекция может находиться в следующих формах:

- 1 – острая,
- 2 – латентная,
- 3 – активная ЦМВ-инфекция (реинфекция или реактивация вируса) и
- 4 – ЦМВ-болезнь (манифестная).

Реактивация вируса может протекать бессимптомно или вызывать ЦМВ-ассоциированный синдром, который характеризуется повышением температуры тела более 38° С, повышенной утомляемостью, лейкопенией, тромбоцитопенией и/или повышением трансаминаз. Заболевание органов-мишеней, вызванное ЦМВ, или ЦМВ-болезнь встречается у пациентов с прогрессирующей иммуносупрессией, как правило, с клетками CD4 Т-лимфоцитов (CD4) <50 клеток / мм³, которые либо не получают, либо не отвечают на антиретровирусную терапию (АРТ).

Для быстрой и надежной диагностики болезней, вызванных ЦМВ доступно широкое разнообразие лабораторных методов.

Серологические методы: обнаружение ЦМВ-специфических антител (IgG) методом иммуноферментного анализа (ИФА) в сыворотке выявляет пациентов, у которых может произойти реактивация ЦМВ. Серологические маркеры могут значительно различаться между различными группами пациентов в соответствии с образом жизни. Первичная ЦМВ-инфекция (выявление IgM) является значительным фактором риска для прогрессирования в стадию СПИДа. При реактивации из латентной стадии IgM к ЦМВ могут отсутствовать из-за низкого иммунного ответа больных ВИЧ [1].

Выделение и количественное определение ДНК ЦМВ могут быть выполнены в различных фракциях крови (то есть в лимфоцитах и плазме), в различных

жидкостях организма (спинномозговая жидкость, моча, смывы из носоглотки или спермы) и в образцах тканей, методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) [2, 3, 4]. Обнаружение ДНК ЦМВ в образцах крови оказалось наиболее информативным для выявления риска активации ЦМВ. Однако фракции анализируемой крови, имеют решающее значение для интерпретации результатов испытаний. Количество вирусной ДНК в лейкоцитах обычно больше, чем в плазме и поэтому показатели обнаружения выше при использовании этих образцов [5].

Реактивация ЦМВ часто ассоциируется с выявлением вируса в крови пациента. На небольшой группе пациентов показано, что ЦМВИ сетчатки у больных СПИДом, как правило, ассоциировались с высокими уровнями ДНК ЦМВ в лейкоцитах, обнаруженных полуколичественными методами ПЦР. В последующие годы эти результаты были подтверждены в более крупных когортах и путем оценки различных клинических образцов. Обнаружение ДНК ЦМВ в плазме или цельной крови при первоначальной диагностике ретинита было связано с более высоким риском смертности при наличии высокой вирусной нагрузки ВИЧ (ВН ВИЧ) [6, 7]. А также значительный риск развития реактивации ЦМВ имели пациенты без какой-либо клинической симптоматики с определяемой ДНК ЦМВ в плазме перед началом АРВТ. Выявление ДНК ЦМВ в плазме является сильным предиктором для манифестных форм ЦМВ и смертности, чем количество CD4-клеток или вирусная нагрузка ВИЧ [8].

Цель исследования: сравнение информативности методов диагностики реактивации цитомегаловирусной инфекции у лиц, живущих с ВИЧ.

Материалы и методы. Лабораторные исследования проводились в Референс-лаборатории МЗ РУз. Больным проводили 2 метода исследования: ИФА с определением IgM и IgG к ЦМВ, качественное определение ДНК ЦМВ методом ПЦР.

Определение IgM и IgG к ЦМВ было проведено 132 больным набором реагентов «Вектор-Бест». Метод основан на твердофазном иммуноферментном анализе с применением моноклональных антител, с образованием комплексов «антиген-антитело».

Выявление ДНК ЦМВ в крови проводилось методом ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией «АмплиСенсCMV-FL». Взятие крови прово-



дилось утром натощак в пробирку с 3 % раствором ЭДТА из расчета 1:20. Закрытую пробирку с кровью несколько раз переворачивали. В течение 6 ч с момента взятия крови отбирали плазму и переносили в новую пробирку. Для этого пробирку с кровью центрифугировали 20 мин при 800-1600 g. Хранили плазму длительно – при температуре не выше минус 68 °С. Затем проводили ПЦР-исследование, который состоит из следующих этапов:

- Экстракция ДНК из исследуемых образцов.
- Проведение амплификации с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме «реально-времени».
- Анализ и интерпретация результатов.

С целью сравнения информативности методов диагностики реактивации ЦМВИ больным проводили 3 метода исследования: ИФА с определением IgM и IgG к ЦМВ, качественное и количественное определение ДНК ЦМВ методом ПЦР.

Результаты исследования. Определение IgM и IgG к ЦМВ было проведено 132 больным. Все больные были серопревалентны на ЦМВ IgG (100%). Определение IgM было проведено 49 больным с положительным ДНК ЦМВ в крови, из которых положительные результаты IgM были выявлены у 26/49 (53,1%), ложноотрицательные – у 23/49 (46,9%). То есть почти у половины больных реактивация ЦМВ остается не диагностированной методом ИФА. При определении у 83 больных без реактивации ЦМВ показатели IgM были ложноположительными у 19 (22,9%), а отрицательными у 64 (77,1%) больных (табл 1).

Таблица 1

Чувствительность и специфичность ИФА метода при диагностике реактивации ЦМВ инфекции

	ПЦР ДНК качественный в крови (n=132)	
	ДНК ЦМВ + (n=49)	ДНК ЦМВ – (n=83)
CMV IgM +	26 (53%)	19 (22,9%)
CMV IgM -	23 (47%)	64 (77,1%)

Таким образом, специфичность ИФА-теста составила 77,1%, а чувствительность – 53%.

Полученные данные показывают, что почти половина (47%) больных с реактивацией ЦМВ с ложноотрицательными CMV IgM остались не диагностированными и в будущем имели плохой прогноз вследствие неправильного ведения больного. Установлено, что при реактивации из латентной стадии IgM к ЦМВ могут отсутствовать из-за низкого иммунного ответа больных ВИЧ. Так же у 22,9% больных без реактивации ЦМВИ CMV IgM + были положи-

тельными, это приводило к тому, что врачи нецелесообразно назначали токсичный и дорогостоящий препарат Ганцикловир в течение как минимум 14 дней.

Обсуждение. Литературные данные указывают, что число клеток CD4 <100 мм⁻³ было определено как основной фактор риска для активации ЦМВ у ЦМВ-серопозитивных ВИЧ-инфицированных пациентов. Необходимо отметить, что даже в эпоху АРВТ, значительное число ВИЧ-инфицированных пациентов имеют количество лимфоцитов CD4 ниже этого критического порога. Увеличение количества клеток CD4 до значений более 100 кл/мкл требует регулярного обследования больных после начала АРВТ в течение 6 месяцев и более. В первые месяцы антиретровирусного лечения и до полного восстановления клеточного иммунитета пациенты все еще остаются с высоким риском развития манифестной формы ЦМВ. Кроме того, у 10-20% пациентов, получающих АРВТ, количество клеток CD4 остается ниже критического порога 100 кл/мкл. Поэтому раннее и своевременное выявление реактивации ЦМВИ имеет первостепенное значение для лечения ВИЧ-инфицированных пациентов. [9]. Несмотря на множество данных, указывающих на осуществимость и клиническую полезность маркеров, определение ДНК ЦМВ в крови и превентивная терапия не включена в большинство национальных руководств для лечения лиц с ВИЧ-инфекцией.

Как показывают изученные нами истории болезни, на сегодняшний день лабораторная диагностика реактивации ЦМВ инфекции врачами проводится на основании определения IgM и IgG к ЦМВ методом ИФА. Согласно приказу №277 от 30 апреля 2018 года «О внедрении в практику национальных клинических протоколов по ВИЧ-инфекции», в стандартах лечения больных с сопутствующими оппортунистическими заболеваниями описаны клинические проявления, диагностика и лечение развившихся поражений центральной нервной системы, глаз и желудочно-кишечного тракта цитомегаловирусной инфекцией путем выделения ДНК ЦМВ из биоптатов или спинномозговой жидкости при энцефалите, но отсутствуют диагностические критерии реактивации ЦМВ.

Известно, что ЦМВИ является одной из оппортунистических инфекций, которая может активироваться при воспалительном синдроме восстановления иммунитета (ВСВИ), особенно у тех, кто начинает прием АРВ со значениями CD4 ниже 200 клеток. Согласно приказу перед назначением АРВ терапии необходимо проведение клинико-лабораторного обследования для определения клинических показаний, противопоказаний, оценки лабораторных параметров, но диагностика реактивации ЦМВ не указана.

Описанные в литературе исследования доказывают, что развитие поражения органов-мишеней зависит не только от CD4 клеток, но и от вирусной нагрузки ЦМВ в крови. Чем выше ВН ЦМВ, тем больше вероятность развития поражений органов-мишеней. К сожалению, на сегодняшний день в нашей стране в рутинной практике не применяется количественное определение ДНК ЦМВ в крови для адекватного ведения больных, особенно при назначении АРВТ. Диагностика клинических форм ЦМВИ требует другой стратегии, чем оценка риска реактивации ЦМВ, поскольку причинные отношения должны быть установлены между ЦМВ-инфекцией и другими оппортунистическими заболеваниями у больных ВИЧ. ЦМВ может повторно активироваться в ходе других оппортунистических инфекций, не вызывая заболевание. Параметры, указывающие на репликацию ЦМВ (например, обнаружение ДНК ЦМВ в крови) может только способствовать дальнейшей оценке возможной манифестации ЦМВ. Yoshida et al. выявили корреляцию между ВН ЦМВ в плазме $>1,0 \times 10^3$ копии/мл и наличие манифестной клинической формы ЦМВ (чувствительность 86%; специфичность 85%; 73% больных с ретинитом) - положительное прогностическое значение составило 71%. Boivin et al. обнаружили пороговое значение $1,6 \times 10^5$ копий/мл в лейкоцитах [10, 11].

Следовательно, рассматривать пациента для лечения ЦМВ на основании положительного резуль-



тата ПЦР из плазмы подразумевает лечение без какой-либо необходимости каждого третьего и четвертого больных ВИЧ с вирусемией ЦМВ. Следовательно, тестирование биопсийного материала или жидкого образца из пораженного органа на наличие ЦМВ необходимо для достижения высокой положительной прогностической ценности. Выделение ДНК ЦМВ в спинномозговой жидкости у пациентов с энцефалитом или с ретинитом наиболее информативно для решения о начале противовирусной терапии.

Выводы. Иммуноферментный анализ при диагностике реактивации ЦМВИ имеет недостаточную специфичность (77,1%) и чувствительность (53%), что диктует необходимость не только качественного, но и количественного определения ДНК ЦМВ в крови методом ПЦР.

Литература

1. Bal T.A., Armstrong G., Han X.Y. Evaluation of the IMMULITE® 2000 CMV IgM assay // *Herpesviridae*.— 2012.— Vol. 3, № 1.— P. 2–6.
2. Boffi El Amari E, Combescure C, Yerly S, Calmy A, Kaiser L, et al. (2011) Clinical relevance of cytomegalovirus viraemia. *HIV Med* 12: 394–402.
3. Chakraborty A., Mahapatra T., Mahapatra S. Distribution and determinants of cytomegalovirus induced end organ disease/s among people living with HIV/AIDS in a poor resource setting: observation from India // *PLoS One*. - 2015. - Vol. 10. - № 2. - e0117466.
4. Freeman L.M., Lederman M.M., Gianella S. Partners in crime: The role of CMV in immune dysregulation and clinical outcome during HIV infection/*Curr HIV/AIDS Rep*. 2016 Feb; 13(1):10-19
5. Шахгильдян В.И. Цитомегаловирусная инфекция: В кн: Инфекционные болезни. Национальное руководство / Под ред. Н.Д.Ющука, Ю.Я.Венгеров. М.: Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2009.— С. 784–796.
6. Antinori A, Arendt G, Becker JT, et al. Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders. *Neurology* 2007; 69:1789.
7. Arama V., Mihailescu R., Radulescu M. Clinical relevance of the plasma load of cytomegalovirus in patients infected with HIV — a survival analysis // *J. Med. Virol.*— 2014.— Vol. 86, № 11.— P. 1821–1827.
8. Atkinson C, Emery VC (2011) Cytomegalovirus quantification: Where to next in optimising patient management? *J Clin Virol* 51: 223–8.
9. Erice A, Tierney C, Hirsch M, et al. Cytomegalovirus (CMV) and human immunodeficiency virus (HIV) burden, CMV end-organ disease, and survival in subjects with advanced HIV infection (AIDS clinical trials group protocol 360). *Clin Infect Dis* 2003;37:567–78.
10. Bowen EF, Sabin CA, Wilson P, Griffiths PD, Davey CC, Johnson MA, et al. Cytomegalovirus (CMV) viraemia detected by polymerase chain reaction identifies a group of HIV-positive patients at high risk of CMV disease. *AIDS* 1997;11:889–93
11. Yoshida A, Hitomi S, Fukui T, Endo H, Morisawa Y, Kazuyama Y, et al. Diagnosis and monitoring of human cytomegalovirus diseases in patients with human immunodeficiency virus infection by use of a real-time PCR assay. *Clin Infect Dis* 2001;33:1756–61.



Мустафаева Д.А.¹,

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан,

Суворова З.К.², Беляева В.В.², Соколова Е.В.²,

Козырина Н.В.², Шегай М.М., Хохлова О.Н.²,

²Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва,

Усманова Д.К.³, Исмаилов Р.Ш.³

³Республиканский центр по борьбе со СПИДом, Ташкент, Узбекистан

ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Xulosa. Tadqiqot shifokorga murojaat qilishda xulq-atvor strategiyasini tanlashda ta'lim, oilaviy ahvol va OIV bilan yashash tajribasi kabi ijtimoiy-demografik omillar muhim ta'siri borligini aniqladi. Shifokorga murojaat qilishda xatti-harakatlar strategiyasini tanlashga bemorlarning ta'lim darajasi ta'sir ko'rsatdi. Ta'limdan tashqari, shifokorga murojaat qilishda o'zini tutish strategiyasini tanlashga OIV bilan umr ko'rish davomiyligi tajribasi ta'sir ko'rsatdi

Summary. During the study, it was possible to identify a statistically significant influence of such socio-demographic factors as education, marital status and life experience with HIV on the choice of a behavior strategy when contacting a doctor. The choice of behavior strategy when contacting a doctor was influenced by the level of education of patients. In addition to education, the choice of a behavior strategy when contacting a doctor was influenced by the length of life with HIV.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, приверженность, социально-демографические показатели.

Несмотря на успехи в противодействии распространению ВИЧ-инфекции и расширении доступа к антиретровирусной терапии, эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает опережать глобальные усилия по ее сдерживанию.

На современном этапе противодействия распространению ВИЧ-инфекции происходит процесс принятия профессиональным сообществом парадигм «лечение как профилактика ВИЧ-инфекции» и «приверженность как профилактика ВИЧ-инфекции». При этом необходимо привлечь и удержать пациентов в рамках существующей системы помощи на добровольной основе[1].

В регионе ВЕЦА по-прежнему остается серьезной проблемой поздняя постановка диагноза ВИЧ-инфекции и низкий охват лечением. Наращивание масштабов охвата ВИЧ-инфицированных лиц на лечение идет медленно зачастую из-за нехватки ресурсов и наличия барьеров для лечения среди ключевых групп населения, а также из-за некачественного консультирования.

Существуют множество различных факторов, влияющих на приверженность пациентов диспансерному наблюдению и лечению заболевания. Социально-демографические факторы, такие как пол, возраст, образование, семейное положение, продолжительность жизни с ВИЧ также могут оказывать влияние на процесс формирования привер-

женности [2]. Для изучения влияния этих факторов на приверженность диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции в рамках международного сотрудничества с Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Российской Федерации (Роспотребнадзор) по вопросам противодействия распространения ВИЧ-инфекции с 2019 года по 2021 год проведена работа по изучению формирования приверженности пациентов диспансерному наблюдению и лечению как метода профилактики ВИЧ-инфекции[3].

Цель исследования: изучение влияния социально-демографических факторов на выбор стратегии поведения пациентов, инфицированных ВИЧ, при обращении к врачу.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось методом анкетного опроса, в котором участвовали пациенты, инфицированные ВИЧ и находящиеся на диспансерном наблюдении в Республиканском центре по борьбе со СПИДом. Для проведения опроса была разработана анкета. В одном из пунктов этой анкеты пациенту было предложено выбрать наиболее подходящую для него стратегию поведения при обращении к врачу. Было выделено 5 стратегий поведения:

1-ая стратегия - иду к врачу сразу при появлении симптомов;

2-ая стратегия - жду некоторое время, не пройдет ли все само, а потом обращаюсь к врачу;

3-тья стратегия - могу ждать достаточно долго, иду к врачу только тогда, когда понимаю, что ситуация серьезная;

4-ая стратегия – затрудняюсь ответить;

5-ая стратегия - другое

Первая стратегия незамедлительного обращения к врачу считалась наиболее оптимальной из предложенных, и позволяла предположить более благоприятный фон для формирования приверженности пациента диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции. Соответственно, третья стратегия длительного ожидания считалась наименее благоприятной. В ходе исследования проводилось изучение влияния таких социально-демографических показателей как пол, возраст, образование, стаж жизни с ВИЧ и семейное положение на паттерны поведения при обращении к врачу. Методом сплошного включения в исследование были включены 158 лиц, живущих с ВИЧ, из них 75 мужчин и 83 женщин. Возрастной контингент составил от 18-ти до 74-х лет. Исследование проводилось методом прямого опроса в письменной форме с помощью заранее подготовленных анкет. Анкеты самостоятельно заполнялись респондентами. Оценка самочувствия при заполнении анкет проводилась в баллах. Во время проведения исследования была изучена вся соответствующая документация касательно реализации программы предоставления АРТ, включая нормативно-правовые. Результаты рассчитывали

с помощью статистической программы IBM.SPSS. Statistics v.20. Были использованы показатели описательной статистики: средний показатель, стандартное отклонение, медиана, квартили. При анализе номинальных переменных использовался χ^2 Пирсона.

Результаты исследования и обсуждение. Средняя продолжительность жизни пациентов с ВИЧ у респондентов равнялась $8,7 \pm 4,62$ и была представлена в интервале от 6 мес. до 20 лет, Me – 9,5. Респонденты живущие с ВИЧ-инфекцией 5 и менее лет составили 27,2%. В процессе анализа результатов анкетирования было показано, что такие социально-демографические показатели как пол и возраст не влияли на паттерны поведения при обращении к врачу, тогда как выявлено влияние показателя уровня образования пациентов. Так 1-й стратегии следовали люди со средним образованием (60,0% среди лиц, придерживающихся этой стратегии), а также ЛЖВ с высшим образованием (50,0%). На втором месте по значимости в этих группах была 2-я стратегия. Лица со средним специальным образованием (48,7%) придерживались 2-й стратегии, 1-й стратегии в этой группе следовали 42,3%. Группа лиц с незаконченным высшим образованием была немногочисленна и лица из этой группы следовали 1-й и 2-й стратегиям в равных долях, которые составляли 33,3%. Различия между группами были статистически значимы ($p=0,001$).

Таблица-1

Влияние образования на стратегию поведения при обращении к врачу

Образование		Стратегия обращения к врачу					Итого
		1	2	3	4	5	
Среднее	Частота	6	2	1	0	1	10
	%	60,0%	20,0%	10,0%	0,0%	10,0%	100,0%
Среднее специальное	Частота	33	38	6	1	0	78
	%	42,3%	48,7%	7,7%	1,3%	0,0%	100,0%
Незаконченное высшее	Частота	2	2	0	2	0	6
	%	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	100,0%
Высшее	Частота	32	25	4	3	0	64
	%	50,0%	39,1%	6,2%	4,7%	0,0%	100,0%
Итого	Частота	73	67	11	6	1	158
	%	46,2%	42,4%	7,0%	3,8%	0,6%	100,0%

Влияние продолжительности жизни с ВИЧ на стратегию поведения при обращении к врачу

До 1 года	Частота	0	0	1	1	0	2
	%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
1 год – 5 лет	Частота	24	8	3	1	0	36
	%	66,7%	22,2%	8,3%	2,8%	0,0%	100,0%
Более 5 лет	Частота	49	59	7	4	1	120
	%	40,8%	49,2%	5,8%	3,3%	0,8%	100,0%
Итого	Частота	73	67	11	6	1	158
	%	46,2%	42,4%	7,0%	3,8%	0,6%	100,0%

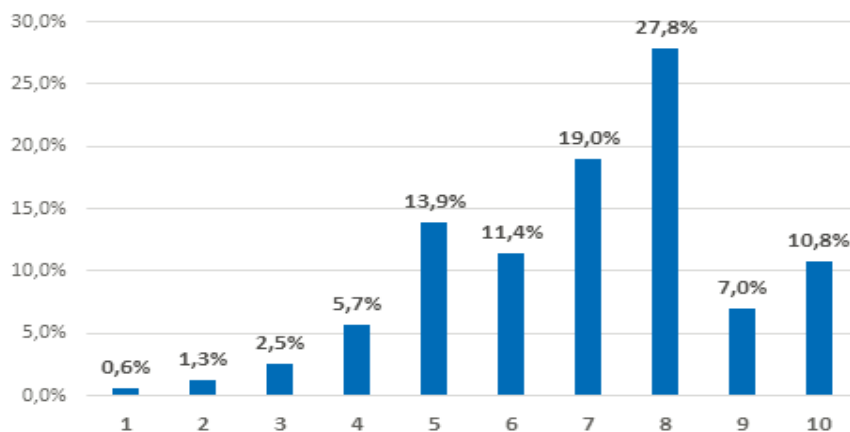


Рис.1. Самооценка возможности позаботиться о своем здоровье

Вторым фактором, который оказывал влияние на стратегию поведения при обращении к врачу, был «стаж жизни с ВИЧ». Как следует из таблицы ниже, лица, живущие с ВИЧ от 1 года до 5 лет, выбрали 1-ю стратегию (66,7%), а ЛЖВ, которые живут с ВИЧ более 5 лет, отдали предпочтение 2-й стратегии (49,2%), хотя 1-й стратегии придерживались 40,8% респондентов в этой группе. Полученные результаты были статистически значимы ($p=0,000$).

С учетом того, что среди лиц, живущих с ВИЧ более 5 лет большая часть (49,2%) выбрали 2-ю стратегию поведения, это дает основание предположить целесообразность акцентирования специалистами возможностей, которые предоставляет своевременное диспансерное наблюдение и лечение на группе пациентов, с продолжительными сроками жизни с ВИЧ.

Возраст пациентов с ВИЧ-инфекцией не оказывал влияния на стратегию обращения к врачу ($p=0,998$). Хотя результаты влияния семейного положения на стратегию поведения при обращении к врачу были статистически не значимы, можно отметить, что холостые/незамужние придерживались 1-й стратегии (64,3%), а женатые/замужние 2-й стратегии (49,4%). В остальных группах разница между 1-ой и 2-ой стратегией была незначительная. Самооценка возможности позаботиться о своем здоровье была представлена значениями в диапазоне от 1 до 10 баллов. $\Sigma = 7,0 \pm 1,92$. $Me = 7,0$ [6;8], $N=158$.

На вопрос о возможности самостоятельно позаботиться о своем здоровье в связи с ВИЧ-инфекцией 16 респондентов (10,1%) заявляли низкую возможность самостоятельно позаботиться о своем здоровье. Можно предположить, что низкая оценка возможности позаботиться о своем здоровье является барьером формирования приверженности и такие пациенты требуют повышенного внимания специалистов при планировании и проведении ме-

роприятий по формированию приверженности диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции. «Хорошо» и «Очень хорошо» отметили 72 участников опроса (45,6%), как средние (от 5-ти до 7 – ми баллов) – 70 респондентов (44,3%),

На вопрос анкеты о потребностях в получении помощи в связи с ВИЧ-инфекцией ответили все 158 респондентов. Из них 11,4% указали на отсутствие потребностей (ответы «никакую», «помощь не нужна»), 2,5% респондентов затруднились с ответом и 27,2% выразили удовлетворе-

ние получаемой помощью. В развернутых ответах прослеживалась больше тема потребности получения медицинской помощи, в структуре запросов существенное место занимают организационные вопросы получения помощи. Так, 93 респондента отметили, что нуждаются в медицинской и психосоциальной помощи. На вопрос «Отношение к АРТ» 143 (90,5%) респондента из 158 отметили «положительно», 8,9% пациентов отметили, что не задумывались об этом. Отрицательное отношение высказал только 1 респондент (0,6%). Значение показателя готовности посещать врача и принимать АРТ находилось в интервале от 1 до 10 баллов по визуально-аналоговой шкале. $\Sigma = 8,1 + 1,58$. $Me = 8,0$. Наибольшая доля респондентов оценили готовность посещать врача и принимать АРТ на 8 и 10 баллов по визуально-аналоговой шкале (по 27,2%). В целом высокую готовность (более 8-ми баллов) декларировали 69,0% опрошенных. О наличии рисков нарушения приверженности лечению заявили 34,8%.

Изучение качества консультирования по вопросам приверженности лечению ВИЧ-инфекции показало, что 157 респондентов из 158 принимали АРТ на момент опроса. Подтвердили проведение с ними бесед по поводу лечения ВИЧ-инфекции 99,4% респондентов, 29,3% респондентов отметили, что получают консультирование в полном объеме.

Выводы и заключение.

Значение изученных показателей могут рассматриваться в качестве факторов, благоприятствующих формированию желательного поведения в изучаемом контексте и препятствующих этому процессу. Установлено, что из ведущих рисков, проявление которых в большей степени снижает приверженность больных ВИЧ-инфекцией, являются стратегия поведения при обращении к врачу, уровень образования пациентов, длительность жизни с ВИЧ-инфекцией. При формировании привер-

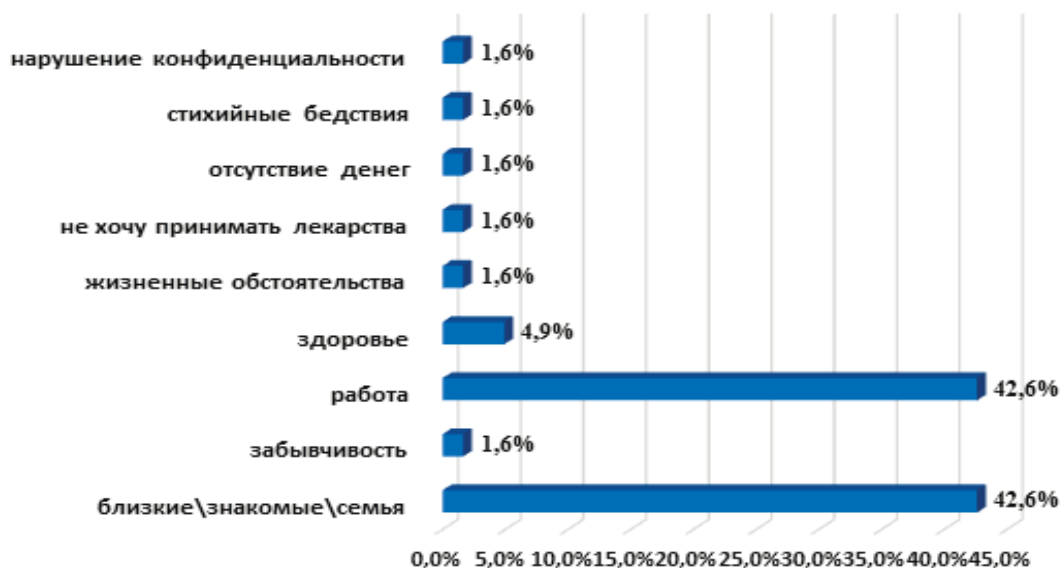


Рис. 2. Структура рисков нарушения приверженности

Таблица-3

Структура консультирования по вопросам приверженности лечению ВИЧ-инфекции

№	Вариант ответа на вопрос-индикатор «Обсуждает ли с Вами врач, либо другие медицинские работники следующие вопросы»	Выбор (абс/%) n=158.
1	Ваше отношение к лечению	77/48,7
2	Необходимость лечения ВИЧ-инфекции	136/86,1
3	Необходимость регулярного посещения Центра СПИДа	138/87,3
4	Необходимость соблюдения рекомендаций врача по приему лекарств	124/78,5
5	Правила приема назначаемых лекарств	147/93,0
6	Ожидаемые результаты лечения	82/51,9
7	Возможные побочные действия лекарств	144/91,1
8	Причины нарушения режима приема лекарств	84/53,2

женности диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции целесообразно обратить внимание на консультирование пациентов старшего возраста, а также живущих с ВИЧ менее года. В связи с результатами исследования возникает необходимость в создании нормативно-правовой базы в стране с рекомендациями по децентрализации медико-социальных услуг по приверженности к лечению с

участием немедицинского персонала, сообщества или сотрудничества с НПО. Структурируя риски нарушения приверженности диспансерному наблюдению и лечению, по результатам исследования, возникает потребность в обучающих тренингах по ТиК для специалистов, участвующих в формировании приверженности к диспансеризации и лечению ЛЖВ.

Литература

1. Беляева В.В. ВИЧ-инфекция как биопсихосоциальный феномен: ограничения и возможности эффективного противодействия эпидемии. Ж. Логос, 2021, №1, С 177-193
2. Суворова З.К., Беляева В.В., Козырина Н.В., Соколова Е.В., Семикова С.Ю., Хохлова О.Н., Лебедева Е.П., Гаврилова О.В. Влияние социально-демографических факторов на стратегии саногенного поведения пациентов, инфицированных ВИЧ /Материалы XIII-го Ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням имени академика В.И.Покровского «Инфекционные болезни в современном мире: текущие и будущие угрозы» 2021. С. 153-154;
3. Козырина Н.В., Беляева В.В., Хохлова О.Н., Суворова З.К., Оганесян Э.Э., Манукян Ю.А., Атаманчук А.А., Светогор Т.Н., Тойтукова М.М., Тостоков Э.Т., Мустафаева Д.А. Факторы риска нарушения приверженности лечению ВИЧ-инфекции в 4 странах региона Восточной Европы и Центральной Азии: результаты исследования «Снижение риска передачи ВИЧ от матери ребенку»/Журнал «Эпидемиология и Инфекционные болезни. Актуальные вопросы», Москва, 2019, №1



Насирова Хилола Пулатжановна¹,
Байжанов Аллаберган Кадинович²

¹Научный сотрудник Научно-исследовательского
института вирусологии, ²Руководитель отдела
ВИЧ-инфекции, старший научный сотрудник
Научно-исследовательского института
вирусологии, д.м.н.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ С УЧЕТОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОМАРКЕРОВ

Аннотация. Данное исследование посвящено аспектам лабораторных проявлений COVID-19 в зависимости от тяжести течения заболевания у больных ВИЧ-инфекцией. **Повышение в крови показателей интерлейкина-6, D-димера, прокальцитонина, С-реактивного белка и сывороточного ферритина являются наиболее характерными биомаркерами позволяющие определить тяжесть течения заболевания COVID-19 у ВИЧ-инфицированных пациентов. Больные ВИЧ-инфекцией с глубокой степенью иммунодефицита входят в группу риска тяжелого течения COVID-19 с развитием тяжелой пневмонии, приводящей к тяжелой дыхательной недостаточности. Среди ВИЧ-инфицированных пациентов, особенно с тяжелой (20,0%) и крайне тяжелой (33,3%) формами COVID-19, наблюдались разного характера осложнения болезни.**

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, COVID-19, биомаркеры, иммунодефицит, С-реактивный белок, прокальцитонин, D-димер, интерлейкин-6, сывороточный ферритин, пневмония, дыхательная недостаточность

Введение

COVID-19 протекает в виде различных клинических проявлений, от гриппоподобных симптомов до полиорганной недостаточности с летальным исходом [7, 3, 16]. Основным осложнением заболевания является пневмония вирусной этиологии, часто приводящая к острому респираторному дистресс-синдрому (ОРДС) с развитием острой дыхательной недостаточности [2, 8]. Тяжелые формы болезни часто осложняются такими проявлениями, как септический шок и диссеминированное внутрисосудистое свертывание [17, 21]. Тромбоэмболия часто встречается при тяжелом течении болезни [15, 23].

Лабораторные показатели не являются специфичными маркерами COVID-19, однако их динамика изменения позволяет прогнозировать течение и осложнения патологического процесса и обосновать выбор терапевтических вмешательств при данной патологии [4, 10]. В исследованиях сообщалось, что тромбоцитопения и увеличение D-димера были связаны с тяжелым течением COVID-19 с риском тромбоза глубоких вен нижних конечностей или тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА), требующим проведение тромбоэластографии [9, 20].

Лимфопения среди пациентов COVID-19 встречается примерно в 82-83 % случаев. Помимо лимфопении, с тяжелым течением заболевания также могут быть связаны нейтрофилия, повышенный уровень в сыворотке крови лактатдегидрогеназы, С-реактивного белка и ферритина [11, 22]. У критических больных, попадающих в отделение интенсивной терапии, в крови повышаются уровни IL-2,

IL-6, IL-10, GCSF, IP-10, MCP1, MIP1A и фактора некроза опухоли (ФНО-α). С летальными исходами часто ассоциируются повышенный уровень D-димера [5, 18]. COVID-19 представляет особую опасность в отношении течения и прогноза для лиц, имеющих сопутствующие патологии [6, 14].

Для профилактики тяжелых осложнений COVID-19, особенно у больных с сопутствующей патологией, большое значение имеет своевременное определение больных с большей вероятностью прогрессирования заболевания в тяжелую форму [12, 13, 19]. В литературе существует разногласие по тяжести течения коронавирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов. Поэтому определение лабораторных показателей с учетом выявления биомаркеров, связанных с тяжестью течения заболевания у больных ВИЧ-инфекцией, является одним из основных задач современной инфектологии.

Цель исследования

Оценить значимость отдельных лабораторных показателей – биологических маркеров крови в прогнозировании тяжелого течения COVID-19 у больных ВИЧ-инфекцией с целью улучшения качества лечения у данной категории больных.

Материал и методы

Для достижения цели было проведено клинико-лабораторное наблюдение за 30 (100%) ВИЧ-инфицированными больными с COVID-19 в возрасте от 29 до 67 лет с разными степенями тяжести течения заболевания, находящимися на стационарном лечении в клинике Научно-исследовательского ин-

ститута вирусологии и специализированной инфекционной больницы «Зангиота». Диагноз ставился с учетом эпидемиологических данных, жалоб и объективного осмотра больных, лабораторных показателей и инструментальных исследований (рентгенография и/или компьютерная томография (КТ) грудной клетки. Диагноз подтверждался обнаружением РНК SARS-CoV-2 в образцах мазка из ротоглотки методом полимеразной цепной реакции. Согласно протоколу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по ведению коронавирусной инфекции пациенты, соответствующие любому из следующих критериев, были классифицированы как имеющие крайне тяжелое течение заболевания: дыхательная недостаточность, требующая искусственной вентиляции легких, шок или другая органная недостаточность, требующая наблюдения и лечения в отделении интенсивной терапии. Частота дыхания более 24 раза в минуту, насыщение кислородом 92% или менее в состоянии покоя, 50-75% поражение легочной ткани при визуализации легких диагностировались как тяжелая степень заболевания. Респираторные симптомы с рентгенологическими признаками пневмонии с площадью поражения обеих легких 25-50% и лихорадка выше 38,5° С в течение 4-5 дней и более расценивалось как средне-тяжелое течение заболевания. Пациенты с легкой формой заболевания с не выраженными клиническими симптомами заболевания и отсутствие признаков пневмонии при визуализации не нуждались в госпитализации в стационар, поэтому эти пациенты не были включены в настоящее исследование, которые получали лечение и находились под наблюдением врача по месту жительства. По тяжести течения болезни ВИЧ-инфицированные пациенты были распределены на следующие группы: больные со среднетяжелым течением болезни – 14 (46,7%), больные с тяжелым течением болезни – 10 (33,3%) и больные с крайне-тяжелым течением болезни – 6 (20,0%). Исследование проведено на основании одобрения этического комитета министерства здравоохранения и основывались на принципах прав человека Женевской конвенции (1997) и этическим принципам Хельсинкской декларации Всемирной Медицинской Ассоциации (2020). У всех больных получено информированное согласие для участия в данном исследовании. Все лабораторные исследования проводились в лаборатории Научно-исследовательском институте вирусологии и специализированной инфекционной больницы «Зангиота» по стандартным методикам. Лабораторные исследования включали общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, тромбоциты, лейкоцитарная формула, скорость оседания эритроцитов – СОЭ), биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, глюкоза, аланинамнотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, альбумин, лактатдегидрогеназа, С-реактивный белок, ферритин, прокальцитонин), коагулограмма – активированное частичное тром-

бопластиновое время, протромбиновое время, фибриноген, D-димер, интерлейкин-6. По показаниям проведены инструментальные методы диагностики – рентгенография грудной клетки, компьютерная томография, ультразвуковое исследование внутренних органов и тромбоэластография. Непрерывные переменные выражались как среднее значение. Независимый групповой t-критерий использовался для анализа нормально распределенных непрерывных переменных, а U-критерий Манна-Уитни использовался для анализа ненормально распределенных непрерывных переменных. Категориальные переменные были представлены в виде частотности и процентного соотношения и проанализированы с использованием критерия χ^2 или точного критерия Фишера. Значение P меньше 0,05 считалось статистически значимым.

Результаты и обсуждение

В исследовании были проанализированы данные 30 ВИЧ-инфицированных больных с COVID-19. Возраст больных с тяжелым и крайне тяжелым течением болезни был старше, чем у пациентов со среднетяжелым течением. У мужчин болезнь протекала более тяжело, чем у женщин. 14 (46,7%) из 30 больных имели сопутствующие заболевания, из них наиболее распространенными были сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца и гипертония (таблица 1).

Из 6 пациентов с крайне тяжелым течением заболевания 1 (16,7%) пациент получал кислородную терапию с помощью носовой канюли с высоким потоком, 2 (33,3%) - неинвазивную механическую вентиляцию легких и 3 (50,0%) - инвазивную механическую вентиляцию легких.

Из гематологических показателей и параметров свертывающей системы крови – количество нейтрофилов и лимфоцитов, соотношение нейтрофилов к лимфоцитам, протромбиновое время, уровень D-димера, С-реактивного белка и лактатдегидрогеназы ($p<0,05$), количество лейкоцитов, интерлейкина-6 и сывороточный ферритин ($p<0,05$) значительно различались во всех сравнениях. Количество эозинофилов и тромбоцитов было значительно ниже у пациентов с крайне тяжелым течением заболевания, чем у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течениями болезни.

В результате исследования тромбоцитопения $<100 \times 10^9/\text{л}$ была зарегистрирована у 2 (33,3%) из 6 пациентов с крайне тяжелым течением заболевания, что значительно выше, чем у пациентов с тяжелым течением – 2 (20,0%) из 10 и среднетяжелым течением болезни – 2 (14,3%) из 14 больных (при $p<0,05$). Средние показатели гематологических исследований у обследованных больных представлены в таблице 2.

Из показателей свертывания крови протромбиновое время и D-димер, значительно различались при различной тяжести заболевания. Протромбино-



Таблица 1

Характеристика обследованных ВИЧ-инфицированных пациентов с коронавирусной инфекцией

Показатели	Средне-тяжелое течение (n=14)	Тяжелое течение (n=10)	Крайне тяжелое течение (n=6)	P _I	P _{II}	P _{III}
Возраст	39,2 (29-56)	51,1 (31-61)	57,2 (42-67)	>0,05	<0,05	>0,05
Женщины	7 (50,0%)	4 (40,0%)	2 (33,3%)	>0,05	>0,05	>0,05
Мужчины	7 (50,0%)	6 (60,0%)	4 (66,7%)	>0,05	>0,05	>0,05
Сахарный диабет	4 (13,3%)	7 (23,2%)	8 (26,7%)	<0,05	<0,05	>0,05
Ишемическая болезнь сердца	3 (10,0%)	6 (20,0%)	7 (23,2%)	<0,05	<0,05	>0,05
Гипертоническая болезнь	1 (3,34%)	4 (13,3%)	5 (16,7%)	<0,05	<0,05	>0,05
Другие хронические болезни	4 (13,3%)	9 (30,0%)	11 (36,7%)	<0,05	<0,05	>0,05

Примечание:

P_I – достоверность между среднетяжелым и тяжелым течением;P_{II} – достоверность между среднетяжелым и крайне тяжелым течением;P_{III} – достоверность между тяжелым и крайне тяжелым течением.

Таблица 2

Средние гематологические показатели у больных ВИЧ-инфекцией с COVID-19 в зависимости от тяжести течения болезни

Показатели	Средне-тяжелое течение (n=14)	Тяжелое течение (n=10)	Крайне тяжелое течение (n=6)	P _I	P _{II}	P _{III}
Гемоглобин (г/л)	112,3	109,2	99,6	>0,05	>0,05	>0,05
Лейкоциты (10 ⁹ /л)	3,35	8,56	9,14	<0,05	<0,05	>0,05
Нейтрофилы (10 ⁹ /л)	3,21	3,63	7,75	>0,05	<0,05	<0,05
Лимфоциты (10 ⁹ /л)	1,4	0,71	0,35	<0,05	<0,05	<0,05
Нейтрофилы/Лимфоциты	2,61	6,92	15,3	<0,05	<0,05	<0,05
Моноциты (10 ⁹ /л)	0,41	0,49	0,34	>0,05	>0,05	>0,05
Эозинофилы (10 ⁹ /л)	0,05	0,04	0,02	>0,05	>0,05	>0,05
Базофилы (10 ⁹ /л)	0,01	0,01	0,02	>0,05	>0,05	>0,05
Тромбоциты (кл/мкл)						
<100	4/14 (28,6%)	6/10 (60,0%)	4/6 (66,7%)	<0,05	<0,05	<0,05
≥100	10/14 (71,4%)	4/10 (40,0%)	2/6 (33,3%)	>0,05	>0,05	>0,05
Скорость оседания эритроцитов (мм/ч)	11,3	24,1	28,2	<0,05	<0,05	>0,05

Примечание:

P_I – достоверность между среднетяжелым и тяжелым течением;P_{II} – достоверность между среднетяжелым и крайне тяжелым течением;P_{III} – достоверность между тяжелым и крайне тяжелым течением.

вое время (p<0,05) и D-димер (p<0,05) были значительно выше у пациентов, которые были в крайне тяжелом состоянии, чем у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания.

Среди обследованных ВИЧ-инфицированных пациентов особенно с тяжелой (20,0%) и крайне тяжелой (33,3%) формами COVID-19, наблюдались

разного характера осложнения болезни. У них часто развивалась вирусная пневмония с прогрессирующим дыхательной недостаточности, что часто являлось причиной подключения больных к искусственной вентиляции легких. Среди осложнений также наблюдались острый респираторный дистресс синдром и септический шок.

Таблица 3

Биохимические, иммунологические показатели и показатели свёртываемости крови у больных ВИЧ-инфекцией с COVID-19 в зависимости от тяжести течения болезни

Показатели	Средне-тяжелое течение (n=14)	Тяжелое (n=10) течение	Крайне тяжелое течение (n=6)	P _I	P _{II}	P _{III}
Протромбиновое время (сек)	11,6 (8,77-14,9)	12,7 (9,12-18,2)	18,4 (16,2-21,1)	>0,05	<0,05	<0,05
Интерлейкин-6 (пг/мл)	11,3 (9,18-14,2)	22,7 (18,4-27,9)	45,2 (35,3-59,7)	<0,05	<0,05	<0,05
D-димер (нг/мл)	332,4 (299-367)	698,1 (631-767)	1437,3 (1301-1683)	<0,05	<0,05	<0,05
Прокальцитонин (мкг/л)	0,80 (0,20-1,42)	2,12 (1,09-3,38)	4,73 (2,65-7,03)	<0,05	<0,05	<0,05
C-реактивный белок (мг/л)	11,2 (5,02-18,3)	26,3 (11,6-42,8)	55,4 (45,2-67,5)	<0,05	<0,05	<0,05
Ферритин (мкг/л)	87,3 (62-112)	214,1 (160-260)	554,8 (356-765)	<0,05	<0,05	<0,05
Лактатдегидрогеназа (ед/л)	97,8 (65-134)	204,4 (170-239)	421,7 (380-471)	<0,05	<0,05	<0,05

Примечание:

PI – достоверность между среднетяжелым и тяжелым течением;

P_{II} – достоверность между среднетяжелым и крайне тяжелым течением;

P_{III} – достоверность между тяжелым и крайне тяжелым течением.

Следует отметить, что тяжелое и крайне-тяжелое течение COVID-19 с развитием тяжелой вирусной пневмонии с разной степенью дыхательной недостаточностью у больных ВИЧ-инфекцией часто наблюдалось при уровне Т-клеток крови менее 300 мкл. У больных с уровнем Т-клеток крови более 300 мкл наиболее часто отмечалось средне-тяжелое течение болезни.

Геморрагические изменения наблюдались у 26,7% больных, включая синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови (13,3%), венозная тромбоэмболия (6,67%), желудочно-кишечные кровотечения (6,67%), острый инфаркт миокарда (3,34%) и гематурия (3,34%).

Концентрация С-реактивного белка, интерлейкина-6, сывороточного ферритина и лактатдегидрогеназы различались у больных со среднетяжелой, тяжелой и крайне тяжелой формами болезни. Более высокое медианное значение интерлейкина-6 в показателе 45,2 (35,3-59,7) пг/мл у больных с крайне тяжелым течением болезни, чем у больных с тяжелым – 22,7 (18,4-27,9) пг/мл и среднетяжелым течением – 11,3 (9,18-14,2) пг/мл при P < 0,05 во всех случаях.

Доля обследованных пациентов с лейкоцитозом, лимфопенией, тромбоцитопенией и анемией, а также значения соотношения нейтрофилов к лимфоцитам, активированное частичное тромбопластиновое время, протромбинового времени, фибриногена и D-димера значительно различались между группами больных с разной степенью тяжести заболевания (среднетяжелое, тяжелое и крайне тяжелое течение).

Среди обследованных 30 пациентов с ВИЧ-инфекцией у 4 (13,3%) с лейкоцитозом более $12 \times 10^9/\text{л}$ с повышением числа палочкоядерных нейтрофилов более 10% выявлено присоединение бактериального компонента пневмонии, что подтвердилось при микробиологическом исследовании (бактериологический посев) мокроты. В отдельных случаях результат бактериологического посева мокроты на микрофлору были отрицательными.

У одного пациента с высоким уровнем показателя прокальцитонина 2 нг/мл и низким уровнем тромбоцитов крови – $97 \times 10^9/\text{л}$ отмечалось нарастание лейкоцитов. После проведенного лечения состояние больного улучшилось, и он был выписан в удовлетворительном состоянии.

Повышенное соотношение нейтрофилов к лимфоцитам – 15,3 (8,64-22,3), повышение D-димера – 1437,3 (1301-1683), тромбоцитопения (количество тромбоцитов $< 100 \times 10^9/\text{л}$ и увеличенное протромбиновое время более 18 сек были характерны только для больных с крайне тяжелым течением болезни (таблица 3).

Таким образом, уровень С-реактивного белка, интерлейкина-6, прокальцитонина, фибриногена, ферритина, D-димера, лактатдегидрогеназы, лимфоцитов являются наиболее характерными биомаркерами позволяющие определить тяжесть течения заболевания COVID-19, а больные ВИЧ-инфекцией с глубоким иммунодефицитом относятся к группе риска тяжелого течения коронавирусной инфекции с развитием тяжелой пневмонии, осложненной с дыхательной недостаточностью, часто требующей проведение кислородной терапии. Поэтому определение маркеров тяжести заболевания даст возмож-



ность прогнозировать риск тяжелого течения болезни и назначить адекватную терапию, что приводит к сокращению срока пребывания в клинике и тем самым улучшению качества и продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных пациентов после перенесенной COVID-19, так как среди выздоровевших тяжелых больных после терапии могут наблюдаться длительно наблюдаемая одышка, неврологические нарушения и другие остаточные явления.

Заключение

Тромботические и геморрагические явления были частыми осложнениями COVID-19 у больных ВИЧ-инфекцией с тяжелым и крайне тяжелым течением болезни. Результат прогрессирования заболевания был связан с тромбоцитопенией, увеличением отношения нейтрофилов к лимфоцитам, удлинением протромбинового времени и увеличением D-димера. Частота тромбоцитопении у обследованных больных при поступлении была ниже, но она возрастала с утяжелением заболевания. ВИЧ-инфицированные пациенты с COVID-19 имели повышенный уровень интерлейкина-6, т.е. имели высокий риск развития цитокинового шторма, развития тяжелых и крайне тяжелых форм заболевания с высоким

риском летальных исходов. Было обнаружено, что протромбиновое время и уровень прокальцитонина были в пределах нормы у многих пациентов при поступлении в стационар, хотя часто гиперкоагуляция возникала на ранних стадиях COVID-19. Результаты исследования также показали высокие показатели соотношения нейтрофилов к лимфоцитам, которые могут быть результатом чрезмерного воспаления и подавления иммунитета при сепсисе, вызванном инфекцией SARS-CoV-2. Лимфоцитопения у больных ВИЧ-инфекцией при данной патологии видимо связано с частичным апоптозом Т-клеток крови. Сочетание тромбоцитопении, повышенного уровня D-димера и длительного протромбинового времени наводит на мысль о синдроме диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови. Можно сделать вывод, что С-реактивный белок, прокальцитонин, D-димер, интерлейкин-6 и сывороточный ферритин являются биомаркерами прогрессирования патологического процесса при COVID-19, т.е. чем тяжелее было течение процесса, тем выше были показатели данных маркеров ($p < 0,05$), **что часто было связано** с уровнем иммунодефицита организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baranovskii D.S., Klabukov I.D., Krasilnikova O.A. et al. Prolonged prothrombin time as an early prognostic indicator of severe acute respiratory distress syndrome in patients with COVID-19 related pneumonia / Current Medical Research and Opinion. - 2020-11-19. - P. 1.
2. Bassetti M., Vena A., Giacobbe D.R. The novel Chinese coronavirus (2019-nCoV) infections: challenges for fighting the storm / Eur J Clin Invest. 2020; 50.
3. Bianca Ch.E., Favaloro J., Giuseppe L. et al. Hematology Laboratory Abnormalities in Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) / Seminars in Thrombosis and Hemostasis. - 2020-10. 46, 7. - P. 845-849.
4. Carlos del Rio, Preeti N.M. Novel Coronavirus-Important Information for Clinicians // JAMA. - 2020.
5. CDC. Interim Clinical Guidance for Management of patients with confirmed coronavirus disease (COVID-19). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). U. S. Centers for Disease Control and Prevention (11 February 2020).
6. Chan J.F., Kok K.H., Zhu Z. et al. Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. Emerg Microbes Infect, 2020, vol. 9, p. 221-236.
7. Chaolin H., Yeming W., Xingwang L. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China / The Lancet. - Elsevier, 2020. - 24 January.
8. Chen N., Zhou M., Dong X. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020; 395:507-513.
9. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. - 2020. - 28 января.
10. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 46. World Health Organization (6 March 2020).
11. Cui S., Chen S., Li X. et al. Prevalence of venous thromboembolism in patients with severe novel coronavirus pneumonia. J Thromb Haemost. 2020; 18: 1421-1424.
12. David L. Heymann N.Sh. COVID-19: what is next for public health? / The Lancet. - Elsevier, 2020. - 13 February
13. Dawei W., Bo H., Chang H., Fangfang Zhu, Xing Liu. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China / JAMA - 2020. - 7 February.
14. Fernando M., Carlos M.E., Cornejo E.M. et al. Oxygen saturation as a predictor of mortality in hospitalized adult patients with COVID-19 in a public hospital in Lima, Peru // PLOS ONE. - 2020. - 28 December (vol. 15, iss. 12). - P. e0244171.
15. Fogarty H., Townsend L., Cheallaigh C. COVID19 coagulopathy in Caucasian patients. Br J Haematol. 2020; 189:1044-1049.
16. Gaunt E.R., Hardie A., Claas E.C. et al. Epidemiology and clinical presentations of the four human coronaviruses 229E, HKU1, NL63, and OC43 detected over 3 years using a novel multiplex real-time PCR method. J Clin Microbiol, 2010, vol. 48, no. 8, p. 2940-2947.
17. Guan W.J., Ni Z.Y., Hu Y. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020; 382:1708-1720.
18. Huang C., Wang Y., Li X. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet, 2020, vol. 24, no. 20, p. 30183-30185.
19. Helms J., Tacquard C., Severac F. High risk of thrombosis in patients with severe SARS-CoV-2 infection: a multicenter prospective cohort study. Intensive Care Med. 2020; 46:1089-1098.
20. Xie Y., Wang Z., Liao H. et al. Epidemiologic, clinical, and laboratory findings of the COVID-19 in the current pandemic: systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2020 Aug 31; 20(1):640.
21. Zambrano L.D., Ellington S., Strid P. et al. Update: characteristics of symptomatic women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status: United States, January 22–October 3, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Nov 6; 69(44):1641-7.
22. Zhang J.J., Dong X., Cao Y.Y. et al. Clinical characteristics of 140 patients infected by SARS-CoV-2 in Wuhan, China. Allergy 2020 Feb 19. doi: 10.1111/all.14238.
23. Zhang Z.L., Hou Y.L. Laboratory findings of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Scand J Clin Lab Invest. 2020 May 23:1-7.



Миртазаев Омон Миртазаевич

Тошкент тиббиёт академияси Эпидемиология
кафедраси профессори, т.ф.д.

Матназарова Гульбахор Султановна

Тошкент тиббиёт академияси Эпидемиология
кафедраси мудири, т.ф.д.

Мустанов Азамат Юнусович

Тошкент тиббиёт академияси Эпидемиология
кафедраси катта ўқитувчиси

Брянцева Елена Владимировна

Тошкент тиббиёт академияси Эпидемиология
кафедраси доценти, т.ф.н.

МЕНИНГОКОКК ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Резюме: Менингококк инфекциясининг эпидемиялари кутилмаганда юзага келади ва уни олдиндан башорат қилиб бўлмайди. Ҳозирги кунда менингококк инфекцияси дунёнинг 150 дан ортиқ мамлакатларида рўйхатга олинган ва Ўзбекистон ҳам уларнинг таркибига киради.

Мақолада узоқ муддатли кузатишлар натижалари (менингококк инфекцияси билан касалланишнинг ёшлар бўйича тақсимланиши таҳлили, Тошкент шаҳри бўйича ҳар бир ойларда содир бўладиган ҳолатларнинг таҳлили) дунё бўйича ва Ўзбекистонда менингококк инфекциясининг айрим эпидемиологик хусусиятлари келтирилган.

Калит сўзлар: Менингококк инфекциясининг қўзғатувчиси, эпидемиология, инфекция манбаси, эпидемиологик даври, менингококк инфекциясининг тарқалган ва маҳаллий (локал) клиник шакллари, касалланишнинг кўп йиллик динамикаси, аҳолининг ёшлар бўйича таркиби, вакцинапрофилактика.

Summary: Epidemics of meningococcal infection occur unexpectedly and still cannot be predicted. Currently, MI cases are recorded in more than 150 countries of the world, and Uzbekistan is one of them.

The article presents long-term observations (analysis of the age structure of the incidence of meningococcal infection, a monthly analysis of the incidence in the city of Tashkent) and some epidemiological features of meningococcal infection in the world and in Uzbekistan.

Key words: causative agent of meningococcal infection, epidemiology, source of infection, frequency of epidemic waves, generalized and localized forms of meningococcal infection, long-term dynamics of the incidence, age structure of the population, vaccine prevention.

Резюме: Эпидемии менингококковой инфекции МИ возникают неожиданно и пока не могут быть спрогнозированы. В настоящее время случаи МИ регистрируются более чем в 150 странах мира и Узбекистан входит в их число. В статье представлены многолетние наблюдения (анализ возрастной структуры заболеваемости менингококковой инфекцией, ежемесячный анализ заболеваемости по городу Ташкенту) и некоторые эпидемиологические особенности менингококковой инфекции в мире и в Узбекистане.

Ключевые слова: Возбудитель менингококковой инфекции, эпидемиология, источник инфекции, периодичность эпидемических волн, генерализованная и локализованная формы менингококковой инфекции, многолетняя динамика заболеваемости, возрастная структура заболевших, вакцинапрофилактика.

Долзарблиги. Менингококк инфекцияси дунёнинг аксарият мамлакатларида соғлиқни сақлашнинг жиддий муаммолардан бўлиб келмоқда. У турли хил клиник шаклларда кечадиган, кўпинча ўлимга сабаб бўлиб, касалликнинг оғир кечиши ва ушбу касалликни бошидан кечирган одамларда ногиронликка олиб келиш ҳолатлари билан боғлиқ.

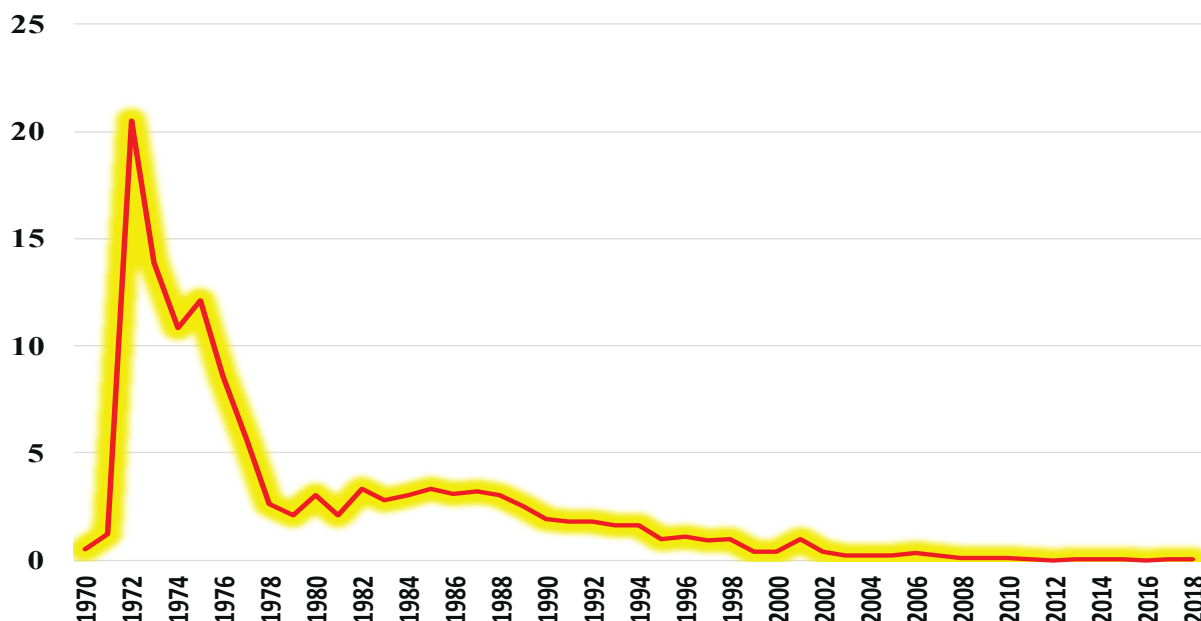
Менингококк инфекцияси билан касалланишга эпидемик даврийлик кўп йиллик динамикада тўлқинсимон кечиши характерлидир, аксарият ҳолларда даврийлик ҳар 10-30 йилда такрорланади. Эпидемиялараро даврда менингококк инфекцияси билан касалланишнинг авж олиш ҳолатлари кузатилади[1].

Ўзбекистонда бундай даврийлик ҳар 30 йилда такрорланиб борган, бу эса ўз навбатида тиббиёт

ходимларининг ушбу касалликка нисбатан огоҳлигининг пасайишига олиб келган. Менингококк инфекциясига кеч ташхис қўйиш, беморларни шифохонага кеч ётқизиш, кўпинча ўз вақтида кўрсатилмаган тиббий ёрдам сабабли беморларда турли хил асоратлар ёки ўлим ҳолатлари келиб чиқиши кузатишмоқда [3].

Ўзбекистонда менингококк инфекцияси билан касалланишнинг узоқ муддатли динамикасини кузатиш (1970-2018 йиллардаги кузатувлар) шуни кўрсатдики, касаллик А серологик гуруҳга мансуб менингококклар томонидан келиб чиққан бўлиб кўпинча спорадик ҳолатлар шаклида қайд этилган.

Менингококклар кўпинча бир неча серологик гуруҳларга мансуб бўлиб, шундан энг зарарли ва тез-тез тарқалиб турадиган менингококк бу А-серогурух



1-расм. Ўзбекистон Республикасида менингококк инфекцияси билан касалланишнинг 1970-2018 йиллар давомидаги кўп йиллик динамикаси (100 минг аҳолига нисбатан интенсив кўрсаткичда).

булиб бу инфекциясининг генерализацияланган – тарқалган (ГФМИ) шакллари келтириб чиқаради. Бу эса ҳозирги даврда эпидемиологик вазиятни бироз ўзгартириб, баъзи мамлакатларда (Тайван, Жанубий Африка, Хитой, Бразилия, Аргентина, Чили, Буюк Британия, Россия Федерацияси) кузатилаётган менингококк инфекциясининг вирулентлик хусусияти кучайган, антибиотикларга нисбатан чидамли бўлган менингококкнинг мутант W 135 шакли келтириб чиқараётганлиги маълум бўлмоқда.

Дунёнинг кўплаб мамлакатларида менингококк инфекцияси кенг тарқалган оғир кечувчи клиник шакллари юқорилик менингококк инфекциясига навбатдаги эпидемик авжи олиш арасида эканлигидан далолат бермоқда[7-14].

Ҳозирги вақтда менингококкларнинг 13та серогруҳлари маълум бўлиб, патогенлиги бўйича барча менингококклар тенг эмас энг хавфли эпидемиялар – А, В, С, W, X ва Y каби серотипдаги менингококк инфекциялари келтириб чиқармоқда. Менингококк инфекцияларининг тарқалган клиник шакллари оқибатида келиб чиққан асоротлар ичида ўлим ҳолати юқориликча қолмоқда[3].

Ҳозирги вақтда менингококк инфекцияси дунёнинг 150 дан ортиқ мамлакатларида қайд этилган. Менингококк инфекцияси билан касалланишнинг энг юқори кўрсаткичи Африка қитъасида, гиперэндемик зонада қайд этилган, бу Сахаранинг жанубида, Сенегалнинг ғарбида, шарқда Эфиопияга қадар тарқалган ва 14 мамлакатни ўз ичига олган. Африка минтақасининг тропик ҳудудларида менингококк инфекцияси билан йиллик касалланиш кўрсаткичи 100 минг аҳолига 300-700 нафарни ташкил қил-

моқда. Баъзи мўътадил кенгликлардаги мамлакатларда менингококк инфекцияси билан касалланиш кўрсаткичи юқори бўлмасада, 100 минг аҳоли сонига нисбатан 0,01-0,02 ҳолат кузатилмоқда. Эпидемиологик нохуш ҳолатлар бўлган вақтларда бу кўрсаткич 8-12 ни ташкил қилган[12].

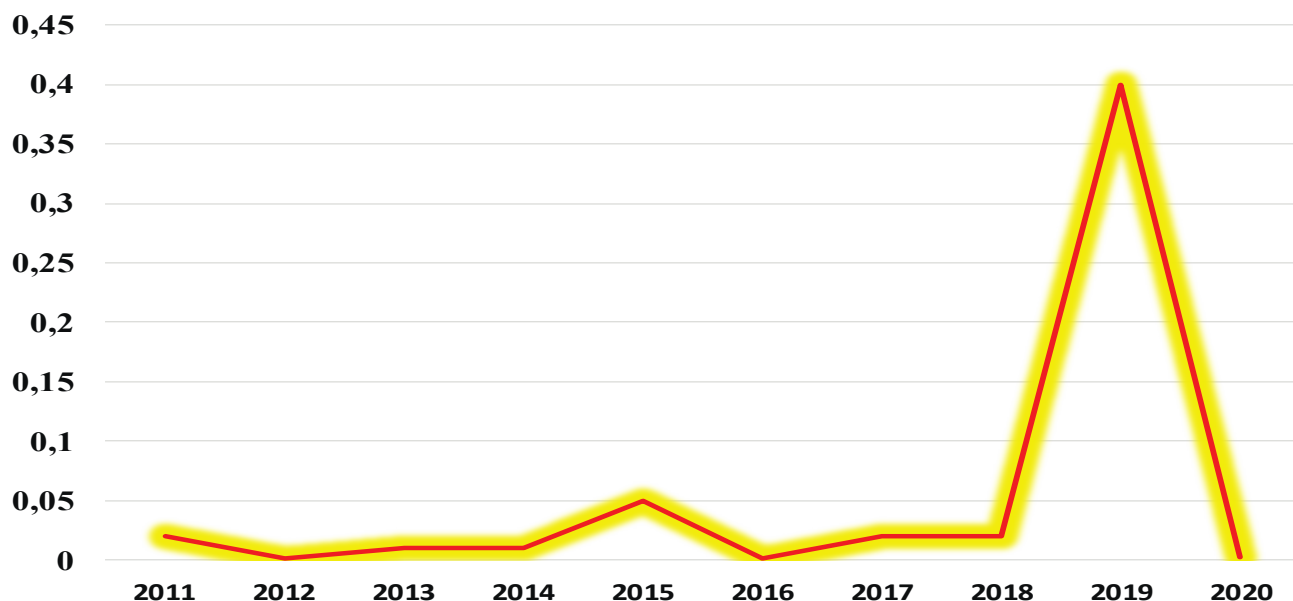
Менингококк инфекциясининг тарқоқ шакли билан касалланганлар орасида ўлим даражаси 70-80% га тенг. Менингококк инфекциясини даволашда антибиотиклардан фойдаланиш ўлим ҳолатини 15% га камайтирди. Соғ қолганлар орасида, тахминан, 20% жиддий асоротлар келтириб чиқаради, шулардан энг оғири эпилепсия, ақлий ривожланишнинг кечикиши, ақлий заифлик ва карлик ҳолатларнинг юзага келишидир[10].

Менингококк инфекцияси билан касалланишнинг ўзига хос хусусиятларидан бири бу нотекс тарқалганлиги бўлиб, уни бошқа ҳаво-томчи инфекциялардан ажратиб туради.

Менингококк инфекцияси билан касалланишнинг энг юқори кўтарилиши А серогруҳига хос бўлиб, асосан мавсумийлик қиш-куз фаслларида кўпроқ учрайди. Касалланишнинг тарқалган шакллари билан касалланиш шаҳар аҳолиси орасида қишлоқ аҳолисига нисбатан юқори.

Тадқиқот мақсади: Ўзбекистонда менингококк инфекциясининг замонавий эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ва эпидемиялар орасидаги даврда касалликнинг профилактик тадбирларини такомиллаштириш.

Тадқиқот материаллари ва услублари: Ўзбекистон Республикаси ва Тошкент шаҳар Санитария-эпидемиология осойиталиги ва жамоат саломатли-



2-расм. Ўзбекистонда 2011-2020 йилларда менингококк инфекцияси билан касалланиш динамикаси (100 минг аҳоли сонига нисбатан)

ги хизматининг расмий маълумотлари ва ҳисобот шакллари. Менингококк инфекцияси билан касалланган беморларнинг касаллик тарихлари, эпидемиологик текшириш хариталари ва текшириш даволатномаларидан олинган маълумотлари. Ушбу тадқиқот бажарилишида эпидемиологик ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Олинган натижалар: Менингококк ташувчилари аҳоли орасида кенг тарқалган, аммо унинг тарқалиши кўп омилларга боғлиқ бўлиб, табиий, ижтимоий қолаверса менингококк яширин кўринишдаги ташувчиларини аниқлаш ва унинг соф култураларини олиш қийинлиги касаллик профилактикасида қийинчилик келтириб чиқаради.

Эпидемия ҳолатларида даврий касалланиш 2000 ва 2001 йилларда 100 минг аҳоли сонга нисбатан 1,42 дан 1,32 ҳолатгача ошган. Эпидемия даврда аҳоли орасида ўртача йиллик касалланиш 100 минг аҳоли сонга нисбатан 2002 йилдан 2010 йилгача 0,06 ҳолатда бўлган, 2002 йилда 0,21 ҳолат 2010 йилда 0,01 тагача. Саудия Арабистонида ГФМИ нинг асосий қисмини А серогуруҳи сабаб бўлган В серогуруҳи тез-тез қайд этилган [7].

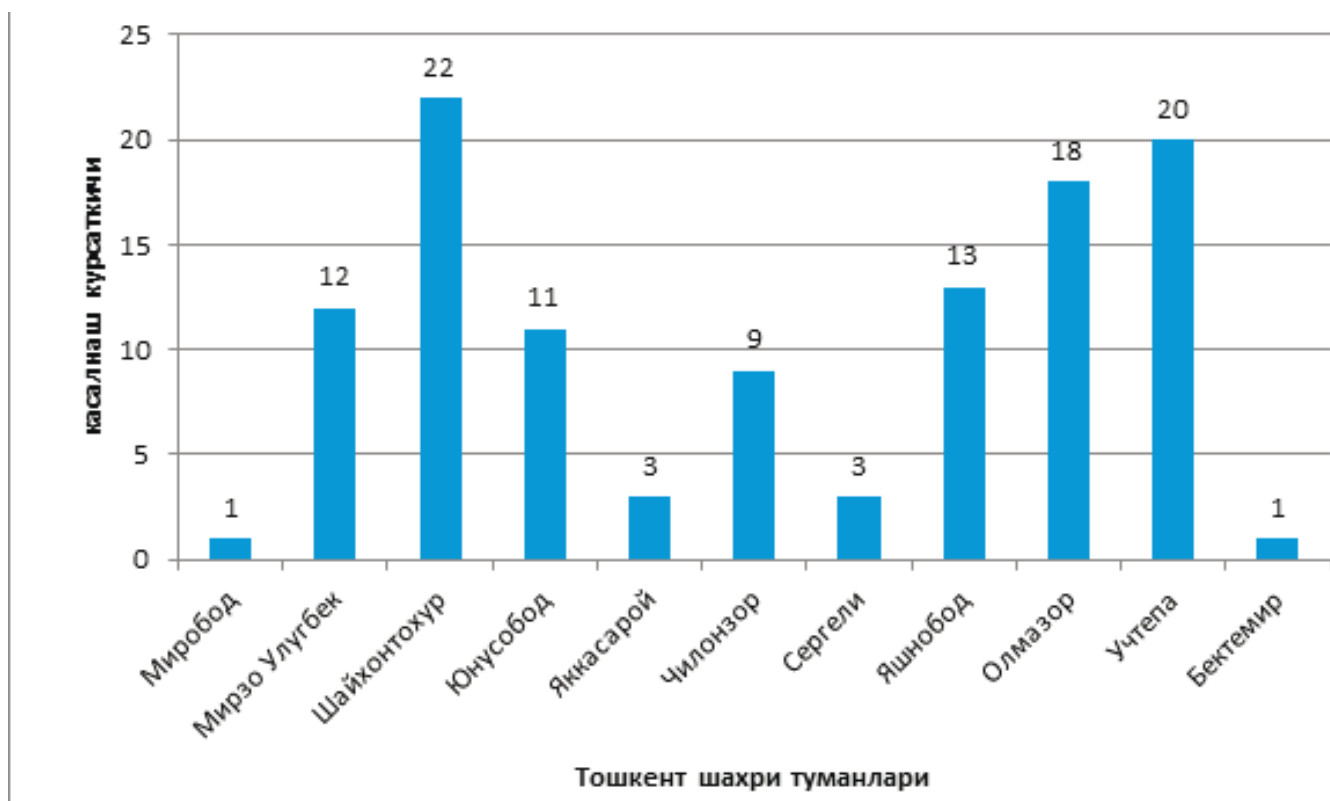
Менингококк инфекциясининг эпидемия даври бўлиб 2000 ва 2001 йиллар ҳисобланган, В серогуруҳи кўпроқ учраган, 78% (298/383) ни ташкил этган бўлса, 2002-2011 йиллардаги эпидемик авж олишдан кейин А ва В серогуруҳлари тенг равишда учраган ва шунга мос равишда 36% ва 40%, серогуруҳ В 17% ни ташкил қилган[5-13].

Эпидемия билан боғлиқ ҳолатларнинг аксарияти N. meningitidis серогуруҳ W сабаб бўлган, эпидемия

пайдо бўлишида ST-11 кк11 клонал комплекси сабаб бўлган.

2019-йилнинг январь-декабр ойларида республикада 149 та менингококк инфекцияси қайд этилган: шулардан МИ билан касалланганларнинг энг кўп сони (78,0%) Тошкент шаҳри аҳолиси (114 та ҳолат). Тошкент вилоятида 24 та, Қашқадарё вилояти ва Қорақалпоғистон Республикасида 3 та, Наманган вилоятида 2 та, Андижон, Бухоро ва Жиззах вилоятларида 1 тадан МИ касаллиги қайд этилган. Ташхис лаборатория томонидан тасдиқланган, менингококк А серогуруҳи култураси ажратилган. Тошкент шаҳар туманларида МИ касаллиги нотекис тақсимланган (3-расм). Касалликнинг энг юқори кўрсаткичи Шайхонтохур туманга 22 та (20,2%), кейин Учтепада 20 та (17,5%), Олмазорда 18 та (15,8%), Яшнободда 13 та (11,4%), Мирзо Улуғбекда 12 та (10,5%) қайд этилган. Юнусободда - 11 (9,6%), Чилонзорда - 9 (7,9%),

Агар олдинги йилларда Тошкент шаҳрида МИ билан касалланиш даражаси 0,08; 0,04; 0,13, кейин 2019 йилда 100 000 аҳолига 4,5 ни ташкил қилган. 2019-йилда МИ нинг барча ҳолатларига Неиссерия менингитидес серогуруҳи А ва 1 та ҳолатда Россия Федерациясидан олиб келинган W 135 серогуруҳ менингококклар сабаб бўлган. Шу муносабат билан Ўзбекистон фуқаролари ўртасидаги миграция жараёнлари ҳам, менингококк инфекцияси билан касалланиш ноқулай бўлган бошқа давлатлар фуқароларининг ҳам республикаимиз ҳудудига келиши эпидемиологик ҳолатга салбий таъсир кўрсатиши мумкинлигини ҳисобга олиш зарур.



3-расм. Тошкент шаҳрида 2019 йилда менингококк инфекцияси билан касалланганлар сони (мутлақ рақамларда маъмурий ҳудудлар бўйича)

Фойдаланилган адабиётлар

1. Акимкин В. Г. и др. Современные подходы к прогнозированию эпидемиологической ситуации по заболеваемости энтеровирусным менингитом // Медицинский алфавит. – 2020. – № 18. – С. 7-12.
2. Алифанова С. В. Бактериальные менингиты у детей // 3 турботою про дитину. – 2017. – Т. 4. – С. 15-19.
3. Астапов А. А. Менингококковая инфекция: инвазивные формы возможны в любое время, в любом месте, в любом возрасте // Приложение к журналу «Лечебное дело». – 2019. – С. 3.
4. Абрамцева М. В. Менингококковая инфекция. Современные представления о возбудителе, эпидемиологии, патогенезе и диагностике. Сообщение 1 // М. В. Абрамцева, А. П. Тарасов, Т. И. Немировская // Биопрепараты. – 2014. – Т. 3. – С. 4–10.
5. Белобородов В. Б. Нерешенные проблемы менингококковой инфекции // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. – 2018. – Т. 7. – № 1 (24).
6. Бурганова А. Н., Семенова М. К. Клинико-эпидемические особенности генерализованной формы менингококковой инфекции на примере клинического случая // Молодежь в науке: Новые аргументы. – 2019. – С. 98-100.
7. Венгеров Ю. Я. и др. Актуальные аспекты патогенеза, диагностики и лечения бактериальных гнойных менингитов // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. – 2018. – Т. 7. – № 1 (24).
8. Иванова М. В. и др. Особенности течения генерализованной менингококковой инфекции, вызванной менингококком серогруппы w135 Детские инфекции. – 2016. – Т. 15. – № 4.
9. Кабаллеро К. А. Д., Кичерова О. А., Рейхерт Л. И. Современные представления о посттравматическом менингите: обзор литературы // Академический журнал Западной Сибири. – 2020. – Т. 16. – № 1. – С. 26-26.
10. Лобзин Ю. В. и др. Семейные случаи менингококковой инфекции, вызванной *Neisseria meningitidis* серогруппы W Pediatr. named after GN Speransky. – 2019. – Т. 98. – № 1.
11. Лобзин Ю. В. и др. Современные клинико-эпидемиологические особенности течения генерализованной менингококковой инфекции и новые возможности терапии Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. – 2018. – Т. 7. – № 1 (24).
12. Мартынова Г. П. и др. Пневмококковые менингиты у детей: клинико-эпидемиологические особенности, серотиповой пейзаж циркулирующих возбудителей в Красноярском крае. Журнал инфектологии. – 2020. – Т. 12. – № 2. – С. 43-49.
13. Миртазаев О.М., Зуева Л.П., Матназарова Г.С. Эпидемиология. 2016. Тошкент, 240-247 б.
14. Миртазаев О.М., Матназарова Г.С., Брянцева Е.В., Мустанов А.Ю., Турсунова Д.А., Бердиев О.В. Некоторые эпидемиологические особенности менингококковой инфекции в Узбекистане. // Теоретическая и клиническая медицина. 2020. №1. С. 117-122.

Насирова Х.П., Байжанов А.К.
Научно-исследовательского
института вирусологии,
г.Ташкент, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ SARS-COV-2, У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Аннотация. Ушбу иш натижаларига кўра, сурункали ва оппортунистик касалликлар ОИВ+COVID19 ко-инфекциясининг оғир кечишида муҳим омил эканлиги аниқланди. Сурункали хамроҳ касалликларни ҳисобга олган ҳолда кўп сонли коморбидлик ҳолати ОИВ инфекцияли беморларда иммунитет танқислиги фонида коронавирус инфекциясининг оғир кечишида оғирлаштирувчи омил бўлиб ҳисобланади. ОИВ инфекциясига чалинган беморларда COVID19 кучли клиник аломатлар билан намоён бўлиб, бунда ОИВ инфекциясининг клиник босқичига боғлиқлик аниқланди. 15,8% беморларда касаллик бошланганидан 20 кун ўтгач SARS-CoV-2 коронавирус персистенциясининг узокроқ давом этиши кузатилди, бу иммунитет танқислиги даражасига боғлиқ бўлди, яъни иммуносупрессия ва юқори ОИВ юкламаси аниқланган ОИВ инфекциясининг кеч босқичида бўлган беморлар организмида касаллик ўтказгандан кейин SARS CoV-2 нинг узок вақт сақланиб қолиш хавфи мавжуд.

Аннотация. По результатам данной работы установлено, что сопутствующие хронические и оппортунистические заболевания являются важными факторами тяжелого течения ко-инфекции ВИЧ+COVID19. Множественная коморбидность с учетом сопутствующих хронических заболеваний является провоцирующим фактором тяжелого течения коронавирусной инфекции на фоне иммунодефицита у больных ВИЧ-инфекцией. COVID19 у больных ВИЧ-инфекцией характеризуется с выраженным клиническим проявлением болезни, что зависела от клинической стадии ВИЧ-инфекции. У 15,8% больных отмечалась более продолжительная персистенция коронавируса SARS-CoV-2 через 20 дней после начала заболевания, что зависела от степени иммунного дефицита, т.е. пациенты ВИЧ-инфекцией в поздней стадии заболевания с иммуносупрессией и высокой вирусной нагрузкой ВИЧ более подвержены к риску длительной персистенции SARS CoV-2 в организме больных после перенесенной инфекции.

Annotation. Based on the results of this work, it was found that concomitant chronic and opportunistic diseases are important factors in the severe course of HIV+COVID 19 coinfection. Multiple comorbidity, taking into account concomitant chronic diseases, is a provoking factor in the severe course of coronavirus infection against the background of immunodeficiency in patients with HIV infection. COVID 19 in patients with HIV infection is characterized by a pronounced clinical manifestation of the disease, which depended on the clinical stage of HIV infection. In 15.8% of patients, a longer persistence of the SARS-CoV-2 coronavirus was noted 20 days after the onset of the disease, which depended on the degree of immune deficiency, i.e. patients with HIV infection in the late stage of the disease with immunosuppression and a high HIV viral load are more at risk of long-term persistence of SARS CoV-2 in the body of patients after infection.

Ключевые слова: SARS-CoV-2, коронавирусная инфекция, вирус иммунодефицита человека, антиретровирусная терапия, ко-инфекция, хронический вирусный гепатит, коморбидное состояние, орофарингеальный кандидоз, цитомегаловирусная инфекция.

Введение. В декабре 2019 года мир столкнулся с новой инфекцией, вызванной неизвестным ранее штаммом коронавируса SARS-CoV-2. Новая коронавирусная инфекция – COVID-19, вызванная SARS-CoV-2, характеризуется высоким уровнем заболеваемости, относительно высокой летальностью, которая по данным разных исследований колеблется от 0,5% до 15% [2, 15, 22]. В настоящее время отсутствие значимого коллективного иммунитета к SARS-CoV-2 однозначно указывает, что возбудитель будет продолжать свою циркуляцию в восприимчивой популяции в мире. Такие ведущие международные организации, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Центр по контролю за заболеваемостью (США) и Европейское региональное бюро ВОЗ, предупредили о возможных последующих волнах распространения SARS-CoV-2 [4, 10, 17, 24]. Известно, что отдельные группы пациентов более тяжело переносят коронавирусную инфекцию – COVID-19. По данным современной научной литературы известно, что к рискам более тяжелого течения COVID-19 относятся возраст больных,

мужской пол, сердечно-сосудистые заболевания, хронические заболевания легких и сахарный диабет [5, 12, 21].

На сегодняшний день сведения об особенностях клинического проявления COVID-19 у больных ВИЧ-инфекцией ограничены [3, 8, 13, 25].

В последнее время в мире изменился портрет ВИЧ-инфицированного пациента. Значительно увеличилось число пациентов старшей возрастной группы – старше 40 лет. Средний возраст ВИЧ-инфицированных пациентов увеличился, как среди лиц, состоящих на диспансерном учете, так и среди вновь выявленных. В результате чего отмечается рост больных с сопутствующей патологией. Сопутствующие заболевания, как хронические вирусные гепатиты, хронические воспалительные заболевания дыхательной системы, сердечно-сосудистые заболевания в возрастной группе старше 40 лет значительно чаще наблюдаются у ВИЧ-инфицированных лиц, чем у пациентов, не инфицированных ВИЧ [1, 6, 14].

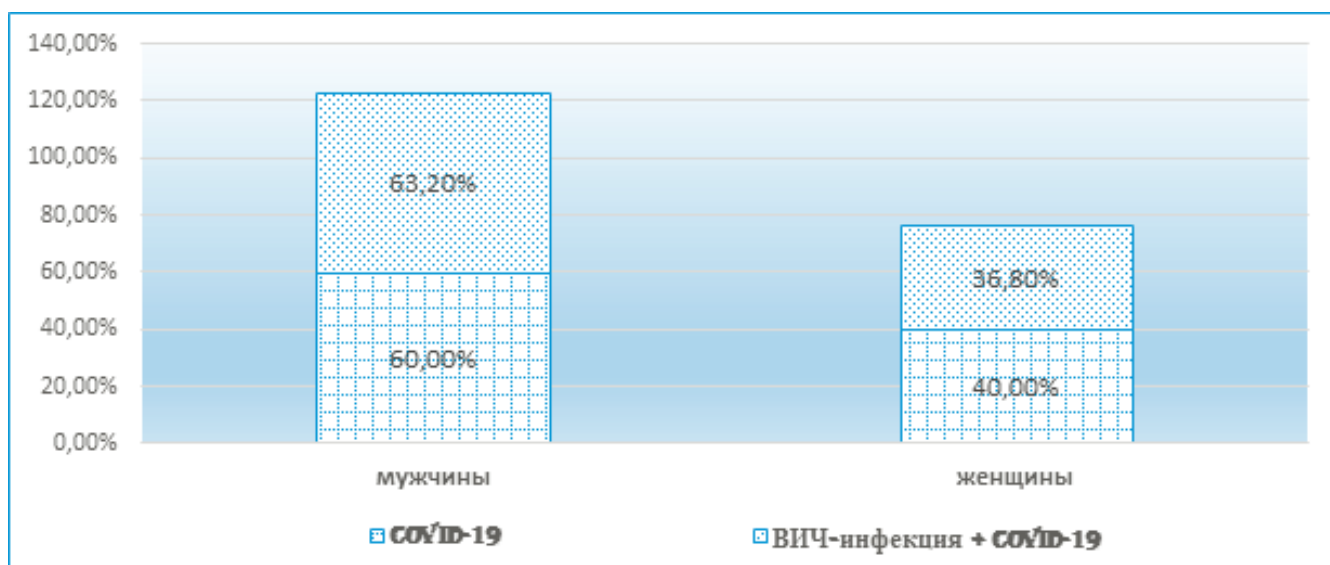


Рис. 1. Доля мужчин и женщин среди обследованных больных с ВИЧ+COVID19

Большинство пациентов с коинфекцией ВИЧ+COVID-19 находились в возрасте от 31 до 50 лет (42,7%) (рис. 2).

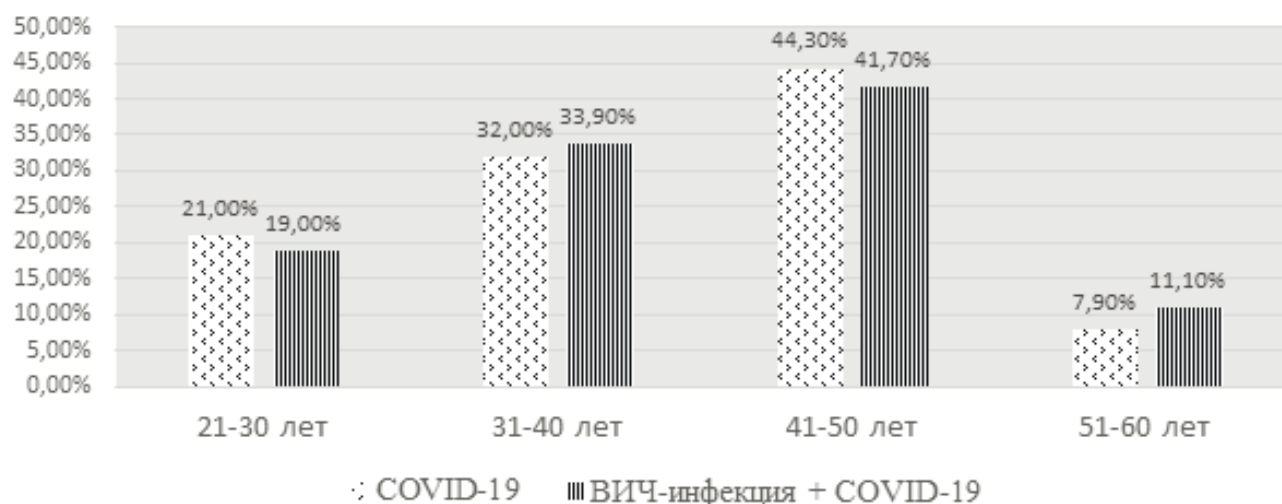


Рис. 2. Возрастная структура больных с ВИЧ+COVID-19

Установлено, что у лиц, живущих с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), непрерывно принимающих антиретровирусную терапию (АРТ), имеющих низкую вирусную нагрузку ВИЧ и число CD4 (Т-лимфоцитов) более 200 клеток/мкл, клиническое течение COVID-19 сопоставимы с таковыми в общей популяции [18].

Несмотря на отсутствие защитного влияния АРТ в отношении инфицирования вирусом SARS-CoV-2, можем предположить, что АРТ может стабилизировать иммунный ответ у ко-инфицированных пациентов, что в определенной степени препятствует прогрессированию основного заболевания до развития тяжелых форм [19].

Озабоченность по поводу повышенного риска тяжелого заболевания COVID-19 для лиц, живущих с

ВИЧ, может быть основана на предположении, что у данной группы больных с большей вероятностью будут выявлен иммунодефицит. Особая осторожность оправдана для пациентов с низким числом CD4-лимфоцитов и высокой вирусной нагрузкой вируса иммунодефицита человека [16]. На сегодняшний день нет достоверных данных о взаимовлиянии ВИЧ+COVID-19, об эффективности антиретровирусной терапии (АРТ) для профилактики и лечения COVID-19 [7, 11, 20]. В настоящее время такие данные в основном появляются в отчетах о случаях заболевания и сериях случаев ко-инфекции ВИЧ+COVID-19. Следует отметить, что пациенты с ВИЧ-инфекцией в запущенной клинической стадии заболевания, с тяжелым иммунодефицитом и высо-

кой вирусной нагрузкой ВИЧ более подвержены инфекционным патологиям и тяжелым осложнениям заболевания [9, 23].

Учитывая вышесказанное, на сегодняшний день немаловажным является изучение особенности клинического течения коронавирусной инфекции у больных ВИЧ-инфекцией.

Цель исследования

Выявить особенности клинического проявления COVID-19 у ВИЧ-инфицированных пациентов с целью улучшения эффективности терапии при сочетанном течении их.

Материал и методы

Был проведен анализ клинического течения коронавирусной инфекции – COVID-19 у 19 больных с ВИЧ-инфекцией, находившихся на стационарном лечении в клинике Научно-исследовательского института вирусологии с апреля по октябрь 2020 года. Возраст больных составил 30-65 лет (средний возраст 47,5 лет).

Больным диагноз поставлен на основании положительного результата полимеразной цепной реакции (ПЦР) на COVID-19 при исследовании биологического материала, полученного из рото- и носоглотки ВИЧ-инфицированных пациентов, включенных в группы исследования.

За время исследования (апрель – октябрь 2020 г.) у 19 больных с ВИЧ-инфекцией, поступивших в стационар, была выявлена новая коронавирусная инфекция (положительная ПЦР мазка на COVID-19). Больным проводилось общее обследование, пульсоксиметрия с измерением уровня насыщения крови кислородом – SpO2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии организма больных.

Обследованные больные 44 (100,0%) были распределены на две группы: первую группу составили больные с COVID-19 без ВИЧ-инфекции – 25 (56,8%). Вторую группу составили ВИЧ-инфицированные пациенты с COVID-19 – 19 (43,2%).

Лабораторные исследования проводились в Референс лаборатории Научно-исследовательского института вирусологии.

Для выявления пневмонии и определения степени пораженности легких проведены рентгенография и/или компьютерная томография грудной клетки.

Статистическая обработка проведена с помощью компьютерной программы. Независимый t-критерий использовался для анализа нормально распределенных переменных, а U-критерий Манна-Уитни использовался для анализа ненормально распределенных переменных. Статистически значимым значения достоверности P считалось <0,05.

Результаты и обсуждение

С апреля по октябрь месяц 2020 года среди обследованных ВИЧ-инфицированных пациентов, получивших положительный результат теста на COVID19, мужчин было 12 (63,2%), женщин – 7

(36,8%). Можно отметить, что в обеих группах среди обследованных больных преобладали мужчины (рис. 1).

На момент поступления в стационар у 2 (8,0%) больных первой группы и у 3 (15,8%) больных второй группы из провоцирующих факторов были выявлены случаи употребления инъекционных наркотиков в анамнезе.

Среди обследованных пациентов первой группы 3 (12,0%) человек в анамнезе злоупотребляли алкоголем, а во второй группе – 6 (31,6%) человек. У 2 (10,5%) больных второй группы отмечалась зависимость от алкоголя, что в динамике наблюдения за данными больными усугубила тяжесть течения заболевания. Из 25 обследованных 7 (28,0%) больных первой группы и из 19 обследованных 6 (31,6%) больных второй группы сообщили о курении.

Длительность ВИЧ-инфекции у обследованных нами больных в среднем составляла $7,0 \pm 2,1$ лет. Более 7 лет о своем заболевании знали 3 больных, которые по анамнезу не обращались за медицинской помощью в Центр по борьбе со СПИДом и впервые обратились к врачам, когда у них появились жалобы в связи с тяжелыми оппортунистическими заболеваниями.

У 6 (31,6%) больных из второй группы была диагностирована IV-клиническая стадия, у 2 (10,5%) – III-клиническая стадия ВИЧ-инфекции. Из 8 обследованных больных в III-IV клинических стадиях ВИЧ-инфекции в 62,5% случаях установлена неполная ремиссия заболевания.

У 37,5% больных отмечалось прогрессирование ВИЧ-инфекции со снижением количество CD4-лимфоцитов в крови (среднее содержание CD4-лимфоцитов крови составило 97,5 кл/мкл) и повышением вирусной нагрузки – количество РНК вируса иммунодефицита (средняя вирусная нагрузка составила 497 528,3 копий/мл) после выписки из стационара.

У 13 (68,4%) больных среднее количество CD4-клеток составило более 200 кл/мкл. Количество CD4-лимфоцитов менее 200 кл/мкл выявлено у 6 (31,6%) пациентов, из них у 2 менее 100 кл/мкл.

У больных в III-IV клинических стадиях ВИЧ-инфекции число CD4-клеток было значительно ниже, а вирусная нагрузка значительно больше, чем у больных в II-клинической стадии болезни (табл. 1).

Среди обследованных пациентов ВИЧ-инфекцией, сочетанной с коронавирусной инфекцией – COVID-19, наиболее распространенными из оппортунистических и сопутствующих заболеваний, а также других патологических состояний были такие заболевания, как орофарингеальный кандидоз (ОФК), цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ), тяжелая анемия, потери веса более 10%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) (табл. 2).

Хронический вирусный гепатит С был верифицирован у 5 (26,3%) пациентов, из них у одного больного диагностирован цирроз печени HCV этиологии, класс В по Чайлд-Пью, что осложняло течение болезни. Алкогольную болезнь печени имели 2 чело-



Таблица 1

Количество CD4-лимфоцитов и РНК ВИЧ у больных с ВИЧ+COVID-19 в зависимости от клинической стадии ВИЧ-инфекции

Показатель	Клинические стадии ВИЧ-инфекции		
	II-клиническая стадия (n=2)	III-клиническая стадия (n=10)	IV-клиническая стадия (n=7)
Количество CD4-клеток, кл/мкл	495,6	308,2	189,4
Количество РНК ВИЧ, копий/мл	2 138,1	17 735,8	119 932,6

Таблица 2

Частота встречаемости оппортунистических и сопутствующих заболеваний у больных с ВИЧ+COVID-19 и у больных с COVID-19 без ВИЧ-инфекции

Оппортунистические и сопутствующие заболевания	Больные с COVID19 (n=25)		Больные ВИЧ+COVID-19 (n=19)		P
	n	%	n	%	
Орофарингеальный кандидоз	1	4,00	12	63,2	<0,05
Токсоплазмоз головного мозга	0	0	3	15,8	<0,05
Энцефалопатия	3	12,0	5	26,3	<0,05
Полинейропатия	2	8,00	4	21,1	<0,05
Туберкулез легких	1	4,00	2	10,5	<0,05
Потери веса более 10%	2	8,00	8	42,1	<0,05
Саркома Капоши	0	0	1	5,27	-
Цитомегаловирусная инфекция	4	16,0	11	57,9	<0,05
Тяжелая анемия	2	8,00	7	36,8	<0,05
Сахарный диабет	5	20,0	3	15,8	>0,05
Хронический вирусный гепатит В	1	8,00	4	21,0	<0,05
Хронический вирусный гепатит С	2	8,00	5	26,3	<0,05
Ишемическая болезнь сердца	3	12,0	6	31,6	<0,05
Ожирение	4	16,0	1	5,27	<0,05

века, в том числе 1 – в стадии декомпенсированного цирроза.

Обращает на себя внимание тот факт, что бессимптомное течение заболевания не отмечено ни у одного пациента с ВИЧ/COVID-19, тогда как в общей популяции такое течение коронавирусной инфекции отмечается не менее чем у 20% заболевших.

Из клинических симптомов для больных ВИЧ+COVID-19 наиболее часто встречались такие симптомы, как слабость 89,5%, повышение температуры тела 89,5%, диарея 57,9% и тревога 42,1% (Табл. 3).

Судороги выявлены у 2 пациентов второй группы на 6й день госпитализации. Этого не наблюдалось ни у одного больного первой группы. Также следует отметить, что такие симптомы, как быстрая утомляемость, сухость во рту, чувство жжения в грудной клетке и учащение сердцебиения у лиц, живущих с ВИЧ, не отличались от симптомов COVID19 у ВИЧ-отрицательных пациентов.

У 8 (42,1%) больных пневмония протекала с поражением легких более 50% (на основании компьютерной томографии грудной клетки), у всех этих больных наблюдалась тяжелая степень дыхательной недостаточности и отмечалось быстрое прогрессирование ухудшения общего состояния больных.

У больных ВИЧ-инфекцией такие факторы, как употребление инъекционных наркотиков в анамнезе, злоупотребление алкоголем, поздняя стадия ВИЧ-инфекции, низкое количество CD4-лимфоцитов (менее 200 кл/мкл), множественная коморбидная патология (ВИЧ-инфекция, оппортунистические заболевания, сопутствующая патология, особенно хронические поражения печени), прерванная антиретровирусная терапия, отсутствие профилактики оппортунистических заболеваний, играли определяющую роль в развитии тяжелых форм коронавирусной инфекции с проявлениями симптомов дыхательной недостаточности.

Тяжелое течение COVID-19 часто отмечалось у больных ВИЧ-инфекцией с низким (менее 200 кл/мкл) содержанием CD4+ лимфоцитов.

Также следует отметить, что после проведенной терапии по поводу COVID-19 у 15,8% больных с поздней клинической стадией ВИЧ-инфекции несмотря на улучшение клинико-лабораторных показателей, обнаружены рибонуклеиновые кислоты SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции в образцах мазка из ротоглотки после 20-го дня болезни, т.е. отмечалась длительная персистенция вируса в организме больных.

Таким образом, ВИЧ-инфицированные пациенты с установленной коронавирусной инфекцией,

Таблица 3

Сравнительная характеристика клинических симптомов у ВИЧ-инфицированных пациентов с COVID-19

Жалобы	Больные с COVID19 (n=25)	Больные ВИЧ+COVID-19 (n=19)	P
Кашель	14 (56,0%)	12 (63,2%)	> 0,05
Диарея	6 (24,0%)	11 (57,9%)	< 0,05
Боль в горле	10 (40,0%)	7 (36,8%)	> 0,05
Озноб	5 (20,0%)	4 (21,1%)	> 0,05
Слабость	11 (44,0%)	17 (89,5%)	< 0,05
Повышение температуры тела	10 (40,0%)	17 (89,5%)	< 0,05
Потливость	9 (36,0%)	6 (31,6%)	> 0,05
Тревога	3 (12,0%)	8 (42,1%)	< 0,05
Головокружение	5 (20,0%)	5 (26,3%)	> 0,05
Боль в мышцах	4 (16,0%)	3 (15,8%)	> 0,05
Першение в горле	9 (36,0%)	6 (31,6%)	> 0,05
Раздражительность	5 (20,0%)	4 (21,1%)	> 0,05
Головная боль	8 (32,0%)	5 (26,3%)	> 0,05
Аносмия	5 (20,0%)	7 (36,8%)	< 0,05
Агезия	4 (16,0%)	6 (31,6%)	< 0,05
Пониженный аппетит	8 (32,0%)	8 (42,1%)	> 0,05
Затрудненное дыхание	4 (16,0%)	6 (31,6%)	< 0,05
Одышка	3 (12,0%)	3 (15,8%)	> 0,05
Заложенность носа	2 (8,00%)	2 (10,5%)	> 0,05
Сухость во рту	3 (12,0%)	4 (21,1%)	< 0,05
Боль в груди	4 (16,0%)	6 (31,6%)	< 0,05
Насморк	2 (8,00%)	1 (5,27%)	> 0,05
Тошнота	3 (12,0%)	3 (15,8%)	> 0,05

вызванной SARS-CoV-2, часто имели признаки прогрессирования ВИЧ-инфекции, тяжелое течение оппортунистических заболеваний и имеющихся сопутствующих патологий, как хронические вирусные гепатиты В и С, сердечно-сосудистые заболевания, хронические заболевания дыхательной системы, сахарный диабет и другие. Достоверной разницей установлено взаимовлияние ВИЧ+COVID-19. Выявлено, что наличие множественной коморбидной патологии играет важную роль в развитии тяжелых состояний и неблагоприятных исходов как ВИЧ-инфекции, так и COVID-19.

Обсуждение

В исследовании приведены данные об особенностях клинического проявления COVID-19 у пациентов, инфицированных ВИЧ. Наши результаты показывают, что лица, живущие с ВИЧ, могут быть инфицированы COVID19 и подвержены тем же особенностям риска и прогрессирования заболевания, что и пациенты без ВИЧ. Наличие хронических заболеваний, пожилой возраст и другие сопутствующие факторы являются важными факторами тяжелого течения заболевания при ко-инфекции ВИЧ/COVID-19. Результаты исследования показывают, что медицинские работники должны решать проблему мультиморбидности ВИЧ-инфицированных пациентов, обеспечивать безопасность применения антиретровирусной терапии.

Необходимо рекомендовать повышенные меры предосторожности в связи с COVID-19 для боль-

ных ВИЧ-инфекцией, включая профилактические мероприятия, раннюю диагностику и лечение коронавирусной инфекции. Наши выводы также подчеркивают важность дальнейших исследований для выяснения влияния COVID-19 на прогрессирование ВИЧ-инфекции, так как множественная сопутствующая патология играет роль в развитии тяжелых состояний и неблагоприятных исходов как COVID-19, так и самой ВИЧ-инфекции.

Выявлены провоцирующие факторы, играющие роль в развитии более тяжелых форм коронавирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов: употребление инъекционных наркотиков в анамнезе, злоупотребление алкоголем, поздняя стадия ВИЧ-инфекции (III- и IV-клиническая стадия), низкое количество CD4-лимфоцитов (менее 200 кл/мкл), множественная коморбидная патология (ВИЧ-инфекция, оппортунистические заболевания, сопутствующая патология, особенно хронические поражения печени), прерванная антиретровирусная терапия, отсутствие профилактики оппортунистических заболеваний).

У больного с ВИЧ-инфекцией в IV-клинической стадии с множественной коморбидностью установлена возможность длительной персистенции коронавируса – SARS CoV-2 с получением положительных результатов в течение 20 дней от начала выявления коронавирусной инфекции.

Можно сделать вывод, что COVID-19 у больных ВИЧ-инфекцией характеризуется быстрым прогрес-



сированием патологического процесса с развитием тяжелой вирусной пневмонии с дыхательной недостаточностью и длительным нахождением SARS CoV-2 в респираторном тракте, что часто зависело от степени иммунодефицита, т.е. ВИЧ-инфицированные пациенты в продвинутой стадии заболевания с иммуносупрессией и высокой вирусной нагрузкой более подвержены к риску тяжелого течения COVID-19 и длительной персистенции SARS CoV-2 в организме больных.

Выводы:

1. COVID-19 у больных ВИЧ-инфекцией характеризуется с выраженными клиническими проявлениями болезни (повышение температуры тела, диарея, тревога и другие) и зависит от клинической стадии ВИЧ-инфекции;

2. Факторами, определяющими развитие тяжелых форм COVID-19 у больных ВИЧ-инфекцией, являются – употребление в анамнезе инъекционных наркотиков, злоупотребление алкоголем, поздняя клиническая стадия ВИЧ-инфекции, низкое (менее 200 клеток/мкл) количество CD4-клеток, наличие множественной коморбидной патологии (ВИЧ-инфекция, оппортунистические заболевания, сопутствующие патологии);

3. У 15,8% больных с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции с множественной коморбидностью установлена возможность длительной персистенции коронавируса с получением положительных результатов полимеразной цепной реакции на SARS CoV-2 через 20 дней после начала COVID-19.

Литература

1. Benkovic S., Kim M., Sin E. Four cases: Human immunodeficiency virus and novel coronavirus 2019 Coinfection in patients from Long Island. *J. Med. Virol.* 2020; 92:2338–2340. DOI: 10.1002 / jmv.26029.
2. Bassetti M., Vena A., Giacobbe D.R. The novel Chinese coronavirus (2019-nCoV) infections: challenges for fighting the storm / *Eur J Clin Invest.* 2020; 50.
3. Canada.ca. 2019 novel coronavirus: Symptoms and treatment The official website of the Government of Canada URL: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/symptoms.html>.
4. Carlos del Rio, Preeti N.M. Novel Coronavirus-Important Information for Clinicians // *JAMA.* - 2020.
5. CDC. Interim Clinical Guidance for Management of patients with confirmed coronavirus disease (COVID-19). U. S. Centers for Disease Control and Prevention (11 February 2020).
6. Ceylan Z. Estimation of COVID-19 prevalence in Italy, Spain, and France. *Sci Total Environ.* 2020; 729: 138817.
7. Coronavirus (2019-nCoV) URL: <https://www.nhs.uk/conditions/wuhan-novel-coronavirus>.
8. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov>.
9. Chan J.F., Kok K.H., Zhu Z. et al. Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. *Emerg Microbes Infect.* 2020, vol. 9, p. 221-236.
10. Chaolin H., Yeming W., Xingwang L. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China / *The Lancet.* - Elsevier, 2020.
11. Chen N., Zhou M., Dong X. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020; 395:507-513.
12. Dawei W., Bo H., Chang H. et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China / *JAMA* - 2020. - 7 February.
13. Federal Ministry of Health. Current information on the coronavirus URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/en/press/2020/coronavirus.html>.
14. Gaunt E.R., Hardie A., Claas E.C. et al. Epidemiology and clinical presentations of the four human coronaviruses 229E, HKU1, NL63, and OC43 detected over 3 years using a novel multiplex real-time PCR method. *J Clin Microbiol*, 2010, vol. 48, no. 8, p. 2940-2947.
15. Guan W.J., Ni Z.Y., Hu Y. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020; 382:1708-1720.
16. Guaraldi G et al. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 2010. San Francisco, Feb 16-19. Poster presentation # 727 <http://www.retroconference.org/2010/PDFs/727.pdf>
17. Huang C., Wang Y., Li X. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 2020, vol. 24, no. 20, p. 30183-30185.
18. Karmen-Tuohy S., Carlucci P.M., Zervou F.N. et al. Outcomes Among HIV-Positive Patients Hospitalized With COVID-19. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* Volume 85, Number 1, September 1, 2020:6–10. DOI: 10.1097 / QAI.0000000000002423.
19. Patel RH, Pella PM. COVID-19 in a patient with HIV infection *J. Med. Virol.* 2020;1–2. DOI: 10.1002/jmv.26049.
20. Phulen S., Manisha P., Pramod A. et al. Therapeutic options for the treatment of 2019-novel coronavirus: An evidence-based approach. March 11, 2020. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32201439>.
21. Sebastiani G, Massa M, Riboli E. Covid-19 epidemic in Italy: evolution, projections and impact of government measures // *Eur J Epidemiol.* – 2020; 35(4):341-345.
22. Therapeutics and COVID-19: living guideline. <https://www.who.int/teams/risk-communication>.
23. World Health Organization. Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance, 21 March 2020. World Health Organization; 2020.
24. Xie Y., Wang Z., Liao H. et al. Epidemiologic, clinical, and laboratory findings of the COVID-19 in the current pandemic: systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis.* 2020 Aug 31; 20(1):640.
25. Zhang J.J., Dong X., Cao Y.Y. et al. Clinical characteristics of 140 patients infected by SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy* 2020 Feb 19. doi: 10.1111/all.14238.



B. N. Normetov, O. K. Sadullaev,
Sh. Y. Zakirov, SH. K. Abdalniyazov

Xorazm viloyati OITS ga qarshi kurash markazi, Toshkent tibbiyot
Akademiyasi Urganch filiali,

OIV-INFEKTSIYASIDA O'PKA SILI (Sharh-mulohaza)

Rezyume. Mulohaza maqsadi: OIV bilan kasallangan odamlarda o'pka sili bo'yicha joriy epidemiologik va klinik va laboratoriya ma'lumotlarini tahlil qilishdir. OIV bilan kasallangan bemorlarda o'pka silining tarqalishi, klinik kechishining o'ziga xos xususiyatlari ko'rib chiqiladi.

Horijiy adabiyotlar ma'lumotlariga ko'ra, o'pkadagi turli genezli tipik patologik o'zgarishlarni aniqlashda radiatsiya va yadro diagnostikasi usullarining afzalliklari va cheklolari aniqlandi.

Sharhda OIV infeksiyasiga chalingan bemorda "o'pka sindromi" deb ataladigan differentsial diagnostika masalalariga oid dolzarb ma'lumotlar keltirilgan. Amaliyotdagi terapevtlar, infeksiionistlar, ftiziatrlar, boshqa mutaxassisliklar shifokorlari OIV bilan kasallangan bemorlarda o'pkaning shikastlanishiga o'z vaqtida shubha qilish, laboratoriya va instrumental tekshiruvni o'tkazish va bemor uchun qo'shimcha boshqaruv taktikasini tanlash uchun ushbu patologiyadan xabardor bo'lishlari kerak.

Kalit so'zlar: OIV infeksiyasi, sil.

Resume. The purpose of the review is to analyze current epidemiological and clinical and laboratory data on pulmonary tuberculosis in HIV-infected individuals. The issues of the spread, features of the clinical course of pulmonary tuberculosis in HIV-infected patients are considered.

According to the data of foreign literature, the advantages and limitations of radiation and nuclear diagnostics methods in identifying the most typical pathological changes in the lungs of various genesis have been established.

The review presents current information concerning the issues of differential diagnosis, when a patient with HIV infection is found to have a so-called "pulmonary syndrome". Practicing therapists, infectious disease specialists, phthisiologists, doctors of other specialties should be aware of this pathology in order to timely suspect possible lung damage in HIV-infected patients, conduct a thorough laboratory and instrumental examination, and choose an adequate further management tactics for the patient.

Key words: HIV infection, tuberculosis.

Резюме. Цель обзора – проанализировать современные эпидемиологические и клинико-лабораторные данные по туберкулезу лёгких у ВИЧ-инфицированных лиц. Рассмотрены вопросы распространения, особенностей клинического течения туберкулеза лёгких, у ВИЧ-инфицированных пациентов.

По данным зарубежной литературы установлены преимущества и ограничения методов лучевой и ядерной диагностики в выявлении наиболее типичных патологических изменений в лёгких различного генеза.

В обзоре представлены современные сведения, касающиеся вопросов дифференциальной диагностики, при обнаружении у больного ВИЧ-инфекцией так называемого «легочного синдрома». Практикующие терапевты, инфекционисты, фтизиатры, врачи других специальностей должны знать о данной патологии для того, чтобы своевременно заподозрить возможное поражение лёгких у ВИЧ-инфицированных пациентов, провести тщательное лабораторно-инструментальное обследование, выбрать адекватную дальнейшую тактику ведения больного.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулез.

Ma'lumki, OIVli bemorlarda immunitet tanqisligi rivojlanishi bilan turli etiologiyali va lokalizatsiyali oppor-tunistik kasalliklarning rivojlanishi kuzatiladi [24, 29]. Bunda turli klinik ko'rinishidagi patologik jarayonlardan iborat bo'lgan nafas olish tizimi kasalliklari kelib chiqib, aksariyat hollarda bemorlarning o'limiga bevosita sabab bo'ladi. OIV infeksiyasi bilan kasalxonaga yotqizilgan bemorlar orasida ushbu patologiyaning chastotasi 60% dan ortiqni tashkil etadi [17]. Sil OIV infeksiyasining har qanday bosqichida va CD4+ limfotsitlarining har qanday soni bilan yuzaga kelishi mumkin bo'lgan ikkilamchi (oppor-tunistik) nafas olish kasalliklari orasida ko'proq tarqalgani (66,5% gacha) hisoblanadi [13,21,25,29].

OIV infeksiyali bemorlarda quyi nafas yo'llarining zararlanishining etiologik spektri va og'irligi, odatda, qondagi CD4+ limfotsitlar soniga bog'liq bo'ladi. Qonda CD4 + hujayralari 1 mklda 500 dan 200 gacha bo'lganida bakterial zotiljam va o'pka sili holatlari qayd etiladi [14].

O'tgan 20 yildan ortiq vaqt mobaynida, OIV infek-siyasi bilan birga faol sil mavjud bo'lgan bemorlarning soni 50 barobar oshdi, va coinfectsiyali bemorlar orasi-da nafas olish organlarining sil mikobakteriyalari bilan shikastlanganligi 90% ni tashkil etgan[2,13,26]. Bunda birgalikdagi patologiyali bemorlarning 58% da o'limning asosiy sababi sil kasalligi bo'lgan, OIV bilan kasallan-gan insonlarning sildan o'limi barcha aholining anologik ko'rsatkichlaridan 10 baravar yuqori [7,25]. Immuntan-qisli bemorlarda respirator organlar sili orasida quy-idagi nozologiyalar mavjud: ko'krakichi limfa tugunlari-niing sili (68,1%), disseminatsiyalangan (12,8%), miliar sil (10,6%), silli plevrit/empiema (4,3%), infiltrative sil (3,2%) [10].

Ko-infectsiyali bemorlarda bakteriya ajratuvchilar chastotasi 30 dan 70% gachani tashkil etadi [1]. OIV infeksiyasi bilan og'rikan bemorlarda ko'pincha silga qarshi dorilarga bardoshlilik rivojlanadi [14]. Har qan-



day silga qarshi dorilarga bardoshlilik 34,7% hollarda va ko'psonli dorilarga bardoshlilik (KDB) - bemorlarning 8,1% da aniqlanishi mumkin.

Bunda immunitet tanqisligi bilan yangi tashxis qo'yilgan bemorlar va ilgari davolangan bemorlar orasida KDB nisbati mos ravishda 3,7% va 28,9% bo'lishi mumkin [3]. OIV infeksiyasining o'zi silga qarshi dorilarga chidamlilikning rivojlanishiga ta'sir qilmasa-da, biroq Mycobacterium tuberculosisning chidamli shtamlari bilan zararlanishga imkon beradi [6].

Spetsifik jarayonning shakli (o'pka va o'pkadan tashqari) immunosupressiya darajasiga bog'liq [11]. OIV infeksiyasining dastlabki bosqichlarida bemorlarda infiltrativ sil, tuberkulyozli plevrit va ko'krakichi limfa tugunlarining sil kasalligi tez-tez uchraydi, ularning klinik ko'rinishlari OIV infeksiyasi bo'lmagan bemorlarnikiga o'xshaydi. Ushbu davrda sil kasalligi xronizatsiyaga moyil bo'lgan asta-sekin rivojlanayotgan infeksiyadir. Kasallikning surunkali kechishida o'pka to'qimasida destruktiv, fibroz o'zgarishlar ustunlik qiladi [21].

Ko'krakichi limfa tugunlarining sil kasalligi paydo bo'lishi quyidagi mexanizmga bog'liq boladi: ma'lumki, limfoid to'qimalarga nibatan tropizmga ega bo'lgan Mycobacterium tuberculosis birlamchi infeksiyada unda lokalizatsiyalanadi, oz navbatida bu erda OIV replikasiyasining yuqori darajasi ham qayd etiladi.

Binobarin, limfoid to'qimada OIV va Mycobacterium tuberculosis birlamchi kesishishi sodir bo'lib, koinfeksiyaga start beriladi [21].

OIV infeksiyasida silning rentgenologik manzarasi ko'pincha infiltrativ o'zgarishlar o'choqlari shaklida namoyon bo'ladi. Hujayrali immunitet korsatkichlari yuqori bo'lgan koinfektsiyali bemorlarda adekvat davolanish fonida tezda fibroz shakllanishi bilan spetsifik jarayonning lokalizatsiyasi sodir bo'ladi. Davolash ishlari olib borilmaganida, o'pka to'qimasida uch qavatli kaverna hosil bo'lishi bilan destruktiv jarayonlarning o'sib borishi kuzatiladi, bu OIV infeksiyasi bo'lmagan bemorlar uchun ham xosdir [4, 21]. Ko-infeksiyaning natijasi davolash bo'lmagan taqdirda silning alohida surunkali shakllari bo'lgan bemorlar uchun o'xshashdir: o'pkadan qon ketishi natijasidagi asfiksiya, surunkali o'pka yuragi dekompensatsiyasi, ichki organlar amiloidozi [18, 19].

Ko'pincha bemorlarda bir vaqtda yuzaga keladigan ko'p ekstratorakal shikastlanishlar bilan deyarli 80% hollarda [5], OIV infeksiyasining kechki bosqichlarida sil o'tkir progressiv kechishi (tarqalgan, miliyar) va generalizatsiyaga moyilligi bilan xarakterlanadi [18, 20]. Bunday bemorlarda bronx-o'pka belgilari ko'pincha aniq bo'lmaydi, rentgenologik manzara kattalardagi sil bilan shikastlanishlar sindromokompleksiga nisbatan atipikligi bilan xarakterlanadi: o'pka ildizi shikastlanishi, interstitsial disseminatsiya, o'pka to'qimasining destruktivlanmasligi [9,27].

Bundan tashqari, ushbu toifadagi bemorlarda kasallikning klinik manzarasini nafaqat sil, balki boshqa bir qator ikkinchi darajali kasalliklar bilan birgalikda ham aniqlash mumkin. Mazkur xususiyatlar sil kasalligini o'z vaqtida tashxislashni ancha murakkablashtiradi, bu

esa noadekvat davolanishning sababi hisoblanadi va ko'pincha o'limga olib keladi [8, 22].

Sil OIV infeksiyasi fonida pnevmoniyaning kechishi klinikasiga o'xshaydi. Shunday qilib, o'rtacha va aniq ifodalangan intoksikatsiya sindromi bronx-o'pkadan ancha oldin paydo bo'lib, bir necha hafta va hatto oylab davom etadi. Ba'zida ushbu alomatlar ko'pchilik hollarda OIV infeksiyasining rivojlanish belgilari bilan yanglishtiriladi. Respirator sindrom silning umumiy shakllarida bo'lmisligi mumkin. Ayrim mualliflar to'rtta asosiy belgilar (yo'tal, isitma, tungi terlashlar, tana vaznining yo'qotilishi) mavjud bo'lganida sil 40% holatlarda tasdiqlanganligiga ishora qiladi [16].

Rentgenologik o'zgarishlar jarayonning shakliga bog'liq. Eng ko'p kuzatiladigan disseminatsiyalangan shaklida yo bazal zonada, yoki birlashib ketish tendentsiyasiga ega o'pka to'qimalarining barcha sohalari bo'ylab, va juda ko'p hollarda ko'krak ichi limfadenopatiyasi bilan birgalikda joylashgan o'choqlar massasining mavjudligi kuzatiladi.

Kompyuter tomogrammasida markazda aniq kapsulaga ega bo'lmagan holda kazeoz nekrozli mayda (1,0–1,5 sm gacha) destruktiv o'zgarishlar verifikatsiyalanishi mumkin [21]. OIV – infeksiyali shaxslarda o'pka to'qimalarida miliar disseminatsiya ancha kam uchraydi. Sning ushbu shakli produktiv xarakterli bo'lib, granulomalarning shakllanishi bilan birga kuzatiladi, T-limfotsitlarning ifodalangan tanqisligida bunday bo'lmaydi [21]. Nafas olish organlarining sili OIV infeksiyasining so'nggi bosqichlarida bir necha kun ichida silli meningit ning rivojlanishi bilan generalizatsiyalanib (66,6% gacha) asoratlanishi mumkin [28].

OIV infeksiyali bemorlar sil boyicha tibbiy xavf guruhidir, shuning uchun fluorografik tekshiruv va tuberkulinodiagnostikasi yiliga 2 marta o'tkazilishi kerak, chunki 50% hollarda ushbu bemorlar guruhiga xos atipik rentgenologik manzara tufayli diagnostik xatolar yuzaga keladi [3]. CD4+limfotsitlar soni kamaygani sari (ayniqsa 200 hujayra /mkl dan past kamayganida) ushbu usul o'z ahamiyatini sezilarli yo'qotadi. Mazkur davrda silga xos o'zgarishlar: o'pkaning yuqori qismlaridagi o'zgarishlar lokalizatsiyasining ustunligi, yallig'lanish infiltratsiyasining o'choqli-produktivli xarakteri yo'qoladi [29].

Buning sababi shundaki, OIV-infeksiyali bemorlarda silning manifestatsiyasi va kechishi uning boshlanishi immuniteti saqlanib qolgan shaxslardagi kabi boshlanish va kechishdan ancha farq qiladi [15]. Tuberkulin sezgirligi ham immunitet tanqisligi darajasiga mutanosib ravishda pasayadi [10]. Hozirgi vaqtda sil kasalligini tashxislashda anch sifatli sanalgan zamonaviy immunologik usullardan foydalanishga e'tibor qaratilmogda [23].

Shuni esda tutish kerakki, OIV infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarning 1/3 qismidan ko'pida o'pkaning shikastlanishi bir vaqtning o'zida bir necha opportunistik agentlar tomonidan kelib chiqishi mumkin, bu esa o'z vaqtida tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi va o'lim chastotasining oshishiga yordam beradi [12].

OIV infeksiyadagi bemorlarda o'pka shikastlanishlarining differentsial diagnostikasi ancha mushkuldir. CD4+ limfotsitlar sonini aniqlash bilan immunologik tekshiruv OIV infeksiyali bemorda o'pka kasalligining sabablarini va uning prognozini aniqlashga yordam beradi. CD4+ limfotsitlar soni 1 mkl da 200 hujayradan ko'p bo'lsa, rivojlangan o'pka kasalligining prognozi yaxshiroq va o'pka shikastlanishi OIV bo'lmagan bemorlardagidek kechadi. CD4+ limfotsitlar soni 1 mkl

da 200 hujayradan kam bo'lsa, OIV infeksiyali bemorlarda ko'pincha sil, pnevmocistali pnevmoniya va boshqa opportunistik infeksiyalar rivojlanadi. Agar bemorda OIV infeksiyasining so'nggi bosqichlarida febril isitma bo'lsa, birinchi navbatda atipik sil mavjudligini istisno qilish kerak. Shu maqsadda sil mikobakteriyasining DNKsini aniqlash uchun ko'krak qafasi a'zolarini MSCT va balg'amni PCR usullari bilan tekshirish maqsadga muvofiqdir.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Age, Dehydration, Respiratory Failure, Orientation Disturbance, and Blood Pressure Score Predicts In-hospital Mortality in HIV-negative Non-multidrug-resistant Smearpositive Pulmonary Tuberculosis in Japan / K. Naqai [et al] // *Sci Rep*. 2016; 6: 216-30.
2. Correlation of the lung microbiota with metabolic profiles in bronchoalveolar lavage fluid in HIV infection / S.K. Cribbs [et al] // *Microbiome*. 2016; 4 (1): 3-7.
3. Isoniazid Prophylactic Therapy for the Prevention of Tuberculosis in HIV Infected Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials / H.T. Ayele [et al] // *PLoS One*. 2015; 10 (11): 142-60.
4. Shivaswamy U. Drug resistance pattern of mycobacterial isolates in HIV and non-HIV population in South India / U. Shivaswamy, S.M. Neeiambike // *Lang India*. 2016; 33 (1): 27-31.
5. Tuberculosis-related mortality in people living with HIV in Europe and Latin America: an international cohort study / D.N. Podlekareva [et al] // *Lancet HIV*.
6. Yield of chest radiograph in tuberculosis screening for HIV-infected persons at a district-level HIV clinic / D.T.M.Nguyen [et al] // *Inf. J. Tyberc Lung Dis*. 2016; 20 (2,1): 211-217. 2016; 3 (3): 120-131.
7. Анализ эпидемиологических особенностей сочетанной формы туберкулеза и ВИЧ-инфекции на территориях, существенно отличающихся уровнем пораженности населения вирусом иммунодефицита человека / А.Д. Сафонов [и др.] // *Омский научный вестник*. – 2006. – Т. 3, № 37. – С. 228–234.
8. Анализ клинических проявлений и изменений лабораторных показателей у больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом / А.А. Яковлев [и др.] // *Инфекционные болезни*. – 2012. – Т. 10, № 2. – С. 49–55.
9. Бабаева, И.Ю. Рентгенологические особенности диссеминированного туберкулеза легких на поздних стадиях ВИЧ-инфекции / И.Ю. Бабаева, О.П. Фролова, О.В. Демикова // *Проблемы туберкулеза*. – 2006. – № 10. – С. 20–25.
10. Генерализованный туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией на стадии вторичных заболеваний / В.Н. Зимина [и др.] // *Инфекционные болезни*. – 2010. – Т. 8, № 3. – С. 5–8.
11. Заболеваемость туберкулезным менингитом в Омской области за 5 лет / А.В. Мордык [и др.] // *Вестник Ивановской медицинской академии*. – 2015. – Т. 20, № 1. – С. 9–12.
12. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. (Copyright © 2007, John G. Bartlett. M.D.) Под ред. Джона Бартлетта и Джоэла Галланта (Пер. с англ.). – Балтимор: Издательская бизнес-группа Джонса Хопкинса. – 2007. – 557 с. 58. Поражения нижних дыхательных путей у больных ВИЧ-инфекцией / С.В. Морозова [и др.] // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. – 2004. – № 4. – С. 24–27.
13. Клинико-эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфекции в Омской области / О.А. Пасечник [и др.] // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 3. – С. 88–92.
14. Легочная патология у больных ВИЧ-инфекцией / Т.Е. Васильева [и др.] // *Терапевтический архив*. – 2007. – № 11. – С. 31–35.
15. Летальность от туберкулезного менингита в Омской области за период с 2009 по 2014 годы / Л.В. Пузырева [и др.] // *Забайкальский мед вестник*. – 2015. – № 4. – С. 63–66.
16. Опыт применения противотуберкулезной и антиретровирусной терапии у больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией / А.В. Мордык, С.В. Ситникова, Л.В. Пузырева // *Журнал инфектологии*. – 2014. – Т. 6, № 3. – С. 51–55.
17. Оппортунистические (вторичные) заболевания у больных ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации: структура, клиническая диагностика, лечение. Часть 1. Туберкулез и пневмоцистная пневмония / Т.Н. Ермак // *Фарматека*. – 2010. – № 4. – С. 52–56.
18. Оценка проявлений ВИЧ-инфекции и результатов лечения пациентов от туберкулеза в специализированном стационаре / А.В. Мордык [и др.] // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. – 2015. – Т. 7, № 1. – С. 69–75.
19. Оценка характера туберкулезного процесса на исход стационарного этапа лечения пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции / А.В. Мордык [и др.] // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. – 2015. – Т. 10, № 3. – С. 207–211.
20. Оценка влияния социальных, эпидемиологических и медицинских факторов на исход стационарного лечения туберкулеза у пациентов с сочетанной патологией туберкулеза и ВИЧ-инфекции / А.В. Мордык [и др.] // *Дезинфекция. Антисептика*. – 2014. – Т. 5, № 4. – С. 46–50.
21. Пантелеев, А.М. Туберкулез органов дыхания у больных с ВИЧ-инфекцией / А.М. Пантелеев // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. – 2010. – Т. 2, № 1. – С. 16–22.
22. Пантелеев, А.М. Внелегочный туберкулез у ВИЧ-инфицированных / А.М. Пантелеев, Т.А. Савина, Т.Ю. Супрун // *Проблемы туберкулеза*. – 2007. – № 7. – С. 16–19.
23. Применение современных иммунологических методов в диагностике туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией / А.А. Старшинова [и др.] // *Журнал инфектологии*. – 2015. – Т. 7, № 3. – С. 126–131.
24. Смольская, Т.Т. ВИЧ – инфекция в Северо-Западном федеральном округе Российской Федерации в 2009 г. / Т.Т. Смольская, С.В. Огурцова // *Инфекция и иммунитет*. – 2011. – Т. 1, № 4. – С. 311–318.
25. Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией на территории Омской области за период с 2008 по 2012 год / А.В. Мордык [и др.] // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. – 2014. – Т. 6, № 2. – С. 106–109.
26. Туберкулез как СПИД-ассоциированное заболевание у ВИЧ-инфицированных в Омской области / С.А. Байтугаева [и др.] // *Омский научный вестник*. – 2005. – Т. 33, № 4. – С. 16–18.
27. Туберкулез центральной нервной системы и мозговых оболочек в Омской области за 2009 – 2012 года / А.В. Мордык [и др.] // *Медицина и образование в Сибири*. – 2013. – № 5. – С. 10–14.
28. Туберкулез как причина смерти осужденных с ВИЧ-инфекцией в исправительных учреждениях города Оренбурга / Н.Р. Михайлова [и др.] // *Вестник ОГУ*. – 2013. – № 12 (161). – С. 150–153.
29. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Омской области с 1996 по 2013 гг. / А.В. Мордык [и др.] // *Медицинский альманах*. – 2014. – Т. 32, № 2. – С. 62–64.



Олимова Насиба Исматиллоевна
Бухарский государственный медицинский
институт, Кафедра микробиологии, вирусологии и
иммунологии, Узбекистан

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ НА ФОНЕ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

Резюме: Во всем мире воспалительные заболевания гениталий распространены у 50-60% женщин и остаются одной из самых актуальных проблем гинекологической специальности. Во многих случаях воспалительные заболевания половых органов появляются в фертильном возрасте, приводя к нарушению не только репродуктивной функции, но и функционирования других систем организма. По данным Всемирной организации здравоохранения, «... ВИЧ-инфекция регистрируется среди женщин в возрасте 25-34 лет, и 1,2% женщин этой возрастной группы считаются инфицированными этой инфекцией...». Эпидемия ВИЧ/СПИДа угрожает устойчивому развитию общества во многих странах мира. Рост эпидемии приводит к углублению социальных проблем, что в свою очередь может поставить под угрозу экономическое развитие.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, иммунная система, цитокины.

Цель исследования – Изучить **характеристики параметров иммунной системы у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий на фоне вируса иммунодефицита человека**

Материалы и методы исследования - Выработка иммунного ответа на вирусные инфекции является сложным и многоэтапным процессом, в течение которого участвуют такие защитные факторы как клеточный и гуморальный иммунитет. Ответная реакция клеточного иммунитета на воспаление в половых путях у лиц женского пола характеризует степень и форму течения заболевания с ее последующими вероятностями рецидива. Стоит отметить мало изученность фактов патогенеза образования иммунной реакции при сопутствующем течении ВИЧ-инфекции. Такой дуэт приводит к сильным всесторонним переменам в защитной реакции, что ведет к разнообразию клинической картины. На основании этого, мы провели динамическое изучение защитного механизма как врожденного, так и приобретенного совместно с изучением цитокинового статуса. Группа пациенток проспективного наблюдения (n=115) с воспалительным процессом органов гениталий была разделена на две подгруппы- 1-ю группу составили 99 женщин, получавшие АРВТ (86%), 2-ю группу составили 16 женщин, не получавшие АРВТ (14%). Полученные результаты были сравнены с показателями 30 здоровых женщин в репродуктивном периоде.

Для определения состояния врожденного иммунитета у ВИЧ инфицированных женщин с воспалительным процессом органов гениталий мы изучали количественное содержание натуральных киллерных клеток (CD16+), фагоцитарную активность ней-

трофилов, концентрацию комплемента С3, уровень СРБ и IFN γ .

Результаты и обсуждение: Относительный уровень CD16+-клеток у женщин 1-й группы был ниже значений контрольной группы и составил в среднем $12,6 \pm 1,4\%$ против $13,7 \pm 1,1\%$ в контроле ($p < 0,01$), в то время как у женщин 2-й группы уровень киллерной активности был достоверно сниженным ($9,7 \pm 1,1\%$) относительно контрольной группы, ($p < 0,05$) и в 1,3 раза ниже значений 1-й группы, ($p < 0,001$). Наблюдалась та же динамика и в отношении абсолютных значений CD16+-клеток, ($p < 0,05$). **Как известно, CD16+ или клетки-NK – природные или естественные уничтожители (natural killer cells)** являются видом лимфоцитов относящиеся к природному иммунитету. Они имеют свойство выделять ферменты расщепляющие клетки и борющиеся против вирусов, а также атипичными клетками, участвуют в выработке цитокинов и хемокинов.

Клетки-NK имеются в большом количестве в организме, большая их численность находится в селезенке, печени, сосудах периферии, что составляет от 5 до 20% всей численности, в меньшем числе содержатся в лимфоузлах и децидуальной оболочке матки.

Клетки-NK относятся к клеткам с коротким сроком жизни, но в наши дни было найдены NK-клетки циркулирующие в крови несколько месяцев. Сниженный уровень данных клеток свидетельствует о наличии неактивного воспалительного процесса, связанного с избытком инфекционного патогена, и тем самым свидетельствует о хронизации воспалительного процесса.

Фагоцитарная активность нейтрофилов (ФАН)— это компонент системы неспецифической защиты

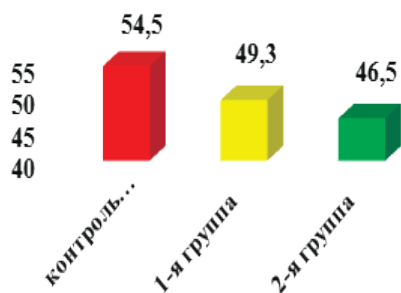


Рис.1. Уровень ФАН у обследованных женщин, %

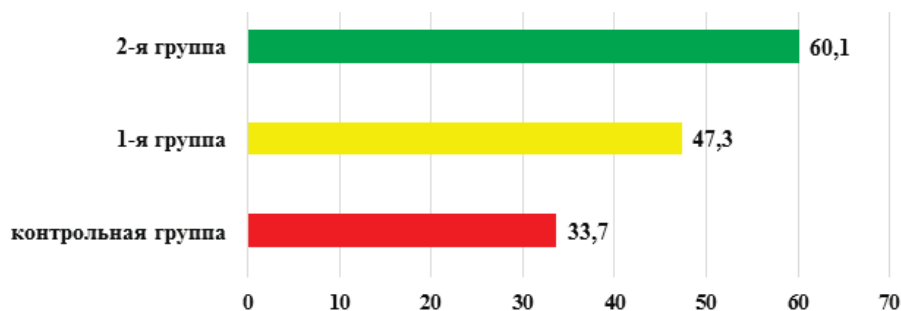


Рис. 2. Уровень С3 компонента комплемента у обследованных женщин

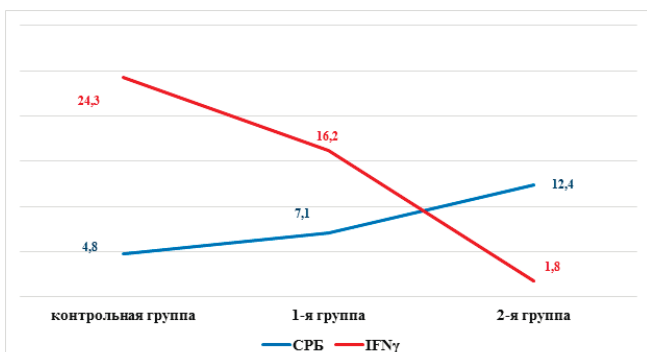


Рис. 3. Уровень СРБ и IFN γ у обследованных женщин

организма. У обследованных женщин уровень фагоцитарной активности был сниженным, причем более глубокий дефицит наблюдался у женщин, не получавших АРВТ. Так, в среднем у женщин с вирусом иммунодефицита человека, принимающие АРВТ уровень

ФАН составил в среднем $49,3 \pm 1,8\%$ против $54,5 \pm 1,3\%$ в контроле, $p < 0,05$ (рис.1). А у женщин 2-й группы уровень ФАН был ниже значений 1-й группы и достоверно ниже значений контрольной группы ($46,5 \pm 1,3\%$), $p < 0,01$. Отмечено, что больные с нарушениями фагоцитарной активности нейтрофилов страдают рецидивирующими инфекциями.

Как итог, у лиц женского пола, инфицированных вирусом иммунодефицита человека с сопутствующим воспалением области малого таза наблюдается ингибция свойств поглощения нейтрофилов, тем временем как концентрация естественных киллеров у представительниц первой группы и занижением у лиц второй группы. Данные результаты говорят о срыве их генерации во взрослые клетки и нарушения соотношения киллеров, что вместе с понижением Т-клеточного контроля приводит к хроническим воспалительным болезням гениталий.

Комплемент — система белков, включающая около 20 взаимодействующих компонентов. Белки комплемента синтезируются в основном в печени. Под воздействием комплементных систем наблюдается ее взаимосвязь с гуморальной системой, которая вовлекается при различных воспалительных

процессах, и как в итоге вовлекает данные системы в реакцию иммунно-воспалительного ответа. Главный элемент процесса распада белков является С3. Его включение за счет разрастания является центральным компонентом активации компонента. **В результате активации системы комплемента происходит расщепление С3 компонента и изменение его уровня, что вызывает агрегацию тромбоцитов и нейтрофилов.**

В наших исследованиях уровень С3 компонента комплемента у лиц женского пола имеющих вирус иммунодефицита, и прошедшие АРВТ был достоверно повышенным, составляя в среднем $47,3 \pm 1,6$ нг/мл, что в 1,4 раза выше значений контрольной группы, $p < 0,01$ (рис.2).

Повышенный уровень С3 компонента комплемента имеет свойство провоцировать перемещение нейтрофилов из костного мозга, что приводит к лейкоцитозу.

Большая из составляющих элементов работоспособны лишь в комплексе, но все же их не ингибированные формы существуют считанные минуты. Если в этот период не произойдет взаимодействие, то элементы переходят в неактивное состояние. Так, у ВИЧ инфицированных женщин с воспалительным процессом органов гениталий не получавших АРВТ, уровень С3 компонента комплемента значительно превышал показатели женщин 1-й группы ($p < 0,05$).

С-реактивный белок (СРБ) является гликопротеином, который вырабатывается печенью и относится к воспалительным белкам в острой фазе. Под влиянием противовоспалительных цитокинов, таких как ИЛ-1, ФНО, ИЛ-6, выработка СРБ повышается через 6-8 часов, а уровень содержания в крови увеличивается в 10-100 раз в течении 24-48 часов после начала воспаления. СРБ участвует в активации комплемента.

Прогрессивное увеличение СРБ связано с активностью воспалительного процесса и степенью повреждения тканей.

Как показано на рисунке 3, количество СРБ у па-



циентов первой группы были равны в среднем $7,1 \pm 1,2$ нг/мл, что достаточно превалирует чем у лиц контрольной группы ($p < 0,01$). В то время у лиц 2й группы данные показатели выше контрольной в 2.5 раза ($p < 0,01$). Данные показатели свидетельствуют о масштабном хроническом воспалительном очаге, который имеет место быть в силу сниженной защитной реакции. При хронизации инфекционных процессов, организм прекращает адекватно оказывать защиту, даже если иммунный статус находится на высоком уровне.

Анализ результатов проведенных нами исследований по изучению уровня IFN γ у обследованных женщин показал, что среднее значение в контрольной группе составляет $24,3 \pm 1,4$ пг/мл. У ВИЧ-инфицированных женщин этот показатель был ниже контрольных, причем в группе не получавших АРВТ практически в два раза ($p < 0,01$). (рис.3). Одним из характерных признаков ХВЗ органов малого таза является нарушение образования ИФН γ , который участвует в регуляции гомеостаза в нейро-иммуноэндокринном звене.

Система интерферона являясь главным составляющим защитной способности организма, контролирующей распределение и включение в процесс ответных клеток иммунитета. Во время реакции интерферон осуществляет задачу близкодистантных медиаторов взаимодействия между клетками. INF регулирует качество защитного ответа антигенов, оказывая влияние на активацию антигенов МРС I и II, а также карциноэмбриональных и антигенов атипичных клеток. IFN выполняет опознавательную функцию в реакции удаления атипичных как "своих" так и чужих клеток, будучи главным стимулятором клеточных и фагоцитирующих процессов защитных свойств. IFN-у является основным элементом распределения В-лимфоцитов.

Патологическое действие ВИЧ-инфекции основано на нарушении иммунной системы путем дисфункции системы интерферонов. ВИЧ-инфекция была классифицированная на 3 этапа:

1) ВИЧ-сероконверсию, клинические проявления отсутствуют, но в крови находят антитела к ВИЧ-инфекции.

2) Заключается в масштабном поражении лимфатических узлов с последующим нарушением их функции.

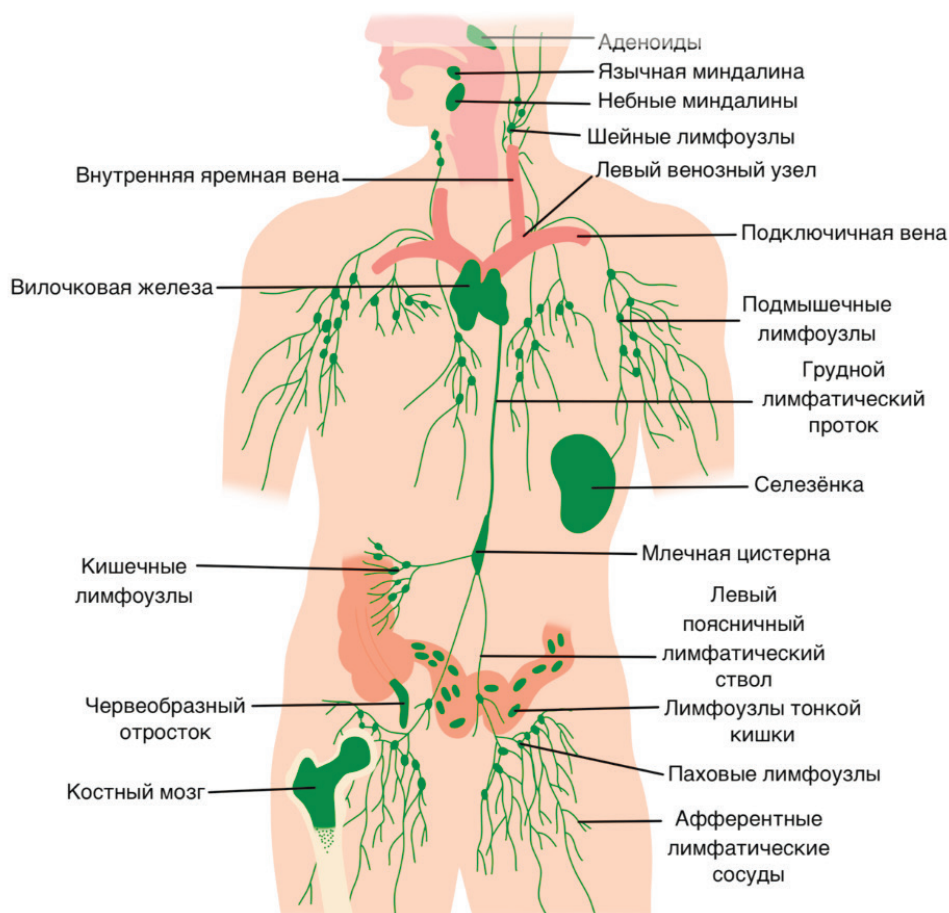
3) Переход в СПИД со всеми клиническими проявлениями.

Нарушения в системе IFN отмечается на всех этапах с более или менее выраженностью. ВИЧ-инфекция имеет все свойства интерферона, так как имеет порядок РНК 3-LTR до начала SP-6 парной спирали, имеющая в своем составе 80 нуклеотидов (40 пар). Будучи похожим на IFN, ВИЧ-инфекция так

же подвержена стандартным антивирусным принципам-дсРНК-зависимый 2', 5'-олиго (А) синтетазе и протеинкиназе, триггерам активации образования протеина eIF2. IFN- γ в не может всецело подавить деление вируса иммунодефицита, а лишь сокращает его способность к делению на 70%, так как ретровирусы в этом аспекте имеют различие от классических литических вирусов. Все аспекты данного явления еще не изучены, что дает мотивация для дальнейших исследований ингибиторов IFN как минимум на 1-й стадии вируса иммунодефицита человека. **Таким образом**, проведенные исследования по изучению параметров клеточного и врожденного иммунитета при воспалительном процессе органов гениталий у ВИЧ инфицированных женщин с и без АРВТ показали, что уровень натуральных киллерных клеток сопровождается пониженной активностью, что соответствует хронизации процесса. Однако, при длительном течении заболевания наблюдается выраженный дефицит киллерной активности, что, по-видимому, связано с повышением их локального значения. Фагоцитарный процесс являясь центральным объектом защиты организма имеет ключевую роль в процессах воспаления в организме. Малая экспрессия фагоцитоза была обнаружена у всех исследуемых, в частности у лиц 2-й группы, имеющие пониженные показатели киллерной активности с сочетанием пониженной фагоцитарной реакции. Вирус подавляя иммунные реакции организма приводит к пониженному количеству клеток данной группы. Хотя гуморальные элементы природного иммунитета, С3 компонент комплемента, а также уровень IFN γ , показали свою несостоятельность при длительном течении заболевания. Примечательно, что уровень СРБ не зависел от длительности течения заболевания и был достоверно повышенным, как у женщин 1-й группы, так и у 2-й группы.

Вывод: У ВИЧ инфицированных женщин при изучение врожденного (CD16+, ФАН) и гуморального иммунитета (IgA, IgM, IgG) уровень натуральных киллерных клеток сопровождается пониженной активностью, что соответствует хронизации процесса. Недостаточная активность фагоцитоза оказалась характерной для всех обследованных пациенток и особенно для женщин 2-й группы, у которых снижение киллерной активности на 1,5 раза сочеталась со снижением интенсивности фагоцитоза. Гуморальные факторы врожденного иммунитета, увеличение С3 компонент комплемента, а также уровень IFN γ , показали свою несостоятельность при длительном течении заболевания. Уровень СРБ не зависел от длительности течения заболевания и был достоверно повышенным, как у женщин 1-й группы, так и у 2-й группы более чем в 2 раза.

Иммунная система



Литература

1. Адылин Д.М. Особенности содержания в местах лишения свободы ВИЧ-инфицированных осужденных // Вестник Самарского юридического института. - 2015. - № 4 (18). - С. 121-124.
2. Аглиуллина С.Т., Хасанова Г.Р., Курманбаев Т.Е., Хайруллина Э.А. Правильный выбор контрацепции - важный компонент профилактики ВИЧ-инфекции // Журнал инфектологии. - 2017. - Т.9., № 4(Прил.1). - С. 100-101.
3. Олимова Н.И., Нарзуллаев Н.У. Характеристика параметров иммунной системы у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий на фоне ВИЧ-инфекции // Доктор ахборотномаси. - Самарқанд, 2022, № 2.1 (103). - С. 183-188. (14.00.00 №20).
4. Олимова Н.И., Нарзуллаев Н.У., Ихтиярова Г.А. Цитокиновый статус у ВИЧ-инфицированных женщин с воспалительными заболеваниями гениталий // Вестник Ташкенской медицинской академии. - Ташкент, 2020. - №2. - С.158-160. (14.00.00, №13).
5. Olimova N.I., Ikhtiyarova G.A. Clinical and immunological features of Inflammatory diseases of the pelvis and genital Organs in hiv-infected women // Psychology and education. - 2021. - P. 4996-5001. (Scopus)
6. Олимова Н.И., Нарзуллаев Н.У. Анализ соматического и репродуктивного анамнеза женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза на фоне ВИЧ – инфекции // Инфекция, иммунитет и фармакология. - Ташкент, 2022, № 3/2. - С. 208-218. (14.00.00. №15).
7. Шапиро Б.Ю., Царапкина Е.Б. Подготовка волонтеров для работы по профилактике ВИЧ-инфекции среди молодежи: пособие для тренеров М.: 2015. - С.197.
8. Шатохина В.В. О проблеме привлечения волонтеров к социальной профилактике ВИЧ-инфекции в Республике Хакасия // Международный научный журнал «Символ Науки». - 2016. - №10-3. - С. 177-178.
9. Cohen M.S., Chen Y.Q., McCauley M. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy // The New England Journal of Medicine. -2011. -№365. - P.493-505.
10. Charania M.R., Crepaz N., Guenther-Gray C. Efficacy of structural-level condom distribution interventions: a meta-analysis of U.S. and international studies, 1998-2007// AIDS and Behavior. - 2011. - Vol.15., №7. - P.1283-1297.
11. Zuma K., Gouws E., Williams B., Lurie M. Risk factors for HIV infection among women in Carletonville, South Africa: migration, demography and sexually transmitted diseases // International Journal of STD & AIDS. 2013. - Vol.14. - P.814-817.
12. Zuma K., Setswe G., Ketye T. Age at sexual debut: a determinant of multiple partnership among South African youth // Afr J Reprod Health. - 2010. - Vol.14., № 2. - P.47-54.
13. Olimova N.I. Cytokine status in HIV infected women with inflammatory diseases of the genitals // International Engineering Journal for Research & Development. - 2020. - Vol. 5, No. Special issue. - P.2349-0721. (Impact factor 6,5).



Орманова Н.Б., Файзуллаева Д.Б.
Клиника Р.Ц. СПИД

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Аннотация. В данной статье описываются случаи эффективного лечения СПИДа с помощью антиретровирусной терапии, в случае снижения вирусной нагрузки происходит ремиссия заболевания, а успех лечения во многом будет зависеть от иммунологических и вирусологических показателей приверженности к терапии.

Ключевые слова: ВИЧ; антиретровирусная терапия; ингибитор обратной транскриптазы; атазанавир; вирусная нагрузка; вирусологический ответ

Abstract. This article describes cases of effective treatment of AIDS with antiretroviral therapy in the event of a decrease in viral load, the disease remission occurs, and the success of treatment will largely depend on immunological and virological indicators of adherence to therapy.

Keywords: HIV; antiretroviral therapy; a reverse transcriptase inhibitor; atazanavir; viral load; virologic response

Актуальность. Основной целью высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) является достижение полного и долговременного подавления вирусной нагрузки РНК ВИЧ-1 в плазме на всех стадиях ВИЧ-инфекции, даже у лиц, инфицированных ВИЧ с множественной лекарственной устойчивостью [4, 6]. В результате ВААРТ может предсказуемо подавлять репликацию вируса, что, в свою очередь, позволяет восстановить иммунитет и предотвращает появление резистентности, а также заболеваемость и смертность, связанные со СПИДом [8].

Наиболее часто рекомендуемая схема ВААРТ первого ряда обычно включает два нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы (НИОТ) или НИОТ и нуклеотидный ингибитор обратной транскриптазы (ННИОТ), либо усиленный ритонавиром ингибитор протеазы (бустированный ингибитор протеазы) [7]. Ожидается, что этот подход приведет к полному ответу на лечение, а именно к устойчивой неопределяемой вирусной нагрузке и последующему восстановлению числа клеток CD4, что приведет к ремиссии заболевания у подавляющего большинства пациентов. Однако может иметь место неполный ответ на терапию, а причины неэффективности лечения разнообразны, при этом неполная приверженность часто является ключевым определяющим фактором [2, 9]. Следовательно, поставщики медицинских услуг часто принимают во внимание вероятность несоблюдения пациентом режима лечения, например, нестабильность жилищных условий, потребление опиоидов и алкоголя или наличие сопутствующих заболеваний при выборе схемы ВААРТ в этих условиях [1, 10]. Режим одной таблетки позволил упростить АРТ и прием одной таблетки в день по сравнению со схемами, состоящими из нескольких таблеток (МТР). К преимуществам относятся более высокие предпочтения пациентов, повышение самооценки здоровья, более высокая приверженность АРТ, более эффективное подавление вируса, лучшие лабораторные параметры и снижение сопутствующих затрат [3]. Так, несколько клинических протоколов, в соответствии с рекомен-

дациями Всемирной организации здравоохранения, отдают предпочтение использованию режиму одной таблетки в качестве начальной терапии [5].

Цель исследования. Оценить эффективность антиретровирусной терапии.

Материалы и методы исследования. Было проведено когортное обсервационное проспективное исследование. Лица, включенные в обследование должны были иметь период наблюдения не менее 6 месяцев, быть в возрасте 19 лет и старше и начать ВААРТ, состоящую из двух НИОТ или НИОТ и НИОТ, и либо ННИОТ: эфавиренз (EFV), или усиленный ингибитор протеазы: усиленный атазанавиром с дозой ритонавира 400 мг/день или меньше (АТА/г).

Из-за изменений в тестах на вирусную нагрузку нижний и верхний пределы количественного определения этих анализов изменились с (50; 100 000) на (40; 1 000 000) копий/мл, поэтому измерения вирусной нагрузки были перекодированы варьироваться от 50 до 100 000 копий/мл, чтобы свести к минимуму погрешность измерения, которая могла бы возникнуть, если бы данные остались без изменений. Образцы плазмы хранили в хронологическом порядке по мере их взятия и надежно хранили (замороженные при -20°C) для будущего использования. Количество клеток CD4 измеряли с помощью проточной цитометрии с последующим анализом флуоресцентных моноклональных антител.

Подавление вирусной нагрузки определяли, как два последовательных измерения вирусной нагрузки ниже 50 копий/мл (закодировано как «да» или «нет»). Затем пациентов классифицировали как пациентов с подавленным течением 6 месяцев, если дата подавления вирусной нагрузки была 6 месяцев или менее, и отсутствием подавления в противном случае. Важно отметить, что мы предоставили 3-месячный льготный период для измерения вирусной нагрузки, чтобы гарантировать, что пациенты, которые начали ВААРТ с очень высокой вирусной нагрузкой, не будут оштрафованы, и чтобы компенсировать задержки в измерении их вирусной нагрузки по различным причинам.

Таблица 1.

Характеристики пациентов, стратифицированные по (а) истории употребления инъекционных препаратов и (б) первому режиму ВААРТ.

Факторы, влияющие на употребление инъекционных препаратов	Лица, принимавшие инъекционные препараты		p	χ^2
	нет	да		
Пол: Мужчины женщины	220 130	50 100	<0,001	0,7512956
Режим ВААРТ На основе EFV на базе АТА/г	194 125	42 53	<0,001 <0,001	0,7230097 0,6822194
Приверженность к ВААРТ в течение первого года >95% <95%	187 33	46 15	<0,001 <0,001	0,9310045 0,9428453
Возраст	44	43	>0,05	
Базовое количество клеток CD4 (клеток/мкл)	120	80	<0,001	0,9138657
Базовая вирусная нагрузка (log10 копий/мл)	4,2	4,2	<0,001	0,9384005

Статистические методы исследования проводились с помощью параметрических и непараметрических методов.

Результаты исследования. В общей сложности 500 пациентов начали ВААРТ. Из них 200 мужчин, женщин 300 в возрасте 18-52 лет. с большей вероятностью были женщинами (60%; $P < 0,0001$). Из больных принимающих ВААРТ менее 95% были привержены лечению в течение первого года ВААРТ (56%; $P < 0,0001$), пациенты, начавшие ВААРТ в период с 2020 по 2022 г. (46%; $P < 0,0001$), и имеющие более низкое исходное количество клеток CD4 (170 против 200 клеток/мкл; 25–75-й процентиль: 110–230 против 120–280 клеток/мкл). мкл; $P < 0,0001$). В анамнезе с ПИН составила ($N = 185$; -37%)

Во время первой ВААРТ 549 (47%) пациентам была назначена ВААРТ на основе EFV и 614 (53%) ВААРТ на основе АТА/г. Пациенты, получавшие ВААРТ на основе EFV, с большей вероятностью начинали ВААРТ в период с 2000 по 2004 год (60%; $P < 0,0001$), чтобы иметь более высокое исходное количество клеток CD4, если у этих пациентов не было ПИН в анамнезе (230 против 190 клеток/мкл). ; 25–75 процентиль: 150–290 против 90–260 клеток/мкл; употребление ПИН в анамнезе – однократные значения для обеих групп режима: 170; 25–75 процентиль: 110–230 клеток/мкл; $P < 0,0001$) и более низкая исходная вирусная нагрузка (отсутствие ПИН в анамнезе: 4,9 против 5,0 log10 копий/мл; 25–75-й процентиль: 4,4–5,0 против 4,6–5,0 log10 копий/мл; употребление ПИН в анамнезе: 4,9 против 5,0 log10 копий/мл; 25–75 процентиль: 4,4–5,0 против 4,5–5,0 log10 копий/мл, $P = 0,0121$).

В общей сложности 375 (75%) пациентов достигли вирусной супрессии через 6 месяцев, при этом 360 (72%) сообщили об отсутствии ПИН в анамнезе и 124 (24,8%) сообщили о наличии такого анамнеза. После того, как данные были стратифицированы

по анамнезу ПИН, однофакторная (грубая модель) и многофакторная модели оценивали отношение шансов (ОШ) подавления вирусной нагрузки через 6 месяцев для лиц, впервые получавших ВААРТ на основе АТА/г, по сравнению с EFV. на основе ВААРТ, соответственно, 1,66 [95% доверительный интервал (ДИ) 1,18-2,33] и 1,51 (95% ДИ 1,04-2,18) для тех, у кого в анамнезе не было ПИН, и 1,51 (95% ДИ 1,03-2,23) и 1,95 (95% ДИ 1,03-2,23) 95% ДИ 1,25–3,04) для лиц с ПИН в анамнезе.

Эффективность через 96 и 144 недели была зарегистрирована в 85 (39%, 19 959 участников) и 25 (12%, 8330 участников) группах соответственно. Для этих групп средняя эффективность на 48-й неделе составила 66% (СО 16), снижаясь до 60% (СО 16) на 96-й неделе, затем до 52% (СО 18) на 144-й неделе; среднее снижение эффективности составило 8,3% (стандартное отклонение 3,9) между 48 и 96 неделями с дальнейшим снижением на 6,3% (стандартное отклонение 5,3) между 96 и 144 неделями.

Тип основы НИОТ (предпочтительнее тенофовир-эмтрицитабин, $p < 0,001$), третий класс препаратов (предпочтительнее ИИ, $p < 0,001$) и метод анализа эффективности (предпочтение «отсутствие равнозначно неудаче», $p = 0,001$), соответствие требованиям по генотипу резистентности до лечения (в пользу ограничения, $p = 0,007$) и количество лимфоцитов CD4 (в пользу отсутствия ограничения, $p = 0,001$) были связаны при многопараметрическом анализе с большей эффективностью на 48-й неделе. На 96-й неделе большая эффективность была связана с: исследованиями фазы 2 (по сравнению с фазой 3 или 4, $p < 0,001$) и отсутствие ограничения приемлемости по количеству CD4 ($p < 0,001$). Значения r^2 составили 66% и 39% на 48-й и 96-й неделях соответственно. Из-за недостаточности данных не удалось создать стабильную многофакторную модель эффективности до 144-й недели.



Для тех исследований, в которых сообщались данные об эффективности до 96-й недели, был проведен многопараметрический анализ снижения эффективности между 48-й и 96-й неделями. Меньшее снижение было связано с исследованиями фазы 2 ($p=0,002$), применением плацебо ($p<0,001$) и базовым НИОТ ($p=0,002$), но не было существенной разницы между использованием тенофовир-эмтрицитабин и абакавир-ламивудин.

Тест предположения о пропорциональной опасности, основанный на остатках Шенфельда, показал, что нарушения этого предположения не было ($\chi^2 = 10,8$, $p = 0,544$). Кроме того, тест отношения правдоподобия показал отсутствие статистически значимой разницы между условной дисперсией и условным средним значением ($p = 0,899$), что подтверждает использование регрессионной модели Пуассона. В многопараметрическом анализе отношение рисков, рассчитанное с использованием модифицированной регрессионной модели Пуассона, составило 40,0 (95% ДИ: 17,7–90,2) по сравнению с 52,3 (95% ДИ: 21,5–126,9), оцененное с помощью модели пропорциональных рисков Кокса. Все анализы скорректированы с учетом продолжительности АРТ, возраста, пола, количества CD4 на момент постановки диагноза, стадии ВИЧ на момент постановки диагноза, уровня образования и семейного положения.

Мы сравнили ОШ в соответствии с различными методами контроля смешивания по анамнезу ПИН. Четыре метода привели к очень схожим ОШ для достижения подавления вируса, при этом у тех, кто начинал с ВААРТ на основе АТА/г, шансы были выше, чем у тех, кто впервые получил ВААРТ на основе EFV, с большей пользой для тех, у кого в анамнезе были ПИН. Для пациентов без ПИН в анамнезе ОШ варьировались от 1,43 (метод: регрессия скорректирована с использованием квантилей показателей вмешательства; 95% ДИ 1,00–2,04) до 1,51 (метод: модель вмешивающихся факторов; 95% ДИ 1,05–2,17), а для у тех, у кого в анамнезе ПИН, он колебался от 1,74 (метод: регрессия с поправкой на IPTW; 95% ДИ 1,32–2,28) до 1,95 (метод: модель вмешивающихся факторов; 95% ДИ 1,27–2,98). Обратите внимание, что модель конфаундера и модель с несколькими переменными дают почти одинаковые ОШ, вероятно, из-за значительного перекрытия в распределениях плотности. При удалении оценок предрасположенности в хвосте распределения (<5% и ≥95% процентилей) для обеих групп пациентов оценочные ОШ, полученные разными методами (одномерная и многомерная модели), стали более сходными, а те, которые начинались с АТА/г ВААРТ на основе EFV по-прежнему имел более высокий ОШ подавления через 6 месяцев, чем те, кто первоначально получал ВААРТ на основе EFV, независимо от истории ПИН.

Заключение. Наши результаты показывают более высокую эффективность АТА/г по сравнению с ВААРТ на основе EFV в достижении краткосрочной вирусной супрессии среди пациентов с ПИН в анам-

незе и без них. ВААРТ на основе EFV какое-то время была самой простой из доступных схем ВААРТ, поскольку требует меньше таблеток и может приниматься один раз в день без диетических ограничений. Некоторые утверждают, что эти режимы лучше подходят для людей, у которых могут быть серьезные проблемы с соблюдением режима лечения (например, бездомность, зависимость, психические заболевания и т. д.). Тем не менее, наши результаты показывают, что это мнение, возможно, необходимо пересмотреть в клинических испытаниях среди ПИН, поскольку мы обнаружили, что ВААРТ на основе EFV была связана с худшими краткосрочными вирусологическими результатами, отчасти из-за более низкой приверженности этих пациентов, независимо от истории ПИН. Следует также отметить, что пациенты, начавшие ВААРТ на основе АТА/г, в целом болели хуже, но их демографические данные были такими же, как и у пациентов, начавших ВААРТ на основе EFV.

Обратите внимание, что сравнение эффективности усиленных ингибиторов протеазы и ННИОТ проводилось в предыдущих рандомизированных клинических испытаниях. Было проведено несколько испытаний, в которых сравнивали лопинавир/р и EFV, очень мало АТА/г и EFV, и несколько недавних испытаний, в которых сравнивали новые усиленные ингибиторы протеазы и EFV. Результаты весьма озадачивают, так как некоторые из этих испытаний были безрезультатными (т. е. схемы были эквивалентны, не хуже или не лучше). В других исследованиях, которые показали, что EFV превосходит усиленные ингибиторы протеазы, в качестве усиленного ингибитора протеазы использовали лопинавир/р вместо АТА/р. Таким образом, мы считаем, что, хотя наши результаты были основаны на данных наблюдений и необходима осторожность в интерпретации результатов, эти результаты не следует игнорировать и все же исследовать в качестве ценного варианта первой линии для групп населения с потенциальными проблемами приверженности.

Результаты этого исследования могут объясняться несколькими факторами, такими как переносимость препарата, активность, побочные эффекты и выбор основы (учитывая большое количество комбинаций препаратов), которые не контролировались в этих анализах и, следовательно, потенциально могли внести остаточные явления. предвзятость в наших результатах. Еще одним ограничением является то, что в этом исследовании мы использовали историю употребления ПИН вместо текущего употребления, и поэтому мы не смогли оценить влияние продолжающегося употребления наркотиков на подавление вируса. Обратите внимание, что были другие недоступные нам вмешивающиеся факторы, которые должны были быть учтены, оставляя место для возможности остаточного смешения, что является реальностью в любом наблюдательном исследовании и является важным ограничением при сравнении лекарств. Наконец, несколько исследований приверженности показали, что женщи-

ны, как правило, более привержены, чем мужчины, при приеме ВААРТ. Однако в Британской Колумбии эпидемия ВИЧ среди женщин была сконцентрирована среди ПИН, а эпидемия среди мужчин – среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Таким образом, в нашем исследовании, как и ожидалось, женщины с большей вероятностью имели в анамнезе ПИН, а женщины с таким анамнезом с большей вероятностью имели менее 95% приверженности.

Мы, однако, считаем, что это исследование также имеет важные преимущества. Клинически пациенты находились под пристальным наблюдением врачей, а их лекарства и лабораторный мониторинг предоставлялись бесплатно, что позволило нам устранить некоторую предвзятость, если пациенты были обязаны платить за свое лечение. Мы смогли контролировать приверженность, и у пациентов не было лекарственной устойчивости на исходном уровне ни к одному из режимов, что также исключило эти факторы как возможное объяснение наших результатов. Кроме того, размер нашей выборки был большим, и, учитывая, что мы основывали наш анализ на данных из реестра пациентов, наши результаты отражают и представляют демографические данные населения Британской Колумбии, и их можно обобщить на другие условия. Статистически было интересно наблюдать постоянство результатов, полученных с помощью различных методов корректировки вмешивающихся факторов. Это исследование показало, что независимо от того, насколько благородна та или иная методология, если теоретическая база не была должным образом продумана или неправильно смоделирована, мы, скорее всего, сделали бы неправильные выводы в нашем исследовании. После того, как мы определили различные источники путаницы, это исследование

показало, что все люди имели более высокую вероятность достижения подавления вируса через 6 месяцев, если первоначально получали ВААРТ на основе АТА / г. Обратите внимание, что выбор модели конфаундера, ранее опубликованный нашей группой, по-видимому, завышает ОШ и дает результаты, очень похожие на модель с несколькими переменными, тогда как остальные модели, основанные на показателях склонности или IPTW, дали очень похожие результаты.

Неспособность добиться кратковременного подавления вирусной нагрузки имеет негативные последствия для здоровья пациентов и общественного здравоохранения. С точки зрения пациента, неэффективность схемы на основе EFV через 6 месяцев может быть связана с меньшей вероятностью подавления на более поздних стадиях заболевания, учитывая повышенный риск возникновения резистентности. Более высокий барьер резистентности, создаваемый усиленными схемами ингибиторов протеазы, такими как АТА/г, предлагает преимущество в условиях, когда менее чем идеальное соблюдение может быть более частым.

Выводы. Таким образом, это наблюдательное исследование показало, что у пациентов, независимо от наличия или отсутствия в анамнезе ПИН, были лучшие вирусологические исходы, если они начали ВААРТ на основе АТА/г, чем у тех, кто начал с EFV. Учитывая, что подавление через 6 месяцев является решающим результатом для лиц, получающих антиретровирусную терапию и было показано, что оно имеет важные последствия для доступности вариантов лечения в будущем, более тщательный мониторинг пациентов жизненно важен для максимизации краткосрочного подавления вируса, особенно в условиях, в котором большинство людей получают ВААРТ на основе EFV.

Литература

1. Beyrer C, Malinowska-Sempruch K, Kamarulzaman A, Strathdee SA. 12 myths about HIV/AIDS and people who use drugs. *Lancet*. 2010;376:208–211.
2. Cepeda MS, Boston R, Farrar JT, Strom BL. Comparison of logistic regression versus propensity score when the number of events is low and there are multiple confounders. *Am J Epidemiol*. 2003;158:280–287.
3. Cescon AM, Cooper C, Chan K, Palmer AK, Klein MB, Machouf N, et al. Factors associated with virological suppression among HIV-positive individuals on highly active antiretroviral therapy in a multisite Canadian cohort. *HIV Med*. 2011;12:352–360.
4. Curtis LH, Hammill BG, Eisenstein EL, Kramer JM, Anstrom KJ. Using inverse probability-weighted estimators in comparative effectiveness analyses with observational databases. *Med Care*. 2007;45(10 Suppl 2):S103–S107.
5. Daar ES, Tierney C, Fischl MA, Sax PE, Mollan K, Budhathoki C, et al. AIDS Clinical Trials Group Study A5202 Team. Atazanavir plus ritonavir or efavirenz as part of a 3-drug regimen for initial treatment of HIV-1. *Ann Intern Med*. 2011;154:445–456.
6. Ding L, Landon BE, Wilson IB, Wong MD, Shapiro MF, Cleary PD. Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users. *Arch Intern Med*. 2005;165:618–623.
7. Domingo P, Suárez-Lozano I, Torres F, Teira R, Lopez-Aldeguez J, Vidal F, et al. First-line antiretroviral therapy with efavirenz or lopinavir/ritonavir plus two nucleoside analogues: the SUSKA study, a nonrandomized comparison from the VACH cohort. *J Antimicrob Chemother*. 2008;61:1348–1358.
8. Garcia de la Hera M, Davo MC, Ballester-Añón R, Vioque J. The opinions of injecting drug user (IDUs) HIV patients and health professionals on access to antiretroviral treatment and health services in Valencia, Spain. *Eval Health Prof*. 2011;34:349–361.
9. Gazzard B, Duvivier C, Zagler C, Castagna A, Hill A, van Delft Y, et al. Phase 2 double-blind, randomized trial of efavirenz versus efavirenz in treatment-naïve patients: 48-week results. *AIDS*. 2011;25:2249–2258.
10. Hernan MA, Brumback B, Robins JM. Marginal structural models to estimate the causal effect of zidovudine on the survival of HIV-positive men. *Epidemiology*. 2000;11:561–570.



Kushimov Z.A MD, PhD

Indivior, Global Pharmaceutical Company, USA

SYNERGISTIC EPIDEMICS OF HIV/SARS-COV-2

Introduction: People living with HIV (PL+HIV) have higher risk of COVID-19 infection and mortality due to COVID-19 as well as there is limited information on emerging evidence on the impact of HIV status on SARS-CoV-2 vaccine responses. Health professionals should be able to assess PL+HIV who are more likely to develop severe COVID-19 and public health impacts of the SARS-CoV-2 pandemic have challenged systems of care for people living with HIV (PL+HIV).

Methods: The intersection of the HIV and COVID-19 epidemics was investigated in this literature review study, with a focus on COVID-19-related health outcomes and risk factors for SARS-CoV-2 among people living with HIV (PL+HIV). In this review, we look at evidence on PL+HIV susceptibility to SARS-CoV-2 infection and the severity of clinical outcomes after infection, as well as emerging evidence on the impact of HIV status on SARS-CoV-2 vaccine responses and the risk of SARS-CoV-2 post-acute sequelae (PASC). Multivariate logistic regression was used to identify the independent risk factors associated with the severity of COVID-19.

Results: Large population-based studies have mostly shown that PL+HIV have a lower or similar incidence of SARS-CoV-2 infection than those without HIV in the general population throughout the pandemic. A prospective cohort study of HIV clinics in 60 Madrid hospitals serving 77,590 PL+HIV found a lower age- and sex-standardized risk of infection among PL+HIV on ART compared to the general population (30 per 10,000 PL+HIV vs. 41.7 per 10,000 general population) [1].

A population-based cohort in Wuhan, China, discovered a lower incidence of PL+HIV than the general population early in the pandemic (0.38%, 95% CI: 0.24-0.53% vs. 0.45%, 95% CI: 0.45-0.46%). [2]. The data from the US National COVID Cohort Collaborative, which included 54 sites and 13,170 PL+HIV, showed that PL+HIV had lower rates of mild-moderate infection than those without HIV (adjusted odds ratio (AOR) 0.53 (95% CI: 0.51-0.55)). However, elevated mortality was also seen in the Open SAFELY platform from the UK primary care clinic system, which included 27,480 PL+HIV people out of a total population of 17,282,905. PL+HIV had a higher risk of COVID-19 death after adjusting for age and gender (AHR 2.59 (95% CI 1.74-3.84)) compared to those without HIV. There was an increased adjusted odds of mortality (AOR 1.29 (95% CI 1.16-1.44)) among PL+HIV in the US National COVID Cohort Cooperative, which also included 13,170 cases of COVID-19. Similarly, the fatality rate among 2988 PL+HIV diagnosed with COVID-19 in New York State

was higher than that of those without HIV (standardized RR, 1.23 (95% CI, 1.07-1.40)) [3].

In addition to common risk factors such as older age, diabetes, obesity, and cardiovascular disease, multiple HIV-specific risk factors among PL+HIV have been identified for severe COVID-19. In the US National COVID Cohort Cooperative (AOR 2.73; 95% CI 1.80-4.14 vs. > 500), PL+HIV with CD4 + T-cell counts 200 cells/mm³ had an increased mortality risk (AOR 2.73; 95% CI 1.80-4.14 vs. > 500).

There is a limitation of data on the influence of SARS-CoV-2 vaccination on COVID-19 outcomes in people living with HIV. A recent study of ART-suppressed PL+HIV who received the BNT162b2 vaccine found lower neutralizing responses than health professionals, but the cohort did not represent the complete spectrum of HIV disease, the follow-up was limited to 18 days, and no T cell assays or mechanistic studies were conducted [4]. In a study of 166 people living with HIV who received an mRNA-based vaccination, those with CD4 + T-cell counts of 200 cells/L exhibited lower humoral and T-cell immunity than those with CD4 + T-cell counts of 500 cells/L [5]. Both PL+HIV who got the Novavax vaccine and those who received CoronaVac showed attenuated humoral immune responses [6]. A cohort 136 PL+HIV who received mRNA vaccination demonstrated comparable humoral and cellular responses, although those with CD4 + T-cell counts < 300 cells/ μ L had lower binding antibodies [7].

There is limited data to date and explains that medical comorbidities, severity of prior COVID-19 infection, and not being vaccinated against SARS-CoV-2 are the main risk factors for PASC. PL+HIV showed lower levels of anti-SARS-CoV-2 CD8 + T-cells and higher anti-SARS-CoV-2 CD4 + T-cell exhaustion.

Regardless of HIV status, there was a tendency to greater CD4 + T-cell immunological fatigue with PASC. More study is urgently needed, as people living with HIV are more likely to have risk factors for PASC (including greater baseline inflammation, comorbidities, and susceptibility to severe COVID-19). Given the close relationship between COVID-19 disease severity and PASC risk, as well as the greater risk of severe COVID-19 among PL+HIV, PL+HIV should be prioritized for both COVID-19 prevention and treatment, including vaccine and antivirals.

Conclusions: This review concludes the association between HIV status and susceptibility to SARS-CoV-2 infection, risk of severe COVID-19 infection, response to immunization, and incidence of PASC. Large popu-

lation-based studies have generally found a similar incidence of SARS-CoV-2 infection among people living with HIV, but a higher risk of severe COVID-19 infection if exposed to the virus. Low CD4 + T-cell count, un-suppressed viral load, and tuberculosis co-infection are significant risk factors among PL+HIV, as are typical COVID-19 risk factors such as cardiovascular disease, diabetes, and obesity [85]. Information on vaccine responses among PL+HIV remained few, with some studies revealing signs of reduced autoimmune responses among those with lower CD4 + T-cell counts, as well as the possibility of greater vaccine breakthrough following initial series immunization. More information on vac-

cine responses following repeated doses of the vaccine in PL+HIV with decreased CD4 + T-cell counts is required. Information on antiviral treatment response and the risk of PASC among people living with HIV are extremely limited, and high-quality research are required given the relevance of these topics to people living with HIV and their physicians. The continuous collision of the HIV epidemic and the SARS-CoV-2 pandemic will need additional research as well as the development of measures to mitigate the effects of the SARS-CoV-2/HIV synergistic epidemic on the health of people living with HIV around the world.

References:

1. Del Amo J, Polo R, Moreno S, et al. Incidence and severity of COVID-19 in HIV-positive persons receiving antiretroviral therapy: a cohort study. *Ann Intern Med* 2022.
2. Huang J, Xie N, Hu X, et al. Epidemiological, virological and serological features of COVID-19 cases in people living with HIV in Wuhan City: a population-based cohort study. *Clin Infect Dis*. 2020;73(7): e2086–e2094.]
3. Yang X, Sun J, Patel RC, et al. Associations between HIV infection and clinical spectrum of COVID-19: a population level analysis based on US National COVID Cohort Collaborative (N3C) data. *Lancet HIV*. 2021;8(11): e690–e700. doi: 10.1016/S2352-3018(21)00239-3.
4. Levy I, Wieder – Finesod A, Litchevsky V, et al. Immunogenicity and safety of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in people living with HIV-1. *Clin Microbiol Infect*. 2021;27(12):1851–5.
5. Antinori A, Cicalini S, Meschi S, et al. Humoral and cellular immune response elicited by mRNA vaccination against SARS-CoV-2 in people living with HIV (PL+HIV) receiving antiretroviral therapy (ART) according with current CD4 T-lymphocyte count. *Clin Infect Dis*. 2022. pp. ciac238.
6. Madhi SA, Moodley D, Hanley S, et al. Immunogenicity and safety of a SARS-CoV-2 recombinant spike protein nanoparticle vaccine in people living with and without HIV-1 infection: a randomised, controlled, phase 2A/2B trial. *Lancet HIV*. 2022;9(5): e309–e322. doi: 10.1016/S2352-3018(22)00041-8
7. Netto LC, Ibrahim KY, Picone CM, et al. Safety and immunogenicity of CoronaVac in people living with HIV: a prospective cohort study. *Lancet HIV*. 2022;9(5): e323–e331. doi: 10.1016/S2352-3018(22)00033-9.

**Ражабов Ғулом Хурсандович,
Бердиева Зулхумор Илмуратовна**
Тошкент вакцина ва зардоблар
илмий-тадқиқот институти

«ИММУН-5» БИОЛОГИК ФАОЛ ҚЎШИМЧАСИНИНГ ОИВ - ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАР ИММУНИТЕТ ТИЗИМИ ФАОЛИЯТИГА ТАЪСИРИ

Организм иммун тизими фаолиятига фаол ёндашиш (иммуностимуляция, иммуномодуляция, иммунодепрессия) иммунология фанини долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Бунда ушбу масала бўйича муаллифлар фикри 2 гуруҳга бўлинади: биринчи гуруҳ тарафдорлари ўз-ўзини мураккаб механизмлар орқали бошқарувчи ёпиқ иммун тизим фаолиятига ташқаридан аралаштириш керак эмаслигини таъкидлашса, иккинчи гуруҳ олимлар тўғри танланган баъзи препаратлар билан иммун тизим фаолиятига мақсадли йўналтирилган таъсир кўрсатиш билан иммун гомеостазни мустаҳкамлаш ва ижобий

натижаларга эришиш мумкинлигини тасдиқлайди. Бунда иккинчи гуруҳ вакиллари ҳар қандай иммун фаол препаратларни организмга қўллашдан олдин, ушбу препаратларнинг иммун тизим омилларига таъсирини *in vitro* шароитида ўрганиш мақсадга мувофиқлигини таъкидлайди [4; Б 76-81]. Иммунфаол препарат таъсири *in vitro* шароитида ўрганилганда ижобий натижалар олинса, ушбу препаратни беморларга қўллаганда самара беришини *a priori* башоратлаш мумкин.

Бундай зарурият биринчи навбатда иккиламчи иммунитетга боғлиқ юқумли, аутоиммун, аллергия



ва пролифератив касалликларнинг жуда кўп тарқалиши билан боғлиқ [10; Б 116]. Бу ҳолат муаммонинг долзарблигини кўрсатади ва тиббий амалиётнинг эҳтиёжларини акс эттирадиган янги маҳаллий иммунотропик биопрепаратларни яратиш ва амалиётга тадбиқ этиш зарурлигини белгилайди. Ўрин босувчи хусусиятга эга, иммунитетни коррекцияловчи ва иммуномодулятор хусусиятли препаратлар шулар жумласидандир.

Фагоцитоз ҳолати, Т-лимфоцитларнинг асосий популяцияси ва субпопуляцияси, шунингдек иммуномодуляторлик таъсирга эга бўлган вирусга қарши асосий оқсиллар – интерферонлар доривор моддаларнинг иммунитетга таъсирини ўрганишда хужайра ва гуморал иммунитетнинг таркибий қисмлари ҳисобланади. Улар орасида. ИФН-альфа (α) - 1-қатор интерферонлардан фарқли ўлароқ, ИФН-гамма (γ) интерферонларнинг 2 турига киради ва вирусга қарши ўртача таъсир кучига эга. Лекин, шунга қарамаддан ИФН- γ иммунорегуляцияда жуда муҳим омил деб ҳисобланади. ИФН- γ макрофагларни, табиий киллерларни, Т-хужайраларини ва бошқаларни фаоллаштиради. Бундан ташқари, ИФН- γ таъсирида МНСI ва МНСII экспрессияси кузатилади, бу эса ўз навбатида бегона объектларни аниқлаштириш имконини беради [6; Б 90, 7].

Замонавий босқичда ОИВ-инфекциясини даволашнинг асосини ретровирусга қарши терапия ўтказиш ташкил қилади. Хорижий адабиёт манбаларида, ретровирусга қарши препаратларнинг самарадорлигига таъсир қилувчи омилларни ўрганиш кенг ёритилган (Кравченко А.В., 2008; Рахманина Н.Ю., 2012; Захарова Н.Г., 2013; Richman D.D., 2004; Bertagnolio S. et al., 2008; Wolfe D. et al., 2010). Ретровирусга қарши терапиянинг самарасизлиги кўпинча ОИВнинг қайталама транскриптаза ингибиторларига чидамлилигини ривожланиши билан бевосита боғлиқ (Troya J. et al., 2016; Tostevin A. et al., 2016; Von Braun A. et al., 2017).

Ўзбекистон Республикасида ҳам ретровирусга қарши препаратларини (РВҚП) қўллаш натижаларига бағишланган тадқиқотлар олиб борилган (Гиясова Г.М., 2008; Маматқулов И.Х. ва ҳаммуаллифлар., 2015; Худайкулова Г.К., 2017; Байжанов А.К., 2018; Файзуллаева Д.Б., 2019). Аммо ОИВнинг РВҚПларига чидамлилигини ошириб бориши сабабларини ўрганиш ва РВҚПнинг даволаш-профилактик таъсирини кучайтириш, макроорганизмнинг ички имкониятларини ишга солиш билан боғлиқ муаммолар ўрганилмаган.

Иммунитетни мустаҳкамлаш мақсадида кенг қўлланиладиган усуллардан бири биологик фаол қўшимчалар (БФҚ)дан фойдаланишдир. Япония, АҚШ, Хитой ва Европа давлатларида барча касалликларни даволашда босқичма-босқич сунъий кимёвий препаратлардан воз кечилиб, табиий маҳсулотлардан тайёрланган биологик фаол қўшимчалардан фойдаланиш стратегияси амалга оширилмоқда. [1; Б. 130-132]. Шунга қарамай, республикамизда таби-

ий БФҚларнинг РВҚПлар самарадорлигига таъсири етарли ўрганилмаганини баҳолаш ўрганилмаган ва ёритилмаган. Шунингдек, ОИВ-инфекция манбасига нисбатан чора - тадбирларни такомиллаштириш борасида ўтказилган тадқиқотлар ҳам етарли эмас. [3; Б 42-46].

Юқорида кайд этилган фикрлар РВҚПларининг самарадорлигини ошириш ва инфекция манбасига нисбатан чора-тадбирларни такомиллаштириш мақсадида табиий биологик фаол қўшимчаларни фойдаланишнинг ўрганиш заруратини белгилаб беради.

Биологик фаол қўшимчаларнинг асосий вазифаси – уларсиз иммунитет ўз кучини йўқотиши мумкин бўлган организмга зарур фойдали моддаларнинг ўринини тўлдиришдир. [2; Б 19-21]. БФҚлар турли моддалар алмашувини оптималлаштириш, организм ҳолатини нормаллаштириш ва яхшилаш учун зарур бўлган озиқ-овқат ва биологик фаол моддаларнинг қўшимча манбаи бўлиб ҳисобланади.

Шундай маҳсулотлардан бири «Иммун-5» - маҳаллий шароитда ишлаб чиқарилган биологик фаол қўшимча бўлиб, таъсири бўйича табиий биоген стимуляторлар гуруҳига киради. У иммун хужайралар анергияси ривожланишини тўхтатиб, макрофаг ва лимфоцитларнинг ёд жисмларга нисбатан курашиш фаоллигини оширади [5; Б 82, 8; Б 27-28, 9; Б 36-38].

«Иммун-5» миллий парафармацевтик товар сифатида мамлакатимизда деярли 20 йилдан буён қўлланилиб келинмоқда. Унинг сурункали кечувчи инфекцияларни даволашда самара берганлигини ҳамда иммунтизими хужайларига танлаб таъсир қилиш, айниқса носпецифик иммунитет хужайралари (фагоцитар-макрофагал тизим) фаоллигини оширишини инобатга олиб, 2002-2021 йилларда унинг бир қатор иммунодефицит ҳолатлар билан кечувчи сурункали касалликлари бор беморларда самараси ўрганилган.

Жумладан, ЭМЮК ИТИ олимлари Г.Т. Мардаева., М. Каримова., У. Имомалиевлар томонидан **2002 йилда сурункали вирусли гепатит В касалланган беморларда ўтказилган** клиник тадқиқотларда препаратнинг ишочли иммуномодулятор эканлиги, унинг таъсирида қонда Т ва В лимфоцитлар миқдорининг ва ИРИнинг ошиши, жигар тўқимасига қарши АБЛ миқдорининг камайишини аниқланган.

Республика ОИТСга қарши курашиш маркази (А.С. Акбаров) томонидан Фанлар академиясининг Иммунология институти (профессор М.В. Залялиева), Тошкент врачлар малакаси ошириш институти (профессор М.М. Хакимов) ва АҚШнинг "Ign-international" компанияси (профессор П.Е. Игнатов) билан ҳамкорликда "ОИВ-инфекциясида «Иммун-5» БФҚнинг клинко-иммунологик таъсирини ўрганиш" мавзусидаги тадқиқот ўтказилиб, натижалари Ўзбекистон, АҚШ ва Европа давлатларининг нуфузли журналларида чоп этилган (2003 й.).

Академик А.М. Убайдуллаев ва Ф.К. Тошпулатовларнинг «Ўпка сили билан касалланган бемор-

ларни даволашда «Иммун-5» БФҚ қўллаш самарадорлиги» бўйича ўтказилган тадқиқот натижалари тўғрисидаги ҳисоботи эълон қилинди (2003 й.).

2006 йилда И.Х. Маматкулов, А.С. Акбаров, М.М. Хакимов, П.Е. Игнатовлар томонидан «Иммун-5» биологик фаол қўшимча қабул қилган ОИВ-инфекцияли беморларда 5 йил муддат ўтгандан кейин иммунитет тизимининг ҳолати ва унинг фаоллигини таъминлашдаги таъсири ўрганилган. Тадқиқот натижалари «Инфекция, иммунитет ва фармакология» журналининг 2006 йил 5 сонидида эълон қилинган.

Эпидемиология, микробиология ва юкумли касалликлар илмий тадқиқот институти докторанти О.Ш. Қосимов томонидан «Иммун-5» - биологик фаол қўшимчани бруцеллез қўзғатувчисига нисбатан самарадорлиги ўрганилган. Натижалари Украина давлатида ўтказилган халқаро анжуман тўпламида эълон қилинган (2008 йил 27-28 март, Харьков)

И.Х. Маматкулов, Н.С. Атабеков, А.М.-Т. Бектемиров, Д.А. Мустафаева, З.И. Бердиева, А.И. Маматкуловларнинг «Использование отечественного иммуномодулятора «Иммун-5» для профилактики осложнений и оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных в начальных стадиях заболевания» номли ахборот хати эълон қилинди.

Россиянинг Федерациясининг «Бактериология» журналида (2018 йил №3том, № 3 19-21 бетлар) З.И. Бердиева ва бошқаларнинг «Опыт применения иммунокорригирующей терапии при ВИЧ-инфекции» номли мақоласи чоп этилди.

«Иммун-5» БФҚнинг ОИВ-инфекцияли беморларни даволашдаги самараси бўйича АҚШнинг нуфузли журналларидан бири **American Journal of Medical Sciences and Medicine**. – “Use of Immunotherapy for Treatment of HIV Infections “ номли мақола чоп этилди. / American Journal of Medical Sciences and Medicine. – USA, 2019. Vol. 7, No.2, 36-38.

З.И. Бердиева ва Б.М. Таджиевларнинг «ОИВ-инфекцияси билан касалланган беморларда биологик фаол қўшимчасининг оппортунистик касалликлар ривожланишига таъсири» номли илмий мақола «Инфекция, иммунитет и фармакология журналы»да чоп этилди, Тошкент, 2020 й. - №6. - 42-46 бетлар.

Юқорида қайд этилганларни инобатга олиб, **ушбу илмий мақоланинг мақсади** ОИВ-инфекцияли беморларни даволашда қўлланилаётган РВҚ-Пларининг самарадорлигини ошириш ва инфекция манбасига нисбатан чора-тадбирларни такомиллаштириш учун даволаш дастурига киритиш таклиф этилаётган маҳаллий шароитда ишлаб чиқарилган «Иммун-5» БФҚ фаол моддасининг интерферон индукциясига таъсирини ўрганиш натижаларини ёритишдан иборат.

Тадқиқот вазифалари, объектлари ва усуллари:

Тадқиқот мақсадини амалга ошириш учун 27 дан 35 ёшгача бўлган ОИВ билан касалланган беморлар гуруҳи танлаб олинди. Тадқиқот материали сифатида ОИВ-инфекциясига чалинган беморларнинг ве-

ноз қони хизмат қилди. Қон зардоби бор пробиркаларга якуний концентрацияси 0.2 мг/мл, 0.5 мг/мл ва 20 мг/мл бўлган «Иммун-5» БФҚнинг фаол моддаси қўшилиб, 24 соат давомида 37°C ҳароратда инкубация қилинган. Мазкур услуб стандартлаштирилган бўлиб, цитокинлар ишлаб чиқарилишининг индукциялайдиган тадқиқотлар учун умумий қабул қилинган услубдир. ИФН-α ва ИФН-γ миқдори Вектор-Бест (Россия, Новосибирск) тест-системалари ёрдамида иммунофермент таҳлиллари орқали ўрганилди.

Фагоцитоз ва нейтрофиллар фаоллигини баҳолаш учун ОИВ-инфекциясига чалинган беморлардан олинган қон зардобига 0.2 мг/мл, 0.5 мг/мл ва 20 мг/мл якуний концентрацияси бўлган «Иммун-5» тўқима гидролизати қўшилди ва 1 соат давомида 37°C ҳароратда инкубация қилинди. Россия Федерацияси ССВнинг Иммунология институти томонидан ишлаб чиқарилган моноклонал антитаналардан фойдаланган ҳолда Т ҳужайра лимфоцитлари ҳолати унинг CD3, CD4 и CD8 маркерларини динамикада ўзгариши кўрсаткичлари орқали баҳоланди. Статистик таҳлил Т-тест усули билан амалга оширилди, аҳамияти Holm-Sidak усули билан баҳоланди.

Олинган натижалар:

1-жадвалдан кўриниб турганидек «Иммун-5»нинг 0.2 мг/мл ($p=0.0642$) ва 20 мг/мл ($p=0.0535$) концентрацияларининг бирортасида ҳам **IFNα** миқдори ошмаган. Шу билан бирга, «Иммун-5» нинг 0.2 мг/мл ($p=0.0642$) ва 20 мг/мл ($p=0.0535$) концентрацияларида **ИФН-γ** ишлаб чиқаришни **3 мартага ошган**. «Иммун-5» нинг 0.5мг/мл ($p=0.2349$) ли концентрацияда ИФН-γ индукцияси даражаси тахминан 2 мартага оширган. Ўртача қийматларга кўра, ИФН-γ in vitro шароитида индукцияланиши БФҚнинг **0,2 мг/мл концентратиди энг юқори бўлган** ва бу доза туғма ва орттирилган иммунитетнинг NK, NKT ҳужайралари, Т-лимфоцитлар ва макрофаглар томонидан ИФН-γ ҳужайраларининг индукциялаш учун энг маъқул доза эканлиги аниқланди. Олинган маълумотларга асосланиб, «Иммун-5» периферик қондаги лейкоцитларни рағбатлантириши ҳамда туғма ва ортирилган иммунитет ҳужайралари томонидан ИФН-γ ишлаб чиқаришни кучайтириши тасдиқланди.

Тадқиқотнинг 2 - босқичида лимфоцитларнинг асосий маркерлари экспрессияси ўрганилди, бу адаптив иммунитет фаолиятини баҳолашда муҳим аҳамиятли ҳисобланади. Маълумки, Т CD8 нинг фаоллашуви ва Т ҳужайраларнинг Th 1 субпопуляцияси шаклланиши учун ИФН-γ муҳим омил ҳисобланади. CD8 ҳужайралари танани ҳужайра ичи инфекциялари, ўсмалардан химоя қилади. Th 1 субпопуляция эса асосан ИФН-γ ҳисобига иммун тизимнинг ҳужайра иммунитетини (макрофаг, киллер ҳужайралар) фаоллашуви учун шароит яратади. Бу ҳолат ИФН-γ таъсирида CD8 ҳужайралари экспрессиясининг ортишини таъминлайди.

2-жадвалда «Иммун-5» БФҚнинг Т лимфоцитларга таъсири ёритилган. Солиштирилаётган гу-



1- жадвал

«Иммун-5» нинг ИФН-α ва ИФН-γ индукциясига таъсири

	IFN γ	IFN α		IFN γ	IFN α		IFN γ	IFN α		IFN γ	IFN α
	pg/ml	pg/ml	Индуц.	pg/ml	pg/ml	Индуц.	pg/ml	pg/ml	Индуц.	pg/ml	pg/ml
1 спонтан	5,1567	11,057	1 20mg/ml	77,543	7,2115	1 0,2mg/ml	129,792	8,653	1 0,5mg/ml	18,865	9,615
2 спонтан	38,888	6,25	2 20mg/ml	49,775	7,2115	2 0,2mg/ml	68,687	11,057	2 0,5mg/ml	39,306	8,653
3 спонтан	10,551	7,692	3 20mg/ml	17,617	8,6538	3 0,2mg/ml	67,845	12,0192	3 0,5mg/ml	76,277	9,134
4 спонтан	2,2549	8,173	4 20mg/ml	66,58	8,1730	4 0,2mg/ml	38,88	12,980	4 0,5mg/ml	63,21	9,134
5 спонтан	57,330	8,653	5 20mg/ml	90,650	9,1346	5 0,2mg/ml	29,69	11,538	5 0,5mg/ml	19,54	11,48
Ўрт.	22,836	8,365	Ўрт.	60,433	8,0769	Ўрт.	66,982	11,25	Ўрт.	49,416	9,134
Мин.	2,2549	6,25	Мин.	17,617	7,2115	Мин.	29,69	8,653	Мин.	18,865	8,653
Макс.	57,330	11,057	Макс.	90,650	9,1346	Макс.	129,79	12,980	Макс.	49,416	9,13

2 - жадвал

Лимфоцитларнинг CD4 маркерлари экспрессияси кўрсаткичларининг «Иммун – 5» фаол моддасининг таъсири остида ўзгариши

	Назорат гуруҳи			Асосий гуруҳ (Иммун-5 олганлар)		
	CD3	CD4	CD8	CD3	CD4	CD8*
1	46	28	18	50	26	24
2	42	18	24	46	20	26
3	42	18	24	62	34	28
4	50	28	22	42	24	18
5	48	20	28	46	16	30
M±m	45,60±1,6	22,40±2,32	21,05±1,20	49,20±3,44	24,00±1,03	27,20±1,24
Max	50	28	28	62	34	32
Min	42	18	18	42	16	18

*p<0,5

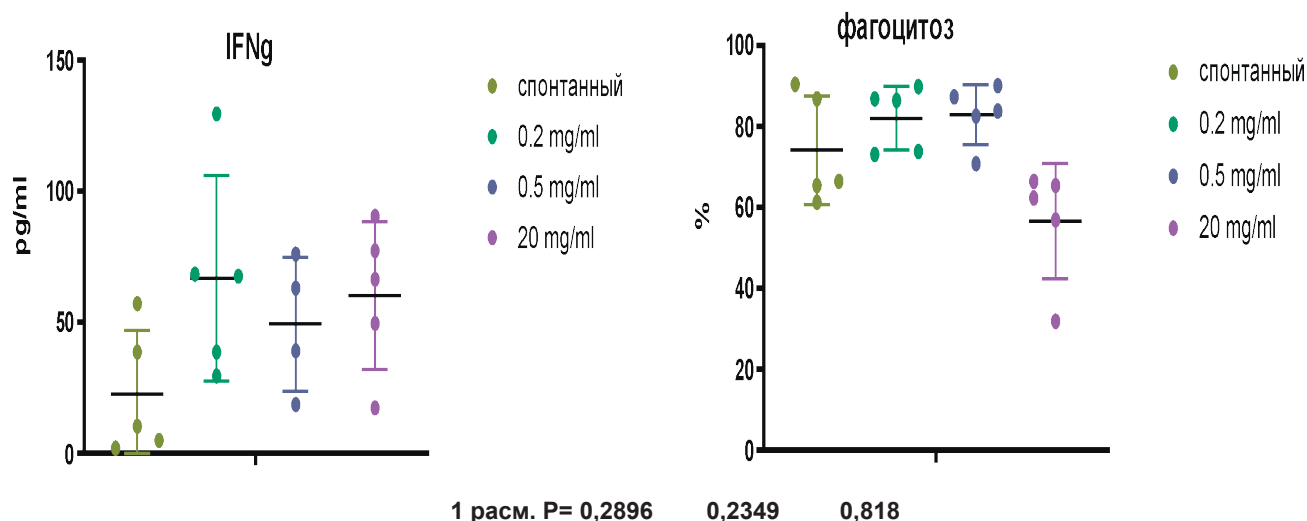
руҳлар «Иммун-5» олган ва олмаганлар) кўрсаткичлари орасидаги фарқнинг ишончилиги фақат CD8+ хужайралари экспрессиясида кузатилди. CD8+ вирусли хужайраларни йўқ қилиш орқали танада санитарлар вазифасини бажарадиган цитотоксик лимфоцитларнинг маркери ҳисобланади. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, «Иммун-5» БФҚнинг фаол моддасининг ҳаттоки қисқа муддатли таъсирида ҳам Т-цитотоксик лимфоцитлар бироз, аммо ишончли тарзда кўтарилади. Яъни назоратдаги гуруҳда CD8+ кўрсаткичи 21,05±1,20%ни, асосий гуруҳда эса 27,20±1,24% ни ташкил этди. Кўриб турганингиздек, фарқлар ишончли. Шуни таъкидлаш керакки, ОИВ-инфекциясида цитотоксик лимфоцитлар фаоллигини ошиши ИФН-γ синтезининг ошиши сабабли хужайра иммунитетининг етарли модуляцияси натижасида келиб чиқади. Бу ҳолатда иммунорегуляция ҳақида сўз кетмоқда ва айнан иммунорегуляция сабабли Т-цитотоксик лимфоцитларнинг инфекцияланган хужайраларга қарши курашиш имконияти қобилияти ошади.

Кўп иммуностимулловчи препаратлардан фарқли равишда, «Иммун-5» БФҚнинг фаол моддаси

Т-хужайраларида устида, хужайрага ОИВнинг киришини тезлатиши мумкин бўлган CD-4 молекулаларининг тез экспрессиясини таъминламайди (CD4 секин-аста кўпайиб боради). Бу «Иммун-5»нинг ОИВ-инфекцияли беморларни даволашда фойдаланиш хавфсизлигидан далолат берувчи жуда муҳим кўрсаткичдир. Шу билан бирга, «Иммун-5» ОИВ-инфекциясида иммунхужайраларда юзага келадиган сурункали анэргияси сабабли юзага келадиган Т-хужайра иммунитетининг (CD-8 хужайралари) фаоллигининг камайишини бартараф қилувчи адаптив иммунитетни регуляция қилиш (бошқариш) хусусиятига эга.

Тадқиқотларнинг 3-босқичи туғма иммунитет омиллари яъни нейтрофилларнинг фаоллиги ва уларни фагоцитоз қилиш қобилиятини ўрганишга қаратилди. Таҳлиллар шуни кўрсатдики, носпецифик химоя қилиш, жароҳатни даволаш ва бошқа кўплаб жараёнларда муҳим ўрин тутувчи нейтрофиллар ҳам фаоллашиш учун ИФН-γ га муҳтож (0,2 мг/мл ва 5 мг/мл концентрацияли «Иммун-5» билан стимуляция қилингандаги каби) (1-расм). Қизиғи шундаки, фаол модданинг 20 мг/мл (p=0.0818) концентрацияси фагоцитозга тескари таъсир этиб, уни фаоллигини бостирган. Фаол модданинг 0,2 мг/мл ва 0,5 мг/мл концентрациясида фагоцитоз фаоллиги юқори даражада эканлиги кузатилди. Бу эса «Иммун-5» БФҚ фаол моддасининг ОИВ-инфекциясида иккиламчи иммунитет танқислиги шароитида фагоцитоз жараёнини кучайтиришини кўрсатади.

Нейтрофилларга келсак, биз Гледол зичлиги градиентида нейтрофиллар популяциясини ажратдик. Кейин хужайралар 0,5 соат 37°C ҳароратда фаол модда билан инкубация ўтди. Сўнг суртмалар тайёрланди. Олинган натижалар 0,2 ва 0,5 мг/мл до-



заларда нейтрофилларнинг фаоллашуви ҳужайра ҳажми ва ҳужайра ядросида кескин ўсиш билан кузатилганлигини кўрсатди.

Хулоса:

Олинган натижаларга асосланиб, турли дозаларда «Иммун-5» БФҚнинг фаол моддаси турли иммунотроп хусусиятларга эга дейиш мумкин, бу эса катта қизиқиш уйғотади. Биринчидан, «Иммун-5»нинг 0,2 мг/мл концентрати ИФН- γ нинг муҳим индуктори ҳисобланади. ИФН- γ вирусга қарши, иммунорегуляторга қарши таъсирга эга эканлиги маълум. NK ҳужайралари, NK T- ва T- ҳужайраларининг киллер функцияларини ва макрофагларни фаоллаштиради. Маълумки, ИФН- γ эндоген синтезининг ошиши ички вирусга қарши ҳимоя омилларининг кучайишига олиб келади. Масалан, TRIM5 α , APOBEC ва Tetherin каби протеинлар ҳужайраларга кириб бориш, репликация қилиш ва инсон иммунитет танқис-

лиги вируси танасида тарқалишини самарали равишда блоклаши мумкин. «Иммун-5», шунингдек, 0,2 ва 0,5 мг/мл дозаларида фагоцитозни фаоллаштирувчи ва нейтрофиллар стимулятори ҳисобланади. Шу билан бирга, БФҚнинг юқори (20 мг/мл) дозаси фагоцитоз ва нейтрофиллар фаоллашуви жараёнларини босади. Бу уларнинг функционал қобилиятларини ошириш ва анэргияни камайтиришини кўрсатади. Шунингдек, «Иммун-5» одам иммунитет танқислиги вируси ривожланган ҳужайрага кириб, вирусни бу молекулалардан фойдаланиш имконини бермайди, CD4 молекулаларини Т-лимфоцитлар юзасига тез экспрессиясига йўл қўймайди секин ривожланади. Мазкур маълумот ОИВ-инфекциясида «Иммун-5»дан фойдаланишнинг етарли хавфсизлигини кўрсатади. Бу ҳол ушбу БФҚнинг бошқа кўплаб иммуномодуляторлардан сезиларли даражада фарқ қилишини кўрсатади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Акбаров А.С., Хакимов М.М., Игнатов П.Е. Катамнез ВИЧ-инфицированных пациентов, принимавших препарат «Иммун-5» // Инфекция, иммунитет и фармакология. - Тошкент, 2006. - №5. - Б. 130-132.
2. Бердиева З.И., Игнатов П.Е., Маматкулов И.Х. Опыт применения иммунокорригирующей терапии при ВИЧ инфекции // Бактериология. - РФ, 2018. - том №3, С.19-21.
3. Бердиева З.И., Тажиев Б.М. ОИВ-инфекцияси билан касалланган беморларда биологик фаол қўшимчасининг оппортунистик касалликлар ривожланишига таъсири // Инфекция, иммунитет и фармакология. - Тошкент, 2020. - №6. - Б. 42-46.
4. Бердиева З.И. ОИВ-инфекциясини даволаш ва профилактика чора-тадбирларини такомиллаштириш // Диссертация иши. - Тошкент, 2022. - Б. 76-81.
5. Бердиева З.И. ОИВ-инфекциясини даволаш ва профилактика чора-тадбирларини такомиллаштириш // Диссертация иши. - Тошкент, 2022. - Б. 82.
6. Бердиева З.И. ОИВ-инфекциясини даволаш ва профилактика чора-тадбирларини такомиллаштириш // Диссертация иши. - Тошкент, 2022. - Б. 90.
7. Маматкулов И.Х., Атабеков Н.С., Бектемиров А-М.Т., Мустафаева Д.А., Бердиева З.И., Маматкулов А.И. Использование отечественного иммуномодулятора «Иммун-5» для профилактики осложнений и оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных в начальных стадиях заболевания // ахборот хати. - Тошкент, - 2012.
8. Қосимов О.Ш. «Иммун-5» - биологик фаол қўшимчани бруцеллез қўзғатувчисига нисбатан самарадорлиги тўғрисида. // Халқаро анжуман тўплами. - Харьков, Украина, - 2008. Б. 27-28.
9. Z.I. Berdiyeva, P.E. Ignatov, I.Kh. Mamatkulov, M.P. Ignatov Use of Immunotherapy for Treatment of HIV Infections // American Journal of Medical Sciences and Medicine. - USA, 2019. Vol. 7, No.2, 36-38.
10. Roeveer L. et al. "Statins in adult patients with HIV: Protocol for a systematic review and network meta-analysis." // Medicine Baltimore, 2018. - № 97 (15). - P. 116.



Юлдашев Т.-М.К.

врач РЦ СПИД МЗ РУз, соискатель ЦРПКМР МЗ РУз,

Юлдашев К.Х.

директор РЦ СПИД МЗ РУз, зав. курса «Проблемы

ВИЧ-инфекции» ЦРПКМР,

Умиров С.Э.

доц. курса «Проблемы ВИЧ-инфекции» ЦРПКМР МЗ РУз

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА, ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ НА ТЕРРИТОРИИ УЗБЕКИСТАНА

Қисқача баёни. Ўзбекистонда ОИВ генетик вариантларининг тарқалиши ва дори воситаларига чидамлилигини ўрганиш бўйича комплекс молекуляр эпидемиологик тадқиқотнинг дастлабки босқичлари натижалари тақдим этилган. Ушбу тадқиқот ўтказилган ҳудудларда CRF02_AG энг кенг тарқалган бўлиб, частотаси 60,9% (39) ва иккинчи гуруҳ А6 - 39,1% (25). АРТ «соғда» беморларда вируснинг антиретровирус дориларга чидамлилигини белгилловчи мутациялар топилмади.

Калит сўзлар: ОИВ, генетик вариантлар, дориларга чидамlilik

Resume. The results of the initial stages of a comprehensive molecular epidemiological study to study the prevalence of genetic variants and HIV drug resistance in Uzbekistan are presented. It was found that in the territories where this study was conducted, CRF02_AG was most common, with a frequency of 60.9% (39 subjects) and the second group A6 - 39.1% (25 subjects). In ART "naive" patients, no mutations were found that determine the resistance of the virus to antiretroviral drugs.

Keywords: HIV, genetic variants, drug resistance

Аннотация. Представлены результаты начальных этапов комплексного молекулярно-эпидемиологического исследования по изучению распространенности генетических вариантов и лекарственной устойчивости ВИЧ в Узбекистане. Установлено, что на территориях, где проводилось данное исследование наиболее чаще встречался CRF02_AG, с частотой 60,9% (39 исследуемых) и вторая группа А6 - 39,1% (25 исследуемых). У АРТ «наивных» пациентов, не было выявлено мутаций, определяющих устойчивость вируса к антиретровирусным препаратам.

Ключевые слова: ВИЧ, генетические варианты, лекарственная устойчивость

В настоящее время установлено, что в связи с высокой генетической вариабельностью, интенсивной репликацией и другими особенностями вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), а также необходимостью постоянного приема препаратов, длительный период, в процессе лечения может выработаться резистентность к антиретровирусным препаратам (АРВП). Резистентность ВИЧ может приводить к снижению эффективности терапии ВИЧ-инфекции у отдельных пациентов и популяции в целом, принимающих антиретровирусную терапию (АРТ), что ограничивает возможность выбора АРВП [1, 2].

В связи с этим необходима полноценная и достоверная информация о распространенности генетических вариантов и лекарственной устойчивости ВИЧ на определенной территории.

Целью данного исследования явилась оценка уровня распространенности первичной резистентности ВИЧ-1 к антиретровирусным препаратам среди пациентов ВИЧ-инфекцией, недавно инфицированных и не получавших антиретровирусную терапию.

Материалы и методы исследования. Данное исследование проведено в рамках проекта, реализуемым на территории Узбекистан, UNAIDS – «План мероприятий Программы содействия странам

Восточной Европы и Центральной Азии в области профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИДом и другими инфекционными болезнями на 2020-2021 гг.»

Были отобраны образцы из 5 административных территорий Узбекистана – г. Ташкент, Ташкентская, Самаркандская, Ферганская и Наманганская области. Всего было собрано 155 образцов, у первично выявленных ВИЧ-инфицированных лиц (недавно инфицированных ВИЧ и не получавших АРВ терапию). Диагноз ВИЧ-инфекция, ставили на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждали серологическим исследованием с помощью иммуноферментного анализа и иммуноблотинга. С целью отбора образцов для исследований, по выявлению резистентности и определения генетических вариантов, циркулирующих на указанных территориях, предварительно все образцы были исследованы на вирусную нагрузку (ВН) и на концентрации CD4⁺-лимфоцитов.

Состояние иммунной системы оценили по общему числу CD4⁺-лимфоцитов, которые определяли методом проточной цитофлюорометрии.

Исходная вирусная нагрузка определялась путем количественного исследования РНК ВИЧ в 1 мл плазмы методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР).

Таблица 1

Распределение больных ВИЧ-инфекцией по уровню CD4⁺-лимфоцитов, (N=155)

	Уровень CD4 ⁺ -лимфоцитов, кл/мкл	Больные ВИЧ-инфекцией		p
		Абс.	±%	
1	≤400	64	41,3±3,3*	(p<0,05)
2	>400	91	58,7±3,3	

Таблица 2

Распределение лиц с ВИЧ-инфекцией по уровню вирусной нагрузки, (N=155)

Группы	Уровень вирусной нагрузки, копий/мл	Больные ВИЧ-инфекцией		p
		Абс.	±%	
1	<20 000	-	-	
2	20 000-50 000	51	33,0±3,7*	(p<0,05)
3	50000-100000	70	45,1±3,9*	(p<0,05)
4	≥100000	34	21,9±3,3*	(p<0,05)

достоверность разницы между группами: ($p<0,05$)*.

Таблица 3

Генетическая принадлежность изолятов вируса иммунодефицита человека, Узбекистан, N=64

Группы	Генетическая принадлежность	Больные ВИЧ-инфекцией		p
		Абс.	±%	
1	CRF02_AG	39	60,9±6,1	(p<0,05)
2	вторая группа A6	25	39,1±6,1	

После оценки вирусной нагрузки и концентрации CD4⁺-лимфоцитов был проведен отбор образцов для исследования на наличие первичной резистентности ВИЧ-1 к АРВ препаратам среди лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, недавно инфицированных ВИЧ и не получавших АРВ терапию. Лабораторными критериями для отбора явились: ВН - более 1000 копий/мл и CD4⁺-лимфоцитов - менее 400 на кубический миллиметр крови. На основании установленных критериев из числа исследованных образцов было отобрано 64 образца, из которых выделяли РНК ВИЧ-1 после чего была однастадийная ПЦР с обратной транскрипцией с использованием вирус специфических праймеров, для проведения секвенирования по методу Стенгера, было получено 384 хроматограммы, сборка последовательностей проводилась на специальном программном обеспечении. После все последовательности были проанализированы на наличие мутаций к лекарственной устойчивости к ингибиторам обратной транскриптазы и ингибиторам протеазы, на сайте стендфордского университета. Результаты исследований обработаны в программе Excel. Рассчитаны средние величины, достоверность различий исследованных показателей определена по критерию Стьюдента. Достоверность изменений признавалась при вероятности ошибки p меньшей или равной 0,05.

Результаты и их обсуждения. Нами было обследовано 155 лиц, недавно инфицированных ВИЧ и не получавших АРВ терапию, взятых на диспан-

серный учет в Центрах по борьбе со СПИДом г. Ташкента, а также Ташкентской, Самаркандской, Ферганской и Наманганской областей. Из них 93 (60,0%) лиц мужского пола и 62 (40,0%) женщины. Ориентировочная давность заражения ВИЧ-инфекцией составляла от 1 года до 3 лет.

Состояние иммунной системы, особенно по количеству CD4⁺-лимфоцитов, оказывает решающее воздействие на течение ВИЧ-инфекции и связанных с ней сопутствующих заболеваний. Количественная характеристика последних является одним из важных показателей диагностики степени развития иммунодефицита, а также одним из ведущих критериев установления стадии ВИЧ-инфекции. В связи с этим нами были изучены особенности и степень угнетения CD4⁺-лимфоцитов у лиц с ВИЧ-инфекцией (таблица 1). Взятие образцов было проведено при поступлении в клинику или в процессе диспансерного наблюдения.

Результаты анализа показали, что у больных ВИЧ-инфекцией, недавно инфицированных ВИЧ и не получавших АРВ терапию, уровень CD4⁺-лимфоцитов ≤400 кл/мкл выявлялся у 41,3% (64) лиц, а >400 кл/мкл у 58,7% (91), т. е. в 1,4 раза чаще ($p<0,05$).

При первом обследовании исходное число ВН ≥100000 копий/мл обнаружено у 21,9±3,3% лиц с ВИЧ-инфекцией, в пределах 50000-100000 зарегистрировано у 45,1±3,9% лиц, в пределах 20 000-50 000 зарегистрировано у 51 (33,0±3,7%) лиц (таблица 2).



Следует отметить, что при первом обследовании исходное число РНК ВИЧ менее 20 000 не было обнаружено ни в одной группе.

Как показывает данные, представленные в таблице 3, по итогам проведенного секвенирования (64 образцов) наиболее часто были изолированы циркулирующая рекомбинантная форма CRF02_AG с частотой 60,9% и вторая группа A6 - 39,1% (таблица 3).

У АРТ «наивных» пациентов, не было выявлено мутаций, определяющих устойчивость вируса к антиретровирусным препаратам. Представленные данные являются результатами начальных этапов комплексного молекулярно-эпидемиологического

исследования по изучению распространенности генетических вариантов и лекарственной устойчивости ВИЧ в Узбекистане. Чтобы подтвердить назначение клад и рекомбинантную структуру обнаруженных последовательностей на территории Республики Узбекистан, в дальнейшем будет проведен филогенетический анализ с использованием программного обеспечения Mega и IQ Tree.

Выводы. По итогам проведенного секвенирования установлено, что на территориях, где проводилось данное исследование наиболее чаще встречался CRF02_AG, с частотой 60,9% (39 исследуемых) и вторая группа A6 - 39,1% (25 исследуемых).

Список использованной литературы.

1. Бобкова М.Р. Лекарственная устойчивость ВИЧ. – М.: Человек, 2014. – 288 с.
2. Юлдашев К.Х., Умиров С.Э., Юлдашев Т.-М.К. Антиретровирус терапияси фонида инсон имунтанқислиги вирусини генетик вариантларини мониторинги Ж. Ўзбекистон врачлар ассоциацияси бюллетени. - №4 (101), 2020.- б. 88-90

Рахимова В.Ш.

*Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников*

КЛИНИКО - ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОИНФЕКЦИИ ВГС И ВИЧ

Введение. В последнее время увеличилось количество пациентов с коинфекцией ВИЧ и ВГС, как в мире, так и в Республике Узбекистан. Сочетанное течение двух вирусов приводит к глубокому нарушению иммунного ответа организма. При этом наблюдается увеличения продукции цитокинов ФНО, ИЛ-10 играющие значительную роль в усилении и продлении воспалительной процесса. Сочетанное течение ВИЧ и ВГС приводит к быстрому прогрессированию поражения печени.

The growth of number of patients with HIV and HCV co-infection is fixed lately around the world as well as in Uzbekistan. The joint action of two viruses results in a deep injury of immune response. Increased production of cytokines, TNF, IL-10 leads to prolongation growth and extension of inflammation. The mutual affect of HIV and HCV results in a rapid progressive liver lesion.

ОИВ ва ВГС коинфекцияси билан оғриган беморлар сони кейинги йилларда нафақат бутун дунёда, балки Ўзбекистонда ҳам ошди. Иккита вируснинг бирга учраши организм имун тизимининг чуқур ўзгаришига олиб келади. Бунда ялиғланиш жараёни кучайиши ва чўзилишида муҳим рол уйнидиган ФНО альфа ва ИЛ 10 цитокинлар ишлаб чиқариши-

нинг ошиши кузатилади. ОИВ ва ВГС нинг бирга учраши жигарнинг жарохатлашининг кучайишига сабаб бўлади.

ВИЧ инфекция – важнейшая мировая проблема XX-XXI веков. ВИЧ– инфекция вошла в число 5 ведущих причин смертности населения в мире. По оценкам специалистов ЮНЭЙДС к 2022 году более 38,4 млн. человек живут с ВИЧ инфекцией, 1,5 млн. человек заразились в 2021 году. Эпидемия ВИЧ-инфекции гетерогенна даже в пределах одной страны, на скорость ее развития влияют экономические, политические, социальные факторы [2].

До настоящего времени развитие оппортунистических инфекций у ВИЧ- инфицированных пациентов при падении уровня CD4+ лимфоцитов ниже критического уровня ограничивало ожидаемую продолжительность жизни. Вследствие этого на фоне других заболеваний хроническому гепатиту уделялось малое внимание, так как в большинстве случаев на первый план выходили такие оппортунистические инфекции как туберкулез, пневмоцистная пневмония и др.

В последнее время многие научные исследования посвящены изучению роли цитокинов в ме-

ханизмах повреждения гепатоцитов, развитию системного воспалительного ответа, что способствует раннему развитию циррозу печени (ЦП).

Как известно при ВИЧ инфекции, а тем более в сочетании с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) происходит нарушение звеньев иммунной системы. В то же время жизненный цикл вирусов гепатита определяется характером иммунного ответа. Хронизация процесса и переход в ЦП при вирусных гепатитах, в частности ВГС, обусловлено взаимодействием вируса и клеток иммунной системы [6,8,9]. Так, при ВИЧ инфекции наблюдается усиление спонтанной секреции цитокина ФНО альфа, что говорит о дефекте В лимфоцитов. ФНО альфа способен индуцировать экспрессию ВИЧ. Кроме этого, другой интерлейкин – трансформирующий фактор роста TGF-бета, ИЛ 10 также влияет на экспрессию ВИЧ либо усиливая, либо подавляя ее [10]. Усиленная продукция ИЛ 10 говорит об усилении иммунного ответа по гуморальному типу Th 2. Также известно, что эти цитокины играют значительную роль в формировании хронических форм вирусного гепатита С [5,4].

Эффективность противовирусного ответа иммунной системы определяется активностью клеточного звена. Сведения о преобладании того или иного звена иммунитета остаются противоречивыми. По данным одних авторов при хронизации процесса ВГС преобладает Th 2 ответ, что сопровождается снижением синтеза IFN альфа и IFN гамма, и повышением титра ИЛ 4 и ИЛ 10 в воспалительных инфильтратах печени [1,11,13]. По данным других авторов наблюдается преобладание Th 1 ответа, при котором отмечаются высокие уровни ИФН альфа [7,12] и ФНО альфа, что играет наибольшую роль в формировании хронизации процесса [6]. Кроме этого рецепторы, принадлежащие к семейству ФНО, индуцируют процесс запрограммированной гибели клеток, т.е. индукции апоптоза [3].

Целью нашего исследования явилось определение некоторых клинико – иммунологических показателей при коинфекции ВИЧ и ВГС.

Нами были обследованы 45 больных в возрасте от 16 до 68 лет. По наличию вирусного агента пациенты были разделены на 3 группы. Верификацию диагноза ВИЧ проводили на основании положительного иммуно-блота, полученного в РЦСПИД.

В первую группу вошли 23 пациента с коинфекцией ВИЧ и вирусного гепатита С. Из них мужчин – 12 (52%), женщин – 11 (48 %). Из путей передачи анамнестически превалировало инъекционное употребление наркотических веществ – 22 (96%), и 1 половой (4 %). Клинический диагноз ВИЧ инфекции выставлялся согласно классификации ВОЗ на основе Приказа № 206 от 19.08.2021 МЗРУз. При этом у большинства пациентов 18 (78%) была диагностирована III клиническая стадия, у 3(13%) пациентов

II клиническая стадия, и у 2 (9 %) – II клиническая стадия. В группе обследованных пациентов в 74 % отмечалась персистирующая генерализованная лимфаденопатия, у 83% потеря массы тела. Из оппортунистических инфекций у 3 (13%) отмечался орофарингиальный кандидоз, у 2 (9%) пиодермия, и у 1(4%) – афтозный стоматит. Все пациенты жаловались на слабость, быструю утомляемость. При пальпаторном обследовании печени у всех пациентов отмечалось гепатомегалия. При этом печень имела плотную консистенцию, гладкую поверхность и закругленный край. Размеры селезенки были в пределах нормы.

Вторую группу составили 12 больных с хроническим вирусным гепатитом С без ВИЧ инфекции (моно ВГС). Из них 67% мужчин 33 % женщин. Во второй группе из анамнестических данных причинами заражения ВГС в 92 % случаев были парентеральные вмешательства и в 8 % половой путь. Из сопутствующих заболеваний у 12 пациентов отмечался хронический некалькулезный холецистит. В данной группе также все пациенты предъявляли жалобы на слабость, быструю утомляемость. При пальпаторном обследовании у всех пациентов было отмечено увеличение размеров печени. При этом печень имела плотную консистенцию, гладкую поверхность и закругленный край. У 2 (17 %) отмечалось увеличение размеров селезенки.

В третью группу вошли 10 больных с ВИЧ инфекцией без ХВГС. Из них 4 (40 %) мужчин и 6 (60%) женщин. Клинический диагноз ВИЧ инфекции выставлялся согласно классификации ВОЗ на основе Приказа № 206 от 19.08.2021 МЗРУз. При этом у 80 % диагностирована III клиническая стадия, у 10% IV клиническая стадии и у 10 % II клиническая стадия. В данной группе в 80 % случаев отмечается половой путь передачи ВИЧ, и в 20% – употребление инъекционных наркотических веществ. В данной группе также пациенты отмечали слабость, быструю утомляемость. При осмотре у всех пациентов наблюдалось персистирующая генерализованная лимфаденопатия, потеря массы тела. Из оппортунистических инфекций у 1 (10 %) отмечался кандидозный вульвовагинит, и у 1 (10 %) опоясывающий лишай.

У всех больных были проведены клинические, биохимические, иммунологические исследования, УЗИ печени, селезенки, желчного пузыря. Также проведены серологические исследования – определение суммарно Ig anti HCV core.

Определение уровня ИЛ-10 и ФНО-альфа проводилось методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием коммерческих тест-систем «Вектор-Бест», Россия, Новосибирск проводилось на базе НИИ Иммунологии.

Результаты. При сравнительном анализе клинического течения ХГС у ВИЧ-коинфицированных



Таблица 1. Показатели ИЛ-10 в исследуемых группах

Показатель	Контроль n = 20	ВГС n =12	Моно ВИЧ n=10	Коинфекция ВИЧ и ВГС n=23
ИЛ 10	5,0 ± 0,5 пг/мл	7,87±1,53 пг/мл	7,17±1,06 пг/мл	18,52±2,83 пг/мл

Таблица 2. Показатели ФНО альфа в обследуемых группах

Показатель	Контроль n=20	ВГС n=12	Моно ВИЧ n = 10	Коинфекция ВИЧ и ВГС n= 23
ФНО альфа	0,5± 0,1 пг/мл	3.14±0.09 пг/мл	23.16± 2.18	20.77±1.39пг/мл

и ВИЧ-негативных больных клинические проявления гепатита С у больных были идентичны. Так, синдром малой печеночной недостаточности (слабость, быстрая утомляемость) в обеих группах зарегистрирован у 100% больных. Спленомегалия не регистрировалась в I группе, тогда как в группе с моно ХВГС пациентами она встречалась в 17 %.

Энзимологические сдвиги активности АлАТ были немного выше у больных ХГС-моноинфекцией. Так средние показатели АлАТ в группе моно ХВГС составили 0,9±0,1 ммоль/л, тогда как в группе пациентов с коинфекцией ВИЧ и ВГС - 0,7±0,08 ммоль/л и в группе пациентов с ВИЧ инфекцией без ХВГС составили 0,6 ± 0,03 ммоль/л.

Как показали данные иммунологического исследования, у больных с коинфекцией ВИЧ и ВГС отмечалось повышение уровня продукции ИЛ-10 в 3,7 раза по сравнению с контрольной группой, в группе моно ВГС в 1,6 раза, а в группе моно ВИЧ в 1,4 раза в отличие от контрольной группы.

У больных с коинфекцией ВИЧ и ВГС отмечалось повышение уровня продукции ИЛ-10 в 2,3 раза

в отличие от группы моно ВГС и в 2,6 раза в отличие от группы моно ВИЧ инфекции (таблица 1).

При исследовании значений ФНО альфа было отмечено повышение показателей в группе коинфекции в 41,54 раз в отличие от группы контроля. В группе моно ВГС увеличение показателей в 6,28 раз, а в группе моно ВИЧ в 46,4 раза в отличие от группы контроля.

При проведении сравнительного анализа ФНО альфа в группах нами были получены следующие результаты. В группе с коинфекцией ВИЧ и ВГС отмечалось повышение значений ФНО альфа в 6,6 раз в отличие от группы моно ВГС, и небольшое понижение в 1,1 раз при сравнении с группой моно ВИЧ (таблица 2).

Выводы. Увеличение продукции ИЛ -10 и ФНО альфа ведет к снижению противоинфекционной защиты и развитию хронических инфекций. Это имеет особое значение в клинической практике и может являться критериям для прогнозирования сроков хронизации вирусного гепатита С у ВИЧ инфицированных пациентов.

Литература

1. Бобкова М.Р./Возможные механизмы взаимного влияния инфекций, вызываемых ВИЧ и вирусом гепатита С//Ж. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2002. - №5.-С.104-116
2. Жужгова И. В./Автореф.к.м.н.// Санкт-Петербург 2006.
3. Зиялиева М.В./иммунологический мониторинг и генотипические особенности ВИЧ инфекции в Узбекистане// автореф.док.мед.наук.Ташкент.-2008.-С. 14
4. Ивашкин В.Г., Мамаев С.Н., Лукина Е.А. и др./Особенности иммунитета у больных хроническим вирусным гепатитом С//Российский журнал гастроэнтерологии, колопроктологии.-2001.-№3.-С.24-29
5. Лукина Е.А./Система моноклеарных фагоцитов и биологические эффекты провоспалительных цитокинов// Российский журнал гастроэнтерологии, колопроктологии.-1998.-№ 8.-С.7-13.
6. Наследникова И.О., Рязанцева Н.В., Новицкий В.В.и др./Молекулярные механизмы противовирусной стратегии организма//Томск.-2005.
7. Наследникова И.О., Белобородова Е.В., Рязанцева Н.В. и др./Клин мед.- 2005.-№9.-С. 40-44.
8. Приймаги Л.С., Тифанова В.Т., Тало Т.Г./Вопросы вирусологии.-2003.-№4.-С.37-40.
9. Рязанцева Н.В., Наследникова И.О. и др./Аллельный полиморфизм генов ИЛ 4 и ИЛ 10 как один из возможных механизмов, способствующих хронизации вирусных гепатитов//Иммунология.- 2007.-№2.- С.68-72
10. Шарман А./Вирус иммунодефицита человека//АлмаАты.-2002.-189 С.
11. Gruens N. H., Lechner F., Jung M. C. et al/Sustained dysfunction of antiviral CD8+ lymphocytes after infection with hepatitis C virus//J. Virology.-2001.-№12.-P. 5550- 5558/
12. Jia H.,Du J. et al//Clin.Med.J.-2003.-Vol.116, № 4.-P.605-608.
13. Reiser M., Marousis C. G. et al/Serum interleukin 10 levels in patients chronic hepatitis C virus infection//J. Hepatology.- 1993.- С. 1103- 1113
14. Приказ МЗРУз № 219 от 06.09.2021 «Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекциясини олдини олиш чора-тадбирлари ва тиббий ёрдами ташкил этиши янада такомиллаштириш туғрисида».
15. Приказ № 206 от 19.08.2021 «Одам имунитети танқислиги вируси инфекцияси бўйича миллий шароитга мослаштирилган клиник баённомаларни амалиётга татбиқ этиш туғрисида»

Рахмонбердиев Мухаммаджон Ахмаджон Ўғли,
Расулов Шомурод Махмудович
Тошкент тиббиёт академияси, Термиз филиали

ОИВ-ИНФЕКЦИЯЛИ БЕМОРЛАРДА СИЛ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ

Аннотация. Мақолада эпидемиология ва инфектологиянинг долзарб муаммоларидан бири ОИВ/ОИТС касаллигининг сил касаллиги билан биргаликда кечиш ҳолатлари, эпидемиологияси, ривожланиш механизми ва хусусиятлари ўрганилган.

Калит сўзлар: ОИВ инфекцияси, сил, касалланиш, эпидемиология, профилактика.

Аннотация. В статье рассматриваются одна из актуальных проблем эпидемиологии и инфектологии, случаи сосуществования ВИЧ/СПИДа с туберкулезом, эпидемиология, механизм развития и особенности.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулез, заболеваемость, эпидемиология, профилактика.

Annotation. The article deals with one of the urgent problems of epidemiology and infectology, cases of coexistence of HIV / AIDS with tuberculosis, epidemiology, development mechanism and features.

Key words: HIV infection, tuberculosis, morbidity, epidemiology, prevention.

ОИВ-инфекцияси одам популяцияси орасида кенг тарқалган бўлиб, соғлиқни сақлаш тизими соҳасида долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. ЖССТ маълумотларига кўра, 2020 йил ҳолатига бутун дунёда 37,9 миллион одам ОИВ-инфекцияси билан касалланган бўлиб, уларнинг сони ортиб бормоқда, касаллик асосан 29-59 ёшли одамлар ўртасида кенг тарқалган [1,4,6].

ОИВ инфекцияси билан касалланиш кўрсаткичларининг кўтарилиш ҳолатлари МХД давлатлари каби, Ўзбекистон Республикасида ҳам кузатилмоқда. ОИВ/ОИТС инфекциясининг кечишини тезлаштирувчи асосий сабаблардан бири ҳозирги даврда сил касаллиги ҳисобланади.

Сил, дунё миқёсида жиддий ва долзарб тиббий-ижтимоий муаммо сифатида сақланиб қолмоқда. Ер юзида юз бераётган тўфонлар, экологик фожиалар, қашшоқлик, ижтимоий ўзгаришлар сил касаллигининг кўпайиб кетишига ва эпидемия ҳолатига айланишига олиб келмоқда.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг хабар беришича, ер юзида тахминан 2,1 миллиард одам сил билан зарарланган. Шуларнинг 10 фоизиди, ҳаёти давомида сил касаллиги юзага келиши мумкин, бунда ОИТС катта аҳамиятга эга [2,3].

Ўзбекистон республикасида силга қарши бир қатор тадбирларнинг олиб борилишига ва халқаро дастурларга қарамасдан, сил бўйича эпидемиологик вазият оғирлигича қолмоқда.

Республикаимизда сил касаллигининг тарқалишига ноқулай экологик вазият, аҳолининг ижтимоий-иқтисодий аҳволи, аҳоли ўртасидаги миграция, шу жумладан, ОИВ-инфекцияси ва ОИТС беморлар сонининг кўпайиши сабаб бўлмоқда. Бироқ, сўнгги йилларда жадал ва кенг кўламда профилактик ва эпидемияга қарши тадбирларнинг ҳамда DOTS стратегиясининг тадбиқ қилиниши натижасида касалланиш, ўлим кўрсаткичларининг бир қадар

барқарорлашишига ва камайишига эришилди [1,7].

ОИТС билан касалланганларнинг 11-12% сил касаллигини юқтирганлиги аниқланган [2,5,7].

Ривожланаётган ва ривожланган давлатларда ОИТС билан зарарланиш замирида силнинг ривожланиш даври ортмоқда. Мамлакатлар аро алоқаларнинг кенг ривожланиши, аҳолининг бир мамлакатдан иккинчи мамлакатларга кўчиб юриши натижасида сил микобактериясини ташувчилар сони ортмоқда [1,3]. Сил касаллиги сурункали кечиши туфайли бацилла ажратувчилар сони йил сайин ортиб бормоқда. Бунинг натижасида эса ОИТС инфекцияси кенг кўламда тарқалишида асосий ўрин тутмоқда [7].

Ўзбекистонда ҳар йили, қарийб 18-20 минг нафар киши силнинг фаол турлари билан оғрийди ва 2 мингдан кўпроқ беморлар вафот этади.

XXI асрга келиб ҳам, сил касаллигининг тобора кўпайиб тарқалиши соғлиқни сақлаш тизимида жиддий муаммо бўлиб қолмоқда. ЖССТ маълумотларига қараганда, ер юзи аҳолисининг учдан бир қисми сил микобактерияси билан зарарланган, шулардан, ҳар йили 8-10 млн. бемор касалланади ва 2,5-3 млн. одам касалликдан ўлади.

Тадқиқот мақсади: ОИВ-инфекцияли беморларда сил касаллиги учрашининг эпидемиологик таҳлили.

Тадқиқот материаллари: Ўзбекистон Республикаси Санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизматининг сил билан касалланиши бўйича расмий ҳисоботлари. Сил касаллиги эпидемик ўчоқларини эпидемиологик текшириш хариталарининг таҳлили. Ушбу илмий иш бажарилишида эпидемиологик усулдан фойдаланилди.

Республикаимиз ҳудудида ОИВ/ОИТС касаллигининг тарқалишида сил касаллигининг кўп йиллик динамикасини таҳлил қилиш натижасида, 100000 аҳолига нисбатан тахминан 28,4% сил касаллигининг янги ҳолатлари рўйхатга олинганлиги маълум бўлди. Шундан 8% беморларда ОИВ-мусбат натижа



аниқланган. Ушбу маълумотлар ОИВ/ОИТС ва сил касалликлари тарқалишида аҳолининг баъзи ижтимоий гуруҳлари орасида касалликнинг тақсимланишини ўрганиб чиқиш зарурлигини тақозо этади.

Республика ОИТС маркази, Пульмонология ва фтизиатрия илмий тадқиқот институтининг маълумотлари ва диспансер кузатув натижаларига кўра, бугунги кунда республикаимиз бўйича ОИВ-инфекцияси билан яшаётганлар сони 31126 нафарни ташкил этади. Шундан 58% эркаклар, 42% аёллардир.

Ҳозирги кунга келиб, диспансер ҳисобида турган беморлар ва бацилла ташувчилар сони тобора ортиб бормоқда. ОИВ/ОИТС касаллиги билан касалланган кишилар дунё бўйича 33,3 миллион нафар кишини ташкил қилса, шулардан 14 млн. нафари сил ҳамда ОИТС касалликларини ўзида мужассам этади. ОИВ-инфекцияси билан касалланган беморлар ўртасида ўлим ҳолатининг 13% сил касаллиги билан касалланиш ҳолатига тўғри келади.

ЖССТ силнинг ижтимоий-иқтисодий муаммо эканлигини эътиборга олиб, бу инфекциянинг эпидемиологиясини чуқур ўрганиб чиқиш орқали ва уни босқичма-босқич тугатиш бўйича ишлаб чиқилган дастур натижасида самарали натижаларга эришилди. Лекин, баъзи бир ҳудудларда ушбу касаллик ҳамон кузатилиб турибди.

Республикаимизда сўнги 10 йил мобайнида сил билан касалланган беморлар орасида ОИВ-инфекциясини юқтириб олган ёки аксинча ОИВ-инфекциясидан кейин сил билан касалланган беморлар сони ортиб бормоқда. Чунки, ОИВ-инфекциясига сил касаллигининг кўшилиб, биргаликда кечиши натижасида силнинг латент кечиши ва жараённинг фаол ҳолатга ўтишига олиб келиши ҳамда жадаллаштириб юбориши кузатилмоқда. Бу эса ўз навбатида сил, ОИТС касалликлари оқибатида ўлим кўрсаткичларининг кўпайишига олиб келади. Бундай беморларда ўлим кўрсаткичларининг юқори бўлишини қуйидагича тушунтириш мумкин. ОИТС билан касалланган беморларда иммун ҳужайралар, яъни СД4 – ҳужайраларнинг камайиши натижасида силнинг ўпқадан ташқари оғир шакллари юзага келади.

Сил касаллигининг Ўзбекистонда кенг тарқалишига таъсир қилувчи асосий омиллар:

- ижтимоий ва иқтисодий муаммолар;
- аҳоли миграциясининг фаоллашуви;
- сил касаллигини ўз вақтида аниқлаш, уларни даволашнинг қийинлиги;
- ижтимоий кам таъминланган аҳолининг тиббий ёрдамни вақтида ололмаслиги;
- тиббиёт ходимлари касалликни кечикиб аниқлаши;
- сил ва ОИТСнинг бирга кечиш ҳолатларининг кўпайганлиги.

Юқорида келтирилган омиллар билан бир қаторда сил касаллигини даволаш самарадорлигининг пастлиги ҳам муҳим роль ўйнайди.

Ўзбекистонда ҳам бошқа давлатлар каби ОИВ-инфекцияси билан оғриган беморларнинг сил касаллиги билан касалланиши муаммоларининг долзарблигини инobatга олган ҳолда, ОИТС ва сил касалликларига қарши курашда, иккита хизматнинг биргаликда олиб борилишини тақозо этади. Бундан мақсад, сил ва ОИВ-инфекцияларининг биргаликда кечишини камайтириш. Ушбу инфекцияларнинг биргаликда учраши соғлиқни сақлаш тизимида қатор муаммоларни юзага келтириб чиқармоқда, бу эса ўз навбатида уларга қарши курашда янгича ёндашувни излаб топишни тақозо этади.

Хулоса. Эпидемиология ва инфектологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, ОИВ/ОИТС касаллигининг сил касаллиги билан биргаликда кечиш ҳолатлари эпидемиологияси ва ривожланиш механизми хусусиятларини ўрганиш ҳисобланади. Ушбу муаммоларнинг тўлиқ ўрганилмаганлиги, касалликнинг кечишини оғирлаштиради, беморларни ўз вақтида, эрта аниқланишини, тегишли тезкор чора-тадбирлар кўрилиши ва даволанишини кечиктиради ҳамда бемор ҳаётининг узайтирилишига салбий таъсир қилади. Шунингдек, инфекция тарқалишининг олдини олишга тўсқинлик қилади. Бу эса ўз навбатида, ОИВ/ОИТС касаллигининг сил касаллиги билан биргаликда кечиш ҳолатлари эпидемик жараёни хусусиятларини бундан кейин ҳам ўрганиб борилишини тўхтатмай давом этиш даркорлигини белгилайди.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Аксютин, Л.П. Подходы к управлению эпидемическим процессом в условиях патоморфоза туберкулезной инфекции / Л.П. Аксютин, О.А. Пасечник // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2014. - Т.75, № 2. - С. 16-20.
2. Асадов Д.А., Хамраев А.К., Мирворисова Л.Т., Арипов Т. Профилактика туберкулеза среди детей в семейных очагах туберкулеза Республике Каракалпакстан. // Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции «Достижения и перспективы педиатрии в Республике Узбекистан». Ташкент. 2012. стр.7-8.
3. Асадов Д.А., Ж.Т.Гадоев. Влияние социально-демографических и клинических факторов на летальные исходы во время лечения туберкулеза. // Медицинский журнал Узбекистана. 2017. №6. С. 29-34. 3.
4. Кенжаева М.А., Юлдашев А.В., Расулов Ш.М., Клинико-эпидемиологические особенности заболевания туберкулезом среди детского населения. // НИИЭМИЗ Научно-практическая конференция «Инфекция и лекарственная резистентность» Ташкент.-2017.-С.105.
5. Мустанов А.Ю., Матназарова Г.С., Мажидова М.Ш. Меҳнат мигрантлари орасида сил касаллигининг тарқалиш сабаблари. // Инфекция, иммунитет и фармакология.-Тошкент.- 2019. №6 -Б. 121-126
6. Распространение ВИЧ в мире: уровень заболеваемости в разных странах 2017. [доступ 9 декабря 2017]. Режим доступа: <http://www.zppp.saharniy-diabet.com/vich-sp1d-1/virus-vich-infekcii/statistika-1/v-mire>.
7. Russian Ministry of Health. «Tuberculosis in the Russian Federation in 2011: Analytical review of statistical indicators» Russian Ministry of Health, 2013.



Рахмонбердиев¹ М.А., Расулов Ш.М.²,
Тошпўлатов А.Ю.²

¹Тошкент тиббиёт академияси. ²Тошкент
тиббиёт академияси, Термиз филиали

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЮҚИШ ЙЎЛЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) ва Бирлашган Миллатлар Ташкилоти (БМТ) томонидан ОИВ-инфекцияси бўйича тайёрлаган Қўшма Дастурига (ЮНЭЙДС) асосан ва унда келтирилган маълумотларга кўра, ушбу инфекция билан касалланиш кўрсаткичининг ортиб бораётганлиги кузатилмоқда [5,7,8]. ЖССТ маълумотларига кўра, ҳозирда 42 миллионга яқин бемор қайд этилган бўлиб, касалланиш бошланишидан буён бугунги кунга қадар қурбонлар сони 20 миллионни ташкил этди. ОИТС билан касалланишнинг энг юқори даражаси 20 ёшдан 40 ёшгача бўлган. ОИВнинг онадан болага юқиш частотаси Европа ва АҚШда 15-25% дан Африка ва Осиёда 25-40% гача. ОИТС юрак қон-томир тизими касалликлари ва неоплазмалардан кейинги ўринда ўлим даражаси бўйича учинчи ўринда туради. ОИТС кўпчилик ривожланаётган мамлакатларда болалар ўлимининг асосий сабабчисидир [5,7].

Жаҳонда ОИВ-инфекциясига қарши самарали этиотроп даво ва специфик профилактика воситалари яратилмагани сабабли инфекция аҳоли орасида кенг тарқалиб, соғлиқни сақлаш тизими соҳасида долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра 2020 йил ҳолатига бутун дунёда 37,9 миллион одам ОИВ-инфекцияси билан касалланган бўлиб, уларнинг сони ортиб бормоқда, касаллик асосан 29-59 ёшли одамлар ўртасида кенг тарқалган [1,3,5].

Ҳар йили республикада ОИВ инфекцияси билан янгидан аниқланаётган ҳолатлар ҳисобга олиниб, ОИВ инфекцияси билан яшовчилар сони ортиб бориши кузатилмоқда. Касалликнинг кўп йиллик динамикасида 2017-2019 йилар ҳолати қарайдиган бўлсак 2017 йил ОИВ билан рўйхатга олинганлар сони 4025 нафарни, шулардан эркаклар – 2293, аёллар – 1732 нафарни ташкил этмоқда. 2018 йилда – 4060 нафарни, шулардан эркаклар – 2303, аёллар эса – 1757 нафарга етган. 2019 йилда – 3983 ҳолат қайд этилган, шулардан 2291 нафари эркакларни, 1692 нафарини аёллар ташкил этган [2,3,4].

Вилоятлар кесими бўйича 2017 йилда ОИВ инфекцияси билан рўйхатга олинганлар сони ҳамда касалланишнинг энг юқори кўрсаткичи Тошкент шаҳрида – 658 шахс, Андижон вилоятида – 581 шахс, Тошкент вилоятида – 546 шахс, Самарқанд вилоятида – 481 шахсда аниқланган бўлиб, энг паст

кўрсаткич Навоий вилоятида 48 нафар шахс ОИВ инфекцияси билан касалланган [2,6].

Маълум бўлишича республикада сўнги йилларда йилига ўртача 3,9-4,2 минг нафар атрофидаги шахслар ОИВ инфекцияси билан рўйхатга олинмоқда.

Тадқиқот мақсади: ОИВ инфекциясининг юқиш йўллари ва олдини олиш чора-тадбирларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари: Ўзбекистон Республикаси ОИТСга қарши курашиш марказининг 2017-2022 йиллардаги расмий маълумотлари, ҳисобот шакллари ва адабиёт маълумотлари.

Олинган натижалар: Ҳозирги вақтда одамнинг иммунитет танқислиги вируси юқилишининг учта йўли мавжуд:

Жинсий йўл орқали юқиши: А. Гомосексуал (эркаклар билан жинсий алоқа қилувчи эркаклар) – жинсий алоқалар орқали; В. Гетеросексуал (эркак ва аёл) – жинсий алоқа орқали. ОИВнинг эркакдан аёлга юқиши, унинг аёлдан эркакка нисбатан 1,9 баробар юқори бўлади. Аёлнинг жинсий аъзолари яллиғланган бўлса, ОИВнинг юқиш хавфи 6-баробарга ортади. ОИВ уруғ суюқлигида кўп миқдорда учрайди. Ҳимояланмаган жинсий алоқада бўлиш касаллик юқиш хавфини кескин оширади. Шунинг учун бетартиб жинсий ҳаёт кечирувчи шахслар орасида ОИВ инфекцияси билан касалланиш нисбатан кўпроқ учрайди.

Парентерал йўл билан юқиши: А. Тиббий муолажалар пайтида – қон қуйилганда зарарланган қон орқали, турли инвазив муолажалар учун ифлосланган асбоблардан қайта фойдаланилганда (инъекция, кичик ва катта жарроҳлик амалиётлари, шу жумладан косметик муолажалар), зарарланган шахснинг қонини қуйганда аъзо ва тўқималарни қўчириб ўтказганда инфекциянинг юқиш хавфи 92,5 фоизни ташкил қилади; В. Гиёҳванд моддаларни инъекция йўли билан вена ичига қабул қилганда зарарсизлантирилмаган умумий шприцлар ва иголалар инфекция омили бўлиши мумкин; С. Маиший-мулоқот йўли орқали турмушда ОИВ инфекцияси билан зарарланган буюмлар (соқол олинадиган устара, тиш чўткаси, тери қоплами бутунлигини бу-



зилиши орқали бажариладиган муолажалар, санчилувчи ва ўткир кесадагиган буюмлар) орқали юқади.

Онадан болага (вертикал) юқиши: Кейинги йилларда кўп минтақаларда туғиш ёшидаги аёллар орасида ОИВ инфекциясининг тарқалиши натижа-сида ОИВ инфекциясининг юктириб олган болалар сонининг сезиларли даражада ортиши кузатил-моқда. ОИВ инфекцияси онадан болага ҳомиладор-лик даврида (йўлдош орқали), туғруқ жараёнида ва туғилгандан сўнг болани кўкрак сути билан эмизиш даврида юқиш мумкин. ОИВнинг онадан болага юқиш ҳавфи, аёлда ҳомиладорлик даврида чекиш, ичиш, гиёҳванд моддаларни парентерал қабул қи-лиш, тартибсиз жинсий ҳаёт кечириш каби зарарли одатлар, юқумли ва соматик касалликлар мавжуд-лигига ҳамда йўлдошнинг ҳолатига ҳам боғлиқ. Йўл-дош жароҳатланган бўлса вирус юқиш хавфи юқори бўлади.

ОИВ инфекциясининг олдини олиш чора-тад-бирлари. Аҳолини ОИВ инфекцияси масалалари бўйича хабардорлигини ошириш: Аҳолининг ОАВ (телевидения, газета, журналлар, радио, масжит-лар) орқали соғлом турмуш тарзи ва ОИВ юқиш хавфлари ҳақида хабардорлиги; Ёшлар, мактаб ўқувчилари вақтларини ўтказадиган жойларда (ла-герлар, клублар, дискотекалар), хавфли гуруҳлари учун хавфсиз жинсий алоқа, якка никоҳлилик, тур-муш ўртоғига содиқлик ҳақида маъруза, семинар-лар ўтказиш; Ёшлар орасида (мактаб ўқувчилари, талабалар) ОИВ юқишини олдини олиш мақсадида оммабоп маълумотни брошюра кўринишида босма қилиш ва тарқатиш.

ОИВнинг онадан болага ўтишини олдини олиш: Болалар ОИВни она қорнида, туғруқ вақтида ёки кўкрак сутини эмизиш вақтида юктириши мумкин. Аёл ҳомиладорлигининг биринчи 3 ойлигида, ОИВ-нинг юқиши ҳавфи қайси гуруҳга мансуб бўлишидан қатъий назар, ОИВга тестдан ўтказилади. Бунинг учун қон намунаси олинб ИФА усулида текширила-ди, мусбат натижа олинганда, ташхисни тасдиқлаш учун қон намунаси ИБ усулда такроран текширила-ди. Ушбу текширувда мусбат натижа олинса, демак ҳомиладор аёлда ОИВ инфекцияси бор деб айтиш мумкин. Кўпчилик ҳолларда ҳомиладор аёллар ҳо-миладорлик даврида ОИВга текширилмай қолиши мумкин, ёки текширилмаганлиги ҳақида маълумот бўлса, аёлни туғишидан олдин экспресс усулда текшириш зарур; ОИВ аниқланган ҳомиладор аёл-нинг тиббий кузатуви ДПМ (ҳудудий поликлиника, ҚВП) умумий амалиёт врачлари ёки акушер-гинекологи ва ОИТС маркази мутахассислари томонидан режа асосида амалга оширилади. Бунинг учун тиббий ку-затув режаси тузилади; ОИВ инфекциясининг она-дан болага юқишини олдини олиш учун ҳомиладор аёл томонидан АРВП препаратлари ўз вақтида қа-бул қилиш, ҳомиладорлиқнинг 13-14 ҳафтасидан то туғруққа қадар азидотимидин (АЗТ) билан кимёте-рапия ўтказиш керак (100 мг дан 5 маҳал кунига);

Туғруқ кесарча кесиш йўли билан амалга оширила-ди ва ундан сўнг она ва болага АРВП ретровирусга қарши профилактика (РВҚ профилактикаси) ўтка-зиш. Она ва болани даволаш учун уч РВҚ препарат-дан иборат схемани қўллаш ОИВни онадан болага юқиши даражасини 0,9-1,3% гача камайтириши мум-кин.

ОИВнинг қон орқали юқишини олдини олиш: ОИВнинг қон орқали юқишини олдини олиш, ҳавсиз қон маҳсулотлари билан таъминлаш (донорларни назорат қилиш, қон ва унинг препаратларини ОИВ инфекциясига текшириш); Қонда ОИТВ антителоси топилган кишиларни рўйхатга олиш ва уларни на-зорат қилиш, бундай одамлардан ОИТВ инфекция-си тарқалишини олдини олиш; тери бутунлигининг бузилишида, хирургик ва стоматологик амалиёти-да асептика қоидаларига амал қилиш; Санчилув-чан ва кесувчан асбоб - игна, скалпел, қайчилар билан ишлаганда эҳтиёт чораларига риоя этиш ва хавфсиз усулларни қўллаш зарур (Дезинфек-цияга қадар игнани шприцдан ажратмаслик); Қон ва бошқа биологик суюқликлар тегиб кетмаслиги учун шахсий ҳимоя воситалари (жарроҳлик халати, никоби, қўлқопи, ҳимоя кўзойнаги, фартук, бахил-ла) дан фойдаланиш зарур; Қўлларида жароҳати бўлган тиббий ходимлар, агар жароҳат юзасини лейкопластир билан беркитиб бўлмаса ёки қўлқоп-кия олмаса, касаллик даври давомида ишдан озод этилади; Лабораторияларда қон, зардоб билан боғ-лиқ барча ишлар ноксимон резинкалар, автоматик пипеткалар ва дозаторлар ёрдамида олиб бори-лиши шарт; Қон, биологик суюқлик, аъзо ва био-материаллар солинган ҳар қандай идишнинг оғзи маҳкам ёпилиши керак; Қон ва биоматериаллар-ни контейнер, бикс, пенал ёки сумка совутгичлар-га қўйилган штативларда ташилиши шарт. Уларни картондан ясалган қути ва полиэтилен халтачалар-да ташиш рухсат этилмайди; Операцияларда «ней-трал майдон» усулидан фойдаланиш зарур, яъни жароҳатланишнинг олдини олиш мақсадида, жар-роҳлик асбоблари «қўлдан-қўлга» эмас, «нейтрал майдон» вазифасини бажарувчи лоток ёки бошқа предмет орқали узатилади; Ўткир асбоблар тешил-майдиган, мустаҳкам контейнерларда сақланиши керак; Қон ва бошқа биоматериаллар тегиб кетса, профилактика чораларини кўриш мақсадида ўз вақтида маълумот берилиши шарт.

ОИВнинг жинсий йўл билан юқишини олдини олиш: ОИВ инфекциясини жинсий алоқа йўли орқа-ли юқишини олдини олиш, тасодифий алоқалар-га йўл қўймаслик, шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш, жинсий алоқа шериклари сонини камайтириш, моддий рағбатлантириш эвазига ин-тим хизмат қилувчилар билан жинсий алоқага йўл қўймаслик, якка никоҳликка ва турмуш ўртоғига со-диқлик, аҳолини, айниқса ёшларни хавфсиз жинсий хулқ атворга ўргатиш; Аҳолининг мобил гуруҳлари



(мехнат мигрантлари, узоқ юртларга қатнайдиغان хайдовчилар) ва уларнинг оила аъзолари орасида хавфсиз жинсий алоқа масалалари бўйича тушунтириш ишларини кучайтириш, уларни ОИВ га эрта текширилишини таъминлаш лозим.

Хулоса: Шунинг учун бугунги кунда аҳолининг барча қатламларида хусусан 12-45 ёшли аҳоли орасида ОИВ инфекциясини олдини олишга қартилган профилактик чора-тадбирлар, санитария-тарғибот ишларини янада кучайтириш мақсадга мувофиқдир.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Годино Д., Рентон А., Виноградов В., Новотны Т., Риверс М.Д., Готсдзге Г., Браво М. «Остановить волну. Приоритеты в деле профилактики ВИЧ/СПИДа в Центральной Азии. Рабочий доклад Всемирного банка №54», Всемирный банк, 2019.
2. Миртазаев О.М., Зуева Л.П., Матназарова Г.С. «Эпидемиология» дарслик- Тошкент. 2020 й.
3. Мусабаев Э.И. и соавт., «ОИВ/ОИТС ва гемоконтакт йўл билан юқадиган бошқа касалликлар» Тошкент, 2007.
4. Распространение ВИЧ в мире: уровень заболеваемости в разных странах 2017. [доступ 9 декабря 2017].
5. Сайдалиев С.С., Гиясова Г.М., Мустафаева Д.А., Урунова Д.М., Насырова Х.П., Атааджаева Х.А. «ОИВ- инфекциясининг даволаш бўйича ўқув қўлланма» - Тошкент. 2015 йил.
6. Скляр Л.Ф., Бениова С.Н., Матюшкина Л.С., Ермолицкая С.А., Сердцева Е.Н., Шпотрова М.И. ВИЧ-инфекция среди беременных Приморского края // ВИЧ-инфекции и иммуносупрессии. 2016. Т.8, № 1. С. 63-88.
7. Суханова Л.П., Кузнецова Т.В. Перинатальные проблемы воспроизводства населения России (по данным анализа статических форм №13, №32) // Социальные аспекты здоровья населения. 2020. Т.16, №4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/243/30lang.ru>.
8. Wong E.Y., Hewlett I.H. HIV diagnostics: challenges and opportunities//HIV Ther. 2021, 4(4), 399-412.

**О.К. Садуллаев, Ш.Ю. Закиров,
Самандаров М.Р., Б.Н. Норметов**

Тошкент Тиббиёт Академияси Урганч филиали, Хоразм вилояти Санитария-эпидемиологик осойиштalik ва жамоат саломатлиги хизмати бошқармаси, Хоразм вилояти ОИТС га қарши кураш маркази

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНING ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

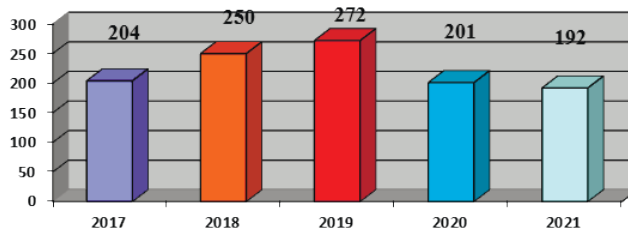
Кириш. Одам иммунтанқислик вируси (ОИВ) – юқумли антропоноз инфекция бўлиб, шахснинг вирусни юқтириб олишга мойиллиги унинг жинси ва ёшидан қатъий назар бир хил ҳисобланади. ОИВ ни юқтириб олган шахслар инфекциянинг манбаи ҳисобланишади.

ОИВ инфекцияси – одамнинг иммун танқислиги вируси томонидан қўзғатилиб, клиник белгиларсиз вирус ташиб юрувчиликдан, то иммун тизимининг оғир зарарланишига боради, секин-аста ривожланиб, узоқ давом этади ва сурункали кечади.

Илмий ишимиз мақсади - статистик маълумотлар асосида, Хоразм вилоятида ОИВ инфекцияси бўйича эпидемиологик ҳолатни таҳлил қилишдан иборат бўлди.

Материаллар ва усуллар. Хоразм вилоятида 2017-2021 йиллар мобайнида ОИВ инфекцияси аниқланиб, рўйхатга олинган жами 1119 нафар шахслар кодлар бўйича таҳлили қилинди (1-расм).

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Хоразм вилоятида 2017-2021 йиллар давомида ОИВ инфекцияси тасдиқланган жами 1119 нафар шахслардан

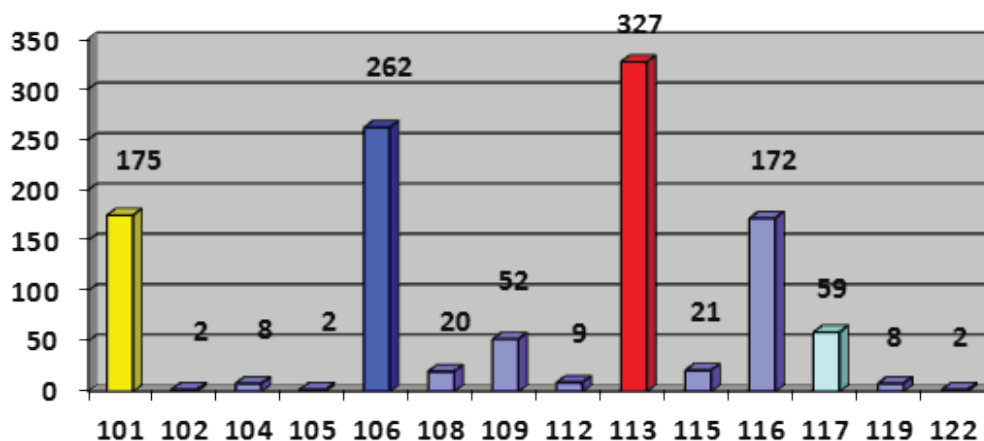


1-расм. 2017-2021 йилларда Хоразм вилоятида қайд қилинган ОИВ инфекцияси бўйича ҳолат.

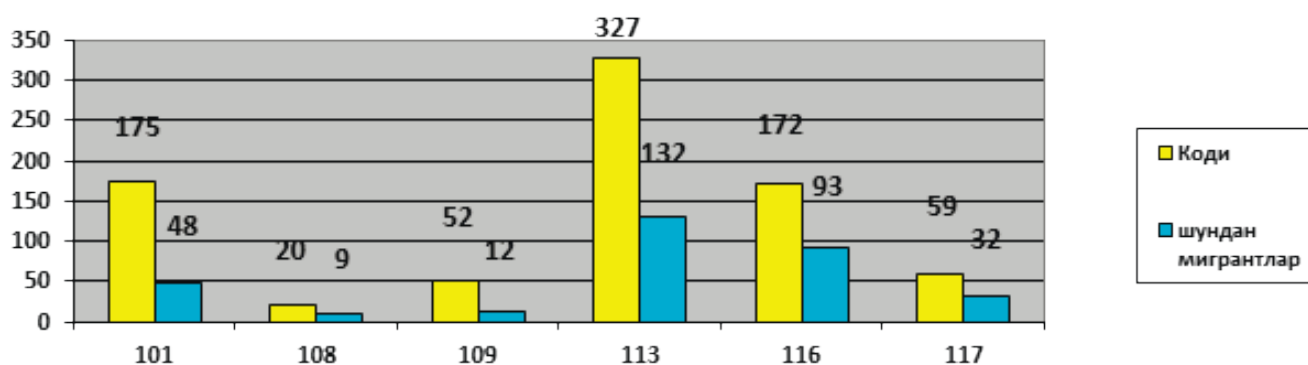
беморларнинг 930 нафари ОИВ инфекциясини жинсий алоқа йўли орқали, 155 нафари парентерал йўл орқали, 12 нафари эса вертикал йўл орқали юқтириб олган.

Рўйхатга олинган 1119 нафар беморларнинг кодлар бўйича таҳлили 2-расмда ўз аксини топган.

Олиб борилган эпидемиологик суриштирув натижалари бўйича таҳлил қилганимизда, ОИВ инфекцияси юқтириб олган шахсларнинг асосий қисмини аҳолининг миграцияси билан боғлиқлиги ойдинлашиб қолади.



2-расм. Рўйхатга олинган беморларнинг кодлар бўйича таҳлили.



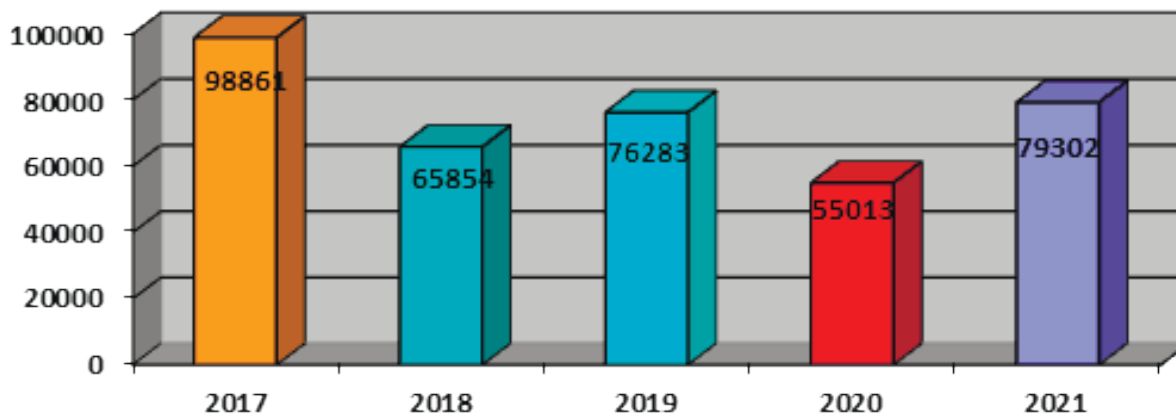
3-расм.

Охирги 5 йил давомида 101-код (ОИВ инфекцияли шахсларнинг жинсий шериклари) билан рўйхатга олинган жами 175 нафар шахсларнинг 48 нафари чет элга чиқиб ОИВ инфекциясини юктириб келган, 102-код (гиёхванд моддаларни томир орқали қабул қилувчилар) билан рўйхатга олинган 2 нафар шахсларнинг 1 нафари миграцияга чиқиб ОИВ инфекциясини юктириб келган; 104-код (тери-таносил касалликлари мавжуд шахслар) билан рўйхатга олинган жами 8 нафар шахсларнинг 2 нафари; 105-код (бетартиб жинсий ҳаёт кечирувчилар) билан рўйхатга олинган 2 нафарининг 1 нафари; 108-код (қон донорлари) билан рўйхатга олинган жами 20 нафарининг 9 нафари; 109-код (ҳомиладорлар) билан рўйхатга олинган жами 52 нафар аёлларнинг 12 нафари; 113-код (клиник кўрсатмали беморлар) билан рўйхатга олинган жами 327 нафар шахсларнинг 132 нафари; 116-код (ҳеч бир кодга тўғри келмайдиганлар – бошқалар) билан рўйхатга олинган жами 172 нафар шахсларнинг 93 нафари; 117-код (никоҳланувчилар) билан рўйхатга олинган жами 59 нафарининг 32 нафари; 119-код (тиббийёт ходимлари) билан рўйхатга олинган жами 8 нафарининг 1 нафари бевосита миграция билан боғлиқ (3-расм).

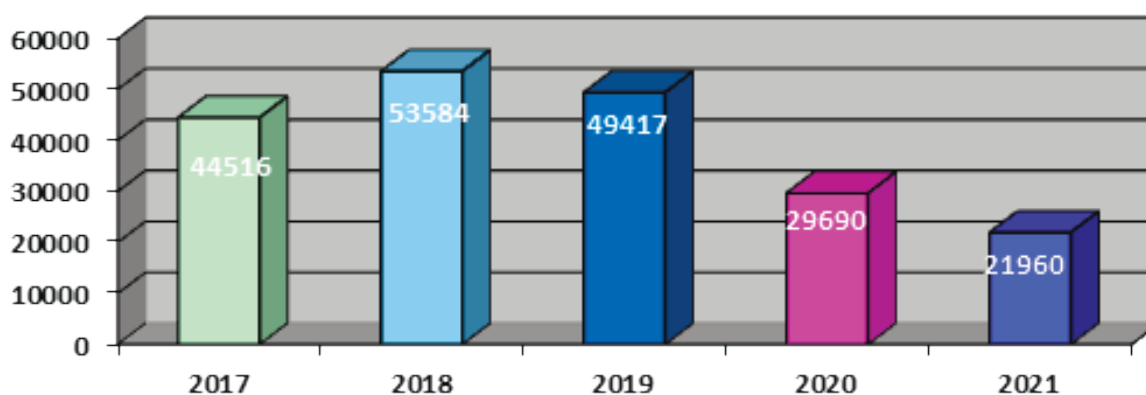
ОИВ инфекциясининг тарқалиши ўрганиб таҳлил қилинганда, 2017-2021 йиллар давомида рўйхатга олинганларнинг 596 нафари бевосита ташқи меҳнат миграцияси билан боғлиқлиги аниқланиб, бу 5 йил ичида рўйхатга олинганларнинг 53,26%ни ташкил қилади.

Хоразм вилояти бўйича чет давлатларга чиқиб 3 ойдан ортиқ муддатга миграцияда бўлиб келаётган фуқаролар тўғрисида вилоят Ички ишлар бошқармаси томонидан берилган охирги 5 йиллик маълумоти 4-расмда уз аксини топган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 30.07.2019 йилдаги “Одам савдосига ва мажбурий меҳнатга қарши курашиш тизимини янада такомиллаштиришга оид қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПФ-5775 сонли Фармони, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш 2015 йил 20 августдаги 17-сонли ва Ички ишлар вазирлигининг 2015 йил 20 августдаги 26-сонли “Узоқ муддат хорижий давлатда бўлиб яшаш манзилига қайтган ёки одам савдосидан жабрланган фуқароларга тиббий кўрикни ташкил қилиш бўйича Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш ва Ички ишлар вазирлигининг ўзаро ҳамкорлиги ҳақидаги Низомни тасдиқлаш тўғрисида”ги ҳақидаги қўшма қарори, Ўзбекистон Респуб-



4-расм. Ички ишлар бошқармаси томонидан берилган сунгги 5 йиллик маълумоти.



5-расм. Хоразм вилояти Соғлиқни сақлаш бошқармасининг 2017-2021 йилларда мигрантларни тиббий кўриқдан ўтказилганлиги тугрисидаги маълумот.

ликаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2015 йил 25 августдаги “Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимида одам савдосига қарши курашиш самарадорлигини ошириш тўғрисида”ги 345-сонли буйруғи ҳамда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 28 апрелдаги 247-сонли “Узоқ муддатга ҳорижга чиқиб кетган шахсларнинг ҳисобини юритиш ҳамда ушбу соҳада идоралараро ҳамкорликни ташкил этиш бўйича Низомни тасдиқлаш ҳақида”ги қарори ҳамда Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2017 йил 26 майдаги 258-сонли буйруғи асосида Хоразм вилояти Соғлиқни сақлаш бошқармасининг 2017-2021 йилларда мигрантларни тиббий кўриқдан ўтказилганлиги маълумоти 5-расмда акс эттирилган.

Йиғилган маълумотларни қиёслаш 6-расмда келтирилади.

6-расмдан кўриниб турибдики, охириги 5 йилда чет давлатларга миграцияга чиқиб келган жами 375313 нафар мигрантдан 199167 нафари, яъни 53% профилактик тиббий кўриқдан ўтказилиб, ОИВ инфекцияси мавжуд ёки мавжуд эмаслигига текширилган. Текширилган жами 199167 шахслардан 261 нафа-

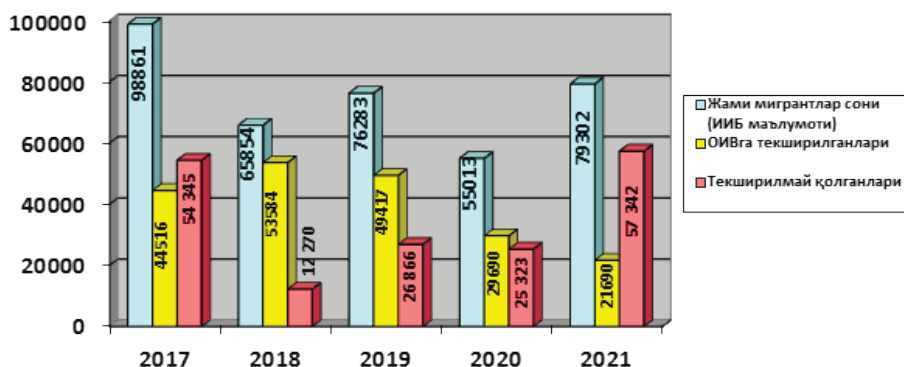
рида 106 б код билан ОИВ инфекцияси аниқланиб, рўйхатга олинган.

Бу жами ОИВ инфекциясига текширилган мигрантларнинг 0.13%ини ташкил қилади. Агар мигрантлар тўлиқ (жами 375313 шахс) ОИВ инфекциясига текширилганда ўртача 491 нафар ОИВ инфекцияли шахс аниқланиши мумкин эди, яъни шунча ОИВ инфекцияси ҳолатини эрта аниқланиб эпидемиологик жараён занжирига самарали таъсир қилиб, ОИВ инфекциясининг аҳоли орасида тарқалиб кетишининг олдини олиш мумкин эди.

Шундай қилиб, меҳнат мигрантларининг тўлиқ профилактик тиббий кўриқ билан қамраб олишда қуйидаги муаммолар:

- узоқ муддат чет давлатларида бўлиб, яшаш жойига қайтиб келган фуқароларнинг рўйхати қўшма қарорига биноан, ҳудудий ИИБ ходимлари томонидан тиббиёт муассасасининг бирламчи бўғинига ўз вақтида берилмаслиги;

- ИИБ томонидан кеч тақдим этилган рўйхатда яшовчи фуқаролар яна ишлаш мақсадида чет давлатларига чиқиб кетиши ва натижада тиббий кўриқдан ўтказишнинг иложи бўлмаслиги;



6-расм.

– меҳнат мигрантларининг тиббий кўрикдан ўтишида ҳеч қандай шахсий масъулият ёки мажбуриятнинг йўқлиги, натижада тиббий кўрикдан ўтиш учун тиббий муассасаларига ўз хоҳишлари билан бормаслиги;

– аҳолининг тиббий маданияти етарли даражада шаклланмаганлиги, аён бўлди

Хулоса.

1.Бугунги кунда Хоразм вилоятида ОИВ инфекцияси бўйича эпидемияни ҳаракатлантирувчи куч

меҳнат мигрантлари эканлигини инобатга олиб, Ўзбекистон Республикасининг 23.09.2013 йилдаги “Одамнинг иммунитет танқислиги вируси келтириб чиқарадиган касаллик (ОИВ инфекцияси) тарқалишига қарши курашиш тўғрисида”ги 353-сонли Қонунининг 15-моддаси (“Мажбурий равишда ОИВга тиббий текширувдан ўтказиш”) га ўзгартириш киритиб, меҳнат мигрантларини мажбурий равишда тиббий кўрикдан ўтказиш тартибини киритиш лозим.

2.Чет давлатдан қайтиб келган меҳнат мигрантлари яшаш жойидаги тиббиёт муассасада белгиланган тартибда тиббий кўрикдан ўтмаган ва соғлиги тўғрисида хулоса олмаган тақдирда, ушбу мигрант Республикамиз ҳудудидан четга чиқишига тақиқ қўйиш лозим. Бу жараён мигрантларда тиббий кўрикдан ўз хоҳишлари билан ўтишига замин яратади.

Садуллаев Отаназар Кодирович¹,

¹Заведующий кафедры микробиологии Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии,

Ражапова Шахноза Мухаммаджановна²,

²Студент Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии,

Абдалниёзов Шерзодбек Кадамбаевич³

³Врач-лаборант Хорезмского областного центра борьбы со СПИДом

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Аннотация: В данной работе показан анализ нынешних иностранных публикаций, приуроченных к теме совладания с болезнью у людей, живущих с ВИЧ. Обозрены способы контроля жизни при ВИЧ/СПИДе, психологические условия успешного совладания с болезнью и имеющийся опыт профилактических вмешательств совладания заболеванием у диагностированных ВИЧ [1].

Ключевые слова: ВИЧ/СПИД, стресс, копинг-стратегии, совладание со стрессом, люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, профилактика.

Невзирая на предпринимаемые действия по предупреждению и сдерживанию распространения заболевания, заболеваемость Вич и смертность от Спида в странах СНГ имеют 1 из самых высоких в мире темпов. Принимая во внимание это 1 из наиболее актуальных научных задач становится изучение психосоциальных механизмов и условие, оказывающих влияние на совладание людей, живущих

с Вич (Лжв). Совладание с Вич-инфекцией в сравнении с совладанием с другими болезнями имеет свою индивидуальность. Эта болезнь является неизлечимой и без верного лечения может иметь смертельный исход, в постсоветском пространстве на протяжении долгого времени было распространено предпочтительно среди маргинализированных социальных групп (потребители наркотиков, лицо,

вовлечённые в проституцию, мужчины, практикующие гомосексуальное поведение), связано это с плохой реакцией сообщества, явлениями стигматизации и дискриминации.

Преодоление с ВИЧ-инфекцией также имеет индивидуальность в индикаторах его измерения. Кроме параметров физического и психологический благоденствия и степень качества жизни, исследователи применяют в степень качества индикаторов успешного совладания высокую приверженность больных антиретровирусной терапии и общему курсу лечения, а также меры по снижению риска инфицирования окружающих, предпринимаемые Лжв (применение презерватива, раскрытие ВИЧ-статуса, отказ от передачи личный применять инструментария для инъекций другим людям).

Методы самодисциплины при ВИЧ-инфекции.

Традиционно жизнь с ВИЧ-инфекцией исследователи оценивают с использованием концепта копинг-стратегий. Следует, однако, отметить, что на сегодняшний момент отсутствует единое понимание данного концепта [2]. Для того чтобы убедиться в этом, достаточно лишь обратиться к критическому обзору методик для измерения совладающего поведения Ральфа и Кристин Шварцер [3, с. 107-132] или к работе Е.А. Скиннер и соавторов [4], в которой они идентифицировали четыре сотни копинг-стратегий.

Существуют различные методики измерения выраженности различных стратегий самодисциплины. При изучении ВИЧ-позитивных людей в Узбекистане обычно используются такие методики, как «Копинг-тест» Лазаруса и Фолкмана, методика определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма и прочие, неспецифичные для данной целевой группы. Систематический обзор англоязычных публикаций показал активное использование в западной литературе как минимум десяти различных методик для определения копинг-стратегий, в том числе в сфере совладания с различными заболеваниями. Наиболее часто используемой является опросник «COPE», который лишь совсем недавно был адаптирован в Узбекистане. Также существует ряд специализированных методик для оценки стратегий совладания со стрессом, специфичным для ЛЖВ [5], которые однако в Узбекистане пока не нашли широкого применения.

В целом проведенные к настоящему моменту исследования показали, что пассивные копинг-стратегии, такие как отрицание, связаны с большим прогрессированием ВИЧ-инфекции. Данные мета-аналитических исследований позволяют говорить о том, что более эффективными с точки зрения психологического и физического благополучия для ВИЧ-позитивных являются такие стратегии, как активное совладание (Direct Action) и позитивное

переформулирование (Positive Reappraisal). Такие формы совладающего поведения, как употребление алкоголя и наркотических веществ (Use of Alcohol or Drugs to Cope) и освобождение поведения (Behavioral Disengagement) устойчиво связаны с негативными психологическими и медицинскими исходами. Анализ Дж. Фридланд с соавторами показал тесную позитивную связь проблемно- и перцептивно-ориентированных стратегий с качеством жизни у ЛЖВ. Эмоциональноориентированный копинг, напротив, был связан с качеством жизни отрицательно.

Также в лонгитюдных эмпирических исследованиях была подтверждена зависимость между позитивными религиозными стратегическими действиями, такими как поиск духовной поддержки, и улучшением психофизиологический условий пациента с ВИЧ-инфекцией. Отрицательные религиозные взгляды не приводят к улучшению данных параметров [6]. В диссертационном исследовании И.В. Тухтаровой показана более высокая распространенность среди Лжв таких неэффективных стратегический планов, как дистанцирование, бегство-избегание и кон-фронтативный копинг, и более редкое применение стратегического планирования решения проблемы, положительной переоценки, поиска социальной поддержки, самоконтроля и принятия ответственности. Следует выделить, что 72 % респондентов из экспериментальной группы также имели диагноз «героиновая наркомания», что затрудняет оценку результатов. В нашей стране недостаточно развитый самоконтроль и недостаточно развитая авераж преодоления в виде поиска социальной поддержки у Лжв, наоборот, способствовала отказу от обращения за антиретровирусной терапией [7].

Факторы контроля качества жизни с ВИЧ-инфекцией.

Психосоциальные условия являются 1 из наиболее крепких предикторов успешности совладания с болезнью. Они воздействуют как напрямую, так и через изменение восприятия, в сфере употребления психоактивных веществ, приверженности лечению и образа жизни, являющихся в нашем случае медиаторными условиями. Многочисленные исследования демонстрируют прямую зависимость между наличием депрессии у пациентов и плохими исходами лечения ВИЧ-инфекции [8]. Большинство из данных исследований, однако же, были построены по кросс-секционному плану, который не смог дать возможность выявить наличие причинно-следственный взаимосвязей. Данные относительно малого числа лонгитюдных исследований склонны доказывать то, что именно депрессия является условием ухудшения физического состояния у Лжв, а не и наоборот. Депрессия является наиболее рас-



пространственным психическим расстройством среди инфицированных пациентов. Возможно, что более невысокий уровень приверженности лечению среди женщин возможно связана с более высокой частотой депрессивных проявлений. Выделено, что лечение депрессии и получение психиатрической помощи помогает повысить уровень склонности.

Серия продолжительных исследований в нескольких странах мира показала крайне высокую распространенность пережитого в отрочестве сексуального насилия и других психотравмирующих событий. Опыт сексуального насилия и иных психотравм являлись крепкими предикторами низкой приверженности антиретровирусной терапии, незащищенного секса, худшего состояния физического здоровья и более высокого параметра смертности. Кроме этого, ВИЧ-инфицированные с опытом стрессовых жизненных событий (таких, как острые финансовые проблемы либо смерть близкого человека) имели более невысокие характеристики приверженности лечению и чаще практиковали небезопасный секс. Подобные важные психосоциальные свойства приспособления, равно как подавленность а также чувство стресса объединены с низкой верой больных в результативность антиретровирусной терапии, а также свое умение одолеть болезнь. Положительная взаимосвязь самооэффективности, в таком случае имеется чувство контроля над эффективным финалом собственных действий, в том числе совладания с ВИЧ стабильно подтверждена в ряде экспериментов [9].

Так же было обнаружено прямое и косвенное положительное влияние стремления к духовному росту (spiritual striving) на депрессивные симптомы, которое было частично опосредовано копинг-стратегией принятия.

Продолжительные исследования показали, что существенное влияние на совладание оказывают характеристики широкого социального окружения и референтной группы. Так крепкое плохое влияние на степень качества жизни оказывает воспринимаемая стигматизация Лжв, т.е. восприятие данной группой ступени плохого отношения со стороны общества. И напротив, социальная поддержка оказывает мощное позитивное влияние на жизнь с ВИЧ за счет повышения самооэффективности и снижения уровня стресса и депрессии. Ряд исследований показали, что отсутствие социальной поддержки (как эмоциональной, так и инструментальной) было связано с более быстрым прогрессированием заболевания и развитием СПИДа. При этом неадекватный уровень общественной поддержки может иметь как негативные психологические, так и негативные физиологические последствия. В общем и целом более высокий уровень социальной поддержки связан с лучшим функционированием иммунной системы.

Такие непосредственно связанные с социальной поддержкой социальные показатели как отсутствие супруга/супруги и бездомность также имеют выраженную корреляцию с более низкими показателями приверженности к антиретровирусной терапии [10].

Больные, чьи близкие и друзья знают о его ВИЧ-статусе, имеют более высокие показатели удовлетворенности жизнью. Исследователи также склонны интерпретировать эту связь в терминах увеличения социальной поддержки и социального капитала и предлагают профилактические вмешательства, направленные на увеличение социального капитала у людей, живущих с ВИЧ. Также раскрытие своего ВИЧ-статуса может рассматриваться и как специфичная копинг-стратегия. В одном из качественных исследований было показано, что раскрытие ВИЧ-статуса усиливало практическую и эмоциональную социальную поддержку, принятие своего состояния самим респондентом, а также помогало разделить ответственность за риск передачи ВИЧ-инфекции в сексуальных контактах. Следует отметить, что сам процесс раскрытия ВИЧ-статуса также может одновременно являться и мощным стрессором.

В эмпирических исследованиях показано, что СМИ, включая позитивные сообщения о ВИЧ-инфекции и возможности коммуникации, предоставляемые интернетом, могут оказывать позитивное влияние на вышеперечисленные характеристики через усиление социальной поддержки и снижение воспринимаемой стигматизации Лжв. В целом отмечено, что более молодой возраст и более высокий уровень образования у ВИЧ-положительных пациентов связаны с лучшими результатами лечения. Приверженность АРВТ у женщин ниже, чем у мужчин. Но при этом следует отметить что, восприимчивость к терапии у женщин повышается в том случае, если женщина беременна.

Возможности улучшения характеристик совладания с болезнью среди ЛЖВ

Большинство опубликованных результатов интервенций, направленных на улучшение характеристик совладания с заболеванием у Лжв, базируются на когнитивно-бихевиоральной парадигме. В основе своей они направлены на улучшение метрики психического здоровья, снижение симптомов стресса, тревоги и депрессии. Систематический обзор опубликованных результатов профилактический вмешательств показал, что в 60 % случаев наблюдались веские позитивные изменения целевых метрик, однако также велика была доля интервенций, не показавших эффективности и имеющих смешанные результаты к примеру, лишь кратковременное улучшение метрик психического здоровья, которое впоследствии нивелировалось.

Необходимо выделить, то что, невзирая на существенный навык эффективных предупредительных вмешательств, анализ их производительности вплоть до этих времен содержит большое число методичных ограничений, в этом количестве во взаимосвязи вместе с неимением ненамеренного отбора соучастников проекта и неимением оценки ста-

бильности приобретённых итогов в долговременной перспективе. Помимо этого, как правило сведения вмешательства заключаются а некоторых сессий разного формата а также обладают множеством разных компонентов, что затрудняет оценку того, какие именно компоненты вмешательства являются ключевыми или наиболее эффективными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 12-06-91447-НИЗ_а и Национальных Институтов Здоровья США (проект № 3R01MH078756-05S1 REVISED).
2. Белинская Е.П. Совладание как социально-психологическая проблема // Психологические исследования: научный электронный журнал. 2009. № 1 (3). URL: <http://psystudy.ru/index.php/component/content/article/10-n1-3/54-belinskaya3.html?directory=82> (дата обращения: 10.12.2012).
3. Zeidner M., Endler N.S. Handbook of coping. New York: Wiley, 1996.
4. Skinner E.A., Edge K., Altman J., Sherwood H. Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping // Psychological Bulletin. 2003. № 129 (2). P. 216-269.
5. Тухтарова И.В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ-инфекцией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2003.
6. Rusakova M.M., Gurvich I.N., Yakovleva A.A., Vinogradova E.M., Odinkova V.A., Eritsyana K.Y., Makhamatova A.F., Sidorov M.A., Marudova N.M. Accessibility of Antiretroviral Therapy in St. Petersburg and Orenburg City, Russia: Research and Evaluation Report. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC), 2008. URL: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADR994.pdf (дата обращения: 10.12.2012).
7. Готов В. Особенности защитно-совладающего поведения ВИЧ-инфицированных с наркозависимым поведением // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2009. № 1. Т. 11. С. 121-127.
8. Петрова Н.Н., Федотова Ю.А. Клинико-феноменологические особенности и патогенетические механизмы депрессивных расстройств у ВИЧ-инфицированных // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. 2006. С. 30-37.
9. Harding R., Liu L., Catalan J., Sherr L. What is the evidence for effectiveness of interventions to enhance coping among people living with HIV disease? A systematic review // Psychology Health & Medicine. 2011. № 16 (5). P. 564-587.
10. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы исследований // Психологические исследования: научный электронный журнал. 2011. № 3 (17). URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2011n3-17/493-rasskazova-gordeeva17.html> (дата обращения: 10.12.2012).
12. <http://psystudy.ru/index.php/num/2011n3-17/493-rasskazova-gordeeva17.html> (дата обращения: 10.12.2012).

к.м.н., с.н.с. Н.В. Славинская,
д.м.н., с.н.с. А.Б. Искадаров

Научно-исследовательский институт санитарии, гигиены и
профессиональных заболеваний МЗ РУз

УСЛОВИЯ ТРУДА ТКАЧИХ ТЕКСТИЛЬНОГО СП «БОЙТЕКС» И ВЛИЯНИЕ ИХ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА

Аннотация. «Бойтекс» кўшма корхонасида тўқувчиларнинг иш жойларидаги асосий ноқулай ишлаб чиқариш омиллари чанг, шовқин, ёруғликнинг етарли эмаслиги, нотекис ёритилиши, иссиқ мавсумда ҳарорат ва нисбий намликнинг юқори даражаси, меҳнат жараёнининг интенсивлиги ҳисобланади. Тўқувчининг ишлаб чиқариш чарчоқлари асабий жараёнларнинг ҳаракатчанлигини пасайишида, дифференциация ва эътибор функциясининг пасайишида, кетма-кет тормозланишининг кучайишида, гипертоник хусусиятга эга бўлган юрак-қон томир тизимининг функционал ҳолатининг компенсацион кучланишида, мушакларнинг чидамлилиги ва визуал анализаторнинг сезгирлик чегарасининг пасайишида намоён бўлади ҳамда иссиқ мавсумда бу курсаткилар кучаяди.

Калит сўзлар: тўқимачилик саноати, меҳнат шароитлари, тўқувчилар, организмнинг функционал ҳолати.

Annotation. The main unfavorable production factors in the workplaces of textile weavers at the «Boytext» joint venture company are dustiness, noise, insufficient, uneven illumination, high levels of temperature and relative humidity in the warm season, and the intense nature of the labor process. Production fatigue of weavers is manifested in a decrease in the mobility of nervous processes, a weakening of differentiation and attention function, an increase in sequential inhibition, a compensatory tension in the functional state of the cardiovascular system, which is of a hypertensive nature, in a decrease in muscle endurance and the sensitivity threshold of the visual analyzer, which increases in the warm season

Key words: textile industry, working conditions, weavers, functional state of the body.



Аннотация. Основными неблагоприятными производственными факторами рабочих мест ткачих текстильного СП «Бойтекс» являются запыленность, шум, недостаточная, неравномерная освещенность, высокий уровень температуры и относительной влажности воздуха в тёплый период года, напряженный характер трудового процесса. Производственное утомление ткачих проявляется в снижении подвижности нервных процессов, ослаблении дифференцировки и функции внимания, усилении последовательного торможения, компенсаторном напряжении функционального состояния сердечно - сосудистой системы, носящее гипертензивный характер, в уменьшении мышечной выносливости и порога чувствительности зрительного анализатора, которое усиливается в тёплый период года.

Ключевые слова: текстильная промышленность, условия труда, ткачихи, функциональное состояние организма.

Актуальность. Текстильная промышленность Узбекистана входит в число стратегически важных и динамично развивающихся отраслей национальной экономики [1]. Интенсивное развитие текстильных производств, создание совместных предприятий, оснащенных новым импортным оборудованием, внедрение новых современных технологий, ведет к изменению условий труда на текстильных предприятиях, к нарастанию интенсивности, нервно – эмоциональной напряженности и интеллектуальности трудовых процессов, что значительно расширяет круг вопросов в аспекте гигиены и физиологии труда женщин, занятых в этой отрасли производства. Высокий уровень заболеваемости женщин, занятых в текстильной промышленности, часто встречающаяся гинекологическая патология, патология беременности и родов, преждевременное старение организма ставит перед гигиенистами проблему решения вопросов оптимизации условий и режимов труда женщин, работающих на текстильных производствах, уменьшения тяжести и напряженности трудовых процессов, что в конечном итоге послужит сохранению здоровья огромному контингенту женщин и их потомству [4]. Проблеме гигиены труда и охраны здоровья женщин в научной литературе уделяется достаточно большое внимание. В публикациях [2, 3, 4, 7, 13] указывается на то, что накопленные данные о неблагоприятном влиянии производственных факторов на организм женщин и потомства обосновывают необходимость разработки и внедрения комплекса мероприятий, направленных на улучшение условий труда женщин. Работа в неблагоприятных условиях приводит к снижению функциональных резервов органов, систем и организма в целом, нарушению механизмов саморегуляции, реактивности и резистентности, что приводит к формированию патологических состояний женщин-работниц, влияя не только на качество жизни, но и на производительность труда [3]. Авторы считают, что постепенный переход от состояния здоровья к болезни при воздействии на работающую женщину неблагоприятных производственных факторов осуществляется в несколько этапов, во время которых организм приспосабливается к новым для него условиям существования.

Одной из наиболее многочисленных професси-

ональных групп текстильных производств является профессия ткачихи.

Цель исследований – оценить влияние условий труда ткачих на функциональное состояние различных систем организма и разработать меры профилактики.

Материалы и методы. Условия труда ткачих текстильного СП «Бойтекс» изучались традиционными методами с использованием аспиратора, психрометра, шумомера, люксметра в соответствии с требованиями Санитарных правил, норм и гигиенических нормативов и Строительных норм и правил [9, 10, 11, 12, 14], а также методики «Методика оценки условий труда и аттестация рабочих мест по условиям труда» [6]. Физиологические реакции организма ткачих изучались в следующем порядке: перед началом работы фиксировались фоновые показатели функционального состояния различных систем организма, затем перед обеденным перерывом и в конце рабочего дня – физиологические реакции, развивающиеся в процессе работы. Для оценки изменений в центральной нервной системе определялась скорость зрительно-моторной реакции (ЗМР) с использованием аппарата хронорефлексометр. Функциональное состояние зрительного анализатора оценивали по показателю критической частоты слияния световых мельканий на аппарате КЧСМ-80. Показатели сердечно-сосудистой системы изучали путём пальпаторного подсчёта пульса и звукового измерения артериального давления с последующим расчётом пульсового, средне-динамического давления, систолического, минутного объёма крови и периферического сопротивления в капиллярах [5]. Количественная оценка мышечной работоспособности производилась путём исследования мышечной выносливости правой кисти динамографом системы инженера Шредера. Тремор кистей рук изучали методом тремометрии с помощью электротремометра. Для изучения процессов терморегуляции полупроводниковым электротермометром типа ТЭМП-80 измерялась температура кожи в пяти точках тела (лоб, грудь, кисть, бедро, голень) с последующим расчётом средневзвешенной температуры кожи. Об интенсивности потоотделения с помощью омметра судили по изменению электрокожного сопротивления. По семи бальной шкале изучали данные субъективной оценки теплового самочувствия ткачих,



включающей следующие градации: очень жарко, жарко, тепло, комфорт, прохладно, холодно, очень холодно.

Изучены условия труда и функциональное состояние организма практически здоровых ткачих в возрасте от 18 до 30 лет, со стажем работы от 1 года до 10 лет, проведено 50 человека – дней наблюдений.

Результаты исследований. Исследованиями установлено, что в ткацких цехах на рабочих местах ткачих в зоне дыхания определяется хлопковая пыль, концентрация ее колеблется на различных рабочих местах от 3,7 до 5,5 мг/м³, составляет в среднем 4,6±0,4 мг/м³ (ПДК – 4 мг/м³). Средне-сменная температура воздуха в весенний период равна 25,6±0,4 °С при относительной влажности 49,8±0,8% и подвижности воздуха 0,5±0,2 м/с. В теплый период года средне – сменная температура воздуха равна 34,2±0,70°С, при относительной влажности 52,5±1,3% и подвижности 0,8± 0,2 м/с. Работающее ткацкое оборудование генерирует на рабочих местах шум, который носит постоянный характер, относится к среднечастотному классу. Работа челночных ткацких станков создает на рабочих местах шум, общий уровень которого 94 дБ, бесчелночных станков 89 дБ, т.е. превышает предельно допустимый уровень от 9 до 14 дБ и является одним из наиболее значимых неблагоприятных производственных факторов. Средний уровень освещенности на поверхности ткацких станков - 100±6,8 лк, коэффициент естественного освещения 0,2±0,1%.

Тяжесть трудового процесса ткачих определяется тем, что они обслуживают от 2-х до 4-х ткацких станков. Наблюдают за правильной работой механизмов станка и через каждые 3-5 минут меняют порожние шпульки в челноках на заполненные. Работа производится стоя, при этом выполняются многочисленные быстрые и многообразные движения пальцами обеих рук. Тяжесть трудового процесса связана также с постоянными наклонами корпуса до 300 более 300 раз за смену. Напряженность трудового процесса обусловлена сенсорными нагрузками - сосредоточением внимания более 75% времени смены. Длительность рабочего дня 8 часов, работа 3-х сменная с ночными сменами, загруженность рабочего дня 90%.

Динамика показателей функционального состояния различных систем организма ткачих изучена в весенний период года при оптимальных температурах воздуха на рабочих местах и в летний период при повышенных температурах воздуха. Результаты исследований представлены в таблицах 1 и 2.

Проведенные исследования показали, что в весенний период наблюдений от начала к концу работы у ткачих увеличивается число сердечных сокращений в среднем на 21,6%, отмечается возрастание как максимального, так и минимального артериального давления соответственно на 14,1 и 21,6 %, достоверно увеличивается пульсовое давления на

4,0 %, средне–динамическое давление на 18,4%, наблюдается тенденция к снижению как систолического, так и минутного объемов сердца, увеличение периферического сопротивления в капиллярах (таблица 1). Следовательно, в условиях оптимальных температур воздуха на рабочих местах ткачих со стороны сердечно–сосудистой системы развивались реакции, свидетельствующие о компенсаторном напряжении гипертензивного характера. В летний период наблюдений от начала к концу смены отмечалось достоверное учащение пульса, снижение максимального и средне–динамического давления, увеличение минимального и пульсового артериального давления, снижение систолического и минутного объемов сердца, возрастание периферического сопротивления в капиллярах ($p < 0,01-0,001$).

Анализ полученных данных показывает, что трудовой процесс ткачих вызывает значительное ослабление функциональных резервов сердечно–сосудистой системы, развитие в динамике работы неблагоприятных изменений показателей гемодинамики, что, свидетельствует о значительном ослаблении функциональных резервов сердечно – сосудистой системы [15] и может явиться причиной развития патологических изменений.

Выявлено также, что со стороны центральной нервной системы на протяжении рабочего дня у обследованных ткачих развивается преобладание тормозных процессов, ослабление последовательного торможения и увеличение ошибок на дифференцировочный раздражитель, причем при повышенных температурах воздуха на рабочих местах в летний период года изменения показателей простой и сложной зрительно – моторной реакции были более выражены и значительно превышали предельно – допустимые величины физиологических сдвигов.

Установлено, что от начала к концу рабочего дня у ткачих снижается мышечная выносливость: в весенний период наблюдений мышечная выносливость снижалась на 7,8%, в летний период - на 27,8%, что превышает физиологические нормативы предельно–допустимой величины физического напряжения организма при труде. Примечательно, что в летний период наблюдений уже фоновый до рабочий уровень мышечной выносливости у тех же ткачих был ниже на 17%, на протяжении рабочей смены ещё более снижалась, что сопровождалось достоверным увеличением тремора кистей рук и времени выполнения задания на тремомере.

Материалы исследований показывают также, что работа ткачих вызывает достоверное снижение порога чувствительности зрительного анализатора, которое более выражено при работе в условиях повышенной температуры воздуха рабочих мест в летний период.

В летний период в динамике работы выявлено значительное напряжение терморегуляции, проявляющееся в нарушении теплоотдачи, не эффек-



Таблица 1. Показатели динамики физиологических реакций ткачих в весенний период наблюдений

Показатели физиологических реакций	В начале работы	В конце работы	Достоверность	
	M ± m	M ± m	t	p< _{2,3}
1	2	3	4	5
Пульс (уд. в мин)	71,7±0,9	87,2±0,9	9,4	0,001
Артериальное давление (мм рт. ст.)				
- максимальное	110,6±4,5	126,2±3,5	2,73	0,05
- минимальное	69,7±2,5	77,5±2,0	2,73	0,001
- пульсовое	46,8±1,5	48,7±3,0	0,42	-
-средне-динамическое	78,0±2,3	92,4±2,5	4,24	0,001
Систолический объем сердца (мл)	65,0±4,5	62,2±3,7	0,3	-
Минутный объем сердца (мл)	5019,6±329,3	4862,6±292,7	0,5	-
Периферическое сопротивление в капиллярах (дин)	1271±36,6	1458,6±47,5	3,12	0,01
Время простой ЗМР (в мсек)	279±4,1	293±4,2	3,3	0,001
Время последовательной ЗМР (в мсек)	322±2,1	341±6,1	3,4	0,001
К-во ошибок на дифференцировку (%)	5,7±0,8	6,6±0,5	1,96	0,05
Мышечная выносливость (сек)	46,6±1,2	42,1±1,6	2,2	0,05
Термометрия:				
- число касаний	13,9±1,2	16,7±1,3	1,2	-
- время выполнения задания (сек)	11,6±0,8	13,2±0,7	1,1	-
Критическая частота слияния световых мельканий (Гц)	26,5±0,1	24,0±0,4	2,4	0,05
Средне-взвешенная температура кожи (°C)	32,3±0,9	33,0±0,7	0,53	-
Электрокожное сопротивление (усл.ед.)	12,6±1,8	44,8±5,1	5,9	00,1
Тепло ощущения (в баллах)	4,0±0,1	5,0±0,2	5,0	00,1

Таблица 2. Показатели динамики физиологических реакций ткачих в летний период наблюдений

Показатели физиологических реакций	В начале работы	В конце работы	Достоверность	
	M ± m	M ± m	t	p< _{2,3}
1	2	3	4	5
Пульс (уд. в мин)	72,0±1,8	88,4±1,8	6,45	0,001
Артериальное давление (мм рт. ст.)				
- максимальное	112,0±2,2	101,0±2,0	3,56	0,01
- минимальное	70,5±1,6	78,4±1,4	3,86	0,001
- пульсовое	42,2±1,4	23,4±1,6	8,86	0,001
-средне-динамическое	84,2±2,1	86,2±1,9	0,7	-
Систолический объем сердца (мл)	62,2±2,3	44,3±2,0	6,01	0,001
Минутный объем сердца (мл)	4507,2±35,4	3923,0±30,6	12,2	0,001
Периферическое сопротивление в капиллярах (дин)	1494,1±23,4	1757,3±27,7	7,26	0,001
Время простой ЗМР (в мсек)	259±2,3	283±2,1	3,8	0,001
Время последовательной ЗМР (в мсек)	368±2,1	378±2,2	3,69	0,001
К-во ошибок на дифференцировку (%)	10,4±0,5	15,5±0,5	2,1	0,05
Мышечная выносливость (сек)	39,8±1,2	28,7±1,4	3,5	0,001
Термометрия:				
- число касаний	13,5±1,4	19,2±1,2	2,8	0,01
- время выполнения задания (сек)	10,4±0,3	14,5±0,3	2,3	0,05
Критическая частота слияния световых мельканий (Гц)	28,8±0,4	23,1±0,5	2,8	0,01
Средне-взвешенная температура кожи (°C)	34,4±0,4	35,8±0,4	4,68	0,001
Электрокожное сопротивление (усл.ед.)	17,7±2,7	64,4±7,2	6,07	0,001
Тепло ощущения (в баллах)	4,0±0,1	7,0±0,1	4,38	0,001



тивном потоотделении, повышении температуры кожных покровов, ухудшении субъективной оценки теплового состояния.

Полученные данные легли в основу разработки рекомендаций «Оздоровление условий труда женщин, работающих на текстильных производствах». Внедрение рекомендованных мероприятий в практическую работу Центров санитарно-эпидемиологического благополучия населения позволит улучшить труда на текстильных производствах за счёт снижения уровней неблагоприятных производственных факторов на 5-7%, стабилизировать показатели функционального состояния различных систем организма работающих, сохранить высокий уровень работоспособности и производительности труда, снизить общую и профессиональную заболеваемость работающих женщин.

Выводы:

1. Основными неблагоприятными производственными факторами рабочих мест ткачих текстильного СП «Бойтекс» являются запыленность, шум, недостаточная, неравномерная освещенность, высокий уровень температуры и относительной влажности воздуха в тёплый период года, напряженный характер трудового процесса.

2. В весенний период года производственное утомление ткачих проявляется в снижении подвижности нервных процессов, ослаблении дифферен-

цировки и функции внимания, усилении последовательного торможения, компенсаторном напряжении функционального состояния сердечно - сосудистой системы, носящее гипертензивный характер, в уменьшении мышечной выносливости и порога чувствительности зрительного анализатора.

3. В летний период года при повышенных температурах воздуха и относительной влажности на рабочих местах выраженность физиологических сдвигов и производственное утомление усиливаются, что проявляется в значительном ослаблении функциональных резервов сердечно – сосудистой системы, преобладании тормозных процессов в ЦНС, изменении показателей нервно – мышечной системы и зрительного анализатора, которые превышают предельно – допустимые величины физиологических сдвигов.

4. В летний период в динамике работы выявлено значительное напряжение терморегуляции, проявляющееся в нарушении теплоотдачи, не эффективном потоотделении, повышении температуры тела и кожных покровов, ухудшении субъективной оценки теплового состояния.

5. Для снижения утомительности трудового процесса ткачих и стабилизации показателей функционального состояния организма необходимо внедрение рекомендаций по оздоровлению условий труда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абатуров Р. Обзор развития текстильной отрасли Узбекистана в 2017-2020 годах// Правда востока: общественно-научная газета.-5 февраля,2021-Ташкент, 2021.-8 полос.-Еженедельник.
2. Боев В.М. Методология комплексной оценки антропогенных и социально-экологических факторов в формировании риска для здоровья населения //Гигиена и санитария - М., 2009.-№ 4.-С. 4-8.
3. Гребнёва О.В., Балаева Е.А. Проблемы индивидуальной адаптации работающих женщин // Гигиена и санитария. –М., 2008.-№1.-С.45-51.
4. Измеров Н.Ф., Волкова З.А. Итоги и перспективы деятельности проблемной комиссии «Научные основы гигиены труда и профессиональной патологии в области охраны труда женщин» // Гигиена труда и профессиональные заболевания, М.,1980.-№ 11.- С.1-5.
5. Лихницкая И.И. Оценка состояния функциональных систем при определении трудоспособности // -Ленинград, 1962, 237с.
6. Ничасов В.М., Искандаров Т.И., Ибрагимова Г.З.,Славинская Н.В., Искандарова Г.Т. «Методика оценки условий труда и аттестация рабочих мест по условиям труда». -Ташкент, 1996. -21 с.
7. Панина О.А. Возмозности применения программ в системе охраны здоровья женщин – сотрудниц крупных промышленных предприятий // Медицина труда и промышленная экология.-М., 2008. - № 4.-С. 30-34.
8. Розенблат В.В. Принципы диагностики утомления // Руководство по физиологии труда. - М., 1983, С. 267-270.
9. Санитарные правила, нормы и гигиенические нормативы Республики Узбекистан №0294-11 «Предельно-допустимые концентрации (ПДК) вредных веществ в воздухе рабочей зоны». -Ташкент, 2004. -53 с.
10. Санитарные правила, нормы и гигиенические нормативы Республики Узбекистан № 0325-16 «Санитарные нормы допустимых уровней шума на рабочих местах». -Ташкент, 2016. -17 с.
11. Санитарные правила, нормы и гигиенические нормативы Республики Узбекистан № 0141-03 «Гигиеническая классификация условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса». -Ташкент, 2004. -53 с.
12. Санитарные правила, нормы и гигиенические нормативы Республики Узбекистан № 0324-16 «Санитарно-гигиенические нормы микроклимата производственных помещений. -Ташкент, 2016. -10 с.
13. Сибекова Т.В., Эльгаров А.А., Эльгаров М.А. Сердечно-сосудистые заболевания у работающих женщин и пути профилактики // Медицина труда и промышленная экология. - М., 2007.-№ 5. С. 13-18.
14. Строительные нормы и правила 2.01.05-98 «Естественное и искусственное освещение». -Ташкент, 1998. -48 с.
15. Умидова З.И., Глезер Г.А., Янбаева Х.И., Король Г.П. Очерки карди-оологии жаркого климата. – Ташкент, 1975. –С.246-251.



Ш.А. Тилавбердиев¹,

¹Республиканский Центр по борьбе со СПИД, Ташкент

Ф.А. Мадаминов²,

²Ферганский Медицинский Институт общественного

здоровья, Фергана

Юлдашев Т-М.К¹

¹Республиканский Центр по борьбе со СПИД, Ташкент

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАЗИВНОГО АСПЕРГИЛЛЕЗА У БОЛЬНЫХ С COVID-19 В ОРИТ

Обследовано 127 больных с COVID-19, находящихся в ОРИТ медицинских учреждений Ферганской области, с наличием факторов риска развития инвазивного аспергиллеза (ИА) (рефрактерная к терапии антибиотиками лихорадка, наличие кровохарканья, низкий уровень сатурации, длительный прием системных ГКС). Наличие ИА с помощью теста на галактоманнан (ГМ) установлено у 86 (67,7 %) обследованных больных. Установлена высокая эффективность комбинации антимикотических препаратов вориконазола и Фаргалса, позволившей добиться купирования патологического процесса у всех пролеченных пациентов при отсутствии летальных исходов.

Ключевые слова: COVID-19, инвазивный аспергиллез, ассоциация COVID-ИА, лечение, диагностика, галактоманнан, факторы риска, МСКТ, лимфоциты CD4, вориконазол, Фаргалс.

В последние десятилетия инвазивные микозы (ИМ) превратились в важную клиническую проблему [2, 5, 6, 8]. ВИЧ-инфекция, рост частоты гемобластозов, пандемия COVID-19 ведут к увеличению популяции иммуносупрессированных пациентов с высоким риском развития микотических поражений. Сложность и трудоемкость диагностики, неадекватность и, вследствие чего, неэффективность терапии ИМ, обуславливают высокую летальность. Поэтому поиск новых подходов к контролю микотических осложнений, совершенствование их диагностики, лечения и профилактики представляется чрезвычайно важным [7, 9, 11].

Инфекция COVID-19 воздействует на различные группы людей в разной степени. Наиболее неблагоприятное ее течение особенно характерно для больных пожилого возраста (старше 60 лет), с ослабленным иммунным ответом и имеющим сопутствующие хронические заболевания. Из них наибольшее беспокойство вызывают пациенты, находящиеся в отделениях ОРИТ с полиорганной и выраженной иммунной недостаточностью. Они в силу уязвимости иммунитета страдают от многих оппортунистических заболеваний, в первую очередь от инвазивного аспергиллеза (ИА), поражающего преимущественно легкие [1, 3, 10].

К сожалению, до сих пор, в арсенале медиков нет надежного лечебного средства от новой инфекции и её ассоциантов. В свете сказанного, перспективным представляется изучение отечественного биотехнологического препарата Фаргалс, разрешенного к клиническому применению. Препарат представляет собой комплекс метаболитов автотрофных железобактерий и характеризуется широким спектром антимикробного действия, включающим бактерии, грибы, простейшие, а также РНК- и ДНК-содержащие вирусы [4, 6]. Кроме того, он обла-

дает дополнительными положительными свойствами, в частности, улучшает трофику тканей и ускоряет их регенерацию. В результате проведенных нами ранее исследований установлена высокая активность Фаргалса против инвазивных грибов, причем в отношении аспергилл и криптококка такое тестирование было выполнено впервые. Таким образом, уже изученный на данный момент спектр активности Фаргалса выгодно отличается от известных антимикробных средств. А учитывая, что SARS-CoV-2 относится к РНК-содержащим вирусам, с высокой долей вероятности можно предположить, что препарат будет ингибировать и этот вирус [4, 6].

Целью настоящей работы явилась оценка эффективности лечения ИА у больных с COVID-19, получающих лечение в ОРИТ.

Материалы и методы

Обследовано 127 больных с COVID-19, находящихся в ОРИТ медицинских учреждений Ферганской области, с наличием факторов риска развития ИА (рефрактерная к терапии антибиотиками лихорадка, наличие кровохарканья, низкий уровень сатурации, длительный прием системных ГКС). Пациенты были в возрасте $55,5 \pm 1,4$ лет, из них мужчины составили 53 (41,7%), женщины - 74 (58,3%). У 16,5% больных выявлен ОРДС (острый респираторный дистресс-синдром). В 90,6% случаев пациенты принимали антибиотики, в 87,4% случаев – ГКС.

Для верификации диагноза ИА использовали критерии (ECMM/ISHAM, 2020) [9]. Определяли наличие антигена аспергилл галактоманнана (ГМ) с помощью ИФА тест-системы (Dynamiker Biotechnology, Китай), а также количество CD4+ лимфоцитов в сыворотке крови [3, 7]. Диагностику и терапию COVID-19 проводили согласно действующим регламентирующим руководствам [1, 3, 9].

Таблица 1.

Распределение обследованных больных по группам и по полу

№ пп.	Показатель	Обследовано		Основная группа (больные с COVID-19)		Группа сравнения (больные только с COVID-19)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
	Обследовано, чел	127	100	86	67,7	41	32,3
	Мужчины	53	41,7	40	46,5 (75,5)	13	31,7 (24,5)
	Женщины	74	58,3	46	53,5 (62,2)	28	68,3 (37,8)

Примечание. В скобках процент от обследованных пациентов данного пола.

При лечении больных основной группы в составе комплексной терапии дополнительно применяли вориконазол и Фаргалс.

Результаты статистически обрабатывали с помощью стандартных методов вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента и теста Хи-квадрат [6].

Результаты и обсуждение

Положительный тест на ГМ выявили у 86 (67,7 %) больных, которые составили основную группу (ассоциация COVID-19), среди них мужчин было – 46,5 %, женщин – 53,5%. В группу сравнения включили 41 пациента (32,3%), у которых 19 был исключен (тест на ГМ был отрицателен), мужчины в этой группе составили 31,7%, женщины – 68,3% (таблица 1).

Как видно из этой таблицы, если рассматривать весь пул обследованных пациентов, то среди больных с ассоциацией COVID-19 было больше женщин, чем мужчин (53,5% и 46,5%, соответственно). Но если анализировать интенсивные показатели, то окажется, что мужчины были больше подвержены инвазии 19, чем женщины (75,5% и 62,2%, соответственно).

В таблице 2 представлены основные жалобы обследованных больных при поступлении. Из неё следует, что практически все пациенты жаловались на одышку и кашель. У большинства больных обеих групп отмечалось повышение температуры тела (81,4% основной группы, 90,2% группы сравнения; $p > 0,05$). На кровохарканье достоверно чаще жаловались пациенты основной группы (50,0% и 26,8%, соответственно; $p < 0,01$). Патологические очаги деструкции или консолидации в легких при МСКТ обнаруживались только у больных основной группы (46,5%).

По номенклатуре сопутствующих заболеваний обе группы отличались незначительно. Можно лишь отметить, что у пациентов основной группы несколько чаще выявлялся сахарный диабет, чем в группе сравнения (15,1% и 12,2%, соответственно; $p > 0,05$).

Анализ содержания лимфоцитов CD4+ показал, что у пациентов основной группы уровень Т-хелперов был достоверно ниже и составил $364,4 \pm 15,9$ кл/мкл, в группе сравнения – $596,5 \pm 30,6$ кл/мкл ($p < 0,001$).

В таблице 3 даны обобщенные результаты лечения обследованных больных.

Таблица 3.

Обобщенные результаты лечения обследованных больных

Исход лечения	Количество больных, (%)	
	Основная группа	Группа сравнения
Купирование процесса	76 (88,4)	40 (97,6)
Летальный исход	10 (11,6)	1 (2,4)
Всего:	86 (100)	41 (100)

Таблица 2.

Основные жалобы обследованных больных

№ п.п.	Жалобы	Количество больных, (%)		Р
		Основная группа	Группа сравнения	
	Кашель	86 (100)	40 (97,6)	$p > 0,05$
	Кровохарканье	43 (50,0)	11 (26,8)	$p < 0,01$
	Лихорадка	70 (81,4)	37 (90,2)	$p > 0,05$
	Одышка	86 (100)	41 (100)	$p > 0,05$
	Очаги на МСКТ	40 (46,5)	0	$p < 0,001$

Купирование процесса в основной группе достигнуто в 88,4% случаев, в группе сравнения – 97,6%, летальный исход зарегистрирован в 11,6 % и в 2,4%, соответственно. При анализе этих данных нужно иметь ввиду, что при отсутствии своевременной диагностики и этиотропного антимикотического лечения больные с 19 погибают практически в 100% случаев [6].

Нами проведена оценка эффективности различных терапевтических подходов при комплексном лечении пациентов основной группы. При этом у 15 больных в качестве антимикотической терапии применяли только вориконазол, а у 15 пациентов – комбинацию вориконазола и Фаргалса в виде ингаляции в разведении 1:4, 3 раза в день (таблица 4).

Как видно из этой таблицы, комбинированная терапия ускоряла наступление клинического улучшения, в частности, способствовала достоверно более раннему исчезновению таких симптомов, как лихорадка.



Таблица 4.

Эффективность использованных методов лечения у больных с ассоциацией инвазивного аспергиллеза и COVID-19 (COVID-ИА)

№	Проведенное лечение	Кол-во больных	Исчезновение клинических признаков (на какие сутки), M±m			Продолжительность лечения (сут.)
			Лихорадка	Кровохарканье	Потребность в кислороде	
	Вориконазол+Фаргалс	15	10,1±1,3	10,3±0,6	5,5±0,6	30,5±1,4
	Вориконазол	15	14,4±1,5	13,4±1,2	7,1±0,8	33,0±3,7
	P		P<0,05	P<0,05	P>0,05	P>0,05

радка и кровохарканье, что, соответственно, проявилось снижением продолжительности лечения (30,47±1,4 и 33,00±3,7 сут., соответственно, P>0,05).

В таблице 5 представлены сравнительные результаты 3-х месячной выживаемости после проведения лечения больных основной группы с помощью обоих использованных методов. Из таблицы следует, что при комбинированной терапии выживаемость составила (100%), а при лечении только вориконазолом в 3-х случаях (20,0%) зарегистрированы летальные случаи.

Таблица 5.

Результаты лечения больных основной группы

№ пп.	Вид терапии	Кол-во больных	Результаты лечения	
			Полное купирование	Летальный исход
	Вориконазол	15	12 (80,0%)	3 (20,0%)
	Комбинация вориконазола и Фаргалса	15	15 (100%)	0
	Всего	30	27 (90,0%)	3 (10,0%)

Таким образом, можно отметить высокую эффективность предложенной комбинации антимикотических препаратов при лечении больных с ассоциацией COVID-ИА, позволившей добиться купирования патологического процесса у всех 15 пролеченных пациентов при отсутствии летальных исходов.

Выводы

1. У больных с COVID-19 на фоне терапии системными глюкокортикостероидами (ГКС) возможно развитие инвазивного аспергиллеза (ИА) лёгких. При подозрении на ассоциацию COVID-ИА необходимо провести МСКТ-исследование органов грудной клетки и микологическое исследование. Наиболее эффективным методом индикации ИА является тест на галактоманнан (ГМ) мокроты, БАЛ.

2. Наличие ИА установлено у 86 (67,7 %) обследованных больных с COVID-19, госпитализированных в ОРИТ.

3. Установлена высокая эффективность комбинации антимикотических препаратов вориконазола и Фаргалса, позволившей добиться 100% выживаемости и купирования патологического процесса.

Литература

1. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), Версия 14, 27.12.2021. М., 233 с.
2. Гусаров В.Г., Замятин М.Н., Камышова Д.А. и др. Инвазивный аспергиллёз лёгких у больных COVID-19. *Журнал инфектологии*, 2021;13(1):38-49.
3. Клинический протокол лечения пациентов с сопутствующими заболеваниями и профилактики осложнений новой коронавирусной инфекции. МЗ РУз., Ташкент, 2021, 31 с.
4. Маматкулов И.Х., Баженов Л.Г., Алматов Б.И. Спектр антимикробной активности препарата «Фаргалс» и возможность его использования для контроля нозокомиальных инфекций. // *Врач-аспирант*. - 2012. - Т.53, №4.1. - С.209-214.
5. Овсянников Н.В., Билевич О.А., Зенкова Л.А., Васильева О.В. Инвазивный аспергиллез, ассоциированный с коронавирусной инфекцией, вызванной COVID-19. *Пульмонология*. 2021;31(5):671-676.
6. Тилавбердиев Ш.А. Глубокие микозы у иммунокомпрометированных больных: клиника, диагностика, лечение и профилактика: дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2020. – 220 с.
7. Тилавбердиев Ш.А., Климко Н.Н., Мадаминов Ф. А. Диагностика и лечение инвазивного аспергиллеза лёгких у пациентов с COVID-19. Методические рекомендации, Ташкент, 2022. - 14 с.
8. Arastehfar A., Carvalho A., van de Veerdonk F. et al. 2020. COVID-19 Associated Pulmonary Aspergillosis (CAPA)—From Immunology to Treatment. *J. Fungi*. 6(2):91.
9. Koehler P., Bassetti M., Chakrabarti A. et al. Defining and managing COVID-19-associated pulmonary aspergillosis: the 2020 ECMM/ISHAM consensus criteria for research and clinical guidance. *Lancet Infect. Dis.*, 2020. p. S1473-3099(20)30847-1.
10. Koehler P., Bassetti M., Kochanek M. et al. Intensive care management of influenza-associated pulmonary aspergillosis. *Clin Microbiol Infect* 2019; 25(12): 1501-1509.
11. Shadrivova O. et al. COVID-19-Associated Pulmonary Aspergillosis in Russia // *J. Fungi*. 2021. Vol. 7, № 12. P. 1059.

Умирзаков З.Б.¹,Самарқанд вилояти ОИТСга қарши курашиш маркази¹,Умиров С.Э.²,

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини

ривожлантириш маркази²,Зиядуллаев Ш.Х.³Самарқанд тиббиёт университети³

COVID-19 ПАЦИЕНТЛАРИГА ХОС ИММУНОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР ВА УЛАРНИНГ ПРОГНОСТИК ҚИЙМАТИ

COVID-19 пациентларининг аҳволи оғирлашуви ва умумий лимфопения даражаси ҳамда цитотоксик Т-лимфоцитлар мутлақ сонининг камайиши ўртасида ишонарли корреляцион боғлиқлик мавжуд. Касаллик енгил, ўртача оғирликда ва оғир кечаётган пациентлар гуруҳлари лимфоцитларнинг мутлақ миқдори, умумий Т-лимфоцитлар, CD3+CD4+ ва CD3+CD8+-хужайраларнинг сонига кўра, ўзаро сезиларли тафовутларга эга. Олинган маълумотлар хужайравий иммунологик кўрсаткичларни, касаллик клиник аломатлари пайдо бўлишининг дастлабки кунлариданоқ баҳолаш касаллик оғир ва ўта оғир кечишини прогностлашда муҳим аҳамият касб этишидан далолат беради. IL-6 даражаси беморлар ҳолатининг оғирлашувида мутаносиб тарзда ошиб боради. Т-лимфоцит субпопуляцияларининг нейтрофилларга нисбати COVID-19 оғир кечаётган пациентларда касаллик енгил ва ўртача оғирликда кечаётган пациентлардагига нисбатан ишонарли тарзда паст.

Калит сўзлар: COVID-19, хужайравий ва гуморал иммунологик ўзгариш.

Resume. A significant correlation was found between the deterioration of the COVID-19 patient's condition and the degree of general lymphopenia and a decrease in the absolute number of cytotoxic T-lymphocytes. Groups of patients with mild, moderate and severe disease have significant differences in the absolute number of lymphocytes, the amount of T-lymphocytes, CD3+CD4+ and CD3+CD8+ cells. The data obtained indicate that the assessment of cellular immunological parameters from the first days of the onset of clinical symptoms of the disease is of great importance in predicting the course of the disease. The level of IL-6 increases in proportion to the severity of the patient's condition. The ratio of subpopulations of T-lymphocytes and neutrophils is significantly lower in patients with severe COVID-19 than in patients with mild and moderate disease.

Key words: COVID-19, cellular and humoral immunological changes.

Аннотация. Выявлена достоверная корреляция между ухудшением состояния больного COVID-19 и степенью общей лимфопении и снижением абсолютного числа цитотоксических Т-лимфоцитов. Группы пациентов с легким, среднетяжелым и тяжелым течением заболевания имеют достоверные различия по абсолютному количеству лимфоцитов, сумме Т-лимфоцитов, CD3+CD4+ и CD3+CD8+ клеток. Полученные данные свидетельствуют о том, что оценка клеточных иммунологических показателей с первых дней появления клинических симптомов заболевания имеет большое значение в прогнозировании течения заболевания. Уровень IL-6 повышается пропорционально тяжести состояния больного. Соотношение субпопуляций Т-лимфоцитов и нейтрофилов достоверно ниже у пациентов с тяжелым течением COVID-19, чем у пациентов с легким и среднетяжелым течением заболевания.

Ключевые слова: COVID-19, клеточные и гуморальные иммунологические изменения.

Кириш. COVID-19 пандемияси жамоат саломатлигини сақлаш тизими учун мураккаб муаммо ва жиддий синов сифатида вужудга келди. COVID-19 патогенезини тушуниш ва вакцинопрофилактикасини йўлга қўйиш борасида эришилган ютуқларга қарамай, касаллик оғир ҳолатларининг улуши нисбатан юқориликка қолмоқда [6]. Бу ҳолат COVID-19 билан касалланган беморларда касаллик кечишининг, хусусан оғир клиник шаклларнинг янги даракчиларини излаш зарурлигини таъкид этади. COVID-19 бўйича қатор тадқиқотларда организмдан SARS-CoV-2 нинг элиминациясига ва пациент соғайишига қаратилган иммун жавоб учун иммун тизимнинг барча босқичлари жалб этилиши таъкидланади [2, 4]. COVID-19 да аксарият хужайравий иммун жавоб шаклланиши, антиген тақдим этувчи хужайралар томонидан цитокинлар ишлаб чиқарилиши орқали умумий адаптив жавоб белгиланиши, цитокинлар миқдорининг ошиши нохуш аломат эканлиги, цито-

токсик Т-хужайраларининг фаоллашиши вируснинг организмдан элиминация қилинишига олиб келиши борасида маълумотлар мавжуд [3, 5]. Шунингдек, тадқиқотчилар томонидан турли синфларга мансуб хос антитаналардан (IgM, IgG, IgA) иборат гуморал иммун жавоб кўпроқ организмнинг қайта зарарланишидан ҳимоялаш учун масъуллиги эътироф этилади [1]. Бироқ, касалликнинг турли клиник кўринишларида иммунологик ўзгаришларнинг ўзига хослиги ва уларнинг прогностик аҳамияти тўғрисидаги маълумотлар етарли эмас. Ваҳоланки COVID-19 нинг турли клиник шаклларида иммунологик ўзгаришлар намоён бўлишини ўрганиш касаллик кечишини прогностлаш ва оғир ҳолатлар ривожланиш хавфини баҳолаш нуктаи-назаридан муҳим илмий-амалий аҳамият касб этади.

Мақсад. Мазкур тадқиқотнинг мақсади COVID-19 кечишининг иммунологик ўзгаришларини таҳлил



1-жадвал

**COVID-19 клиник кечишининг турли шаклларида ҳужайравий иммунологик кўрсаткичларнинг ўзгариши
(Самарқанд вилояти, 2020 й., N=2506)**

Кўрсаткичлар	COVID-19 нинг клиник шакллари		
	Енгил, n=601	Ўртача оғир, n=1178	Оғир, n=727
Лейкоцитлар, $\times 10^9/\text{л}$	4,5 (3,6-6,3)	5,0 (3,9-6,8)	7,4 (5,5-9,8)
Нейтрофиллар, $\times 10^9/\text{л}$	3,1 (2,8-4,7)	3,3 (2,3-4,9)	5,5 (3,9-8,5)
Лимфоцитлар, %	33,0 (21,7-33,3)	25,8 (21,0-31,5)	8,5 (3,9-15,3)
Лимфоцитлар, $\times 10^9/\text{л}$	1,7 (1,5-2,1)	1,3 (1,1-1,7)	0,5 (0,4-0,9)
CD3+-Т-лимфоцитлар, %	63,0 (61,0-78,0)	72,9 (67,6-78,4)	77,3 (50,6-81,5)
CD3+-Т-лимфоцитлар, $\times 10^9/\text{л}$	1,3 (1,1-1,7)	0,97 (0,81-1,33)	0,46 (0,21-0,55)
CD3+CD4 +- Т-лимфоцитлар (хелперлар/индукторлар), %	39,8 (33,3-45,6)	45,6 (41,0-53,1)	48,5 (33,5-55,6)
CD3+CD4+ - Т-лимфоцитлар (хелперлар/индукторлар), $\times 10^9/\text{л}$	0,8 (0,7-1,0)	0,61 (0,45-0,78)	0,25 (0,17-0,36)
CD3+CD8+ - Т-лимфоцитлар (цитотоксик лимфоцитлар – Т-ЦТЛ), %	24,5 (17,8-29,6)	23,9 (17,4-29,7)	22,9 (17,0-27,1)
CD3+CD8+ - Т-лимфоцитлар (цитотоксик лимфоцитлар – Т-ЦТЛ), $\times 10^9/\text{л}$	0,39 (0,23-0,63)	0,33 (0,21-0,55)	0,17 (0,07-0,21)
CD3+CD56+ (Т-киллерлар) – Т-NK-ҳужайралар, %	5,5 (2,1 -8,3)	4,1 (2,1-6,3)	2,8 (2,3-6,3)
CD3+CD56+ (Т-киллерлар) – Т-NK-ҳужайралар, $\times 10^9/\text{л}$	0,09 (0,08-0,11)	0,05 (0,03-0,09)	0,02 (0,01-0,04)
CD3+CD4+/CD3+CD8+ нисбати	2,0 (1,3-2,4)	1,8 (1,5-2,6)	1,5 (1,3-2,1)
CD19+ - В-лимфоцитлар, %	12,5 (8,5-17,0)	11,5 (8,5-15,5)	11,0 (8,0-15,8)
CD19+ - В-лимфоцитлар, $\times 10^9/\text{л}$	0,21 (0,10-0,33)	0,13 (0,08-0,2)	0,07 (0,05-0,1)

этиш асосида уларнинг прогностик қийматини баҳолашдан иборат.

Материаллар ва усуллар. 2020 йил апрель-ноябрь ойлари мобайнида Самарқанд вилоятида қайд этилган COVID-19 билан касалланган 2506 нафар бемор (1340 нафар эркак (53,5%) ва 1166 нафар аёл (46,5%)) кузатув остида бўлди. Пациентларнинг 375 нафари (15,0%) 18 ёшгача болалар, 2131 нафари (85,0%) 18 ва ундан юқори ёшдагилар. Барча беморларга COVID-19 ташхиси полимераза занжир реакцияси (ПЗР) ёрдамида SARS-CoV-2 РНК сини аниқлаш асосида қўйилган. Иммунологик ўзгаришларни аниқлаш учун лаборатория намуналарини олиш пайтидаги клиник оғирлик даражасига кўра пациентлар 3 гуруҳга - COVID-19 енгил (1-гуруҳ, n=601 (24,0%)), ўртача оғирликда (2-гуруҳ, n=1178 (47,0%)) ҳамда оғир (3-гуруҳ, n=727 (29%)) кечаётган пациентлар гуруҳларига ажратилди. Мазкур пациентларда кечаётган иммунологик ўзгаришларни аниқлаш ва баҳолашга қаратилган лаборатория таҳлиллари Самарқанд вилоят ОИТС га қарши курашиш маркази лаборатория мажмуасида амалга оширилди.

Периферик қон таркибидаги ҳужайравий иммунитет кўрсаткичларини баҳолаш учун Т-лимфоцитлар (CD3+CD19-), Т-хелперлар/индукторлар (CD3+CD4+CD45+), Т-цитотоксик лимфоцитлар (Т-ЦТЛ), (CD3+CD8+CD45+), натурал «киллерлар» (NK-клетки) (CD3-CD56+CD45+), В-лимфоцитлар (CD19+CD3-) популяцияларининг мутлоқ ва нисбий

миқдорлари таҳлил этилди. Периферик қон таркибидаги лимфоцитлар субпопуляцияларининг миқдори оқимли «цитофлюорометр Partec D-02828» ва «цитофлюорометр sysmex CY-S-3022» цитофлюорометрларида баҳоланди.

2506 нафар COVID-19 билан касалланганларнинг қон зардоби SARS-CoV-2 га нисбатан IgA, IgG, IgM мавжудлигига динамик текширилди. Кузатув давомийлиги — ташхис қўйилганидан ёки касаллик аломатлари пайдо бўлишидан бошлаб то 1 ойга қадар. N-антигенга нисбатан IgM синфидаги иммуноглобулинларни аниқлаш учун «SARSCoV-2-IgM-ИФА-БЕСТ» («Вектор-Бест» АЖ, РФ) тўпламидан фойдаланилди. S1-доменга нисбатан IgA синфидаги иммуноглобулинлар «Anti-SARS-CoV-2 ELISA IgA» («Euroimmun», Германия) тўплами ёрдамида аниқланди. S-антигенга, S1-доменга ва RBD га нисбатан IgG синфидаги иммуноглобулинларни аниқлаш учун тегишлича «SARS-CoV-2-IgG-ИФА-БЕСТ» («Вектор-Бест» АЖ, РФ), «Anti-SARS-CoV-2 ELISA IgG» («Euroimmun») ва «SARS-CoV-2-IgG-ИФА» (Гематология илмий маркази, РФ) тўпламлари қўлланилди. Антитаналар динамикаси қон зардобларидаги мусбатлик коэффициенти (МК) ўзгариши бўйича баҳоланди.

Қон зардоби таркибидаги яллиғланишга хос цитокинлар (IL-6 ва TNF- α) миқдори иммунофермент таҳлил (ИФТ) усулида моно- ва поликлонал антитаналардан фойдаланиб «Вектор-Бест», Россия тест-тизимлари ёрдамида аниқланди. Тадқиқотни

2-жадвал

COVID-19 клиник кечишининг турли шаклларида лимфоцитлар фаоллашувига хос маркерларнинг мутлақ қиймати (Самарқанд вилояти, 2020 й., N=2506)

Кўрсаткич	Мутлақ қиймат ($\times 10^9/\text{л}$)			p
	Енгил	Ўртача оғир	Оғир	
Фаоллаштирилган Т-лимфоцитлар (CD3+HLA-DR+)	0,25 (0,21-0,33)*	0,24 (0,17-0,31)*	0,09 (0,06-0,2)*	p<0,05*
В-лимфоцитлар ва фаоллаштирилган НК-хужайралар (CD3+HLA-DR+)	0,21 (0,17-0,28)**	0,19 (0,14-0,26)**	0,10 (0,06-0,16)**	p<0,05**
IL-2 рецепторининг α -занжирини экспрессияловчи фаоллаштирилган Т-лимфоцитлар (CD3+CD25+)	0,4 (0,25-0,48)***	0,3 (0,22-0,38)***	0,16 (0,05-0,25)***	p<0,05***

3-жадвал

COVID-19 клиник кечишининг турли шаклларида TNF- α ва ИЛ-6 (пг/мл) миқдори (Самарқанд вилояти, 2020 й., N=2506)

Кўрсаткич	Пациентлар ҳолати			p
	Енгил	Ўртача оғир	Оғир	
IL-6, пг/мл 0,0-10,0	11,33	21,77	47,98	p<0,01
TNF- α , пг/мл 0,0-6,0	2,95	2,50	2,45	

амалга ошириш жараёнида эпидемиологик, иммунологик, ижтимоий-гигиеник, молекуляр-генетик, клиник-лаборатория ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. COVID-19 нинг енгил (1-гурух), ўртача оғирликда (2-гурух) ҳамда оғир (3-гурух) кечишида иммунитет тизимининг ҳужайравий босқичига хос ўзгаришлар таҳлили аксарият пациентларда лимфоцитлардан ташқари, бошқа шаклли элементларнинг кўрсаткичлари меъёрий лаборатор кўрсаткичларга қараганда жиддий тафовутга эга эмаслигини кўрсатди (1-жадвал).

Иммун тизимнинг ҳужайравий бўғинига дахлдор маълумотлар таҳлиliga кўра, лимфоцитлар асосий популяцияларининг мутлақ ва нисбий миқдорлари касалликнинг енгил ва ўртача оғирликдаги кўринишларида жиддий ўзгаришга дучор бўлмаган. Касалликнинг оғир кечишида Т-, В-, НК-лимфоцитларнинг фоизлардаги ўзаро нисбати меъёрий бўлгани ҳолда, яққол мутлақ ва нисбий лимфопения кузатилди.

Беморлар аҳолининг оғирлашуви ва умумий лимфопения даражаси ҳамда цитотоксик Т-лимфоцитлар мутлақ сонининг камайиши ўртасида ишонарли корреляцион боғлиқлик мавжудлиги аниқланди. Тадқиқ этилаётган гуруҳлар ўртасида лимфоцитларнинг мутлақ миқдори, умумий Т-лимфоцитлар, CD3+CD4+ ва CD3+CD8+-хужайраларнинг сонига кўра, сезиларли тафовутлар мавжуд. Гарчи нисбий лимфопения кўрсаткичи бўйича биринчи ва иккинчи гуруҳлар ўртасидаги фарқ ишонарли бўлмаса ҳам, касаллик клиник кечишининг оғирлашуви баробарида, нисбий лимфопения ҳам чуқурлашиб боради, оқибатда эса 3-гуруҳдаги (касаллик оғир кечаётган) пациентлар гуруҳида сезиларли нисбий лимфопения вужудга келади.

Таҳлиллар кўрсатадики, COVID-19 аввало Т-лимфоцитларга таъсир этиб, улар сонининг, аynиқса CD3+CD4+ ва CD3+CD8+ Т-хужайралар миқдорининг сезиларли даражада камайишига олиб келади, натижада касалликнинг оғирлик даражаси ошиб боришига мутаносиб равишда лимфопения чуқурлашиб боради, яъни касалликнинг кечиши ва лимфопения ўртасида тўғридан-тўғри алоқадорлик мавжуд. Шунингдек, амалга оширилган таҳлиллар натижасида, 3-гуруҳдаги пациентлар ўртасида аксарият ҳолатларда В-лимфоцитлар популяциясининг ва табиий киллерлар мутлақ қийматининг пасайиши аниқланди. Юқорида келтирилган ҳолатлар мазкур ҳужайравий иммунологик кўрсаткичларни, касаллик клиник аломатлари пайдо бўлишининг дастлабки кунлариданоқ баҳолаш касаллик оғир ва ўта оғир кечишини прогнозлашда муҳим аҳамият касб этишидан далолат беради.

Таҳлиллар яққол лимфопения туфайли 3-гуруҳдаги пациентларда, 1- ва 2-гуруҳдаги пациентларга нисбатан фаоллаштирилган Т-лимфоцитлар, В-лимфоцитлар ва фаоллаштирилган НК-хужайралари, IL-2 рецепторининг α -занжирини экспрессияловчи фаоллаштирилган CD25+Т-лимфоцитларнинг мутлақ қийматларида ишонарли тафовут мавжудлигини кўрсатди (2-жадвал).

Касаллик оғир кечаётган гуруҳдаги кўрсаткичлар билан бошқа (касаллик енгил ва ўртача оғир кечаётган) гуруҳлар кўрсаткичлари ўртасидаги фарқнинг ишонарлилиги: ишонарли - p<0,05*; ишонарли - p<0,05**; ишонарли - p<0,05***.

Қон зардобини намуналари таркибидаги цитокинлар миқдорини тадқиқ этиш натижаларининг таҳлили касаллик енгил, ўртача ва оғир кечаётган беморларнинг қон зардобидидаги TNF- α концентрацияси меъёрий қийматлар доирасида эканлигини кўрсатди



4-жадвал

COVID-19 пациентлари периферик қонида Т-лимфоцит субпопуляцияларининг нейтрофилларга нисбати, Ме (Самарқанд вилояти, 2020 й., N=2506)

Коэффициент	Медиана (Ме)			р
	Енгил	Ўртача оғир	Оғир	
CD4+/Нейтрофиллар	0,25*	0,21*	0,06*	0,001*
CD8+/Нейтрофиллар	0,15**	0,13**	0,05**	0,001**
NK-хужайралар/Нейтрофиллар	0,07***	0,05***	0,01***	0,05***

5-жадвал

COVID-19 кечишининг турли оғирлик даражасидаги пациентларда гуморал иммун жавоб кўрсаткичларининг динамикаси, N=2506

Клиник кечиш	Текширувлар кетма-кетлиги ва иммуноглобулинлар аниқланиш частотаси								
	IgM - Мутлоқ (%)			IgG - Мутлоқ (%)			IgA - Мутлоқ (%)		
	1-марта	2-марта	3-марта	1-марта	2-марта	3-марта	1-марта	2-марта	3-марта
Енгил, n=601	31 (5,1)	233 (38,7)	511 (85,0)	25 (4,1)	192 (31,9)	601 (100,0)	97 (16,1)	505 (84,0)	521 (85,0)
Ўртача оғир, n=1178	63 (5,3)	511 (43,3)	1095 (92,9)	55 (4,7)	383 (32,5)	1178 (100,0)	245 (20,8)	1087 (92,3)	1111 (92,9)
Оғир, n=727	64 (8,8)	393 (54,1)	719 (98,9)	58 (8,0)	253 (34,8)	727 (100,0)	194 (26,7)	706 (97,1)	723 (99,4)
Жами	158 (6,3)	1137 (45,3)	2325 (92,8)	138 (5,5)	828 (33,0)	2506 (100,0)	536 (21,4)	2298 (91,7)	2355 (93,9)

(3-жадвал). Қон зардоблари таркибидаги IL-6 миқдори баҳолаш натижасида 1-гуруҳдаги пациентлар намуналаридагига нисбатан бу кўрсаткичнинг 2- ва 3-гуруҳдаги беморлар намуналарида тегишлича 2 ва 4 марта юқори эканлиги аниқланди (3-жадвал). IL-6 даражасининг сезиларли ўсиши беморлар ҳолатининг оғирлигига мутаносиб тарзда ошиб борди ($p < 0,01$).

COVID-19 кечишининг оғирлигини баҳолашнинг клиник мезонлари кенг қўламга эга эканлиги ва бемор аҳволи ўзгаришининг динамикасини тўлиқ акс эттирмаслиги боис, коэффициентларнинг информативлик ва прогностик аҳамиятини тасдиқлаш учун тадқиқот гуруҳларида CD3+CD4+, CD3+CD8+ ва CD3-CD56+ аломатларини экспрессияловчи лимфоцитлар мутлақ қийматининг нейтрофиллар сонига нисбати ҳисобланди. 4-жадвалда келтирилган маълумотлар, тадқиқот гуруҳларининг кўрсаткичлари ўртасида ишонарли тафовутлар мавжудлигини кўрсатади (4-жадвал).

Касаллик оғир кечаётган гуруҳдаги кўрсаткичлар билан бошқа (касаллик енгил ва ўртача оғир кечаётган) гуруҳлар кўрсаткичлари ўртасидаги фарқнинг ишонарлилиги: ишонарли – $p < 0,05^*$; ишонарли – $p < 0,05^{**}$; ишонарли – $p < 0,05^{***}$.

COVID-19 касаллиги бошланишининг дастлабки беш кунлиги мобайнида (1-марта текширув) IgM, IgG ва IgA синфига мансуб антитаналар мос равишда 6,3%, 5,5% ва 21,4% ҳолатларда аниқланди (5-жадвал). Касалликнинг 15-21 кунларида 2-марта

олинган намуналарда IgM, IgG ва IgA синфига мансуб антитаналарнинг аниқланиш частотаси кескин ошди ҳамда тегишлича 45,3%, 33,0% ва 91,7% дан иборат бўлди.

Касалланишнинг 25-30-кунлари мобайнида (3-марта) олинган намуналарда IgM, IgG ва IgA синфига мансуб антитаналарнинг аниқланиш частотаси мос равишда 92,8%, 100% ва 93,9% ни ташкил этди. Таъкидлаш жоизки, IgM ва IgG синфига мансуб антитаналар пайдо бўлиш муддатларида сезиларли тафовут йўқ ($p > 0,05$). Аксинча, касаллик бошланишининг дастлабки ўн кунлиги мобайнида IgA синфига мансуб антитаналарнинг аниқланиш частотаси IgM ва IgG антитаналар аниқланиш частотасига нисбатан ишонарли тарзда юқори ($p < 0,05$).

Хулосалар. COVID-19 пациентларининг аҳволи оғирлашуви ва умумий лимфопения даражаси ҳамда цитотоксик Т-лимфоцитлар мутлақ сонининг камайиши ўртасида ишонарли корреляцион боғлиқлик мавжуд. Касаллик енгил, ўртача оғирликда ва оғир кечаётган пациентлар гуруҳлари лимфоцитларнинг мутлақ миқдори, умумий Т-лимфоцитлар, CD3+CD4+ ва CD3+CD8+-хужайраларнинг сонига кўра, ўзаро сезиларли тафовутларга эга. Тадқиқот натижасида олинган маълумотлар хужайравий иммунологик кўрсаткичларни, касаллик клиник аломатлари пайдо бўлишининг дастлабки кунлариданоқ баҳолаш касаллик оғир ва ўта оғир кечишини прогнозлашда муҳим аҳамият касб этишидан далолат беради. Касалликнинг оғир ҳолатларида,

енгил ва ўртача оғирликдаги шаклларга нисбатан фаоллаштирилган Т-лимфоцитлар, В-лимфоцитлар ва фаоллаштирилган NK-хужайралари, IL-2 рецепторининг α -занжирини экспрессияловчи фаоллаштирилган CD25+-Т-лимфоцитларнинг мутлақ кийматларида ишонарли тафовут мавжуд. Пациентлар қон зардобини таркибидаги IL-6 даражаси беморлар ҳолатининг оғирлашувига мутаносиб тарзда ошиб боради. Т-лимфоцит субпопуляцияларининг нейтрофилларга нисбати COVID-19 оғир кечаётган пациентларда касаллик енгил ва ўртача оғирликда кечаётган пациентлардагига нисбатан ишонарли тарзда паст. Касалланишнинг 25-30-кунлари мобайнида олинган намуналарда IgM, IgG ва IgA синфига

мансуб антитаналарнинг аниқланиш частотаси мос равишда 92,8%, 100% ва 93,9% ни ташкил этди. Олинган натижалар, жамоат саломатлигини сақлаш нуқтаи-назаридан келиб чиқиб, янги коронавирус инфекциясини ташхислаш, даволаш ҳамда касаллик кенг тарқалишининг олдини олиш учун, клиник амалиётда пациентларнинг гуморал ва ҳужайравий иммунитет кўрсаткичлари таҳлилини ҳам йўлга қўйиш зарурлигини кўрсатмоқда. Шифокорларнинг пациентлар иммун мақомини аниқлашнинг моҳияти ҳамда заруриятини чуқур англаб етишлари, уларда иммунологик кўрсаткичларни талқин этиш, баҳолаш кўникмаларини тўлақонли шакллантириш муҳим ҳисобланади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Балахонов С.В. и др. Изучение гуморального иммунного ответа при лёгкой и бессимптомной формах проявления COVID-19 // Acta Biomedica Scientifica, 2020, Vol. 5, №5 стр. 26-30.
2. Бугоркова С.А. Некоторые аспекты формирования иммунного ответа у пациентов с COVID-19. 2020. COVID-19 PREPRINTS. MICROBE. RU. <https://doi.org/10.21055/preprints-3111717>.
3. Лобов А. В., Иванова П. И., Погодина Е. А. и др. Оценка клеточного звена иммунитета при новой коронавирусной инфекции COVID-19 // РОССИЙСКИЙ БИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ. М.: 2021; том 20. №4.- с. 10-17.
4. Никитин Ю.В. и др. Иммунологические показатели и их прогностическая значимость у больных COVID-19 различной степени тяжести // ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА / Том 11 · № 4 · 2021 с.12-20
5. Потеряев Д. А. и др. Оценка Т-клеточного иммунитета к SARS-CoV-2 у переболевших и вакцинированных против COVID-19 лиц с помощью ELISPOT набора ТиграТест® SARS-CoV-2 // БИОпрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. 2021, Т. 21, № 3 с. 178-192.
6. Rizaev J.A., Umirzakov Z. B., Umirov S. E. Ways to Optimize Medical Services for Covid-19 Patients. SPECIALUSIS UGDYMAS / SPECIAL EDUCATION 2022 1 (43).- p. 1217-1224

Умирзаков З.Б.,
Самарқанд вилояти ОИТСга қарши курашиш маркази¹,
Кенжаева Н. Қ.,
Республика ихтисослаштирилган наркология илмий-амалий тиббиёт марказининг Самарқанд вилояти минтақавий филиали²,
Умиров С.Э.
Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази³

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ДИНАМИКАСИНING АЙРИМ ЖИҲАТЛАРИ

Қисқача баёни. Самарқанд вилоятида 2010-2014 йиллар мобайнида ОИВ инфекцияси билан касалланишнинг ўсиши, 2015-2021 йиллар давомида эса пасайиши кузатилган. ОИВ инфекциясига чалинганларнинг гендер таркибида эркак жинсига мансуб шахслар аёл жинсига мансубларга нисбатан устувор ва таҳлил этилаётган йиллар мобайнида мазкур нисбат кескин ўзгармаган. Вилоятда ОИВ инфекцияси юқишида гетеросексуал жинсий йўл улушининг барқарор ўсиш тенденцияси кузатилиб, 2010-2021 йиллар давомида 1,5 марта ошган, мазкур йиллар мобайнида парентерал йўлларнинг ҳиссаси эса 3,2 марта пасайган. ОИВ инфекциясининг 2021 йилда вертикал механизм орқали юқиш ҳолатлари қайд этилмаган. Наркологик диспансер ҳисобидаги ОИВ инфекциясига чалинган гиёҳванд моддаларга тобе шахслар (коморбид ҳолатлар) аксарият ҳолатларда инфекцияни жинсий йўл орқали юқтиришган.

Калит сўзлар: ОИВ инфекцияси, инцидентлик, динамика, гиёҳвандлик, жинс тавсифи, юқиш йўли.

Аннотация. Рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией наблюдался в Самаркандской области в течение 2010-2014 гг., снижение в течение 2015-2021 гг. В гендерном составе ВИЧ-инфицированных преобладают мужчины над женщинами, и это соотношение за анализируемые годы существенно не изменилось. В регионе доля гетеросексуальных половых



путей передачи ВИЧ-инфекции имеет устойчивую тенденцию роста, которая за 2010-2021 годы увеличилась в 1,5 раза, а доля парентеральных путей за эти годы снизилась в 3,2 раза. В 2021 году случаев заражения ВИЧ-инфекцией путем вертикальной передачи не зарегистрировано. ВИЧ инфицированные, состоящие на диспансерном учете наркологического диспансера (коморбидные состояния), в большинстве случаев заразились половым путем.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, заболеваемость, динамика, зависимость, гендерная характеристика, путь передачи.

Abstract. An increase in the incidence of HIV infection was observed in the Samarkand region during 2010-2014, a decrease during 2015-2021. The gender composition of HIV-infected people is dominated by men over women, and this ratio has not changed significantly over the analyzed years. In the region, the share of heterosexual sexual routes of HIV transmission has a steady growth trend, which increased by 1.5 times in 2010-2021, while the share of parenteral routes decreased by 3.2 times over these years. In 2021, no cases of HIV infection through vertical transmission were registered. HIV-infected people who are registered with a narcological dispensary (comorbid conditions), in most cases, became infected through sexual contact.

Key words: HIV infection, incidence, dynamics, dependence, gender characteristics, mode of transmission.

Кириш. ОИВ инфекцияси ўзининг мураккаблиги, жумладан иқтисодий, ижтимоий, психологик ва тиббий жиҳатларига кўра жамиятнинг бутун тарққиётига таҳдид солувчи кўп қиррали муаммодир. Жаҳон миқёсида ОИВ инфекцияси пандемиясининг тобора кенгайиб бораётганлиги, хос профилактика ва батамом соғайишни таъминловчи радикал даволаш воситаларининг мавжуд эмаслиги, зарарланганларнинг умрбод тиббий ёрдамга муҳтожлиги, пациентлар тиббий-ижтимоий қўллаб-қувватланиши таъминланишига қаратиладиган сарф-харажатларнинг юқорилиги ҳамда касаллик тарқалишининг жамиятдаги ижтимоий-иқтисодий ҳолатга ва кишилар хулқ-атворида боғлиқлиги мазкур касалликни бутун инсониятнинг энг ўткир муаммоларидан бирига айлантирмоқда [1].

Жинсий йўл билан юқувчи касалликлар (ЖЙБЮК) ва ОИВ инфекцияси каби ижтимоий аҳамиятли юқумли касалликлар билан касалланиш даражаси умумий аҳоли ўртасидагига қараганда ўзига хос, баъзан ғайриодатий хулқ-атворга эга гуруҳлар, хусусан гиёҳвандликка ружу қўйишган кишилар ўртасида бир қадар юқори эканлиги мутахассислар томонидан таъкидлаб келинади [1, 2].

Юқоридагиларга кўра ОИВ инфекциясининг кенг тарқалишига нисбатан жавоб ҳар томонлама, кенг қўламли, динамик, уйғун ва адекват бўлиши тақазо этилади.

Тадқиқотнинг мақсади Самарқанд вилоятида ОИВ инфекцияси билан касалланиш динамикасини ва унинг айрим омилларини таҳлил этиш асосида тиббий ёрдам сифатини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқот материали ва усуллари. Самарқанд вилояти бўйича 2010-2021 йиллар мобайнида ОИВ инфекцияси билан касалланиш динамикасини акс эттирувчи кўрсаткичлар (Самарқанд вилояти ОИТСга қарши курашиш марказининг расмий маълумотлари) ҳамда гиёҳвандлик билан касалланиш ҳолатини акс эттирувчи тегишли тиббий ҳужжатлар (Республика ихтисослаштирилган наркология илмий-амалий тиббиёт марказининг Самарқанд вилояти минтақавий филиали диспансер бўлими ҳисобида туришган пациентлар ҳақидаги маълумотлар, 066-1-х/ш, 025-

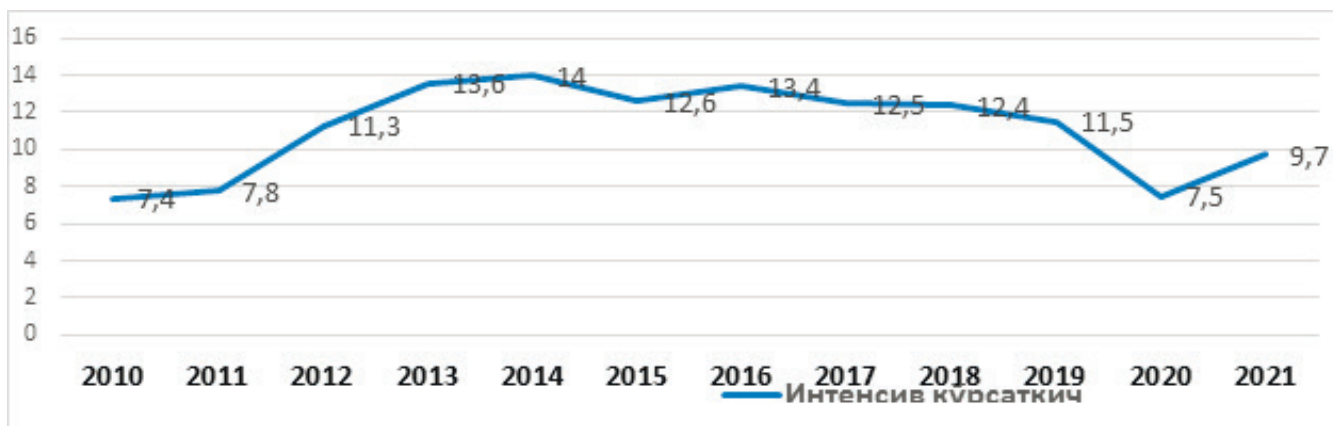
х/ш, 030-2-х/ш) таҳлил этилди. Тадқиқот жараёнида эпидемиологик, ижтимоий-гигиеник, статистик усуллар қўлланилди. Ўртача хатолик (м) ва ишонарлик (р) ҳисобланди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Самарқанд вилоятидаги ОИВ инфекцияси билан касалланишнинг жорий ҳолатини баҳолаш учун касалликнинг янги ҳолатлари (инцидентлиги) қайд этилишининг кўп йиллик (2010-2021 йй.) динамикаси таҳлил этилди (1-расм).

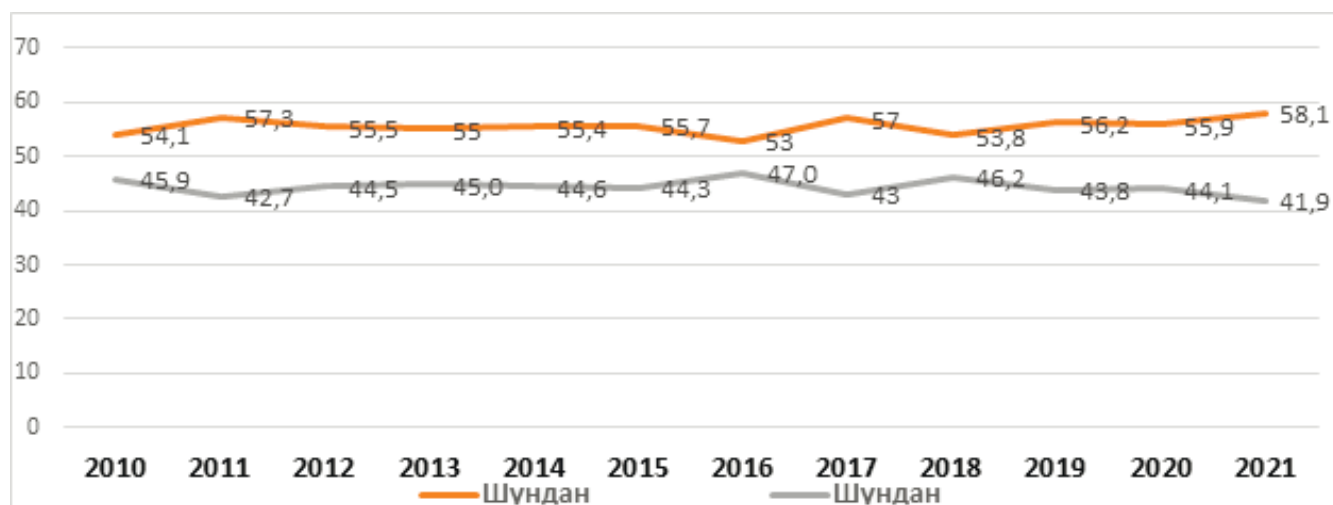
Таҳлил натижалари шуни кўрсатадики, 2010-2021 йиллар мобайнида Самарқанд вилоятида ОИВ инфекцияси билан касалланиш кўрсаткичи 100 минг нафар аҳолига нисбатан 7,4 дан (2010 йй.) 14,0 га (2014 йй.) қадар тебраниб турган. Ўртача интенсив кўрсаткич 11,1, медианаси - 11,9 (7,5-13,6) дан иборат бўлиб, 2010-2014 йиллар мобайнида касалланишнинг кескин ўсиши қайд этилган, 2015-2021 йиллар давомида эса деярли узлуксиз пасайиш тенденцияси кузатилмоқда. Касалланиш кўрсаткичи 2014 йилда (14,0) ўртача касалланиш кўрсаткичига қараганда 1,3 марта юқорилиги, 2010 йилга (7,4) нисбатан эса 1,9 марта ўсганлиги қайд этилди ($p < 0,05$). Вилоятда ОИВ инфекцияси билан касалланиш даражаси 2021 йилда (9,7), 2014 йилга нисбатан 1,4 марта пасайган ($p < 0,05$).

ОИВ инфекцияси янги ҳолатларининг (инцидентлигининг) жинсий таркибини таҳлил этиш шуни кўрсатадики, умумий пациентлар ўртасида эркакларнинг ҳиссаси динамикада 53,0% дан (2016 йй.) 58,1% гача (2021 йй.) кўламда бўлиб, ўртача 55,6% дан иборат (2-расм).

Умумий пациентлар ўртасида аёлларнинг ҳиссаси динамикада 41,9% дан (2021 йй.) 47,0% гача (2016 йй.) кўламда тебраниб, ўртача 44,4% дан иборат. Таъкидлаш жоизки, таҳлил этилаётган йиллар (2010-2021 йй.) мобайнида ОИВ инфекцияси билан касалланганларнинг жинсий таркиби динамикада деярли ўзгаришсиз қолмоқда ($p > 0,05$). Мазкур ҳолат, худудда ушбу муддат давомида ОИВ инфекцияси эпидемик жараёни жадаллигини ва зарарланишнинг жинсий таркибини белгиловчи омилларнинг таъсири жиддий ўзгаришларга учрамаганлигидан далолат беради.



1-расм. Самарқанд вилоятида ОИВ инфекцияси билан касалланиш динамикаси (2010-2021 йй., 100 минг нафар аҳолига)



2-расм. ОИВ инфекцияси билан касалланиш жинсий таркибининг динамикаси (Самарқанд вилояти, 2010-2021 йй., %)

ОИВ инфекциясининг юқиш йўллари бўйича таҳлили, вилоятда касалликнинг жинсий йўл орқали юқиши етакчи мавқега эга эканлигини кўрсатмоқда (1-жадвал). Таҳлил этилаётган йиллар мобайнида ўртача 68,3% ҳолатда инфекция юқиши гетеросексуал жинсий йўл билан содир этилганлиги аниқланди. Вилоятда гетеросексуал жинсий йўл орқали инфекция юқишининг барқарор ўсиш тенденцияси кузатилиб, 2010 йилга (53,3%) нисбатан 2021 йилда (80,9%) 1,5 марта ошган. 2010-2021 йиллар мобайнида ўртача 0,1% ҳолатда инфекциянинг гомосексуал жинсий йўл орқали юққанлиги қайд этилди. ОИВ инфекциясининг юқишида парентерал йўллар иккинчи ўринни эгаллаб, ўртача 26,6% ни ташкил этади ҳамда 11,4% дан 36,3% гача кўламда тебраниб турган. 2010-2015 йиллар мобайнида инфекциянинг парентерал йўл орқали юқиши барқарор тарзда кечганлиги, ва ўртача кўрсаткичга (26,6%) қараганда 1,2-1,4 марта юқори бўлганлиги аниқланди. 2016 йилдан буён парентерал йўл орқали инфекция юқи-

шининг узлуксиз пасайиши кузатилмоқда. Мазкур йўл орқали инфекция юқиши 2021 йилда (11,4%) ўртача кўрсаткичга (26,6%) қараганда 2,3 марта, 2010 йилдаги (36,3%) кўрсаткичга нисбатан эса 3,2 марта пасайганлиги аниқланди.

ОИВ инфекциясининг вертикал механизм орқали юқиши ўртача 1,5% ни ташкил этади. Мазкур механизм орқали инфекция юқишининг улуши 2010 йилда 9,0% дан иборат бўлиб, кейинги йилларда кескин камайиб борган ва 2021 йилда умуман кузатилмаган. Бу ҳолат республикада ОИВ инфекциясининг вертикал механизм орқали юқишини элиминация қилиш дастури доирасида амалга оширилаётган фаолиятнинг Самарқанд вилоятидаги ижобий натижаси сифатида баҳоланиши мумкин. Таҳлил этилаётган йиллар мобайнида ўртача 3,5% ҳолатда инфекциянинг юқиш йўли аниқланмаган.

ОИВ инфекциясининг юқиш йўллари таҳлилини чуқурлаштириш, янада холис ва ҳаққоний баҳолаш нуктаи назаридан, гиёҳвандлар ўртасида қайд этил-



1-жадвал

Самарқанд вилоятида ОИВ инфекцияси юқиш йўллари динамикаси (2010-2021 йй., %)

Йиллар	Жинсий		Парентерал	Вертикал	Номаълум
	Гетеросексуал	Гомосексуал			
2010	53,3		36,3	9,0	1,4
2011	57,6		32,4	5,7	4,3
2012	61,9		30,9	4,1	3,1
2013	62,7		35,7	1,2	0,4
2014	65,4	0,4	32,6	0,2	1,4
2015	60,1		36,0	0,2	3,7
2016	72,7		25,4	0,2	1,7
2017	67,3		25,9	0,2	5,6
2018	75,4	0,4	17,8	0,4	6,0
2019	76,7		20,2	0,4	2,7
2020	77,4		16,2	2,0	4,4
2021	80,9	1,3	11,4	0	6,4
2010-2021 ўртача	68,3	0,1	26,6	1,5	3,5

2-жадвал

Самарқанд вилоятида гиёҳвандликка тобе шахслар ўртасида ОИВ инфекциясининг юқиш йўллари (2010-2021 йй., %)

Гиёҳванд моддани қабул қилиш тури	ОИВ инфекциясининг эҳтимолий юқиш йўллари, %			p
	Жинсий (гетеросексуал)	Гиёҳванд моддалар инъекцияси	Тиббий парентерал	
Инъекцион гиёҳвандлик моддаларининг истеъмолчилари	84,8±6,2	15,2±6,2	-	p<0,05
Инъекцион бўлмаган гиёҳвандлик моддаларини қабул қилувчилар	100,0	-	-	
Жами	96,7±1,4	3,3±1,4	-	p<0,05

ган мазкур инфекция ҳолатларида юқиш йўллари-нинг таҳлили амалга оширилди. Таъкидлаш жоизки, ОИВ инфекциясининг янги ҳолатлари ўртасида гиёҳвандлар ҳиссаси 2010 йилда 5,7% ни ташкил этган бўлса, 2020 йилда 0,6% дан иборат. 2019 ва 2021 йилларда гиёҳвандлар ўртасида ОИВ инфекциясининг янги ҳолатлари умуман қайд этилмаган. Гиёҳвандлар ўртасида ОИВ инфекцияси юқиш йўллари-нинг таҳлилин амалга ошириш мақсадида, аввало, ихтисослаштирилган наркология илмий-амалий тиббиёт марказининг Самарқанд вилояти минтақавий филиали диспансер бўлими ҳисобида туришган пациентлар гиёҳванд моддаларни қабул қилиш усулига кўра икки гуруҳга – инъекцион гиёҳванд моддаларнинг истеъмолчилари ва гиёҳванд моддаларни бошқа усуллар (энтерал, чекиш, ҳидлаш) орқали қабул қилувчилар гуруҳларига ажратилди (2-жадвал).

Эпидемиологик суриштирув натижаларига кўра, катта эҳтимоллик билан, ОИВ инфекциясининг янги ҳолати ташхис этилган инъекцион гиёҳвандлик

моддаларининг истеъмолчиларидан мутлақ аксари-ят қисмига – 84,8±6,2% ҳолатда мазкур инфекция гиёҳвандлик моддалар қабули таъсири асносида тасодикий жинсий шериклардан ҳимояланмаган жинсий (гетеросексуал) алоқа жараёнида юққан, 15,2±6,2% ҳолатда эса гиёҳванд моддалар инъекцияси жараёнида юққан деган хулосага келинди (p<0,05).

Инъекцион бўлмаган гиёҳвандлик моддалар истеъмолчиларининг барчасига (100,0%) инфекция гиёҳвандлик моддалар қабули таъсири асносида тасодикий жинсий шериклардан ҳимояланмаган жинсий (гетеросексуал) алоқа жараёнида юққан деб хулоса чиқарилди. Шу тариқа, жами ОИВ инфекциясининг янги ҳолатлари ташхис этилган гиёҳвандликка тобе шахсларга 96,7±1,4% ҳолатда касаллик жинсий (гетеросексуал) алоқа натижасида юққанлиги, 3,3±1,4% ҳолатда эса гиёҳванд моддалар инъекцияси жараёнида юққанлиги аниқланди (p<0,05).

Хулосалар. Самарқанд вилоятида 2010-2014 йиллар мобайнида ОИВ инфекцияси билан ка-



салланишнинг кескин ўсиши, 2015-2021 йиллар давомида узлуксиз пасайиш тенденцияси кузатилмакда. ОИВ инфекциясига чалинганларнинг гендер таркибида эркак жинсига мансуб шахслар аёл жинсига мансубларга нисбатан (тегишлича ўртача 55,6%:44,4%) устувор бўлиб, таҳлил этилаётган йиллар мобайнида мазкур нисбат кескин ўзгармаган ($p>0,05$). Бу ҳолат, ҳудудда тадқиқ этилаётган муддат давомида ОИВ инфекцияси эпидемик жараёни жадаллигини ва зарарланишнинг жинсий таркибини белгиловчи омилларнинг таъсири жиддий ўзгаришларга учрамаганлигидан далолат беради. Вилоятда ОИВ инфекцияси юқишида гетеросексуал жинсий йўл улушининг барқарор ўсиш тенденцияси

кузатилиб, 2010 йилга (53,3%) нисбатан 2021 йилда (80,9%) 1,5 марта ошган. Мазкур йиллар мобайнида инфекция юқишида парентерал йўлларнинг ҳиссаси эса 3,2 марта пасайган. ОИВ инфекциясининг вертикал механизм орқали юқишини элиминация қилиш дастури доирасида амалга оширилаётган фаолиятнинг Самарқанд вилоятидаги ижобий натижаси ўлароқ 2021 йилда касалликнинг вертикал механизм орқали юқиш ҳолатлари қайд этилмаган. Наркологик диспансер ҳисобидаги ОИВ инфекциясига чалинган гиёҳванд моддаларга тобе шахслар (коморбид ҳолатлар) аксарият ҳолатларда инфекцияни жинсий йўл орқали юқтиришган ($p<0,05$).

Фойдаланилган адабиётлар

1. Глобальная стратегия противодействия СПИДу на период 2021-2026 гг., ЮНЭЙДС, Женева, 2020
2. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2020 год. Рекомендации правительствам, Организации Объединенных Наций и другим соответствующим международным и национальным организациям // Ж. НАРКОЛОГИЯ.- М.: 2021, №11.- Стр. 3-11
3. Стратегия УНП ООН на 2021–2025 годы. // Ж. НАРКОЛОГИЯ.- М.: 2021, №12.- Стр. 3-25.

Urunova Dilbar Maxmudovna¹,

Respublika ixtisoslashtirilgan epidemiologiya, mikrobiologiya, yuqumli va parazitlar kasalliklar ilmiy-amaliy markazi¹

Yuldashev Kaxramon Holdarovich²,

Respublika OITSga qarshi kurashish markazi²

Axmedjanova Zulfiya Ismailovna³,

, Immunologiya va inson genomikasi instituti³

Baxtiyor Bahrom o'g'li^{1,4},

Toshkent Pediatriya Tibbiyot instituti

Nosirova Nargiza Imamovna⁵,

Baratova Venera Djurayevna⁵

Toshkent OITSga qarshi kurashish markazi⁵

OIV INFEKTSIYASIDA KOMORBIDLIK INDEKSINING TAHLILI

Tadqiqot maqsadi: OIV infeksiyali bemorlarda komorbid kasalliklarni baholash.

Materiallar va uslublar: Tadqiqotga OITSga qarshi kurash bo'yicha respublika markazida dispanser hisobda turgan, turli yillarda RQT boshlanishidan oldin aniqlangan, 18 yoshdan oshgan 779 nafar OIV infeksiyasi bilan kasallangan bemorlar ko'rikdan o'tkazildi. Retrovirusga qarshi terapiya (RQT) boshlanishidan oldin bemorlarning yosh tarkibi, OIV infeksiyasining bosqichi va yoshi va CD4 limfotsitlari soniga qarab komorbidlik indeksini (CI) tahlil qilish o'tkazildi. Asosiy ustunlik qiluvchi ikkilamchi va yondosh kasalliklar aniqlandi. Bemorlarning KI bemorlarning uzoq muddatli prognozini baholash uchun Charlson indeksidan foydalangan holda baholandi. Tadqiqotlar natijasida bemorlarning aksariyatida komorbid kasalliklar (82%) bo'lganligi aniqlandi, bu yuqori KI bilan bog'liq. Yuqori KI bemorlarning yoshi ortib borayotgani aniqlandi (60 yoshdan oshgan bemorlarning 85% da KI 6 yoki undan ko'p). Biroq, 40 yoshgacha bo'lgan bemorlarning 59,25% KI 6 yoki undan ko'p ballga ega bo'lib, bu hayotning yomon prognozi bilan bog'liq edi.

Kalit so'zlar: OIV infeksiyasi, komorbidlik indeksi, antiretrovirus terapiya, CD4 limfotsitlar.

Summary and methods: To evaluate comorbid conditions in patients with HIV-infection.

Materials and methods: The study included 779 HIV-infected patients, over 18 years old, identified in different years before the start of ART, who are on dispensary registration at the republican center for combating AIDS, were examined. The analysis of the age structure, the stage of HIV infection of patients and the analysis of the comorbidity index (CI) depending on the age and the number of CD4 lymphocytes before the start of antiretroviral therapy (ART) were conducted. The main predominant secondary and concomitant diseases were identified. CI of patients were evaluated by using the Charlson index



to assess the long-term prognosis of patients. As a result of the study, it was revealed that the majority of patients had comorbid diseases (82%), which is associated with high CI. High CI was detected as increasing patients' age (CI 6 or more in 85% of patients over 60 years of age). However, 59.25% of patients under 40 years had CI 6 or more points, which was associated with a poor prognosis of life.

Key words: HIV infection, comorbidity index, antiretroviral therapy, CD4 lymphocytes

Резюме. Цель исследования: Оценить коморбидные состояния у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы: В исследование были включены 779 **ВИЧ-инфицированных пациентов, старше 18 лет, выявленных в разные годы до начала АРТ, находящихся на диспансерном учете в республиканском центре по борьбе со СПИДом.** Проведен анализ возрастной структуры пациентов и стадия ВИЧ инфекции, анализ индекса коморбидности (ИК) в зависимости от возраста и количества CD4 лимфоцитов до начала антиретровирусной терапии (АРТ), выявлены основные преобладающие вторичные и сопутствующих заболевания. ИК пациентов оценивали с помощью индекса Charlson, для оценки отдаленного прогноза больных. В результате исследования было выявлено что, большинство пациентов имели коморбидные заболевания (82%), что ассоциировано высоким ИК. Высокий ИК был выявлен по мере повышения возраста пациентов (ИК 6 и более у 85% пациентов старше 60 лет). Среди пациентов младше 40 лет у 59,25% был также выявлен ИК 6 и более баллов, что ассоциировалось плохим прогнозом жизни.

Ключевые слова: ВИЧ инфекция, индекс коморбидности, антиретровирусная терапия, CD4-лимфоциты

Kirish. Butun dunyo olimlarining OIV/OITSni o'rganish bo'yicha ko'p yillik tajribasiga qaramay, OIV infeksiyasi jamiyat hayotining barcha jabhalariga ta'sir ko'rsatuvchi, o'lim darajasini, sifatini, umr ko'rish davomiyligini va aholining mehnat qobiliyatini pasaytiruvchi jiddiy global muammo bo'lib qolmoqda [1]. JSST ma'lumotlariga ko'ra, virus bugungi kunga qadar 40,1 mln [33,6–48,6 mln] inson hayotini o'ldirgan. 2021 yil holatiga ko'ra, dunyo bo'ylab OIV bilan yashayotgan taxminan 38,4 mln [33,9–43,8 mln] kishi bor. 2021 yilda 650 000 [510 000–860 000] kishi OIV bilan bog'liq sabablar tufayli vafot etdi va qo'shimcha 1,5 million [1,0–2,0 million] kishi OIV bilan yangi kasallangan.

RQT paydo bo'lishi munosabati bilan bu kasallik surunkali boshqariladigan infeksiyalar toifasiga o'tdi [2,3]. O'rtacha umr ko'rish davomiyligining oshishi ushbu kasallik bilan birga keladigan va uning kechishini og'irlashtiradigan kasalliklar sonini ham oshirdi. Bir qator tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, so'nggi yillarda OIV infeksiyasi yangi sifatga ega bo'lib, unda turli xil opportunistik infeksiyalar va turli xil tana tizimlarining surunkali kasalliklari bilan kuchayadigan komorbid kasalliklar ko'paymoqda. [4,5,6,7,8,9,10,11], yangi aniqlangan aksariyat bemorlar RQTni talab qiladigan infeksiyaning ilg'or bosqichlarida bemorlarni tashkil etmoqda. [12,13].

Komorbid holatlar bir vaqtning o'zida yuzaga keladigan ikki yoki undan ortiq kasalliklarning kombinatsiyasi bo'lib, hayot sifatiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan va o'lim ehtimolini oshiradigan, kasallikning prognozini yomonlashtiradigan ko'plab surunkali patologik jarayonlarga xosdir. OIV infeksiyasining o'ziga xos profilaktikasi yo'qligi, qimmat davolash va ijtimoiy va iqtisodiy oqibatlar ushbu kasallikni insoniyatning global muammolari bilan bog'lash huquqini beradi.

Tadqiqot maqsadi : OIV bilan kasallangan bemorlarning komorbid holatini baholash.

Tadqiqot vazifalari:

1. OIV bilan kasallangan bemorlarning yosh tarkibini tahlil qilish.

2. RQTni olmagan OIV bilan kasallangan bemor-

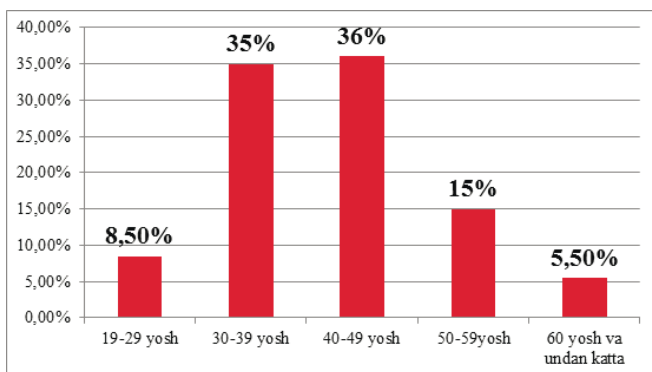
larda Charlson komorbid indeksini (KI) tahlil qilish.

3. CD 4 limfotsitlar soniga qarab KI ni baholash .

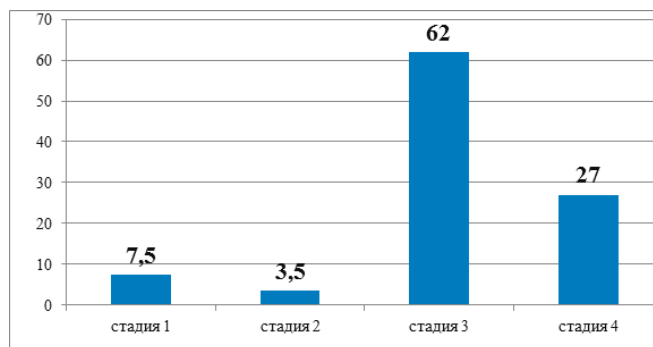
4. Asosiy ustun bo'lgan yondosh kasalliklarni aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari: RQT boshlanishidan oldin turli yillarda aniqlangan va Respublika OITSga qarshi kurash markazida dispanser nazoratda turgan 779 nafar OIV infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarning ambulator kartalari tahlil qilindi. OIV infeksiyasi immun ferment analizi (IFA) va immunoblot tadqiqotlari natijalarini hisobga olgan holda tasdiqlangan, klinik, laborator va instrumental tadqiqotlar natijalariga ko'ra yondosh kasalliklar tashxisi qo'yilgan. Tadqiqotda OIV bilan kasallangan bemorlarda raqobatdosh, yondosh, o'tmishdagi kasalliklar tahlil qildi. Tadqiqotga tasodifiy tanlab olish yo'li bilan kasallikning turli davrlarida bo'lgan 18 yoshdan oshgan bemorlar kiritilgan. Bemorlarni yosh bo'yicha taqsimlash Jahon Sogliqni Saqlash tashkilotining (JSST) tasnifi yordamida amalga oshirildi: 18-44 yosh – yosh, 45-59 yosh – o'rta, 60-74 yosh - qariyalar, 75-90 yosh - qarilik. OIV infeksiyasining bosqichi O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlangan JSSTning moslashtirilgan milliy klinik protokollari asosida belgilandi [14]. OIV infeksiyasining bosqichlari, CD4-limfotsitlar soni, virusli yuklama, OITS-indikator va yondosh kasalliklar, komorbid indeks hisobga olingan. Bemorlarning komorbidlik indeksi (KI) Charlson komorbidlik indeksi yordamida baholandi, bu esa uzoq muddatli kuzatuvi bo'lgan bemorlarning keyingi uzoq muddatli prognozini baholash uchun ishlatiladi, bu keyingi 10 yil ichida o'lim xavfini hisoblash imkonini beradi. KI ma'lum kasalliklarning ballarini yig'ish va 40 yoshdan keyin hayotning har o'n yilligi uchun 1 ball qo'shish yo'li bilan hisoblanadi. [15,16].

Komorbid kasalliklarning mavjudligi yoki yo'qligiga qarab, bemorlar quyidagi guruhlariga bo'lingan: 1) komorbid kasalliklar bo'lmagan bemorlar; 2) komorbid kasalliklari mavjud bemorlar: KI 1-4 ball, KI 6 yoki undan ko'p ball. Statistik ma'lumotlarni qayta ishlash uchun Microsoft, Excel 2010 dasturlari yordamida tavs-



1-rasm. OIV bilan kasallangan bemorlarning yosh tarkibi.



2-rasm. OIV bilan kasallangan bemorlarning klinik bosqichlari.

flovchi va qiyosiy statistika usullari qo'llanilgan. Variatsion qatorni shakllantirishda eng kichik va eng katta qiymatlar hisoblab chiqildi. Qayta ishlash jarayonida olingan ma'lumotlarni grafik tasvirlash uchun Microsoft dasturiy mahsulotlari ishlatilgan. Mustaqil namunalarni solishtirganda, guruhlar o'rtasidagi farqlarning ahamiyatini aniqlash uchun Student's t-testi va Mann-Whitney testi qo'llanilgan (odatdagidan farqli taqsimot bilan). Nol gipoteza statistik ahamiyatga ega $p=0,05$ chegara darajasida rad etildi.

Tadqiqot natijalari va muhokama. O'rganilgan bemorlar orasida (87%) erkaklar ayollarga (13%) nisbatan ko'pchilikni tashkil etdi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $42,13 \pm 0,34$ yil edi.

Yosh tarkibini tahlil qilganda, bemorlarning 71% eng mehnatga layoqatli yosh guruhiga to'g'ri kelishi aniqlandi: 30-49 yosh (30-39 yoshda - 35 % va mos ravishda 40-49 yoshda - 36%). (1-rasm). Turli mualliflar tomonidan o'tkazilgan shunga o'xshash tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, OIV infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarning aksariyati mehnatga layoqatli yoshdagilardir [1].

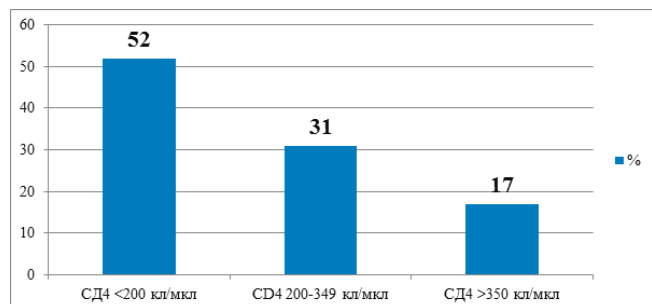
Biz RQTDan oldin OIV infeksiyasining klinik davrlarini baholadik. RQT boshlanishidan oldin bemorlarning 89% ($n = 692$) OIV infeksiyasining quyi bosqichida bo'lgan (2-rasm), ular yuqori ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamga muhtoj edi (shundan 62% uchinchi va 27% to'rtinchi bosqichda). Shuni hisobga olish kerakki, OIV

infeksiyasining quyi bosqichida bemorlar sonining ko'payishi dori vositalarini davolash va ijtimoiy qo'llab-quvvatlashga davlat xarajatlarining oshishiga olib keladi [17]. Bemorlarning faqat 11,2% ($n=87$) kasallikning dastlabki bosqichida bo'lgan, ulardan 7,5% ($n = 57$) birinchi bosqichga va 3,5% ($n=30$) ikkinchi bosqichga ega, bu kasallikning quyi bosqichidagi bemorlar soniga nisbatan sezilarli darajada kamroqdir ($P<0,001$), bu OIV infeksiyasining dastlabki bosqichlarida OIV infeksiyasi tashxisini optimallashtirish zarurligini ko'rsatadi. Har qanday mutaxassisga murojat qilgan noaniq tashxisi bo'lgan barcha bemorlarni OIV infeksiyasiga tekshirish, shuningdek, OIV infeksiyasining erta klinik ko'rinishlariga e'tibor berish kerak.

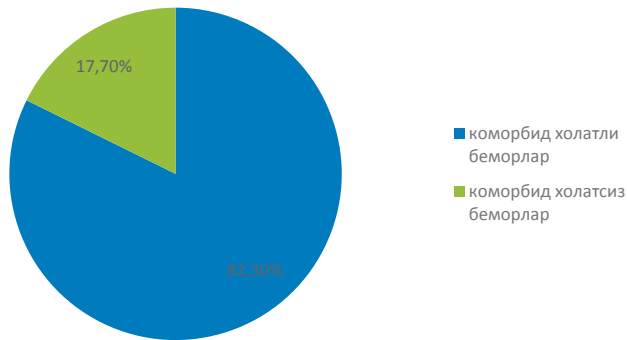
OIV bilan kasallangan bemorlarning CD 4 limfotsitlarining o'rtacha qiymati - $212,9 \pm 5,8$ hujayra/mkl RQT boshlanishidan oldin chuqur immunosuppressiya (CD4 limfotsitlar soni 200 hujayradan past bo'lgan 1 μ l qon uchun) 404 bemorda (52%) kuzatilgan, bu 404 bemorda (52%) kuzatilgan, bu esa 239 ta bemorlarning sonidan sezilarli darajada ko'pdur. CD 4 limfotsitlar 1 μ l qonda 202 dan 349 gacha hujayralar ($P < 0,001$), bu tekshirilganlarning umumiy sonining 31% ni tashkil qiladi. (3-rasm) Chuqur immunosuppressiya bilan og'riq bemorlar orasida 320 (79%) bemorda CD 4 limfotsitlar soni (CD 4 limfotsitlari 1 ml qon uchun 100 hujayradan kam) past bo'lgan, bu og'ir opportunistik infeksiyalar bilan bog'liq.

Komorbid holatlar bir bemorda bir-biriga salbiy ta'sir ko'rsatadigan ikki yoki undan ortiq kasallikdir. Kasallikning turli davrlarida komorbid kasalliklarning bir-biriga o'zaro ta'siri har xil bo'lishi mumkin [8]. OIV infeksiyasida immunokompetent hujayralarga zararlanishi bilan surunkali yallig'lanish rivojlanadi. Shu sababli, ko'plab surunkali kasalliklarda bo'lgani kabi, OIV infeksiyasiga ham turli xil komorbid holatlar xosdir [9, 10].

RQTNi qabul qilmagan OIV bilan kasallangan bemorlarda Charlson komorbidlik indeksini tahlil qilish komorbid kasalliklarga chalingan bemorlarning soni 82,3% ($n = 641$) ni tashkil etganini ko'rsatdi, bu komorbid kasalliklari bo'lmagan bemorlarga nisbatan sezilarli darajada yuqori bo'lgan 17,7% ($n = 138$).



Rasm 3. RQTNi boshlashdan oldin turli darajadagi CD4 limfotsitlari bo'lgan bemorlarning nisbati ($n=779$)



Rasm. 4. OIV infeksiyasi bo'lgan bemorlarda komorbid kasalliklarning (n - 779)

Bemorlarning 73,7% (n - 574) da KI 6 yoki undan ortiq ball, 0,2% (2) da - 4 ball, 0,4% (3) da - 1,6% (13) - 2 ball, 6,1% da 3 ball. (48) - 1 ball va 17,7% (138) da komorbid holatlar aniqlanmadi.

Komorbidlik indeksiga nisbatan yosh tarkibini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, 40 yoshgacha bo'lgan (339 bemor) bemorlarning 201 (59,2%)da KI 6 yoki undan ko'p ballga ega bulgan.

60 yosh va undan katta yoshdagi barcha bemorlarda komorbid kasalliklar mavjud bo'lib, 29 (85%) da KI 6 yoki undan ko'p ballni tashkil etdi.

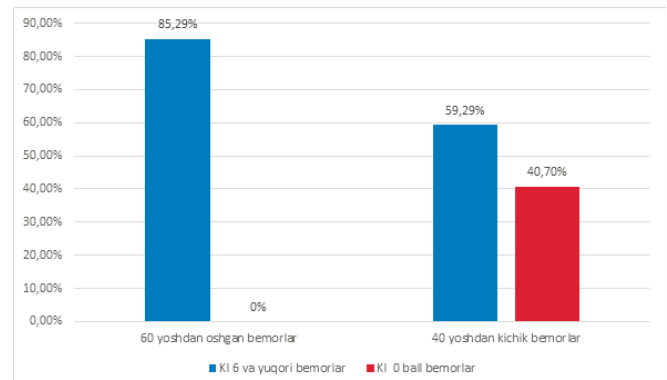
Shunday qilib, bemorlarning yoshi oshgani sayin komorbidlik indeksining o'sishi aniqlandi, ammo, OIV bilan kasallangan yosh bemorlarda ham, RQTgacha KI yuqori ekanligi qayd etildi. Rasm. 5.

60 yoshdan oshgan bemorlarda o'rtacha KI qiymati $9,1 \pm 0,003$ ballni, 40 yoshgacha bo'lgan bemorlarda esa $6,0 \pm 0,004$ ballni tashkil etdi.

Immunosupressiya fonida rivojlanayotgan OIV bilan bog'liq kasalliklarni tahlil qilish (1-jadval) 81% (631) bemorlarda og'iz bo'shlig'i va halqum kasalliklari (shu jumladan, og'iz bo'shlig'i va halqum kandidozi 52% (406) hollarda, angulyar xeylit 19,3% (150), qaytalanuvchi yarali stomatitlar 7,3% (57), og'iz bo'shlig'i va tilning tukli leykoplakiyasi 2,1% (17)) eng ko'p uchraganini ko'rsatdi.

Bemorlarning 40% da tana vaznining yo'qotilishi aniqlangan, ulardan 37% (289) bemorlarda 10% dan ortiq tana vaznining yo'qotilishi, 4,4% (33) holatlarda OIV kaxeziyasi aniqlangan.

Oddiy herpes virusi (HSV)ning 1/2 turlari keltirib chiqaradigan kasalliklar 232 (29,7%), 19 (2,4%) bemorlarda pnevmosist pnevmoniya (PCP), onkologik kasalliklar (Kaposhi sarkomasi, limfomalar, bachadon bo'yni saratoni, miya shishi)) 60 bemorda tashkil etilgan bo'lib, ular o'rganilgan bemorlarning umumiy sonining 7,7% ni, 10 bemorda sitomegalovirus (CMV) retinit (1,2%), OIV ensefalopatiyasi 144 bemor (18,5%), tuberkulyoz 126 bemor (16,2%) aniqlangan. Armaniston va Qirg'iziston tadqiqotchilarining ma'lumotlariga ko'ra,



Rasm. 5. Komorbidlik indeksining bemorlar yoshiga nisbatan qiyosiy tahlili

OIV bilan kasallangan bemorlarda tuberkulyoz ko'rsatkichlari O'zbekistonda bo'lgani kabi 14,6-17,1% ni tashkil etgan [19].

OIV/TB koinfektsiyasi bilan kasallangan bemorlarning 75,4 % (95) o'pka sili, 24,6 % (31) o'pkadan tashqari sil, 3,9 % (5) tarqalgan o'pka sili, 0,8 % (1) periferik limfa tugunlari, 1,6 % intratoraks limfa tugunlari sili, 1,5% (2) tarqalgan sili aniqlandi.

Bir qator mualliflarning tadqiqotlarida 2014–2018 yillarda MDHning 6 ta davlatida oddiy aholi va OIV infeksiyasi bilan kasallangan bemorlar orasida sil bilan kasallanish va o'lim darajasi baholandi va OIV bilan kasallangan bemorlar orasida sil tez-tez uchraganligi va koinfektsiyali bemorlar mikobakterial infeksiyaning dori-darmonlarga chidamli shakllarini rivojlanish manbalari ekanligi aniqlandi. Bundan tashqari, OIV infeksiyasi bilan og'riq bemorlarda sil bilan kasallanish darajasi asosiy kasallik darajasidan oshib ketdi va bemorlarning deyarli yarmida o'limga sabab bo'ldi (49,2-54,2%). Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra [21] OIV bilan kasallangan bemorlarda ikkilamchi kasalliklar tarkibida sil ikkinchi o'rinni egallashi aniqlandi. 2011-2014 yillarda yangi aniqlangan silning ulushi mos ravishda 15,5%, 16,3%, 22,7 va 13,6% ni tashkil etdi [21]. OIV koinfektsiyali bemorlarda kasallikning jadal rivojlanishi yuzaga keladi, hamda RQT va silga qarshi davolanish bilan dori-darmonlarni qabul qilish bilan bog'liq shikastlanish xavfi yuqori buladi. OIV infeksiyasidagi immunosupressiv holat sil va boshqa opportunistik infeksiyalar va yondosh kasalliklarni targalishiga yordam beradi.

OIV bilan kasallangan bemorlarda eng ko'p uchraydigan qushimcha kasalliklar : oshqozon-ichak kasalliklari 73% (568), virusli gepatit 23,36% (182), anemiya va trombositopeniya 21% (171), allergik dermatit 1,5% (10), psoriasis 0.1%, (1)).

Surunkali virusli gepatit 182 bemorda aniqlandi, bu -23,3 % ni tashkil etdi , ulardan eng ko'pini virusli gepatit C (HCV) - 21,3% (170 bemor), virusli gepatit B (HBV) faqat 27 bemorda aniqlangan, shundan 62,9% (17) virusli gepatit B+ D. Genitouriya tizimi kasalliklari 11,5 % , oshqozon-ichak trakti kasalliklari 6,6 % , nerv

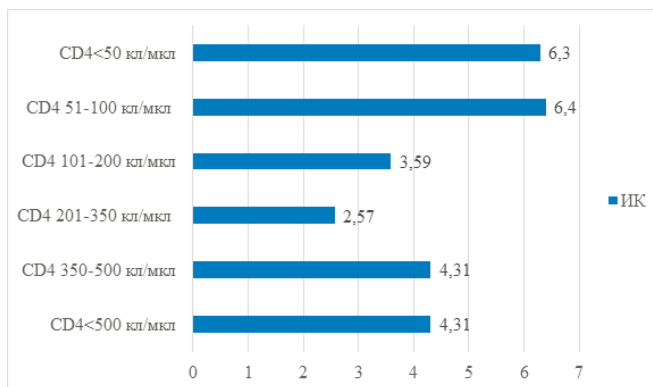
1- jadval

OIV bilan kasallangan bemorlarda eng ko'p uchraydigan opportunistik infeksiyalar (n =779)

Oportunistik infeksiyalar	Bemorlar soni	%
Tana vaznining yo'qolishi (TVY)	313	40,1
10% gacha vazn yo'qotish (313 tadan 779 tadan)	24	3,08 / 7,6
10% dan ortiq vazn yo'qotish (313 tadan 779 tadan)	289	37,0/ 92,33
OIV kaxeziyasi (313 tadan)	35	11,2
Og'iz va tomoq kasalliklari	631	81,0
Qaytalanuvchi yarali stomatit	57	7,3
Tilning tukli leykoplakiyasi	17	2,1
Og'iz va halqumning kandidozi	406	52,1
Angulyar xeylit	150	19,25
Surunkali diareya	345	44,28
Qizilo'ngach kandidozi	8	1,0
Orofaringeal saraton	1	0,12
O'rab oluvchi temratki	192	24,6
Papulyar qichima toshma	68	8,7
Seboriyali dermatit	38	4,8
Gerpes ½ turi bilan bog'liq kasalliklar	232	29,8
HPV (sugal)	7	0,8
Yuqori nafas yo'llarining takroriy kasalliklari	160	20,5
Pnevmoniya	127	16,3
Plevrit bilan asoratlangan pnevmoniya (127 tadan)	15	11,8
Pnevmosistali pnevmoniya (127 ta 779 tadan)	19	2,4 / 13,0
Surunkali obstruktiv bronhit	2	0,2
Sil	126	16,2
O'pka sili (126 tadan)	95	75,4
O'pkadan tashqari sil (126 tadan)	31	24,6
Kaposhi sarkomasi	54	6,9
Linfomalar	4	0,5
Bosh miya saratoni	1	0,1
Bachadon bo'yni saratoni	2	0,2
Sut bezlari saratoni	1	0,1
Orofaringeal saraton	1	0,1

tizimi kasalliklari 2,2 %, teri kasalliklari 1,5% hollarda aniqlangan.

Tekshirilgan bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari spektri xilma-xil bo'lib, 5,5 % (43) hollarda aniqlangan. Yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rikan 43 bemorning 25 % arterial gipertenziya, 16,3 % stenokardiya, 6,9 % o'tkir miokard infarkti, 6,9 % infarktdan keyingi kardioskleroz, 6,9% mitral klapan etishmovchiligi va trikuspid klapani etishmovchiligi 6,9%, 1 ta bemorda sil etiologiyali perikardit qayd etildi. Dilyatatsion kardiomyopatiya (DCMP) va miokardit OIV infeksiyasining eng keng tarqalgan asoratlari hisoblanadi. Kuzatilgan bemorlarning 25% DCMP, 16,3% miokardit



6-rasm. Komorbidlik indeksining immunitet tanqisligi darajasiga nisbatan tahlili

aniqlangan. Exokardiografiyada chap qorincha sistolik funksiyasining 9,3% bemorda susayishi, 4,6% holatda chap qorincha diastolik disfunktsiyasi, 20,9%- chap qorincha kengayishi, 6,9 % yurakning o'ng tomonlama kengayishi, 11,62%- aorta sklerozi, bemorlarning 13,9% da chap qorincha gipertrofiyasi kabi o'zgarishlar aniqlangan.

Immunosupressiyaga qarab KI ni tahlil qilganda (6-rasm), CD4 qiymatlari 100 hujayra/mkl dan past bo'lganida, eng yuqori komorbidlik indeksi ko'rsatkichlari aniqlangan, ammo CD4 hujayralari boshqa ko'rsatkichlar bilan taqqoslaganda, ballarda sezilarli farqlar topilmadi. O'rtacha immunosupressiya va CD4 qiymatlari 500 hujayra/μl dan yuqori bo'lganida, KI 4 ball ichida edi.

Shunday qilib, so'nggi tadqiqotlar natijalariga ko'ra, OIV infeksiyasining og'ir va komorbid shakllari aniqlangan [6,7,8,9,10,11]. Odamning immunitet tanqisligi virusining o'zi OIV bilan kasallangan bemorlarning komorbid patologiyasiga asosiy hissa qo'shadi [8, 9], shu bilan birga yondosh kasalliklar turli darajadagi og'irliklarga ega bo'lishi mumkin [18]. Tadqiqotlarimiz natijalari shuni ko'rsatdiki, bemorlarning aksariyati (404) 51,86% RQTNi boshlashdan oldin chuqur immunosupressiv holatda bo'lgan, bu esa komorbid holatlarga olib keldi. Komorbid kasalliklar (82%) yuqori KI bilan bog'liq edi. Bemorlarning yoshi oshgani sayin yuqori KI aniqlandi (60 yoshdan oshgan bemorlarning 85% da KI 6 yoki undan ko'p). Biroq, 40 yoshgacha bo'lgan bemorlar orasida KI ning 59,25% 6va undan ko'p ballga ega bo'lib, bu yomon hayot prognozi bilan bog'liq.

Xulosalar:

1. OIV infeksiyasi bilan og'rikan bemorlarning ko'pchiligida (85%) yuqori KI bor edi, bu bemorlarning yoshi bilan ortib bordi, ammo 40 yoshgacha bo'lgan bemorlarning 59,3% ham yuqori KI ga ega edi.

2. Komorbidlik indeksini baholash uning immunosupressiyaga bog'liqligini ko'rsatdi, CD4 limfotsitlar soni qancha past bo'lsa, KI shunchalik yuqori bo'lsa-da, CD 4 limfotsitlar darajasi va yuqori KI o'rtasidagi ishonarli darajada bo'linish aniqlanmadi.

3. RQT boshlanishidan oldin turli yillarda tashxis



qo'yilgan OIV infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarda quyidagi opportunistik infeksiyalar aniqlandi: bemorlarning 81% da og'iz bo'shlig'i va halqum kasalliklari, shu jumladan og'iz bo'shlig'i va halqum kandidozi 52%, surunkali diareya 45%; Gerpes virusning 1/2 turi bilan bog'liq kasalliklar 30%; o'rab oluvchi temratki 25%; yuqori nafas yo'llarining takroriy kasalliklari 20,5%; angulyar xeylit - 19%; pnevmoniya 16%; sil 16%, shundan o'pka sili 75%; 9% holatlarda papulyar qichiydigan toshmalar; 7% da takroriy yarali stomatit; Kaposhi sarkomasi 7%.

3. Yondosh kasalliklar orasida surunkali virusli gepatit, yurak-qon tomir kasalliklari va oshqozon-ichak kasalliklari yetakchilik qildi.

4. Komorbid kasalliklar indeksini baholash OIV infeksiyasining kechishining muhim prognostik mezonlaridan biri bo'lib, komorbid kasalliklarni davolashni erta boshlash zarurligini taqozo etadi.

5. OIV infeksiyasining quyi bosqichlarida bemorlarning ko'pligi, kasallikning dastlabki bosqichlarida OIV infeksiyasini aniqlash zarurligini ko'rsatadi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Покровский, В.В. ВИЧ/СПИД сокращает число россиян и продолжительность их жизни / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, А.В. Покровская // Демографическое обозрение- 2017- №1-С.65-82
URL: <https://cyberleninka.ru/RQTitle/n/vich-sp-id-sokraschaet-chislo-rossiyan-i-prodolzhitelnost-ih-zhizni> (дата обращения: 13.02.2022).
2. Ладная, Н.Н., **Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2019 г/** Н.Н. Ладная, В.В. Покровский, Л.А. Дементьева, Е.В. Соколова // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы-2020-Т.10. №3. С.17-26
DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/epidem.2020.10.3.17-26>
3. Belkin MN, Uriel N. HerQRT health in the age of highly active antiretroviral therapy: a review of HIV cardiomyopathy. Curr Opin Cardiol. 2018 May; 3(3):317-324. doi: 10.1097/HCO.0000000000000513.
4. Kaplan-Lewis E, Aberg JA, Lee M. Atherosclerotic Cardiovascular Disease and AntiRetroviral Therapy. Curr HIV/AIDS Rep. 2016; 13(5):297-308. doi:10.1007/s11904-016- 0331-y.
5. Чукаева, И.И., Роль ВИЧ-инфекции в развитии факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с естественным течением ВИЧ-инфекции и получающих антиретровирусную терапию/ И.И Чукаева И.В. Комарова, А.В.Кравченко [и др.]//Кардиосоматика. -2014-5(2). -С.36-40
6. Беляков, Н.А., Коморбидные и тяжелые формы ВИЧ-инфекции / Н.А. Беляков, В.В. Рассохин, Т.Н. Трофимова, Е.В. Степанова, А.М. Пантелеев, О.Н. Леонова, С.А. Бузунова, Н.В. Коновалова, А.М. Миличкина, А.А. Тотолян // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2016. - Т.8. -№3. - С. 9-25-42.
7. Беляков, Н.А., ВИЧ-инфекция, вторичные и сопутствующие заболевания/ Н.А. Беляков, В.В. Рассохин, Е.В. Степанова// Медицинский тематический архив. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр- 2014. -№ 8. -С.368
8. Беляков, Н.А., Коморбидные состояния при ВИЧ-инфекции. Часть 1. Основы проблемы/ Н.А. Беляков, В.В. Рассохин// СПб: Балтийский медицинский образовательный центр- 2018. -С.184, илл.
9. Беляков, Н.А., Коморбидные состояния при ВИЧ-инфекции. Часть II. Вторичные и сопутствующие инфекции/ Н.А. Беляков, В.В. Рассохин// СПб: Балтийский медицинский образовательный центр- 2019. -С. 252 с., илл.
10. Леонова, О.Н., Тяжелые и коморбидные состояния у больных с ВИЧ-инфекцией: анализ неблагоприятных исходов / О.Н. Леонова, Е.В. Степанова, Н.А. Беляков // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2017. -Т.9. -№1. -С.55-64.
11. Рассохин, В.В., Эпидемиология, клиника и современные стратегии. Тяжелые и коморбидные формы ВИЧ-инфекции / В.В. Рассохин, А.С. Бобрешова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. -2017. -Т. 9.- № 4. -С. 106-110.
12. **Ладная Н.Н.**, Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации в 2007 г./Н.Н. Ладная, Е. В. Соколова, О.Г. Юрин [и др.]//Эпидемиология и инфекционные болезни - 2008. -№3. - С. 7-12.
13. Рахманова, А.Г., Анализ причин смерти ВИЧ-инфицированных в 2008-2010 гг. По материалам клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина, г. Санкт-Петербург/ А.Г. Рахманова [и др.] // Казанский мед.ж.- 2012.- №3.- С.522-526
URL: <https://cyberleninka.ru/RQTitle/n/analiz-prichin-smerti-vich-infitsirovannyh-v-2008-010-gg-po-materialam-klinicheskoy-infektsionnoy-bolnitsy-im-s-p-botkina-g-sankt-peterburg>.
14. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining «Odam immunitet tanqisligi virusi infeksiyasi bo'yicha milliy sharoitga moslashtirilgan klinik bayonnomalarni amaliyotga tatbiq etish to'g'risida» 19 avgust 2021 yil 206 -sonli bo'yruqi.
15. Charlson ME, Pompei P, Ales KL et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chron Dis 1987; 40: 373-83.
16. Deyo R.A Cherkin DC, Ciol MA. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. J Clin Epidemiol 1992; 45 (6): 613-9
17. Юнкеров В.И., Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований/ В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. - СПб.: ВМедА- 2002. - С.266
18. Белялов, Ф.И. Двенадцать тезисов коморбидности/ Ф.И. Белялов // Клиническая медицина. -2009. - № 12. - С. 69-71
19. Кравченко, А.В., Динамика развития туберкулеза у больных ВИЧ инфекцией в странах СНГ в 2014-2018 гг./ А.В. Кравченко//Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы- 2020. -Т.10. -№3. -С.47-53
20. Фролова, О. П., Организационно-методические проблемы профилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией и наркоманией /О.П. Фролова[и др.] //Здравоохранение Российской Федерации. - 2014. - Т. 58. - №. 5. - С. 22-25
21. Халдарова, Х.М., Система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией и ВИЧ-ассоциированными заболеваниями/Халдарова Х.М [и др.] //Евразийский Союз Ученых 2016. -№29-1.-С.71-74
22. URL: <https://cyberleninka.ru/RQTitle/n/sistema-epidemiologicheskogo-nadzora-za-vich-infektsiei-i-vich-assotsirovannymi-zabolevaniyami>

Гульнара Худайкулова, Махбуба Муминова
Тошкент тиббиёт академияси

ОИВ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН ЎТКИР ДИАРЕЯЛИ БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШДА SACCHAROMYCES BOULARDIIНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИНING САМАРАДОРЛИГИ

Тадқиқот давомида 18 ёшгача бўлган юкумли диарея кузатишган ОИВ-инфекциясининг II ва III клиник босқичидаги 224 нафар бемор болалар 2 гуруҳга тақсимланиб ўрғанилди. Асосий гуруҳни – 118 нафар анъанавий даволаш режасига *Saccharomyces boulardii* 5 кун давомида 2 пакетдан 2 маҳал киритилган бемор болалар, ҳамда назорат гуруҳини – 106 нафар фақатгина анъанавий даволаш олган болалар ташкил этилди.

ОИВ билан зарарланган болаларда ўткир диареяларни даволашда *Saccharomyces boulardii*нинг киритилиши тана ҳароратининг юқори кўрсаткичларига сезиларли таъсир кўрсатмайди, бироқ даволаш фониди тана ҳароратининг меъёрий кўрсаткичлари ишонарли кўп ҳолларда қайд этилди ($P < 0,05$). ОИВ билан зарарланган болалардаги ўткир диареяларни *Saccharomyces boulardii* билан даволаш фониди диареянинг суткалик сонининг камайиши ва давомийлигининг қисқариши сезиларли кузатилади., бу эса сувсизланиш белгиларининг сезиларли йўқолишига олиб келади.

Калит сўзлар: ОИВ-инфекцияси, болалар, ўткир юкумли диареялар, *Saccharomyces boulardii*.

Обследовано 224 детей в возрасте до 18 лет с острыми инфекционными диареями со II и III клинической стадии ВИЧ-инфекции. Основную группу составили – 118 ВИЧ-инфицированных детей, которые на фоне традиционной терапии острой диареи получали *Saccharomyces boulardii* в течении 5 дней по 2 пакетика 2 раза в день. Контрольную группу составили – 106 ВИЧ-инфицированных детей получавшие только традиционную терапию.

Включение *Saccharomyces boulardii* в терапии острых диарей у ВИЧ-инфицированных детей не влияет на высокие показатели температуры тела, но после лечения достоверно чаще регистрировался температуры тела с нормальными значениями. ВИЧ-инфицированных детей при лечении острых диарей с *Saccharomyces boulardii* приводит к значительному снижению признаков обезвоживания. Возможно это связано со снижением суточного количества и укорочением длительность диарей.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, дети, острые инфекционные диареи, *Saccharomyces boulardii*.

We examined 224 children under the age of 18 with acute infectious diarrhea with II and III clinical stages of HIV infection. The main group consisted of 118 HIV-infected children who received *Saccharomyces boulardii* for 5 days, 2 sachets 2 times a day, against the background of traditional therapy for acute diarrhea. The control group consisted of 106 HIV-infected children who received only traditional therapy.

The inclusion of *Saccharomyces boulardii* in the treatment of acute diarrhea in HIV-infected children does not affect high body temperature, but after treatment, body temperature with normal values was recorded significantly more often. In HIV-infected children, treatment of acute diarrhea with *Saccharomyces boulardii* results in a significant reduction in signs of dehydration. Perhaps this is due to a decrease in the daily amount and a shortening of the duration of diarrhea.

Key words: HIV infection, children, acute infectious diarrhea, *Saccharomyces boulardii*.

Муаммонинг долзарблиги. Ўткир гастроэнтеритдаги тез ривожланувчи регидратация ва реабилитация муҳим муаммолардан бири ҳисобланади. Қўшимча даво сифатида юбориладиган пробиотиклар, эҳтимол, ўткир юкумли гастроэнтеритни тахминан 24 соатга қисқартиради. Тадқиқотларни кўрсатишича, пробиотиклар асосан чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларни, ҳамда ўткир сувли диарея билан касалланган шахсларни даволашда статистик аҳамиятли ҳисобланади [5, 7].

ОИВ мусбат беморлардаги диареяларда *S. boulardii* кунига 1-3 г 1 ой муддат давомида берилганда яхши самара берганлиги, бироқ *S. Boulardii*нинг паст микдорлари ва қисқа муддатли курслари яхши самара бермаганлигини кўрсатди. ОИВ ҳамкор диарея билан касалланган беморларга белгиланган микдордан юқори дозаларда *S. boulardii* талаб этилади [3, 6] ОИВ-инфекциясининг IV клиник босқичидаги (ОИТС) беморларга бир ҳафта давомида *S. boulardii* берилиши

61% ҳолларда яхши самара берганлигини кўрсатди. *S. boulardii* қатор касалликларда тавсия этилади. *Saccharomyces*нинг бошқа штаммлари пробиотик хусусиятга эга, лекин бошқа штаммларнинг клиник самарадорлиги бўйича далиллар етарли эмас [9]. *S. boulardii* жуда самарали қўлланилиши бўйича қўлланмада турли касалликларда кўрсатма боғлиқ равишда дори воситасининг суткалик миқдори одатда, $>10^9$ /кунига, даволаш давомийлиги 7 кундан 6 ойгача давом этиши, уни алоҳида, ҳамда қўшимча даво сифатида тавсия этиш мумкин [4, 8]. *S. boulardii* ААД ва ТД профилактикасида самараси катта. Тадқиқотлар *S. boulardii*ни *H. pylori* даволашдаги ножўя таъсирларни камайитишини, ҳамда энтерал овқатланиш туфайли ривожланадиган [1, 10] диареяларни олдини олишини исботлаб берганлигини кўрсатди. Сурункали касалликларни (Крон касаллиги, ичакнинг таъсирланиш синдроми ва ОИВ билан боғлиқ диареялар) даволаш, ҳамда *C. difficile* томонидан қақирилган касалликларни



1-жадвал.

Ўткир диареяли ОИВ билан зарарланган болаларда *Saccharomyces bouladii*нинг иситма синдромига таъсири

Иситма	Асосий гуруҳ n=118				Назорат гуруҳи n=106			
	Даволашдан олдин		Даволашдан кейин		Даволашдан олдин		Даволашдан кейин	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гиперперитик 40°C дан юқори	19	16,1	7	5,9	18	17,0	12	11,3
Перитик 39-40°C	25	21,2	13	11,0	21	19,8	14	13,2
Фебрил 38-38.9°C	36	30,5	20	16,9	31	29,2	19	17,9
Субфебрил 37-37.9°C	24	20,3	36	30,5	24	22,6	37	34,9
Норма 36,9°C гача	14	11,9	42	35,6	12	11,3	24	22,6

2-жадвал.

Ўткир диареяли ОИВ билан зарарланган болаларда *Saccharomyces bouladii*нинг сувсизланиш даражасига таъсири

Сувсизланиш даражалари	Асосий гуруҳи n=118				Назорат гуруҳ n=106			
	Даволашдан олдин		Даволашдан кейин		Даволашдан олдин		Даволашдан кейин	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Сувсизланиш белгилари йўқ	28	23,7	72	61,0	27	25,5	43	40,6
Ўртача сувсизланиш	51	43,2	28	23,7	45	42,5	38	35,8
Огир сувсизланиш	39	33,1	18	15,3	34	32,1	25	23,6

рецидивларни олдини олиш учун қўшимча клиник тадқиқотлар ўтказилиши тавсия этилади [2, 11].

Тадқиқот мақсади. Ўткир диарея кузатилган ОИВ билан зарарланган болаларда *Saccharomyces bouladii*нинг клиник самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материали ва услублари. “ОИВ инфекцияси” ташҳиси болаларда ЎзР ССВнинг 19.08.2021 й.даги 206-сонли “ОИВ статуси тасдиқланган шахсларга тиббий ёрдамни ташкил этиш ва амалга ошириш бўйича миллий клиник баённома” асосида қўйилди. Тадқиқот Республика ОИТСга қарши кураш маркази қошидаги ихтисослаштирилган юқумли касалликлар клиникаси, Тошкент шаҳар ОИТСга қарши кураш маркази, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Вирусология илмий текшириш институтининг болалар ОИВ-инфекцияси бўлимида ўтказилди.

Тадқиқот давомида 18 ёшгача бўлган юқумли диарея кузатилган ОИВ-инфекциясининг II ва III клиник босқичидаги 224 нафар бемор болалар 2 гуруҳга тақсимланиб ўрганилди. Асосий гуруҳни – 118 нафар анъанавий даволаш режасига *Saccharomyces bouladii* 5 кун давомида 2 пакетдан 2 маҳал киритилган бемор болалар, ҳамда назорат гуруҳини – 106 нафар фақатгина анъанавий даволаш олган болалар ташкил этилди.

Ташҳис беморлар шикояти, клиник, антропометрик, серологик, бактериологик, иммунологик, ви-

русологик ва инструментал текширувлар асосида қўйилди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси. Болаларда иситма ОИВ-инфекциясининг деярли барча клиник босқичларида касалликнинг асосий симптомлари бири бўлиб ҳисобланади.

Текширувдаги болаларда тана ҳароратини гиперперитик (40°C дан юқори) даражада кўтарилиши даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар ўртасидаги фарқ асосий гуруҳдаги болаларда 2,7 баробарни, назорат гуруҳидаги болаларда эса деярли 1,5 баробарни ишонарли ташкил этган (16,1%; 5,9% ва 17,0%; 11,3% мос равишда, $P<0,05$). Тана ҳарорати перитик (39-40°C) даражаларга кўтарилиши асосий гуруҳдагиларда даволашдан олдин даволашдан кейинга нисбатан 1,9 баробар, назоратдаги гуруҳдагиларда эса 1,5 баробар кўп ҳолларда ишонарли қайд этилди (21,2%; 11,0% ва 19,8%; 13,2% ҳолларда мос равишда, $P<0,05$). Фебрил даражадаги тана ҳароратининг кўтарилиши даволашдан олдин ҳар иккала гуруҳ болаларда деярли бир хил кўрсаткичларда кузатилган бўлса, даволашдан кейин эса асосий гуруҳдагиларда 1,8 баробар ва назорат гуруҳдагиларда 1,5 баробар кам ҳолларда ишонарли қайд этилди ($P<0,05$). Субфебрил даражадаги (37-37.9°C) тана ҳарорат кўтарилиши иккала гуруҳ болаларда даволашдан олдин ва кейинги кўрсаткичлар ўртасидаги фарқ 1,5 баробарни ташкил этди (20,3%;

Ўткир диареяли ОИВ билан зарарланган болаларда *Saccharomyces bouladii*нинг диареянинг суткалик сонига таъсири

Диареянинг суткалик сони	Асосий гуруҳи n=118				Назорат гуруҳ n=106			
	Даволашдан олдин		Даволашдан кейин		Даволашдан олдин		Даволашдан кейин	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
10 мартадан кўп	53	44,9	15	12,7	48	45,3	27	25,5
6-10 марта	39	33,1	24	20,3	33	31,1	39	36,8
3-5 марта	26	22,0	79	66,9	25	23,6	40	37,7

30,5% ва 22,6%; 34,9% мос равишда, $P<0,05$). Даволашдан олдин тана ҳароратининг нормал даражада бўлиши иккала гуруҳдаги беморларнинг деярли бир хил кўрсаткичда аниқланди, даволашдан кейин эса ушбу кўрсаткич асосий гуруҳдагиларда 3,0 баробарга, назорат гуруҳдагиларда эса 2 баробарга ишонарли кўпайди (11,9%; 35,6% ва 11,3%; 22,6% мос равишда, $P>0,05$).

Шундай қилиб, ОИВ билан зарарланган болалардаги ўткир диареяларда *Saccharomyces bouladii* тана ҳароратига сезиларли таъсир кўрсатмайди ($P>0,05$). Фақатгина *Saccharomyces bouladii* киририлганда сўнг беморлар тана ҳароратининг меъёр кўрсаткичлар ишонарли фарқ аниқланди.

Даволашдан олдин кузатувимиздаги иккала гуруҳ беморларнинг деярли $\frac{1}{4}$ қисмида сувсизланиш белгилари аниқланмади. Бироқ даволашдан кейин сувсизланиш белгилари йўқолган беморларнинг сони асосий гуруҳдагиларда 2,6 баробарга, назорат гуруҳдагиларда 1,6 баробарга ишонарли ошди (23,7%; 61,0% ва 25,5%; 40,6% мос равишда, $P<0,05$). Сувсизланишнинг ўртача даражасидаги асосий гуруҳ беморларда даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткич ўртасидаги фарқ 1,8 баробарни ташкил этган бўлса (43,2% ва 23,7% мос равишда, $P<0,05$), назоратдаги беморларда фарқлар ишонарли бўлмади (42,5% ва 35,8% мос равишда, $P>0,05$). Сувсизланишнинг оғир даражаси асосий гуруҳда даволашдан кейин деярли 2,2 баробарга ишонарли камайди ($P<0,05$), назорат гуруҳдагиларда эса даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар ўртасидаги фарқлар ишонарли бўлмади.

Шундай қилиб, даволашдан кейин сувсизланиш белгиларининг йўқолиши асосий гуруҳдаги беморларда 1,5 баробар кўп ҳолларда, ўртача ва оғир даражадаги сувсизланиш белгилари эса аксинча 1,5 барбар кам ҳолларда қайд этилди. Эҳтимол бу даволашдан кейин диареянинг суткалик сонининг камайишига ва давомийлигининг қисқаришига боғлиқ.

Даволашдан олдин диареянинг суткалик сонининг 10 мартадан кўп бўлиши иккала гуруҳ беморларнинг деярли ярмида кузатилган бўлса, даволашдан кейин асосий гуруҳдагиларда мазкур кўрсаткич

3,5 баробарга, назорат гуруҳдагиларда эса 1,7 баробарга ишонарли камайди (44,9%; 12,7% ва 45,3%; 25,5% мос равишда, $P<0,05$). Диареянинг суткалик сонини 6-10 мартагача бўлиши даволашдан кейин асосий гуруҳдаги беморларда 1,6 баробарга ишонарли камайган бўлса ($P<0,05$), назорат гуруҳдагиларда даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар ўртасида фарқлар ишонарли бўлмади ($P>0,05$). Даволашдан кейин диареянинг суткалик сонининг 3-5 мартагача бўлиши асосий гуруҳдагиларда 3,0 баробарга, назорат гуруҳдагиларда эса 1,6 баробарга ишонарли ошди (22,0%; 64,4% ва 23,6%; 39,6% мос равишда, $P<0,05$).

Шундай қилиб, даволашдан кейин асосий гуруҳларда назоратдагиларга нисбатан 10 мартадан кўп бўлиши 2,0 баробар, диареянинг суткалик сонининг 6-10 марта эса 1,8 баробар кам ҳолларда ишонарли аниқланган бўлса, 3-5 мартага бўлиши эса аксинча 1,8 баробар кўп ҳолларда ишонарли қайд этилди ($P<0,05$).

Диареянинг 1-3 кун давом этиши даволашдан кейин асосий гуруҳдагиларда 4,2 баробарга ва назорат гуруҳдагиларда 2,2 баробарга ишонарли ошди (7,6%; 32,2% ва 9,4%; 20,8% мос равишда, $P<0,05$). Асосий гуруҳдагиларда диареянинг 4-7 кун давом этиши даволашдан кейин 1,9 баробарга ва назорат гуруҳдагиларда эса 1,7 баробарга ишонарли ошди (20,3%; 39,8% ва 21,7%; 34,9% мос равишда, $P<0,05$). Диареянинг 7-10 кун давом этиши даволашдан кейин асосий гуруҳдаги болаларда 2,3 баробарга, 10-14 кун давом этиши эса 3,0 баробарга ишонарли камайди (41,5%; 17,8% ва 30,5%; 10,2% ҳолларда мос равишда, $P<0,05$). Назорат гуруҳдаги беморларда даволашдан кейин диареянинг давомийлиги 7-10 кун ва 10-14 кун давом этиши эса 1,6 баробарга ишонарли камайди (42,5%; 27,4% ва 27,4%; 17,0% ҳолларда мос равишда, $P<0,05$).

Агар киёсий гуруҳлардаги даволашдан кейинги кўрсаткичларни солиштирсак, диареянинг 1-3 кун давом этиши асосий гуруҳдагиларда назорат гуруҳдагиларга нисбатан 1,5 баробар кўп ҳолларда қайд этилган бўлса (32,2% ва 20,8% ҳолларда мос равишда, $P<0,05$), 4-7 кун давом этиши ўртасида

Ўткир диареяли ОИВ билан зарарланган болаларда *Saccharomyces bouladii*нинг диареянинг давомийлигига таъсири

Диареянинг суткалик сони	Асосий гуруҳи n=118				Назорат гуруҳ n=106			
	Даволашдан олдин		Даволашдан кейин		Даволашдан олдин		Даволашдан кейин	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-3 кун	9	7,6	38	32,2	10	9,4	22	20,8
4-7 кун	24	20,3	47	39,8	22	20,8	37	34,9
7-10 кун	49	41,5	21	17,8	45	42,5	29	27,4
10-14 кун	36	30,5	12	10,2	29	27,4	18	17,0

фарқлар ишонарли бўлмади (39,8% ва 34,9% ҳолларда мос равишда, $P>0,05$). Диареянинг 7-10 кун ва 10-14 кун давом этиши аксинча, асосий гуруҳдаги беморларда назорат гуруҳдагиларга нисбатан 1,5 баробар кўп ҳолларда ишонарли қайд этилди ($P<0,05$). Шунинг хулоса қилиш керакки, ОИВ билан зарарланган болалардаги ўткир диареяларни даволашда *Saccharomyces bouladii*ни киритиши нафақат диареянинг суткалик сонини камайишига ва диареянинг давомийлигига қисқариши, балки бунинг натижасида сувсизланиш белгиларининг камайишига олиб келади.

Хулосалар:

ОИВ билан зарарланган болаларда ўткир диареяларни даволашда *Saccharomyces bouladii*нинг киритилиши тана ҳароратининг юқори кўрсаткичларига сезиларли таъсир кўрсатмайди, бироқ даволаш фониди тана ҳароратининг меъёрий кўрсаткичлари ишонарли кўп ҳолларда қайд этилди ($P<0,05$).

ОИВ билан зарарланган болалардаги ўткир диареяларни *Saccharomyces bouladii* билан даволаш фониди диареянинг суткалик сонининг камайиши ва давомийлигининг қисқариши сезиларли кузатилади. Бу эса сувсизланиш белгиларининг сезиларли йўқолишига олиб келади.

Фойдаланган адабиётлар.

1. Bibbo S, Ianaro G, Giorgio V, et al. The role of diet on gut microbiota composition. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2016;22:4742–4797.
2. D'Argenio V, Salvatore F. The role of gut microbiota in the healthy adult status. Clin Chim Acta. 2015;451:97–102.
3. Dubourg G. Microbiome of HIV-infected people. Microbial Pathogenesis. 2017, 106: 85–93.
4. Mudd J.C., Brenchley J.M. Gut mucosal barrier dysfunction, microbial dysbiosis, and their role in HIV-1 disease progression. J. Infect. Dis. 2016, 214 (suppl. 2):58–66.
5. Mukherjee PK, Sendid B, Hoarau G, et al. Mycobacteria in gastrointestinal diseases. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2015;2:77–87.
6. Sánchez B, Delgado S, Blanco-Míguez A, et al. Probiotics, gut microbiota, and their influence on host health and disease. Mol Nutr Food Res. 2017 doi: 10.1002/mnfr.201600240.
7. Sun J, Chang EB. Exploring gut microbes in human health and disease: pushing the envelope. Genes Dis. 2014;1:132–139.
8. Zająwska H., Kołodziej M., Gieruszczak-Białek D., Skórka A., Ruszczyński M., Shamir R. Systematic Review with Meta-Analysis: Lactobacillus rhamnosus GG for Treating Acute Gastroenteritis in Children—A 2019 Update. Aliment. Pharmacol. Ther. 2019;49:1376–1384. doi: 10.1111/apt.15267.
9. Бовбель И.Э. Современные представления о микробиоте кишечника и возможности эффективного применения пробиотиков в практике врача-педиатра. Медицинские новости. 2017, 2 (269):25–31.
10. Джафари В., Якуб Дж., Абид С., Сиддики С., Аван С., Низами С.К. Инфекция *Helicobacter pylori* у детей: популяционная возрастная распространенность и факторы риска в развивающейся стране. Акта Педиатр. 2010 г.; 99 : 279–282.
11. Карен М., Юксель О., Акюрек Н., Офлюоглу Э., Чаглар К., Сахин Т.Т., Пашаоглу Х., Мемиш Л., Акюрек Н., Бостанджи Х. Пробиотический агент *Saccharomyces bouladii* снижает частоту повреждения легких у крыс, вызванных острым некротизирующим панкреатитом. J Surg Res. 2010 г.; 160 : 139–144.

Файзуллаева Д.Б.
Республиканский центр по
борьбе со СПИДом.

ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Исследования последних трех десятилетий показали, что ВИЧ-инфекция характеризуется прогрессирующей потерей CD4⁺ Т-лимфоцитов и глобальной иммунной дисфункцией [1]. ВИЧ-индуцированное подавление и потеря этого подмножества лимфоцитов лежит в основе СПИДа. Основным иммунологическим критерием при оценке тяжести больного ВИЧ-инфекцией, стадии заболевания и его прогрессирования является показатель количества CD4⁺-клеток. Хотя снижение количества и функции CD4⁺ Т-клеток является отличительной чертой иммунопатогенеза ВИЧ, серия исследований показывает [2], что последствия заражения ВИЧ также распространяются на многие другие показатели крови, в том числе и показатели врожденного иммунитета.

Не менее важной проблемой является сочетание ВИЧ-инфекции с туберкулезом [3]. Коинфекция ТБ/ВИЧ, иммунологические нарушения при их сосуществовании, способствуют переходу латентной формы туберкулеза в активный туберкулезный процесс [4], что облегчает также развитие других острых инфекционных заболеваний, таких как пневмоцистная пневмония (возбудитель *Pneumocystis jirovecii*), криптококковый менингит. Любая из этих инфекций может иметь летальный исход. В этих случаях ТБ является косвенной причиной смерти. Согласно многочисленным данным, туберкулез явился непосредственной причиной смерти в среднем у 30% пациентов с ВИЧ-инфекцией [5].

Все вышеизложенное диктует необходимость охарактеризовать иммунопатогенез ВИЧ-инфекции с лимфаденопатией без туберкулеза, а также разработать стратегии ранней диагностики и эффективного лечения у ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ/ЛАП учетом иммунологических параметров.

В данном фрагменте исследования мы стремились получить новые знания о механизмах формирования иммунной недостаточности при ВИЧ+ЛАП сочетанном туберкулезе и уяснить вклад не только основного иммунологического критерия - CD4⁺, но и других показателей иммунного статуса, в том числе и цитокинов в развитие активной туберкулезной ин-

фекции на фоне инфекции ВИЧ.

При лабораторном обследовании ВИЧ-инфицированных лиц следует все время определять клинический анализ крови с развернутой лейкоцитарной формулой, как при первичной постановке диагноза, так и в период применения АРВ терапии и контроля ее эффективности и безопасности. При рассмотрении клинического анализа крови следует отдавать приоритет лейкоцитам и первой группе клеток, относящихся к ним, – лимфоцитам, так как при инфицировании организма ВИЧ первыми страдают эти защитные клетки.

Согласно цели и задачам диссертационной работы проведено клинико-иммунологическое обследование 94 человек, из них 47 пациентов с III стадией ВИЧ-инфекции: 22 составили лица с туберкулезной лимфаденопатией (1-ая группа) и 25 больных с ВИЧ-инфекцией - без туберкулезной лимфаденопатией (2-ая группа). Вторая аналогичная группа была с ВИЧ IV стадией. Контрольная группа состояла из 21 практически здоровых лиц.

Изменения обще клинических показателей крови у обследованных нами пациентов оказались разнообразными. Так, в клиническом анализе крови выявлялось снижение общего количества лейкоцитов и лимфоцитов у пациентов с различной клинической стадией (таб.1). В частности, выраженность лейкопении и лимфопении была отличительной у больных с 4-ой клинической стадией в обеих группах. Причем, наиболее отличительным оказалось выраженное снижение количества общего количества лейкоцитов у пациентов первой группы с 4-ой клинической стадией заболевания ($4,4 \pm 0,26$ и $6,1 \pm 0,33$; соответственно, $p < 0,05$).

Содержание лимфоцитов у пациентов первой группы с 4-ой клинической стадией заболевания также достоверно снижено ($17,6 \pm 0,40$ и $32,8 \pm 1,32$; соответственно, $p < 0,05$).

Следовательно, нами отмечено, низкий коэффициент общего количества лейкоцитов и основного элемента лейкоцитарной формулы – лимфоцитов в обеих группах больных ВИЧ/ЛАП без и с ТБ. Снижение численности данных клеточных элементов



Таблица 1.

Характеристика показателей количество лейкоцитов и лимфоцитов в разных стадиях ВИЧ-инфекции у больных ЛАП без и с ТБ ($M \pm m$).

Стадии ВИЧ-инфекции	Количество лейкоцитов и лимфоцитов		
	ВИЧ/ЛАП с ТБ n=22	ВИЧ/ЛАП без ТБ n=25	Контрольная группа n=21
3-я клиническая стадия	$5,0 \pm 0,14$ $25,3 \pm 0,71$	$5,4 \pm 0,81$ $26,5 \pm 0,52$	$6,1 \pm 0,33$ $32,8 \pm 1,32$
4-я клиническая стадия	$4,4 \pm 0,26$ $17,6 \pm 0,40$	$4,9 \pm 0,47$ $19,3 \pm 0,77$	

Примечание: в числителе количество лейкоцитов, в знаменателе - количество лимфоцитов;

* - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$)

Таблица 2.

Характеристика показателей количество CD3+ - лимфоцитов в разных стадиях ВИЧ-инфекции у больных ЛАП без и с ТБ ($M \pm m$)

Стадии ВИЧ-инфекции	Количество CD3+ - лимфоцитов		
	ВИЧ/ЛАП с ТБ, n=22	ВИЧ/ЛАП без ТБ, n=25	Контрольная группа, n=21
3-я клиническая стадия	$41,36 \pm 0,87^{***\wedge}$	$44,36 \pm 1,12^{***}$	$62,09 \pm 1,23$
4-я клиническая стадия	$39,36 \pm 0,64^{***}$	$41,36 \pm 2,15^{***}$	

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (*** - $P < 0,001$), ^ - различия относительно данных группы ВИЧ/ЛАП без ТБ значимы (^ - $P < 0,05$)

в свою очередь дает возможность к развитию ко- и суперинфекции.

Для первичного исследования иммунного статуса и выявления нарушений иммунной системы, ВОЗ рекомендует определение CD3+, CD4+, CD8+, CD19+, CD16++56+, соотношение CD4+/CD8+. Эти исследования позволяют определить относительное и абсолютное количество основных популяций лимфоцитов: Т-клетки – CD3+, В-клетки – CD19+, натуральные киллеры (NK) CD16++56+, субпопуляции Т лимфоцитов (Т-хелперы CD4+, Т-цитотоксические CD8+ и их соотношение).

Для ВИЧ-инфицированных особенно важны данные о клеточном иммунитете, точнее о состоянии общего пула Т-лимфоцитов их субпопуляций, которые достоверно отражают динамику развития болезни и позволяют делать относительно точные прогнозы [6.]. При изучении Т-клеточного иммунного звена в контингенте обследованных пациентов (табл. 2.) установлено достоверное снижение сред-

Таблица 3.

Количество CD4+ -лимфоцитов на разных стадиях ВИЧ-инфекции у больных ЛАП без и с ТБ ($M \pm m$)

Стадии ВИЧ-инфекции	Количество CD4+ -лимфоцитов		
	ВИЧ/ЛАП с ТБ n=22	ВИЧ/ЛАП без ТБ n=25	Контроль n=21
3-я клиническая стадия	$23,5 \pm 0,33^{***\wedge\wedge\wedge}$	$25,3 \pm 0,24^{***}$	$32,14 \pm 0,11$
4-я клиническая стадия	$15,7 \pm 0,16^{***\wedge\wedge\wedge}$	$17,1 \pm 0,19^{***}$	

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (*** - $P < 0,001$), ^ - различия относительно данных группы ВИЧ/ЛАП без ТБ значимы (^ - $P < 0,001$)

Таблица 4.

Характеристика показателей CD8+ -лимфоцитов в разных стадиях ВИЧ-инфекции у больных ЛАП без и с ТБ ($M \pm m$)

Стадии ВИЧ-инфекции	Количество CD8+ -лимфоцитов		
	ВИЧ/ЛАП с ТБ, n=22	ВИЧ/ЛАП без ТБ, n=25	Контрольная группа, n=21
3-я клиническая стадия	$29,3 \pm 0,31^{***\wedge}$	$28,5 \pm 0,10^{***}$	$20,2 \pm 0,53$
4-я клиническая стадия	$24,4 \pm 0,09^{***\wedge\wedge\wedge}$	$23,7 \pm 0,13^{***}$	

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (*** - $P < 0,001$), ^ - различия относительно данных группы ВИЧ/ЛАП без ТБ значимы (^ - $P < 0,05$, ^^ - $P < 0,001$)

него уровня относительного содержания Т-лимфоцитов у пациентов обеих групп с различной клинической стадией заболевания по сравнению с группой контроля. Следует отметить, что в контингенте исследованных пациентов имело место наиболее глубокое снижение количества CD3+ - лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных пациентов 1 группы с 4-ой клинической стадией заболевания ($39,36 \pm 0,64\%$ и $62,09 \pm 1,23\%$; соответственно, $p < 0,01$). Известно, что показатель CD4+ Т-клеток используется в качестве основного краткосрочного прогностического маркера в отношении прогресса и клинического исхода заболевания. CD4+ указывает также насколько сильно поражена иммунная система ВИЧ-инфекцией, какова глубина инфекционного процесса, каков риск развития оппортунистических инфекций, когда необходимо начинать противовирусное лечение [7].

Результаты, полученные в отношении CD4+-клеток у ВИЧ/ЛАПс ТБ и ВИЧ/ЛАПбез ТБ, свидетель-

Таблица 5.

Характеристика показателей CD16+ -лимфоцитов на разных стадиях ВИЧ-инфекции у больных ЛАП без и с ТБ (M±m)

Стадии ВИЧ-инфекции	Количество CD16+ -лимфоцитов		
	ВИЧ/ЛАП с ТБ, n=22	ВИЧ/ЛАП без ТБ, n=25	Контрольная группа, n=21
3-я клиническая стадия	13,4±0,72	12,2±0,44**	13,8±0,21
4-я клиническая стадия	9,3±0,91***	10,4±0,30***	

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (** - P<0,01, *** - P<0,001), ^ - различия относительно данных группы ВИЧ/ЛАП без ТБ незначимы (^ - P>0,05)

ствуют о выраженном снижении данного показателя в обеих группах (табл. 3). Т-хелперная субпопуляция CD4+ в группе ВИЧ/ЛАП в сочетании с ТБ на 3-ей клинической стадии, характеризовалась уровнем 23,5±0,33%; 25,3±0,24% и 32,14±0,11% соответственно, p<0,01).

На 4-ой клинической стадии субпопуляция CD4+ Т-лимфоцитов претерпевала существенные изменения в группе ВИЧ+ЛАП в сочетании с ТБ и характеризовалась снижением относительного количества данных клеток до 15,7±0,16% (p<0,01). Если процентное содержание CD4+ Т-лимфоцитов около 12-15%, то количество CD4 лимфоцитов будет менее 200 клеток/мм3 и тогда больным необходимо начать антиретровирусную терапию.

По данным ряд авторов получены интересные результаты в комплексном исследовании, где была показана прогностическая роль различных пулов CD8+ Т-клеток, обнаруживаемых на ранних стадиях ВИЧ-инфекции. Показано также неоднозначное (нормальное или высокое) содержание CD8+-Т-клеток при прогрессирующей форме заболевания, на фоне выраженной вирусемии [8.]. Проведенное нами исследование показало, что анализ иммунорегуляторной субпопуляции лимфоцитов CD8+-Т-клеток (табл.4.) отличался значительным повышением в группе ВИЧ+ЛАП в сочетании с ТБ на 3-ей клинической стадии и составил 29,3±0,31% (p<0,01).

Наименьшие, но все же не достигшие контрольной группы значения субпопуляции лимфоцитов CD8+-Т-клеток зарегистрированы в группе ВИЧ/ЛАП без ТБ (23,7±0,13% и 20,2±0,53% соответственно, p<0,05).

Исследование соотношения CD4+/CD8+ показало, что в 4-ой клинической стадии заболевания иммунорегуляторный индекс был наиболее снижен у пациентов ВИЧ/ЛАП с ТБ, чем у лиц ВИЧ/ЛАП без ТБ.

Таблица 6.

Характеристика показателей CD25+ -лимфоцитов в разных стадиях ВИЧ-инфекции у больных ЛАП без и с ТБ (M±m)

Стадии ВИЧ-инфекции	Количество CD25+ -лимфоцитов		
	ВИЧ/ЛАП без ТБ, n=25	Контрольная группа, n=21	
3-я клиническая стадия	11,6±1,4***	13,8±1,5***	26,3±1,2
4-я клиническая стадия	9,4±1,0***	10,6±1,1***	

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (*** - P<0,001), ^ - различия относительно данных группы ВИЧ/ЛАП без ТБ незначимы (^ - P>0,05)

Таким образом, проведенные исследования количественных параметров CD4+ и CD8+ Т-лимфоцитов у ВИЧ/ЛАП пациентов, свидетельствуют в основном о выраженном дисбалансе субпопуляций иммунорегуляторных Т-лимфоцитов на фоне дефицита общего пула CD4+ Т-лимфоцитов, что возможно является патогномичным признаком для ВИЧ-инфекции.

В исследованиях показано, что потеря активности клеток естественных киллеров (NK) коррелировала с прогрессированием ВИЧ-инфекции (9.), и существование обратной корреляции между вирусемией и NK-клеточно-опосредованным образованием CCL-хемокинов.

Также обнаружено, что CD4+ и NK - клетки восприимчивы к ВИЧ - инфекции; это может объяснить дисфункцию NK-клеток у ВИЧ-инфицированных людей.

С целью выявления амплитуды колебаний содержания CD16+ иммунокомпетентных клеток мы провели сравнительное исследование данного показателя у ВИЧ+ЛАП и ВИЧ+ЛАП в сочетании с ТБ в различные клинические стадии заболевания (табл. 5.).

Анализ изученных параметров со стороны CD16+ -лимфоцитов в сопоставляемых группах позволил установить более выраженное снижение содержания NK-клеток в периферической крови у ВИЧ-инфицированных на 4-ой клинической стадии заболевания. Так, относительный уровень циркулирующих в периферической крови CD16+ -лимфоцитов у ВИЧ+ЛАП пациентов в сочетании с ТБ снижен в среднем на 9,3±0,91%(p<0,01).

Таким образом, проведенные исследования показали, что число CD16+ -лимфоцитов изменяется



Таблица 7.

Характеристика показателей CD95+ -лимфоцитов в разных стадиях ВИЧ-инфекции у больных ЛАП без и с ТБ (M±m).

Стадии ВИЧ-инфекции ВИЧ/ЛАП с ТБ n=22	Количество CD95+ -лимфоцитов			
	ВИЧ/ЛАП без ТБ n=25		Контроль n=21	
3-я клиническая стадия	35,4±1,4***^	32,4±1,6**		26,8±1,2
4-я клиническая стадия	39,8±1,3***^	36,8±1,1***		

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (*** - P<0,001), ^ - различия относительно данных группы ВИЧ/ЛАП без ТБ незначимы (^ - P>0,05)

Таблица 8.

Характеристика показателей CD20+ -лимфоцитов в разных стадиях ВИЧ-инфекции у больных без и с ТБ (M±m)

Стадии ВИЧ-инфекции	Количество CD20+ -лимфоцитов			
	ВИЧ/ЛАП с ТБ, n=22	ВИЧ/ЛАП без ТБ, n=25	Контрольная группа, n=21	
3-я клиническая стадия	23,61±0,31***^	21,82±0,55**		20,1±0,28
4-я клиническая стадия	24,14±0,11***^	22,12±0,87*		

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (*** - P<0,001), ^ - различия относительно данных группы ВИЧ/ЛАП без ТБ незначимы (^ - P>0,05) ***^

в зависимости от стадии ВИЧ инфекции и сочетании с ТБ. Представляется интересным обнаруженный факт выраженного подавления НК-клеток у ВИЧ+ЛАП пациентов в сочетании с ТБ.

В некоторых исследованиях [10.] было обнаружено увеличение концентрации CD4+ CD25-T-регуляторных клеток в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта ВИЧ-инфицированных пациентов, не получавших лечения, что указывает на их участие в патогенезе ВИЧ в этих тканях.

При анализе особенностей концентрации CD4+CD25-T-регуляторных клеток в двух группах обследованных лиц (табл. 6) обнаружено более выраженное отсутствие экспрессировать молекулы CD25 в группе ВИЧ+ЛАП пациентов в сочетании с ТБ, находившихся на 4-ой клинической стадии заболевания.

В группе ВИЧ+ЛАП пациентов без ТБ наблюдалось также более существенное снижение относительного числа Т-лимфоцитов с экспрессией моле-

кул CD25 на 4-ой клинической стадии заболевания по сравнению с контролем (P<0,01).

Таким образом, проведенные исследования показали, что по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции активированные Т-лимфоциты начинают экспрессировать молекулы HLA DR в отсутствие молекул CD25 (рецепторов ИЛ-2).

Усиление экспрессии Fas-лиганда и продукции TNFα ВИЧ-инфицированными макрофагами и дендритными клетками может привести к усилению апоптоза инфицированных и неинфицированных CD4+Т-лимфоцитов, экспрессирующих CD95+ -лимфоцитов[11].

В наших исследованиях анализ экспрессии на лимфоцитах Fas/CD95 у ВИЧ-инфицированных пациентов свидетельствует, что число CD95 позитивных клеток при различных стадиях заболевания увеличивается (табл.7).

Анализ изученных параметров со стороны Т-клеток экспрессирующих CD95 в сопоставляемых группах позволил установить более выраженное преобладание Т-клеток экспрессирующих CD95 в периферической крови у ВИЧ+ЛАП пациентов в сочетании с ТБ, находившихся в 4-ой клинической стадии заболевания (39,8±1,3% и 36,8±1,1%, соответственно, P<0,01).

ВИЧ-инфекция сопровождается избыточной активацией В лимфоцитов, проявляющейся in vitro их спонтанной пролиферацией и повышенной продукцией иммуноглобулинов, ИЛ-6 и ФНО-α.

Результаты проведенных исследований В-клеточного звена (табл.8.) иммунитета у ВИЧ-инфицированных пациентов показали, что по сравнению с контрольной группой независимо от клинической стадии заболевания повышения показателей относительного содержания в крови циркулирующих В-лимфоцитов (23,61±0,31%; 24,14±0,11% и 20,1±0,28% соответственно, p<0,05).

Как видно из представленных в таблице 9 сведений о содержании сывороточных иммуноглобулинов в разных стадиях заболевания без и с ТБ, дисбаланс гуморального звена иммунитета отражается достоверно увеличенным содержанием IgA, IgM, IgG и IgE по сравнению с группой контроля во всех случаях (p<0,05).

В настоящее время известно, что ВИЧ играет активную роль в регуляции синтеза и продукции цитокинов [12].

Лихорадка, кахексия, церебральные нарушения, анемия, воспалительные процессы на коже и слизистых, саркомы Капоши, диареи и другие клинические проявления опосредованы в определенной

Таблица 9.

Концентрация иммуноглобулинов в разных стадиях ВИЧ-инфекции у больных ЛАП без и с ТБ (M±m)

Стадии	Ig-сыво ротки крови	Концентрация иммуноглобулинов		
		ВИЧ/ЛАП сТБ n=22	ВИЧ/ЛАП без ТБ n=25	Контрольная группа n=21
		1 группа	2 группа	
3-я клиниче- ская стадия	IgA г/л	8,63±0,65****^	6,63±0,35***	2,1±0,06 1,22±0,04 10,86±0,03 72±13
	IgM г/л	10,58±0,41****^^	8,58±0,11***	
	IgG г/л	23,71±0,58****^	21,71±0,49***	
	IgE МЕ/мл	458±63***	381±42***	
4-я клиничес- кая стадия	IgA г/л	11,81±0,64****^	9,52±0,78***	
	IgM г/л	13,69±0,18****^^	10,69±0,22***	
	IgG г/л	26,81±0,19****^^	23,81±0,64***	
	IgE МЕ/мл	520±54***	482±42***	

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (*** - P<0,001), ^ - различия относительно данных группы ВИЧ/ЛАП без ТБ значимы (^ - P<0,05, ^^ - P<0,01, ^^ - P<0,001)

Таблица 10.

Концентрация цитокинов в разных стадиях ВИЧ-инфекции у больных ЛАП без и с ТБ (M±m)

Стадии	Цитокины	Концентрация цитокинов		
		ВИЧ/ЛАП сТБ, n=22	ВИЧ/ЛАП без ТБ, n=25	Контроль n=21
3-я клиниче- ская стадия	ИФНγ пг/мл	248,8±15,32****^	205,8±13,44**	119,4±12,18 2,8±1,42 28,4±1,56 14,2±1,25
	ИЛ-4 пг/мл	20,9±2,57***	18,3±2,51***	
	ФНО-α пг/мл	368,4±3,45****^^	280±2,56***	
	ИЛ-10 пг/мл	110,4±1,98****^^	92,4±1,66***	
4-я клиничес- кая стадия	ИФНγ пг/мл	107,6±9,11	96,7±7,36	
	ИЛ-4 пг/мл	18,5±3,01***	16,6±1,19***	
	ФНО-α пг/мл	408,4±4,15****^^	300±4,38***	
	ИЛ-10 пг/мл	122,7±1,26****^^	132,1±1,18***	

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (*** - P<0,001), ^ - различия относительно данных группы ВИЧ/ЛАП без ТБ значимы (^ - P<0,05, ^^ - P<0,01, ^^ - P<0,001) *^^^_

мере гиперпродукцией провоспалительных цитокинов - ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6 [10]. Представилось интересным изучить продукцию цитокинов при ВИЧ-инфекции и особенно тех, которые непосредственно принимают участие в репликации ВИЧ.

Полученные нами данные показали, что у ВИЧ-инфицированных пациентов наблюдается повышение уровня почти всех исследованных цитокинов в сыворотке крови (табл.10).

Так, содержание цитокина ИФНγ было достоверно повышено в 3-й стадии заболевания у лиц первой группы до 248,8±15,32пг/мл и во второй группе до 205,8±13,44 пг/мл по сравнению с контрольной группой (119,4±12,18пг/мл; p<0,05). Следует отметить, что уровень продукции ИФНγ в сыворотке крови ВИЧ-инфицированных пациентов имеет двукратное повышение по сравнению с группой контроля. Однако, средние значения ИФНγ в перифериче-



ской крови на 4-ой клинической стадии составляя $107,6 \pm 9,11$ пг/мл в первой и $96,7 \pm 7,36$ пг/мл во второй группе, имели тенденцию к снижению без достоверных различий при сравнении с показателями контрольной группы ($119,4 \pm 12,18$ пг/мл).

У всех ВИЧ-инфицированных пациентов независимо от стадии заболевания наблюдается повышение уровня IL-4 в сыворотке крови. Выявлено, что у ВИЧ-инфицированных пациентов в 3-ей стадии заболевания, как в первой, так и во второй группе регистрируется наиболее повышенный уровень продукции IL-4 ($20,9 \pm 2,57$ пг/мл и $18,3 \pm 2,51$ пг/мл. соответственно). В ходе исследований уровня продукции ФНО- α , стало известно, что наиболее повышенный его уровень, зарегистрирован у ВИЧ-инфицированных пациентов 1-ой и 2-ой группы в 4-ой клинической стадии заболевания со средними значениями соответственно $408,4 \pm 4,15$ пг/мл и $300 \pm 4,38$ пг/мл в периферической крови.

При анализе концентрации ИЛ-10 в сыворотке крови установлено существенное повышение средних значений этого параметра у ВИЧ-инфици-

рованных пациентов 2-ой группы на 4-ой клинической стадии заболевания со средними значениями $132,1 \pm 1,18$ пг/мл в периферической крови, что существенно отличается от показателей контрольной группы.

Таким образом, полученные данные позволяют заключить, что при ВИЧ-инфекции выявляемые нарушения иммунного статуса носят более глубокий характер у ВИЧ+ЛАП пациентов в сочетании с ТБ, включая депрессию пула Т-клеток хелперов на фоне более глубокого дефицита общей популяции Т-лимфоцитов в сочетании с выраженным увеличением содержания общего CD8+ в периферической крови. ВИЧ инфекция сопровождается не только снижением числа Т лимфоцитов, но и их функциональной недостаточностью. При этом у ВИЧ-инфицированных лиц на 4 стадии заболевания в большей степени нарушена функция Th1 продуцирующих ИФН γ и, следовательно, снижено содержание НК-клеток, чем Th2 продуцирующих IL-4 и IL-10, усиливающих антителообразование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Iimonti, J.B., Ball, T.B., and Fowke, K.R. (2003)
2. Silvin A, Manel N. 2015;32:54–60
3. UNAIDS. 2010
4. Lienhardt C, Rodrigues LC. 1997, 1(3):196–204
5. Interim policy on collaborative TB/HIV activities. Geneva, WHO, 2004
6. Gazzola, L., Tincati, C., Bellistri, G.M., Monforte, Ad., and Marchetti, G. 2009
7. WHO. 2015/11/25 ed. Geneva. 2015;
8. Mueller, S.N., Langley, W.A 2010
9. Ahmad and Menezes, 2005
10. Liu Fahey JL, Taylor JM, Detels R.
11. Marcus E., Ralph C. Budd, Julie Desbaratset et al. – 2003.
12. Соколова Ю.В., Сизякина Л.П. – С. 324–327
13. Behbahani H., et al., Proinflammatory and type 1 cytokine expression in cervical mucosa during HIV-1 and human papillomavirus infection, J. Acquir. Immune Defic. Syndr. 45 (1) (2007) 9–19

Аббасов Қ.И. Хакимова С.К.

Республика ОИТСга қарши

курашиш маркази

МЕХНАТ МИГРАНТЛАРИ ОРАСИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ТАРҚАЛИШИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ

Ҳозирги кунда дунёда 46 млн.дан ортиқ аҳоли ОИВ-инфекцияси билан яшамоқда. Статистик маълумотларга кўра республикада ҳар йили тўққиз юз мингдан ортиқ аҳоли чет давлатларга чиқиб, ишлаб келмоқдалар. Миграция жараёнлари аҳоли орасида ОИВ-инфекциясининг тарқалишига ҳам ўз таъсирини кўрсатмоқда. Мехнат мигрантларининг кўп ҳолларда тил билмасликлари уларнинг маҳаллий халқ томонидан камситилишига, меҳнатларидан мажбурий фойдаланишга, бемор бўлганларида малакали тиббий хизматдан фойдалана олмасликлари, ўз уйларида, оиласида узоқда бўлишлари уларнинг ҳулқ атворида ўзгаришлар содир бўлишига ва пала-партиш ҳаёт кечиришлари натижасида ОИВ-инфекциясини юқтириб олишларига имкон яратади. Охириги йилларда, чет давлатларда узоқ вақт бўлиб, Ўзбекистонга қайтган республикада фуқаролари орасида ОИВ-инфекцияси билан касалланиш ҳолатлари кўпайиб бораётганлигини инобатга олган ҳолда, ОИВ-инфекцияси тарқалишига қарши курашиш тадбирларини мувофиқлаштириш Республика комиссиясининг 2013 йил 1 июндаги «Чет давлатларда узоқ вақт бўлиб, Ўзбекистонга қайтган республикада фуқароларини ОИВ-инфекциясига текшириш ва касалликнинг тарқалишини олдини олиш бўйича амалга оширилаётган ишларнинг самарасини янада ошириш тўғрисида»ги 165-сонли баёни қабул қилинди. Ушбу баён ижросини таъминлаш мақсадида Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Ички ишлар вазирлиги, божхона ва хотин қизлар қумитаси, «Маҳалла» жамоат фонди ва бошқа тегишли вазирликлар билан ҳамкорликда Ўзбекистон Республикасидан хорижга кетаётган ва чет давлатлардан Ўзбекистонга қайтаётган фуқаролар орасида ОИВ-инфекциясини эрта аниқлаш ва касалликнинг тарқалишини олдини олиш бўйича бир қатор тадбирлар амалга оширилди. 2022 йилнинг 9 ойида жами 259764 нафар меҳнат мигрантлари рўйхатга олинган бўлиб, уларнинг 164084 нафари (63,2%) ОИВ-инфекциясига текширилган. Меҳнат мигрантларининг 314 (0,20%) нафарида ОИВ-инфекцияси аниқланиб, уларнинг барчаси диспан-

сер назоратига олинган. Меҳнат мигрантларининг текшириш билан қамраб олиниши, ўтган йилнинг шу даврига нисбатан 1,8 мартага (яъни 95680 нафар шахсга) ортган. Шунга мутаносиб равишда меҳнат мигрантлари орасида ОИВ-инфекциясининг аниқланиши ўтган йилнинг шу даврига нисбатан 129 шахсга ортган. Текширувга қамраб олишнинг ортиши ОИВ-инфекцияси билан касалланиш кўрсаткичининг ҳам ортишига сабаб бўлмоқда. Аҳолига ҳамда меҳнат мигрантлари орасида ОИВ-инфекцияси профилактикаси масалаларини тушунтириш ишлари: семинарлар, давра суҳбатлари, савол-жавоблар тарзида олиб борилди ва оммавий ахборот воситаларининг иштирокига катта эътибор қаратилди.

Амалга оширилган тадбирлар натижасида республикада мигрантларни ҳисобга олиш, уларни уйига қайтгач, ўз вақтида ОИВ-инфекциясига текшириш билан қамраб олиш кўрсаткичлари ўтган йилнинг шу даврига нисбатан сезиларли равишда яхшиланди.

Юқоридагиларга асосланиб, амалга оширилган тадбирлар натижасида республикада мигрантларни ҳисобга олиш, уларни ОИВ-инфекциясига текшириш ва ОИВ-инфекция бўйича профилактик чора-тадбирлар билан таъминланиши билан қамраб олиш кўрсаткичлари маълум даражада яхшилانган деб ҳисоблаш мумкин.



Абдугаппаров Ф.Б., Парпиева Н.Н.,
Массавилов Ш.Ш.

Республиканский Специализированный Научно-
практический Медицинский Центр Фтизиатрии
и Пульмонологии

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДПОЛАГАЕНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПЛЕВРИТОМ

Актуальность. Туберкулезный (ТБ) плеврит (ТП) - второе по распространенности проявление внелегочного ТБ (ВЛТБ), которое по-прежнему остается серьезной диагностической проблемой во всем мире.

Цель. Оценить информативность и диагностическую значимость методов при туберкулезном плеврите и их ассоциативные связи с исходом лечения туберкулеза.

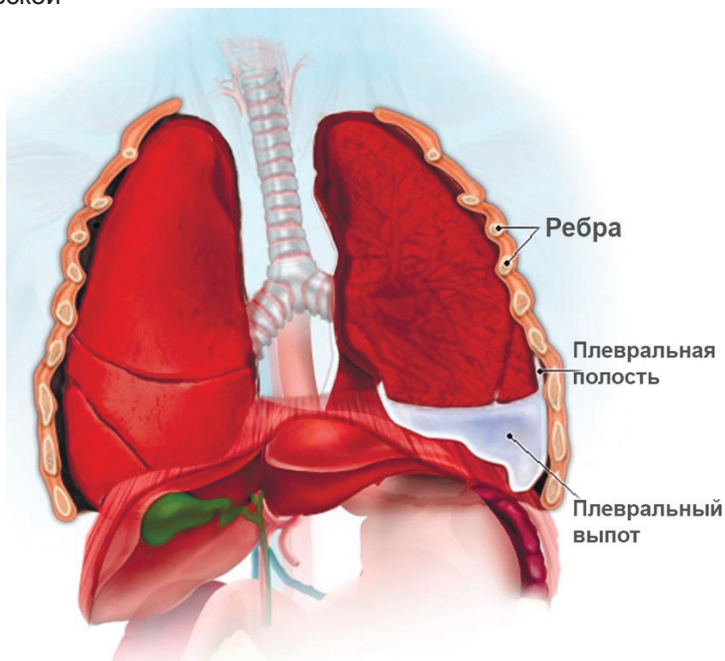
Материалы и методы. Это было ретроспективное исследование с использованием вторичных данных из медицинских карт и форм пациентов с предполагаемым туберкулезным плевритом, поступивших в стационар РСНПМЦФиП в Ташкенте, Узбекистан, с 2017 по 2018 год. Всего было обследовано 192 пациентов с предполагаемым ТП и 149 пациентов имели подтвержденный диагноз ТП (другие диагнозы включали онкологический процесс $n = 11$, пневмонию $n = 19$ и 13 случаев не были определены).

Результаты. Среди 149 пациентов с подтвержденным ТП 89 (59,7%) были мужчинами, средний возраст составлял 37,9 (SD 11,1), и большинство пациентов исследования проживали в сельской местности страны ($n = 108$, 72,5%). Основными сопутствующими заболеваниями были артериальная гипертензия ($n = 9$, 47,4%), ишемическая болезнь сердца ($n = 5$, 26,3%), гепатит (3,4%) и ВИЧ (2,0%). Сообщалось о нескольких редких дополнительных сопутствующих заболеваниях: лимфома ($n = 1$, 5,3%), эпилепсия ($n = 1$, 5,3%), хронический холецистит ($n = 1$, 5,3%) и пиелонефрит ($n = 1$, 5,3%). Тридцать семь (24,8%) пациентов сообщили о том, что они употребляют табак, и 9 (6,0%) пациентов употребляли алкоголь.

Туберкулез подтвержден бактериологически у 22 (14,8%) пациентов, у 64 (43,0%) - цитологически и у 16 (10,7%) - при гистологическом исследовании. Гепатит был единственной сопутствующей патологией, достоверно связанной с риском неудачного исхода лечения (ОР 4,8; 95% ДИ: 1,44-15,98, значение $P = 0,011$). Окончательный многопараме-

трические регрессионный анализ показал, что лекарственно устойчивый ТБ был независимо связан с повышенным риском по завершению противотуберкулезного лечения неудачно (ОР 3,83; 95% ДИ: 1,05-14,02, P значения 0,04).

Заключение. Из-за разнообразия чувствительности и специфичности различных диагностических подходов диагностика туберкулезного плеврита остается сложной задачей и определяет необходимость поиска высокоточных биомаркеров диагностики ТП в повседневной практике. Анализ корреляции показал почти идеальное соответствие между цитологическим и гистологическим исследованиями в подтверждении ТБ. Однако, не отмечено корреляции между бактериологическим и цитологическим или бактериологическим и гистологическим методами. Среди диагностических методов бактериологическими или гистологическими исследованиями не было значимой связи с исходом лечения ТП. Пациенты с коинфекцией и пациенты с лекарственной устойчивостью должны находиться под более тщательным наблюдением для успешного завершения противотуберкулезного лечения.



Абдуллаева Сарвиноз Авазбек қизи
Андижанский областной центр по борьбе со СПИДом

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Цель исследования: изучение клинико-лабораторных особенностей ВИЧ-инфекции у детей в Андижанской области.

Материалы и методы: Нами были изучены данные 50 медицинских карт детей (в возрасте до 14 лет) областного консультативно-диспансерного кабинета ВИЧ/СПИД Андижанской областной инфекционной клинической больницы. Все дети были обследованы согласно протоколам.

Результаты: наиболее часто у обследованных детей выявляли ДНК вируса Эпштейн-Барра (28 %). Грибы рода *Candida* у обследованных детей выявлялись в 26 % случаев (в мазке из слизистой ротоглотки в диагностически значимых показателях — 104 КОЕ/мл и выше). У 7 (14 %) детей из кала высевались представители условно-патогенной флоры, которые в 43 % случаев были представлены грибами рода *Candida* в диагностически значимых величинах. ДНК цитомегаловируса обнаруживалась в 4 % случаев одинаково часто в возрастной группе детей до одного года и в группе от одного года до трех лет. Дети находились в категории В и С. Наиболее частыми клиническими проявлениями врожденной ВИЧ-инфекции у обследованных детей являлась генерализованная лимфаденопатия (100 %). Клинические проявления кандидоза встречались у 68 % обследованных детей. Поражения кожи

в виде неспецифического дерматита обнаруживались у 14 % детей. В 2 % случаев была выявлена инфекция кожного покрова, обусловленная вирусом *Varicella-Zoster*. Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей встречались в 24 % случаев. Пневмониями болели 32 % детей. Одна из наиболее опасных оппортунистических инфекций — пневмоцистная пневмония наблюдалась у 26 % детей. У 26 % обследованных детей наблюдалось отставание в психомоторном и физическом развитии. У троих детей наблюдалась прогрессирующая энцефалопатия.

Заключение: наиболее частыми признаками врожденной ВИЧ-инфекции у детей являлись генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия и рецидивирующие респираторные инфекции, которые были самыми ранними признаками ВИЧ-инфекции. Поражение респираторного тракта в виде пневмонии наиболее часто встречалось в «В» стадии. Задержка психофизического развития и энцефалопатия чаще наблюдались в «С» стадии. Лабораторные маркеры оппортунистических инфекций (ДНК EBV, ДНК CMV, IgG, TOX, JgG HSV) определялись в основном у детей, находящихся в 3 иммунологической категории. При лабораторном обследовании наиболее часто выявлялась ДНК вируса Эпштейн-Барра (28 %).

Анваров Абзор Анвар ўғли
Жиззах вилоят ОИТСга қарши курашиш маркази

ВИЛОЯТДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ЗАРАРЛАНИШНИНГ ОШИШИГА МИГРАЦИЯ ВА УРБАНИЗАЦИЯНИНГ ТАЪСИРИ

Бугунги кунда инсоният тараққиёти глобал саноатлашиш, индустриал марказлари ҳамда шаҳарларнинг жадал ривожланиши билан боглиқ кечмоқда. Индустриализация, ўз навбатида, инсон хўжалик фаолиятининг барча соҳаларини қамраб олиб, ишчи кучига бўлган эҳтиёжнинг ўсишига сабаб бўлмоқда. Ишчи кадрларга бўлган эҳтиёж нафақат шаҳар аҳолиси ҳисобига, балки қишлоқ аҳолисининг миграцияси ҳисобига ҳам қондирилмоқда, бу эса шаҳар аҳо-

лиси улушининг ошиб боришига таъсир ўтказди.

Вилоятда 2022 йилнинг 1 январ ҳолатига жами 712 нафар ОИВ инфекцияси чалинган шахслар яшаб келмоқда. Шундан 224 нафарини (31,5%) меҳнат мигрантлари ташкил қилади. 2020 йилда аниқланган 80 нафар беморлар билан эпидемиологик суриштирувлар ўтказилганда уларнинг 29 нафарини (36,3%) мигрантлар ташкил қилган бўлса, 2021 йилда аниқланган 86 нафар беморларнинг 21



нафари (24,4%) чет давлатларида турли вақтларда меҳнат миграциясида бўлган беморлар ташкил қилган. 2022 йилнинг 9 ойида бу кўрсаткич аниқланган 67 нафар беморларнинг 26 нафари (35,8%) меҳнат миграциясида бўлган беморлар ташкил этади. Уларнинг барчаси касалликни жинсий йўл билан юктирган. Суриштирувлар давомида меҳнат миграциясидан қайтган беморлар касалликни ўзлари юктириб олганлигидан ташқари жинсий шериклари (Оила аъзолари) ҳам юктириш ҳолатлари мавжуд. Масалан 2020 йилда ОИВ инфекцияси аниқланган 29 нафар миграцияда бўлган беморларнинг 3 нафар жинсий шерикларида касаллик аниқланган бўлса, 2021 йилда эса ОИВ инфекцияси аниқланган 21 нафар миграцияда бўлган беморларнинг 11 нафар жинсий шерикларида касаллик аниқланган. 2022 йилнинг 9 ойида ОИВ инфекцияси аниқланган 24 нафар миграцияда бўлган беморларнинг 3 нафар жинсий шерикларида касаллик аниқланган.

Вилоят миқёсида меҳнат миграциясида бўлиб касалликни юктириб олган беморларнинг аксарият қисми ҳозирги кунда эпидемиологик нуқтаи назардан ОИВ инфекцияси кенг тарқалган давлатларда бўлиб қайтмоқда. 2020 йилда меҳнат миграциясида бўлган 29 нафар беморларнинг Россия Федерациясида 21 нафари (72,4%), Қозоғистон давлатида 3 нафари, Жанубий Корея давлатида 3 нафари, Украина ва Туркия давлатларида 1 нафардан бўл-

ган бўлса 2021 йилда эса меҳнат миграциясида бўлган 21 нафар беморларнинг Россия Федерациясида 12 нафари (57,1%), Қозоғистон давлатида 4 нафари, Туркия давлатида 3 нафари ва Жанубий Корея давлатларида 2 нафари бўлган. 2022 йилнинг 9 ойида меҳнат миграциясида бўлган 24 нафар беморларнинг Россия Федерациясида 17 нафари (65,4%), Туркия давлатида 5 нафари, Қозоғистон давлатида 3 нафари ва БАА давлатларида 1 нафари бўлган.

Юқорида келтирилиб ўтган маълумотлардан кўриниб турибдики вилоятда ОИВ инфекциясининг аниқланишида миграциянинг ўрни бекиёс. Вилоятда тарғибот ишлари кучидан ушбу бедаво хасталикка чалиниш сабаблари ва унинг оқибатлари борасида деярли барча кишилар бошланғич тушунчага эга. Лекин шундай бўлишига қарамай, касалланган инсонлар сони камайиб қолаётгани йўқ. Демак, жамиятимизда касалликни олдини олиш бўйича ҳали кўп ҳаракат қилишимиз зарур. Лекин кўпчилик кишилар айнан шу касалликдан атрофидаги инсонлар азият чекканидагина ҳулоса чиқармоқда.

Шу ўринда айтилавериш, таъсир кучини деярли йўқотаётган иборага тўхталамиз: “Касалликни даволашдан кўра, олдини олган маъқул”. Шундай экан бу касалликка бефарқ бўлмасдан унинг тарқалишини олдини олишда барчамиз бирдек курашсак аниқ натижаларга эришган бўлар эдик.

Баротова Венера Джураевна
СПИД центр г.Ташкент, главный врач

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

На сегодняшний день в Республике Узбекистан, количество людей, живущих с ВИЧ составляет 45 тысяч человек. Отмечается, что 55 процентов из них составляют мужчины, 45 процентов — женщины. Среди заболевших есть и несовершеннолетние. В общей статистике на них приходится 14 процентов.

Наиболее высок уровень заболеваемости в Ташкенте. По данным специалистов, на это влияет внутренняя миграция и высокая численность населения.

Все мероприятия по противодействию ВИЧ-инфекции осуществляются на основе Закона Республики Узбекистан №ЗРУ-353 «О противодействии распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» от 23.09.2013. Координирующим органом всех мероприятий по ВИЧ-инфекции является Республиканский центр по борьбе со СПИДом, который

подчиняется по вертикали Агентству санитарно-эпидемиологического благополучия Министерству здравоохранения Республики Узбекистан. За последние годы наблюдается прогресс в осуществлении мероприятий по противодействию распространению ВИЧ/СПИДу.

В целях поднятия на современный и качественный уровень системы мероприятий в противодействии распространению ВИЧ-инфекции приняты Постановление Президента Республики Узбекистан от 25 января 2018 года № ПП-3493 «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы противодействия распространения ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан на 2018 год» и Постановление Президента Республики Узбекистан №ПП-3800 «О дополнительных мерах по противодействию распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, и профилакти-



ке внутрибольничных инфекций» от 22 июня 2018 года. Данными постановлениями предусмотрено исполнение мероприятий направленных на стабилизацию эпидемии ВИЧ в концентрированной стадии посредством обеспечения всеобщего доступа к профилактике, диагностике, лечению, уходу и поддержке, путем укрепления материально – технического обеспечения центров по борьбе со СПИДом, обеспечение высококачественным современным лабораторным оборудованием, диагностическими тест системами нового поколения, усилению социальной защиты ВИЧ-инфицированных лиц, в том числе создание системы бесперебойного обеспечения сухими молочными смесями, детей рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

В целом, на сегодняшний день в Узбекистане внедрены и адаптированные рекомендации Всемирной организации здравоохранения по профилактическим программам по ВИЧ, в частности тестирование и консультирование, информационно-образовательная работа, доступ к средствам индивидуальной защиты, доступ к иглам и шприцам, профилактика с участием неправительственных организаций, постконтактная профилактика, применение принципа «равный-равному» в аутрич-работе, профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку, антиретровирусная терапия для серодискордантных пар. Республиканским центром СПИД проводится ежеквартальный мониторинг проводимых в стране профилактических программ среди ключевых групп населения в пунктах Кабинетов доверия (КД), дружественных кабинетах (ДК), неправительственных организациях (НПО). Инструментами для монито-

ринга и оценки являются электронные онлайн системы -МИС и база данных индивидуального учета клиентов профилактических программ.

Хотя основной целью диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных пациентов является увеличение продолжительности и сохранение качества их жизни, организация этого процесса имеет большое значение как противоэпидемическое мероприятие. В процессе диспансеризации осуществляется консультирование и обучение ВИЧ-позитивных пациентов по вопросам сексуальной жизни, а также консультирование их половых партнеров, что уменьшает риск передачи ВИЧ.

Применение АРТ с целью лечения приводит к снижению вирусной нагрузки, что уменьшает риски инфицирования других лиц. Одной из наиболее существенных проблем в лечении ВИЧ является приверженность пациентов лечению, то есть насколько правильно пациент следует рекомендациям врача по применению схем лечения. При недостаточной приверженности терапии высока вероятность выработки у пациента резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам, что приведет не только к неэффективности лечения, но и к дальнейшему распространению резистентных штаммов в популяции. Наилучших результатов по повышению приверженности пациентов лечению можно достичь при использовании мультипрофессиональных команд, которые создаются по принципу постоянного практического взаимодействия между ее специалистами для оперативного и эффективного решения проблем пациента, и школ пациента.

Баротова В.Д. Эрматова З.Т. Қосимова Д.Қ.

Тошкент шаҳар ОИТСга қарши курашиш маркази.

ТОШКЕНТ ШАҲРИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ АНИҚЛАНГАН НИКОҲЛАНУВЧИЛАРДА ВА УЛАРНИНГ ОТА-ОНАСИ БИЛАН ЎТКАЗИЛГАН СУҲБАТДАН КЕЙИНГИ КУЗАТИЛГАН НАТИЖАЛАР

Тошкент шаҳрида 2015, 2018 ва 2021 йилларда амалда бўлган "Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекциясини олдини олиш чора-тадбирлари ва тиббий ёрдамни ташкил этишни янада такомиллаштириш тўғрисида"ги буйруқларда ОИВ инфекцияси аниқланган никоҳланувчиларга тестдан кейинги маслаҳат ўтказиш тартибига ўзгартиришлар киритилгандан кейин никоҳ қайд этилиши тахлили ўрганиб чиқилди.

2017 йил **37** нафар ОИВ инфекцияси аниқланган никоҳланувчилардан **27** нафарида (**72,9%**)да никоҳ

қайд этилган. Шу жумладан 16 нафари (**59,2%**) аввалдан шаърий (фуқаролик) никоҳда яшаб келган, 11 нафари (**40,7%**) икки никоҳланувчи шахс розилиги билан расмий никоҳ қайд этилган. **10** нафарида (**27,1%**) да никоҳ қайд этилмаган.

2018 йилда **37** нафар ОИВ инфекцияси аниқланган никоҳланувчилар билан тестдан кейинги маслаҳат ўтказилиб, ОИВ мақомига эга бўлмаган никоҳланувчиларнинг отаси ёки онаси хабардор қилиниб, уларнинг розилиги билан 17 тасида (**46,0%**)да никоҳ қайд этилган. Шу жумладан 10 нафари (**58,8%**)



аввалдан шаърий никоҳда яшаб келган ва 7 нафар (**41,1%**) бирламчи никоҳланувчи шахсларда расмий никоҳ қайд этилган. **20** нафар (**54,0%**) никоҳланувчиларда никоҳ бекор қилинган.

Тошкент шаҳар ОИТСга қарши курашиш марказида 2020 йил бош врач томонидан имзоланган ички буйруқ билан таркибида бош врач ўринбосари ва бўлим мудирларидан ташкил топган комиссия йиғилишида Никоҳланувчилар ва уларнинг ота-оналари билан суҳбат ўтказиш натижасида **39** нафар никоҳланувчилардан **24** нафарида (**61,5%**)да никоҳ бекор қилинган.

2021 йил 6 сентябрдан кучга кирган ССВнинг 219-сонли буйруғи асосида юқорида келтирилган комиссия аъзолари томонидан иккала никоҳланувчилар ота-онаси (васийлари) билан ўтказилган суҳбатда ОИВ мақомига эга бўлмаган томон ҳам касалликни юқтириб қўйишда жавобгарликни ўз зиммасига олиниши тушунтирил-гандан кейин шу йил сентябр ойида ОИВ инфекцияси қайд этилган **4** нафар никоҳланувчиларнинг **3** нафарида (**75%**) никоҳ бекор қилинган. 1 нафари аввалдан шаърий никоҳ билан яшаган.

2022 йил 9 ойда **13** нафар ОИВ инфекцияси аниқланган никоҳланувчиларнинг 4 нафарида (**30,8%**)да никоҳ қайд этилиб, улардан 1 нафари (**25,0%**) аввалдан шаърий никоҳда яшаган, 3 нафари (**75,0%**) икки никоҳланувчи шахс ва уларнинг ота-онаси розилиги билан ФХДЁ орқали никоҳ қайд этилган. **9** нафарида (**69,2%**) никоҳ бекор қилинган.

Демак, никоҳланувчилар ва уларнинг ота-оналари билан комиссия аъзолари иштирокида суҳбат ва тушунтириш ишлари ўтказилиши, ҳамда никоҳга розилик берилганда ОИВ инфекциясини турмуш ўртоғига юқтириб қўйишда розилик берган томон зиммасига ҳам жавобгарлик белгилангани никоҳланувчи ёшлар ва уларнинг ота-оналари томонидан никоҳга розилик беришда тўғри қарор қабул қилишда муҳим рол ўйнаши кузатилди.

Ўтказилган таҳлилда аввалдан шаърий никоҳда яшаб, кейин никоҳни расмийлаштириш ўрганилган 5 йилда ўртача 55 фоизни (2020 йил COVID-19 пандемияси даврида 86,6%) ташкил этганлиги жойларда аҳоли ўртасида шаърий (фуқаролик) никоҳ қуриш оқибати ҳақида тушунтириш ишларини кучайтириш лозимлигини кўрсатиб турибди.

В.Д.Баротова, М.К.Зарипова, Б.Н. Жуманов

*Ташкентский городской центр
по борьбе со СПИДом*

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДРУЖЕСТВЕННОГО КАБИНЕТА В ГОРОДЕ ТАШКЕНТЕ

За последние годы уделяется большое внимание проведению профилактических программ среди уязвимых групп населения, по снижению темпов распространения ВИЧ инфекции среди них и обеспечения свободного доступа представителей целевой группы к получению медицинской помощи во всех Лечебно-профилактических учреждениях.

В связи с широким распространением инфекций, передаваемых половым путем, в ТГЦ функционирует Дружественный кабинет (ДК) для синдромального анонимного и бесплатного лечения ИППП, где соблюдая анонимность и конфиденциальность, предоставляется информация по вопросам профилактики ВИЧ инфекции и ИППП.

Через ДК предоставляются информационно-образовательные материалы, средства защиты. Обратившимся лицам оказывается анонимное, до и посттестовое консультирование, тестирование, проводятся беседы по вопросам профилактики ВИЧ, ИППП, о их последствиях, направляются к узким специалистам (гинекологу, наркологу, урологу, КВД и др.)

Материалом для исследования послужили анализ отчетных данных за последние 3 года Дружественного кабинета ТГЦ по борьбе со СПИДом, (ДЭН) дозорного эпидемиологического надзора среди лиц, предоставляющие интимные услуги за вознаграждение (ЛПИУВ), проведенных в 2017 году и в 2021 году в городе Ташкенте, ретроспективный эпидемиологический анализ обращаемости, включающий анализ первичной и повторной обращаемости, проведения ДТК, экспресс-тестирования. В анализ были включены все случаи обращения в ДК в 2019, 2020, 2021 гг. За анализируемый период в ДК обратились -1984 лица, из них первично обратившиеся 1782 (89,8%) лица. Повторно обратившиеся составили 202 (10,2%) лица, в том числе 5% для повторного лечения.

Из первично обратившихся мужчины составили-1026 (51,7%), женщины- 958(48,2%). В возрастной структуре: 19-29 лет составили 34,5%; 30-49 лет 60,7%; 50-60 и старше 4,8%.

Из первично обратившихся 1782 (89,9%) лиц выявлены 8-синдромов инфекций передаваемых



половым путем (выделения из влагалища -вагинит, выделения из влагалища- цервицит, выделения из уретры генитальный герпес, генитальная язва, боль внизу живота, паховый бубон, отек мошонки) Синдромально пролечены 1762 (98,9%) лица. Из анализа видно, что повторно обратившиеся после получения синдромального лечения составили 5%, о чем свидетельствует об эффективности проведенного лечения.

Дотестовое консультирование (ДТК) по вопросам ВИЧ/СПИД и ИППП получили 1587 (79,4%) лиц.

Протестированы на сифилис 1503 (95,2%) лица, выявлен сифилис у 102 (6,8%) лиц, они все перенаправлены на стац лечение в КВД и 171 (11,3%) лицо в другие медицинские учреждения.

На ВИЧ инфекцию протестированы 609 (38,6%) лиц, положительные результаты у 18 (3,0%) они перенаправлены в ТГЦ СПИД.

Кроме того большую роль в профилактике ИППП

и ВИЧ инфекции имеет раздача обратившимся и использование ими защитных средств. Так в 2019 году роздано 3255, 2020 году- 2330, 2021 году-2030 презервативов.

Также по данным ДЭН, проведенным 2017 году в городе Ташкенте среди лиц, предоставляемые интимные услуги за вознаграждение (ЛПИУВ) использование презервативов составило с коммерческим партнером при последнем половом контакте-58,3% , в 2021-46,8%.

Проведенный анализ свидетельствует о необходимости продолжения профилактических программ по ВИЧ/СПИД среди ЛПИУВ с обязательным расширением спектра предоставляемых услуг, уделяя внимание на качество добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ инфекцию, лечению ИППП и использованию навыков безопасного полового поведения.

Бердиева Зулхумор Илмуратовна

Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги ҳузуридаги фармацевтика тармоғини ривожлантириш агентлигининг Тошкент вакцина ва зардоблар илмий - тадқиқот институти, Республика ОИТСга қарши кураш марказига қарашли махсуслаштирилган юкумли касалликлар шифохонаси

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА БИОЛОГИК ФАОЛ ҚЎШИМЧАСИНИНГ КЛИНИК АҲАМИЯТИ

Маълумки, ОИВ билан касалланган беморларнинг асосий давоси бу ретровирусга қарши препаратлардир. Бу препаратлар эса давлатимиз томонидан беморлара текин берилиши ҳам ҳеч кимга сир эмас. Ретровирусга қарши препаратларнинг нархини қимматлигини эътиборга олиб, беморларга биологик фаол қўшимчалар тавсия этиш орқали терапияга ўтиш вақтини узайтириш имконлари устида изланишлар олиб борилиб, изланишимизга қуйидаги мақсад танлаб олинди.

Тадқиқот мақсади: ОИВ-инфекцияси билан касалланган 1-2-клиник босқичдаги беморларда биологик фаол қўшимчасини (БФҚ) тавсия этиш орқали ретровирусга қарши терапияга (РВҚТ) ўтиш муддатини узайтиришни ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари:

Тадқиқот объекти 120 нафар 18 ёшдан 60 ёшгача бўлган ОИВ-инфекцияси билан касалланган беморлар. Беморлар СД4 хужайралари 508-824 хуж/мкл оралиғида бўлган. Тадқиқот гуруҳлари 2 та бўлиб, ҳар бир гуруҳга 60 тадан бемор киритилган. Биринчи - асосий гуруҳдаги беморлар "Иммун-5" маҳаллий БФҚни 6 ой давомида 1 капсуладан 2 маҳал қа-

бул қилишди. Иккинчи назорат гуруҳидаги беморлар ҳеч қандай препаратлар қабул қилишмаган бўлиб, уларни 6 ой давомида кузатилган. Асосий гуруҳдаги беморлар ўртача ёши 38,6 ни ва назорат гуруҳидаги беморларда 41,2 ни ташкил этди. 1-гуруҳда аёллар 43 та (71,7%), эркаклар 17 та (28,3%) бўлиб, 2-гуруҳда эса аёллар 26 та (43,3%), эркаклар 34 та (56,7%)ни ташкил этган. 28 та 1-клиник босқичдаги беморлар, 32 та 2-клиник босқичдаги беморлар асосий гуруҳга киритилган. Назорат гуруҳига 25 та 1-клиник босқичдаги бемор олинган бўлиб, 2-клиник босқичдаги беморлар 35 тани ташкил этган. Асосий гуруҳда СД4 ўртача сони 659,8 хуж/мкл.ни ташкил этиб, назорат гуруҳида СД4 ўртача сони 672,5 хуж/мкл.ни ташкил қилди.

Тадқиқот предмети: периферик қон, қон зардоби, периферик қоннинг лимфоцитлари ва вирус РНКси.

Тадқиқотда эпидемиологик, умумий клиник, серологик, молекуляр-генетик ва статистик усуллардан фойдаланилаган.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси:

Беморларнинг 4 нафари давонинг биринчи ойида РВҚТ га ўтказилган бўлиб, иккинчи ва учинчи



ойларда эса бир нафардан бемор РВҚТ га ўтказилди. Умумий ҳисобда, 6 (10%) та бемор РВҚТ га ўтказилди. Назорат гуруҳидаги беморларнинг 4 таси 1-ойда, 2 таси 2-ойда, 3 таси 3-ойда, 4 таси 4-ойда, 8 таси 5-ойда ва 14 таси 6-ойда РВҚТга ўтказилган. Яъни, 35 (58,3%) та бемор РВҚТ га ўтказилди. Бунга

сабаб, СД4 иммун ҳужайраларининг камайиши ва вирус юкласининг ошишидир.

Хулоса: Асосий (БФҚ билан) гуруҳдаги беморларнинг 6 (10%) таси 6 ой давомида РВҚТ га ўтказилди. Назорат (БФҚ сиз) гуруҳидаги беморларнинг 35 (58,3%) таси 6 ой давомида РВҚТ га ўтказилди.

Бердиева Зулхумор Илмуратовна

Республика ОИТСга қарши кураш марказига қарашли махсуслаштирилган юқумли касалликлар шифохонаси, Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги ҳузуридаги фармацевтика тармоғини ривожлантириш агентлигининг Тошкент вакцина ва зардоблар илмий - тадқиқот институти,

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА БИОЛОГИК ФАОЛ ҚЎШИМЧАСИНИНГ КЛИНИК БОСҚИЧЛАРГА ТАЪСИРИ

ОИВ билан касалланган беморларнинг клиник ташхиси 4 босқичга бўлинган. Булар 1-, 2-, 3- ва 4-клиник босқичлардир. Ташхиснинг қайси даражадалиги беморларнинг қандай оппортунистик касалликлар билан касалланишига боғлиқдир. Беморларда 1- ва 2-клиник босқичлар енгил кечиб, 3- ва 4-клиник босқичлар оғирроқ кечади. Шунинг учун ҳам, 1- ва 2-клиник босқичдаги беморларни оғирлашишини олдини олиш мақсадида биологик фаол қўшимчасидан фойдаланилди.

Тадқиқот мақсади: ОИВ-инфекцияси билан касалланган 1-2-клиник босқичдаги беморларнинг клиник босқичларини оғирлашишини олдини олиш чора-тадбирларини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари:

Тадқиқот объекти 120 нафар 18 ёшдан 60 ёшгача бўлган ОИВ-инфекцияси билан касалланган беморлар. Беморлар СД4 ҳужайралари 508-824 ҳуж/мкл оралиғида бўлган. Тадқиқот гуруҳлари 2 та бўлиб, ҳар бир гуруҳга 60 тадан бемор киритилган. Биринчи асосий гуруҳдаги беморлар "Иммун-5" маҳаллий биологик фаол қўшимчаси (БФҚ)ни 6 ой давомида 1 капсуладан 2 маҳал қабул қилишди. Иккинчи назорат гуруҳидаги беморлар ҳеч қандай препаратлар қабул қилишмаган бўлиб, уларни 6 ой давомида кузатилган. Асосий гуруҳдаги беморлар ўртача ёш 38,6 ни ва назорат гуруҳидаги беморларда 41,2 ни ташкил этди. 1-гуруҳда аёллар 43 та (71,7%), эркеклар 17 та (28,3%) бўлиб, 2-гуруҳда эса аёллар 26 та (43,3%), эркеклар 34 та (56,7%)ни ташкил этган. 28 та 1-клиник босқичдаги беморлар, 32 та 2-клиник босқичдаги беморлар асосий гуруҳга киритилган. Назорат гуруҳига 25 та 1-клиник босқичдаги бемор олинган бўлиб, 2-клиник босқичдаги беморлар 35 тани ташкил этган. Асосий гуруҳда СД4 ўртача

сони=659,8 ҳуж/мкл.ни ташкил этиб, назорат гуруҳида СД4 ўртача сони=672,5 ҳуж/мкл.ни ташкил қилди.

Тадқиқот предмети: периферик қон, қон зардоби, периферик қоннинг лимфоцитлари ва вирус РНКси.

Тадқиқотда эпидемиологик, умумий клиник, серологик, молекуляр-генетик ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси:

асосий (БФҚ қабул қилган) гуруҳдаги беморларда 1-клиник босқичдаги беморлар 28 нафарни ташкил этиб, 6 ой давомида 4 та бемор 2-клиник босқичга ўтганлигини гувоҳи бўлди. 2-клиник босқичдаги беморлар даврдан олдин 32 та бўлган бўлса, 6 ойлик даво жараёнида 36 тага ошди. Назорат гуруҳидаги беморларнинг 25 таси 1-клиник босқичида бўлиб, 6 ой давомида 11 таси 2-клиник босқичга ўтди. Яъни, 35 та 2-клиник босқичдаги беморлар кузатув давомида 46 та бўлди.

Хулоса: Асосий (БФҚ қабул қилган) гуруҳдаги беморларнинг 4 таси 2-клиник босқичга ўтди, назорат гуруҳидаги беморларнинг 11 таси 2-клиник босқичга ўтди.





**Бердиева Зулхумор Илмуратовна,
Ражабов Ғулом Хурсандович**

*Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги ҳузуридаги фармацевтика
тармоғини ривожлантириш агентлигининг, Тошкент
вакцина ва зардоблар илмий-тадқиқот институти*

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА 2008-2017 ЙИЛЛАРДА ҚАЙД ЭТИЛГАН ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ҲОЛАТЛАРИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ

Республикада 2008-2017 йиллар давомидаги ОИВ-инфекцияси эпидемиясининг ривожланиши, ёш ва жинс бўйича касалланиш кўрсаткичлари, юқиш йўллари ҳамда ОИВ-инфекцияси билан касалланган ўртасида ўлим кўрсаткичлари ўрганиб чиқилди. Таҳлилларда қуйидагилар аниқланди:

Шу 10 йил давомида жами 43068 нафар беморлар аниқланган, уларнинг 14494 нафари ёки 33,6% вафот этган.

Эпидемиянинг шу даврда ривожланишини 2-босқичга бўлиш мумкин: Биринчиси – олти йил давом этган (2008-2013 йй) касалланишнинг кўпайиш даври; иккинчиси – касалланиш кўрсаткичларининг барқарорлашув даври (2014-2017 йй).

ОИВ-инфекцияси билан касалланган сони 3404 нафардан (2008й.) 4580 нафаргача ошган (2013й.) ҳар 100000 аҳоли сонига нисбатан интенсив кўрсаткичи мос равишда 12,7 ва 14,0 ни ташкил этган. Касалликнинг энг кўп қайд этилиши 2013 йилга тўғри келган.

ОИВ-инфекцияси билан касалланган беморларнинг ёши бўйича таҳлили.

2008 йилда умумий касаллик аниқланганларнинг 12%ини 3 ёшгача бўлган болалар ташкил этган бўлса, 2017 йилга келиб бу кўрсаткич 17,1 мартага камайиб 0,7%ни ташкил этган. Бу ҳолат республикада 2009 йилдан бошлаб касалликнинг онадан болага юқишини олдини олиш бўйича махсус профилактика – РВҚ профилактика амалиётга жорий қилинганлиги ва 2013 йилдаги «Одамнинг иммунитет танқислиги вируси келтириб чиқарадиган касаллик (ОИВ-инфекцияси) тарқалишига қарши курашиш тўғрисида» ги Ўзбекистон Республикасининг қонуни қабул қилиниши натижасида барча ҳомиладор аёлларни ОИВга текширилиши ҳамда касаллик аниқланган ҳолатларда рўйхатга олиниб инфекцияни онадан болага юқишини олдини олиш тадбирлари жорий қилинганлиги билан боғлиқ деб ҳисоблаймиз.

4-14 ёшли болалар орасидаги касалланиш 2008 йилда 6,5% ни ташкил этган бўлса, 2017 йилда 10,9%ни ташкил қилган. Бу ҳолатни 2 та омил билан боғлаш мумкин: 1) 2000-2010 йиллар давомида тиббиёт муассасаларининг бир марталик асбоб-ускуналар (шприц, система, катетер ва б.қ.) билан таъминотда етишмовчиликлар бўлганлиги, стерилизация бўлимларининг моддий-техника базасининг эскир-

ганлиги, стерилизация билан боғлиқ камчиликлар натижасида тиббий муолажаларнинг хавфсизлиги тўлиқ таъминланмаганлиги; 2) ССВ томонидан болалар ўртасида ОИВ-инфекцияси билан касалланиш ҳолатларини эрта аниқлаш мақсадида махсус қабул қилинган қарорлар билан шифохоналарга даволаниш ва тиббий кўрикдан ўтиш учун мурожаат қилган барча болаларни ОИВга текшириш йўлга қўйилганлиги натижасида текширувлар ва аниқла-нишлар сонининг ошиши.

15 ёшдан ошган аҳоли ўртасида қайд этилган ҳолатлар жами аниқланганларнинг 81,5ни ташкил этган бўлса, 2017 йилга келиб 88,4%га ортган. Бу ҳолатни қуйидаги сабаблар билан изоҳланади – «Одамнинг иммунитет танқислиги вируси келтириб чиқарадиган касаллик (ОИВ-инфекцияси) тарқалишига қарши курашиш тўғрисида» ги Ўзбекистон Республикасининг қонуни билан никоҳланувчилар, ҳомиладорлар, донорлар, гиёҳвандлар, жинсий шериги ва бошқа гуруҳ аҳолини ОИВга мажбурий текшириш йўлга қўйилганлиги, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2008 йил 26 декабрдаги «Ўзбекистон Республикасида ОИВ-инфекциясининг тарқалишига қарши кураш самарадорлигини ошириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида» ги 1023 сонли қарори билан аҳоли ўртасида тушунтиришлар олиб борилганлиги ва касалликни аниқлайдиган диагностик тест системалари билан таъминотининг тубдан яхшиланиши, аноним текширув хоналарининг ташкил этилиши билан боғлиқ бўлса, шу билан бирга бу ҳолат инфекцияни хавфли гуруҳдан чиқиб, умумий аҳоли ўртасида жинсий йўл орқали кенг тарқала бошлаганлигидан ҳам далолат беради.

Энг кўп касалланиш ҳолатлари 35-39 ёшлиларда аниқланган. Ушбу ёш гуруҳида қолган ёшлар гуруҳларига нисбатан касалланиш кўрсаткичлари 1,5 мартадан 18,8 маротабагача юқори бўлган.

Шу йилларда эркаклар ўртасида касалланиш камайиши кузатилган бўлса (59,9 % дан 55,4%га), аёллар ўртасида ортган (40,1%дан 44,1%га). Аёллар ўртасида инфекция кўрсаткичининг ошиши ҳар йили деярли 700 мингдан ортиқ ҳомиладор аёлларни ОИВга текшириш йўлга қўйилгани билан боғлиқ бўлиши мумкин.



Х.А. Гаффоров¹,
*¹Андижанский государственный медицинский
Кафедра инфекционных болезней институт,*
Р.И. Касимова²
*²Центр профессионального развития
медицинских работников*

РАСКРЫТИЕ ВИЧ-СТАТУСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Введение: Раскрытие ВИЧ-статуса важно для ВИЧ-инфицированных детей, поскольку все большее число подростков в возрасте и может стать сексуально активным. Раскрытие информации о ВИЧ – важный шаг на пути к долгосрочному ведению болезни и необходимо для перехода от педиатрической помощи к учреждениям по уходу за подростками и взрослыми.

Цель исследования: Раскрытие ВИЧ-статуса способствует соблюдению режима антиретровирусного лечения и легкому контролю над ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы: Проведено поперечное исследование 144 лиц, осуществляющих уход за детьми и подростками в возрасте от 6 до 16 лет возраст обращения в детскую клинику ВРТ. Участники были зачислены последовательно и опрошены с использованием структурированного анкетирования после получения письменного информированного согласия. Анкета включала информацию о демографических данных, раскрытие статуса ВИЧ-инфекции у детей и представления о раскрытии статуса ребенку.

Результаты и обсуждения: Средний возраст детей составил 11,40±2,86 года. Хотя 93,8% опекунов считают, что дети должны знать о своем ВИЧ статусе, распространенность раскрытия информации ребенку составила всего 33,3%. Раскрытие было сделано

в основном опекунами (72,9%). Воспитатели сообщили, что 22,9% детей рассказали о себе. Большинство лиц, осуществляющих уход, считали 10–12 лет подходящим возрастом за раскрытие ВИЧ-статуса. Большинство детей (89,6%) заразились ВИЧ в результате вертикальной передачи. Большинство опекунов (83,3%) считают, что опекуны являются наиболее подходящими лицами для раскрытия информации. Кроме того, в нашем исследовании 66,7 % детей были не знали об этом ВИЧ-статусе, и наиболее распространенной причиной (92,7%) их нераскрытия было то, что ребенок не понимает о болезни. Другими причинами неразглашения были то, что ребенок может рассказать эту тайну другим (82,3%) и ребенок слишком молодые, чтобы понять болезнь (66,7%). Наблюдалось увеличение соблюдения режима приема лекарств (47,9%) и улучшение поведения. (12,5%) отмечены у детей.

Выводы: В нашем исследовании распространенность раскрытия информации о ВИЧ составила 33,3 %, наблюдалось повышение приверженности лечению, улучшение поведения, успеваемость и посещаемость школы. Наиболее распространенной причиной их нераскрытия было то, что ребенок не понимает болезни и ребенок может рассказать секрет другим.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Цель. Проанализировать эффективность раннего назначения АРВТ у детей с ВИЧ-инфекцией и эффективность проводимого лечения.

Материалы и методы. Нами было проанализировано 96 историй болезни пациентов с ВИЧ-инфекцией в возрасте 3-10 лет. Все дети наблюдались в Андижанском областном Центре по профилактике и борьбе со СПИД и принимали АРВТ в течение нескольких лет.

Результаты и обсуждения. Среди обследуемых детей у 30% наблюдалась субклиническая стадия ВИЧ-инфекции. Однако 90% из них начали лечение в связи с высокой вирусной нагрузкой – более 100

тыс. коп/мл. Остальные 70% инфицированных уже имели какие-либо вторичные бактериальные проявления на фоне иммунодефицита. Были исследованы такие показатели как иммунный статус и вирусная нагрузка ВИЧ, так как они являются одними из основных лабораторных критериев течения ВИЧ-инфекции и контроля эффективности АРВТ. Все пациенты получали комбинированную схему лечения, включающую 3 антиретровирусных препарата: 2 НИОТ, 1 ингибитор протеазы. На фоне проводимого лечения была выявлена стабилизация иммунологических и вирусологических показателей. Подавление репликации вируса ниже порога определения



у 53% детей удалось достичь уже к концу первого года лечения, и у 92% обследуемых к концу 4 года. В тоже время росло количество CD4 - лимфоцитов, и наблюдалось стабильное повышения иммунного статуса до нормальных значений у 93% пациентов. Кроме того, за период лечения ни у одного обследуемого не было зафиксировано утяжеления стадии

инфекции либо присоединения вторичных бактериальных или вирусных осложнений.

Выводы. Согласно современным подходам следует начинать лечение как можно раньше после установки диагноза ВИЧ-инфекция. Своевременное и более раннее начало АРВТ позволяет сохранить субклиническую стадию и не допустить прогрессирования болезни.

Ёдгоров Ў.А.¹,

Ўзбекистон Республикаси Санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизмати¹,

Рахманова Ж.А.²,

Абдуллаева Л.Ў.³

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази²

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИДАН КУЗАТИЛГАН ЎЛИМ ҲОЛАТЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Муаммонинг долзарблиги. Янги коронавирус, COVID-19 инфекцияси 2019 йилда биринчи марта Хитойнинг Ухан шаҳрида қайд этилган бўлиб, инфекция тез суръатлар билан бутун Хитой мамлакатига ва дунё миқёсида тарқала бошлади ҳамда дунёнинг барча мамлакатларида халқаро фавқулдда вазиятга олиб келди.

Коронавирус инфекцияси – бу Coronaviridae оиласига мансуб Betacoronavirus нинг РНК геномик вируси келтириб чиқарадиган асосан юқори нафас йўлларида шикастланиши билан кечадиган ўткир вирусли касаллик ҳисобланади.

2022 йил 20 май ҳолатига кўра, COVID-19 инфекциясидан зарарланганлар сони дунё бўйича 526 183 329 нафарни ташкил этган бўлса, ундан 6 297 803 (1,2%) нафарида ўлим кузатилган (ЖСТТ, 2022). Кузатилган ўлим ҳолати бўйича биринчи бешталикни АҚШ, Ҳиндистон, Бразилия, Франция, Германия ташкил этган. АҚШ да шу кунгача умумий аҳолининг 25,3% (84 799 040) зарарланган бўлса, уларнинг 1,2% (1 028 337) да ўлим ҳолати кузатилган. Россия Федерацияси ушбу рўйхатнинг еттинчи ўрнини эгаллаган, умумий аҳолининг 12,5% (18 278 617) зарарланган бўлса, ўлим ҳолати 2,1% (378 072) ташкил этган. Ўзбекистон Республикаси умумий аҳолисининг 0,7% (238 868) зарарланиши ҳамда 0,7% (1 637) ўлим ҳолати билан рўйхатнинг 107 ўрнини эгаллаган.

Тадқиқот мақсади. Ўзбекистон Республикада COVID-19 инфекциясидан кузатилган ўлим ҳолатларини таҳлил этиш.

Материал ва усуллар. Республикада COVID-19 инфекциясидан кузатилган ўлим ҳолатини ўрганиш мақсадида Республика Санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизмати маълумотларининг таҳлили ўтказилди.

Олинган натижалар. 2022 йил 20 май ҳолатига кўра, Ўзбекистон Республикасида COVID-19 инфекциясига боғлиқ 1 637 нафар ўлим ҳолатлари рўйхатга олинган, яъни шу кунгача зарарланганларнинг (238 868) 0,7% ни ташкил қилади. Республикада илк ўлим ҳолати 2020 йилнинг 28 март куни Тошкент шаҳрида рўйхатга олинган ва ушбу ойда 1 та ўлим ҳолати кузатилган. Кейинги ҳар бир ойда ўлим ҳолатлар у ёки бу даражада кузатилиб турган ҳамда тўлқинсимон характерга эга бўлган. Ўлим ҳолатларининг энг юқори биринчи қиймати (179) 2020 йилнинг август ойига, яъни Республикада кузатилган касаллик эпидемиологик кўтарилишнинг биринчи тўлқинини энг юқори чўққисига тўғри келган. Кейинги ойларда ўлим ҳолатини рўйхатга олиниш даражаси аста-секин пасайиб борган ҳамда 2021 йилнинг феврал ойида энг паст қийматга етган (1). Январ ойидан бошлаб ўлим ҳолатларининг рўйхатга олиниши яна кўтарилиб бориб, 2021 йилнинг август ойида энг юқори қийматга етган (208), яъни эпидемиологик кўтарилишнинг иккинчи тўлқинининг энг юқори чўққисига мувофиқ келади. 2021 йилнинг октябр ойида ўлим ҳолати августга нисбатан 2,5 баробарга камайган, аммо 2022 йилнинг феврал ойигача бир кўтарилиб, бир тушиб, деярли бир хил қийматларда сақланиб турган ҳамда Республикада кузатилган



эпидемиологик кўтарилишнинг учинчи тўлқинига тўғри келган. 2022 йилнинг март ойида эса ўлим ҳолати кескин 36 баробарга пасайган, апрел ва май ойларида эса ўлим ҳолатлари Республика бўйича илк мартаба рўйхатга олинмаган.

Республикада кузатилган ўлим ҳолатлари ўрғанилаётган ойда кузатилган умумий зарарланганлар ўртасидаги улуши ўрганилганида маълум бўлдики, энг юқори ўлим ҳолати эпидемиологик кўтарилишнинг учинчи тўлқинига, яъни 2022 йилнинг январ ойига тўғри келди (1,46%), эпидемиологик кўтарилишнинг иккинчи тўлқиннинг энг юқори чўққисида эса рўйхатга олинган ўлим ҳолати умумий зарарлан-

ганларнинг энг паст улушини ташкил қилган (0,77%). Биринчи тўлқиннинг июн ойидан то ноябр ойигача ўлим ҳолатининг рўйхатга олиниш даражаси умумий зарарланганларнинг 0,5% пасаймаган ҳолда, деярли бир хил даражада ушланиб турган.

Хулоса. Республикада COVID-19 инфекциясига боғлиқ ўлим ҳолати 2022 йил 20 май ҳолатига кўра 0,7% ни ташкил қилади ҳамда ўлим ҳолатининг юқори кўрсаткичлари Республикада кузатилган эпидемиологик кўтарилишларнинг чўққисига мувофиқ келади. Аммо, умумий зарарланганларга нисбатан ўлим даражаси ўрганилганида энг юқори қиймат эпидемиологик кўтарилишнинг учинчи тўлқинида кузатилган.

Джамалдинова Шахло Облобердиевна

*Самаркандский государственный
медицинский университет*

ДРУГИЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЮДЕЙ С ВИЧ

Если у человека ВИЧ, лучшее, что он можете сделать, чтобы оставаться здоровым — это принимать лекарство от ВИЧ (называемое антиретровирусной терапией или АРТ) точно в соответствии с назначением, а также получать и поддерживать неопределяемую вирусную нагрузку. Уровень ВИЧ в крови больного настолько низкий, что стандартный лабораторный тест не может обнаружить это. Каковы некоторые распространённые коинфекции с ВИЧ?

Коинфекция — это когда у человека есть две или более инфекций одновременно. Есть несколько распространённых коинфекций, которые поражают людей с ВИЧ.

1. Гепатит В и гепатит С. Инфекции печени гепатита В и С, вызванные вирусом. Как и ВИЧ, вирусы гепатита В (ВГВ) и вирус гепатита С (ВГС) могут передаваться половым путем или при употреблении инъекционных наркотиков. Таким образом, около одной трети людей с ВИЧ, например, в США коинфицированы либо ВГВ, либо ВГС. Если их не лечить, они могут привести к заболеванию печени, раку печени и печеночной недостаточности. Гепатит В можно предотвратить с помощью вакцины. Лекарства от гепатита В нет, но лечение может отсрочить или ограничить повреждение печени. Вакцины против гепатита С не существует, но лечение излечивает около 97% процентов людей, включая тех, кто живет с ВИЧ, всего за 8–12 недель пероральной терапии (таблетки). Каждый человек с ВИЧ должен

пройти тестирование на гепатит В и С.

2. Туберкулёз (ТБ) — это заболевание, вызываемое микробами, распространяющимися по воздуху от человека с туберкулезом. Туберкулез обычно поражает лёгкие, но может поражать и другие части тела. Это может вызвать серьезные проблемы со здоровьем, если его не лечить. Туберкулёз является оппортунистической инфекцией (НО) — инфекцией, которая возникает чаще или протекает тяжелее у людей с ослабленной иммунной системой, чем у людей со здоровой иммунной системой. ВИЧ ослабляет иммунную систему, увеличивая риск заболевания туберкулёзом у людей с ВИЧ. У людей с ВИЧ заболевание туберкулёзом считается СПИД-индикаторным заболеванием, то есть, если оно есть у человека, то у него диагностируют СПИД (также известный как стадия ВИЧ 3), наиболее серьёзную стадию ВИЧ-инфекции. Во всем мире туберкулез является одной из основных причин смерти среди людей с ВИЧ. Вот почему так важно, чтобы люди с ВИЧ прошли тестирование на туберкулёз, а те, у кого положительный результат теста, начали лечение.

3. Оппортунистические инфекции. Оппортунистические инфекции (ОИ) — это инфекции, которые возникают чаще или протекают в более тяжёлой форме у людей с ослабленной иммунной системой, например у людей с ВИЧ. Люди подвергаются наибольшему риску ОИ, когда их количество CD4 падает ниже 200. Когда у человека с ВИЧ возникают



определённые ОI или определённые виды рака, у него диагностируют СПИД. Приём лекарств от ВИЧ точно в соответствии с предписаниями, регулярное посещение врача и сдача лабораторных анализов являются ключом к сохранению здоровья и предотвращению этих инфекций.

Таким образом, благодаря улучшениям в лечении ВИЧ, люди с данным диагнозом живут дольше, чем когда-либо. Но даже когда ВИЧ хорошо контролируется с помощью лекарств, люди с ВИЧ могут иметь некоторые другие заболевания, которые иногда могут осложнить лечение, если вовремя не принять меры.

Джамалдинова Шахло Облобериевна
*Самаркандский государственный
медицинский университет*

ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ СЕРЬЁЗНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ГРИППОМ У ЛЮДЕЙ С ВИЧ

Люди с ВИЧ подвержены высокому риску развития серьёзных осложнений, связанных с гриппом, особенно люди с очень низким количеством клеток CD4 или не принимающие лекарства для лечения ВИЧ (так называемая антиретровирусная терапия или АРТ).

Другие группы высокого риска включают люди с другими хроническими заболеваниями и взрослые в возрасте от 65 лет и старше.

Каков наилучший способ предотвращения гриппа?

Прививка от гриппа — лучший способ защитить себя и своих близких от гриппа. Если человек с ВИЧ привит, то у него меньше шансов заболеть гриппом. И, если он заболит, то заболевание, скорее всего, будет более лёгким, что поможет ему избежать госпитализации. Люди с ВИЧ должны делать прививку от гриппа каждый год. Он может обеспечить безопасный и эффективный иммунитет в течение всего сезона гриппа.

Прививка не содержит живого вируса гриппа, тогда как назальный спрей содержит живой, но ослабленный вирус гриппа. Люди с ослабленной иммунной системой могут иметь более высокий риск осложнений от назального спрея.

Сделать прививку от гриппа как никогда важно из-за продолжающейся пандемии COVID-19. Прививка от гриппа особенно важна для людей с определёнными сопутствующими заболеваниями, такими как ВИЧ, астма, болезни сердца и диабет. Люди с такими заболеваниями подвержены более высокому риску развития серьёзных осложнений гриппа. Многие из этих состояний также повышают риск серьёзных последствий от COVID-19. По данным CDC, люди

с ВИЧ могут получить вакцину против COVID-19 и другие вакцины, включая вакцину против гриппа, за одно посещение.

В дополнение к ежегодной прививке от гриппа люди, живущие с ВИЧ, должны выполнять те же повседневные действия, которые CDC рекомендует для всех. Это: Избегание людей, которые больны; оставаться дома, когда больны; прикрывать рот при кашле; а также частое мытьё рук.

Симптомы гриппа включают лихорадку, кашель, боль в горле, насморк или заложенность носа, боли в теле, головную боль, озноб и усталость. Однако у некоторых людей с гриппом могут быть респираторные симптомы (такие как кашель или насморк) без лихорадки. Людям, испытывающим затруднённое дыхание, одышку и другие предупреждающие признаки, следует немедленно обратиться за медицинской помощью.

Существуют лекарства, отпускаемые по рецепту, называемые противовирусными препаратами, которые можно использовать для лечения гриппа и предотвращения серьёзных осложнений гриппа. CDC рекомендует, чтобы люди с высоким риском серьёзных осложнений гриппа, такие как люди, живущие с ВИЧ, особенно те, у кого низкий уровень клеток CD4 или не получающие АРТ, как можно раньше получали противовирусные препараты, потому что эти препараты работают лучше всего, когда их начинают применять на ранней стадии (в течение 48 часов) после появления симптомов). Люди с ВИЧ могут болеть гриппом и COVID-19 одновременно. Эксперты в области здравоохранения напоминают, что вакцинация — это единственный лучший способ защитить себя от этой серьёзной болезни.



Жумабоева Х.Х., Ғаниев Б. Қ., Қораев Б.Б.
Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш маркази,
Андижон тиббиёт институти

ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ ШАХСЛАР ЎРТАСИДА COVID – 19 БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИ ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ

Хозирги даврда бир қанча ўрнатилган тартиб қоидаларга қарамасдан COVID-19 касаллиги кўпайиб борапти. Барча аҳоли сингари ОИВ инфекцияли беморлар ҳам ушбу касалликдан сақланган эмас. Шу сабабдан АРВТ қабул қилмаётган, СД4 кўрсаткичлари паст бўлган, вирус юкламалари юқори кўрсаткичдаги инфекцияли шахслар ушбу касалликка дуч келиш хавфи юқори бўлиб қолмоқда.

Мақсад: COVID-19 билан зарарланиш ОИВ инфекцияси яли шахсларда ўлим кўрсаткичини ўрғаниш. Ўз вақтида тўғри ҳимояланиш, тўғри ташхис қўйиб, даволаш тадбирлари жараёнида тиббий назоратни етарли даражада йўлга қўйилса, ўлим кўрсаткичини камайишига олиб келади.

Текширув усули: Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш маркази Вилоят юқумли касалликлар шифохонаси ҳамкорлигида тайёрланган маълумотларга асосан 2020 йилнинг 1 январидан шу давргача 34 нафар ОИВ инфекцияли шахслар COVID-19 билан шифохонада даволанган, бўлиб, ундан ташқари бир неча беморларда касаллик белгилари енгил ёки ўрта оғир ҳолатларда кузатилганлиги аниқланди.

Натижа: ОИВ инфекцияли беморлар ичида 2020 йилда 38 нафар беморларда COVID-19 вируси аниқланиб, уларнинг барчаси, яъни 38 нафари АРВТ қабул қилган. АРВТ қабул қилган беморлар орасида COVID-19 вируси келтириб чиқарган касаллик ен-

гил ва ўрта оғир шаклларда ўтди, ўлим кузатилмади. АРВТ қабул қилмаган беморлар орасида иммун тизими паст бўлганлиги сабабли 4 та ҳолатда ўлим ҳолатлари кузатилди.

ОИВ инфекцияли беморларнинг аксарият қисми АРВТга содиқлиги ва СД4 хужайралар сони 250 мклдан юқорилиги ҳамда вирус юкламаларининг 50 нусха/млдан паст бўлганлиги касаллик белгилари енгил ёки ўрта оғир ҳолатларда ўтишига сабаб бўлган. Ўлим кўрсаткичига ва касаллик оғир ўтишига умумий омиллардан ортиқча тана вазни, қўшимча сурункали касалликларнинг авж олиши, қандли диабет ҳамда юрак қон томир касалликлари сабаб бўлган. Бундан ташқари АРВТга содиқ бўлмаган ёки препаратларни қабул қилмаётганлиги, СД4 хужайралари 200 мкл дан пастлиги ҳамда вирус юкламалари юқори бўлган беморларда оғир асоратлар туфайли ўлимга олиб келган

Хулоса: Юқоридагилардан келиб чиқиб, ОИВ инфекцияли беморлар АРВТ билан қамралганлиги АРВТ ва оппортунистик инфекцияларни олдини олувчи бошқа препаратларини вақтида қабул қилиши катта аҳамият касб этади. Бундан ташқари ижтимоий масофа сақлаш, тиббий ниқобда юриш ва жамоат жойларида бўлишдан сақланиш каби умумий талабларни бажариш зарурлигини тушуниш муҳимдир.

Я.М.Жураев, Б.Б.Кораев, М.Х.Зайнигабдинова
Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш маркази
лаборатория мажмуаси

ОИВ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН ОНАЛАРДАН ТУҒИЛГАН БОЛАЛАРДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНИ ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИ, АРВТ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА САМАРАДОРЛИГИ

Долзарблиги: ОИВ билан зарарланган оналардан туғилган болаларда ОИВ инфекциясини ташхислашнинг хусусиятлари, ОИВ билан зарарланган оналарда АРВТ самарадорлигини баҳолаш.

Муаммони ҳал қилиш йўллари: Бола ОИВ инфек-

циясини онасининг ҳомиладорлик даврида, туғилиш жараёнида ҳамда она сути билан озиқлантирилганда юктириб олиши мумкин.

Она организмида ОИВ инфекциясига ишлаб чиқариладиган специфик антителолар ҳомиладор-



лик даврида йўлдош орқали ўтиб, бола туғилгандан сўнг унинг қонида 18 ойгача сақланиб қолади. Шу сабабли, бу даврда болага серологик усулда аниқ ташхис қўйиб бўлмайди. Бу даврда сунъий усулда озиқлантириладиган болаларга ОИВ инфекцияси юққанлиги бутун қонда провирус ДНКни аниқловчи ПЗР таҳлилининг иккита мусбат натижаси асосида ташхис қўйилади. ОИВ РНКсини аниқлаш тавсия етилмайди, чунки ҳомиладорлик вақтида ва бола туғилгандан кейинги ўтказилган АРВТ-профилактика вируснинг кўпайишини аниқланмайдиган даражагача камайтиради. Бу болани текшириш пайтида сохта-манфий натижалар еҳтимолини оширади. ОИВ билан зарарланган онадан туғилган болаларда ОИВ провирус ДНКсини аниқлаш (2021 йил 19 сентябр кундаги 206-сонли буйруғига асосан) тавсия этилади:

6 ҳафталигида
12 ҳафталигида

ПЗР усулида чақалоқнинг қонида ОИВ провирус ДНКсининг бирламчи мусбат ёки бирламчи манфий натижалари қайта тасдиқланишни талаб этади. ОИВ инфекцияли онадан туғилган болага якуний ташхис 18 ойга тўлганидан сўнг, ОИТСга қарши курашиш марказларида комиссия тарзда қон олиниб, ИФА ва ИБ таҳлиллари асосида қўйилади.

Марказимиз лаборатория мажмуасида 2022 йил 9 ойи давомида ОИВ билан зарарланган оналардан туғилган 80 та болалар бутун қонини провирус ДНКсига ПЗР усулида 177 та текширув ўтказилган ва мусбат натижа аниқланмаган.

Хулоса: ПЗР усулида чақалоқнинг қонида ОИВ провирус ДНКсини аниқлаш усули ОИВ билан зарарланган оналардан туғилган болаларда ОИВ инфекциясини эрта ташхислаш имкониятини беради, ҳомиладорлик вақтида ва бола туғилгандан кейинги ўтказилган АРВТ профилактика самарадор эканлигини кўрсатади.

**Зайиров Мухиддин Хайитмуродович*,
Мадримов Зойр Хасанович**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Фтизиатрия и Пульмонологии

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СОЧЕТАНИИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Актуальность. Во всем мире отмечается рост заболеваемости как туберкулезом, так и ВИЧ-инфекцией. Особенно часто в последнее время стало наблюдаться сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Среди социально-значимых инфекций в мире выделяют два повсеместно распространенных и нередко ассоциированных между собой заболевания – туберкулез и ВИЧ-инфекцию.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных больных Хорезмской области.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 50 больной туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ – инфекцией, пролечившихся в терапевтических отделениях в Хорезмском областном центре фтизиатрии и пульмонологии в период от 2017 по 2020 гг.

Клинико-лабораторные методы исследования, включающие анализ крови на ИФА и иммуноблоттинг, бактериоскопическое исследование мокроты, рентгенография органов грудной клетки, физикаль-

ные данные.

Результаты исследования. Подавляющее большинство больных туберкулезом с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, было представлено мужчин было – 36 (72%), женщин – 14 (28%). По возрасту преобладали больные от 20 до 40 лет (около 68%), которые входят в группу **наиболее трудоспособных людей, ведущих активный образ жизни. Данный контингент больных в основном был представлен социально-дезадаптированными лицами: 36 больных (72%) не имели постоянно-го места работы.** Структура туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных больных была следующей: очаговый – у 2 (4%), инфильтративного – у 27 (54%), фиброзно-кавернозного – у 10 (20%), диссеминированного – у 9 (18%), другие формы – у 2 (4%) больных. Деструктивные процессы наблюдались у 31 больных (62%). Рентгенологически специфический процесс чаще был двусторонним – у 24 (48%) больных, правосторонним – у 18(36%), левосторонним – у 8 (16%) больных.



В анализах крови анемия выявлена у 13 больных, лейкоцитоз - у 17 больных, увеличение РОЭ у 44 больных.

Осложненные формы туберкулеза у больных основной группы встречались у 28 больных (56% случаев), из них у 21 больного (42%) диагностирован экссудативный плеврит, у 14 больных (28%) развились дыхательная и легочно-сердечная недостаточности, у 6 больных (12%) выявилась токсическая форма гепатита.

Туберкулез легких у ВИЧ-инфицированных больных протекает с более выраженной клинической картиной с преобладанием симптомов интоксикации, двухсторонним поражением легких, наличием деструкции и осложненным течением. Необходимо отметить, что эффективность лечения у этих больных ниже, чем у больных туберкулезом без сопутствующей ВИЧ-инфекции.

Закключение. Таким образом, по результату нашей исследования; 1. Туберкулез с установленным диагнозом ВИЧ инфекции встречались более у мужчин чем, у женщин в трудоспособном возрасте. 2. При анализе особенностей течения туберкулеза в основной группе больных выяснилась тенденция к снижению частоты течения специфического процесса в виде ограниченных ранних очаговых форм и увеличению распространенных инфильтративных, деструктивных и осложненных форм туберкулеза легких. Туберкулез легких у ВИЧ-инфицированных больных протекает с более выраженной клинической картиной с преобладанием симптомов интоксикации, двухсторонним поражением легких, наличием деструкции и осложненным течением, которые требуют особых подходов к лечению этой сложной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА/References

1. WHO. The use of Delamanid in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis in children and adolescents (Interim policy guidance)-October 2016.
2. 1. Убайдуллаев А.М., Абсадыкова Ф.Т., Ташпулатова Ф.К. Туберкулёз в Узбекистане // Пробл. туб., 2011. № 7. С. 10-14.
3. Parpieva N.N., Belotserkovets V.G., Iakubbekov T.Iu. Medical and social characteristics of patients with co-infection HIV/ Tuberculosis. Materialy VII s"ezda ftiziatrov i pul'monologov Uzbekistana. Tashkent. [Materials of the VII Congress of phthisiologists and pulmonologists of Uzbekistan. Tashkent], 2010. P. 63 (In Russian).
4. Global tuberculosis report. 2016. WHO/HTM/TB/2016.13.
5. Рекомендации Европейского клинического общества СПИДа (European AIDS Clinical Society). октябрь 2017. русская версия 9.0. / Rekomendatsii Evropeiskogo klinicheskogo obshchestva SPIDa (European AIDS Clinical Society). Oktiabr' 2017. Russkaia versia 9.0. [in Russian]
6. Мишин В.Ю., Мишина А.В. Туберкулез, сочетанный с вич-инфекцией. респираторная медицина. руководство. под ред. а.Г.чучалина. изд. 2-е, перераб. и доп. т. 3. м.: литерра, 2017; с. 239-50. / Mishin V.Iu., Mishina A.V. Tuberkulez, sochetanniy s VICH-infektsiei. Respiratornaia meditsina. Rukovodstvo. Pod red. A.G.Chuchalina. Izd. 2-e, pererab. i dop. T. 3. M.: Littera, 2017; s. 239-50. [in Russian]

**Зайнигабдинова М. Х., Усманов Ш.Қ,
Кораев Б.Б.**

*Андижанский областной центр по борьбе со
СПИДом*

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Год за годом количество тестирования на ВИЧ растёт, исключение составляет 2020 год из-за пандемии COVID-19, показатель выявляемости ВИЧ снижается. Это говорит о том, что реализуемые мероприятия, направленные на борьбу с ВИЧ/СПИДом являются эффективными и имеют положительный результат по пресечению распространения ВИЧ/СПИД в Республике Узбекистан.

Но, начиная с 2012 года (приказ №80 от 28 марта 2012 года МЗ РУз) по настоящее время (приказ №219 от 6.09.2021года МЗ РУз) алгоритм тестиро-

вания на ВИЧ-инфекцию для получения окончательного результата предусматривает двукратный забор крови: 1- первый скрининговый; при положительном скрининговом результате осуществляется второй забор крови при участии 3х сотрудников, то есть комиссионно.

Так, за период 2020-2021 года в Андижанской области протестировано 537045 образцов крови методом ИФА, из числа которых 501 образец крови первично (скринингово) положительные. У 378 общего числа скринингово положительных лиц забор 2-го



образца крови от первичных серопозитивных лиц был осуществлён в среднем через 17,4 дней (от 1 до 22 дня), забор 2х образцов крови у оставшихся 123 лиц был осуществлён в поздние сроки. Чтобы разобраться в причинах позднего срока забора вторых образцов перед нами были поставлены следующие задачи: первое - определить средние затраты времени от забора крови до получения лабораторных результатов лицам, проходящим тестирование на ВИЧ; второе - выявить проблемы, приводящие к несвоевременной диагностики ВИЧ.

В работе использованы методы опроса пациентов и медицинского персонала (врачи, средний медицинский персонал) для определения уровня знаний алгоритма тестирования на ВИЧ и их соблюдения. Время проведения исследования февраль-март месяцы 2022 года. Опрос проводился в двух лечебно-профилактических учреждениях, и по результатам которого были получены следующие данные: по-первых: 90% забора первичной крови осуществляется в понедельник, среду и пятницу и доставляется курьерами в эти же дни недели в специализированную лабораторию (хотя приём образцов ведётся ежедневно). Во-вторых, при заполнении направлений на исследование ВИЧ допускаются несоответствия в ФИО, серий документов и мест проживания (в среднем в 11% случаев); в тре-

тых, из 157 лиц среднего медперсонала 58 (36,9%) не знают в течение какого срока необходимо транспортировать образцы крови для тестирования; в четвертых, далеко не все врачи понимают, что значит «взять второй образец крови (из 91 опрошенных 63 не знают (это составило 63,2%!); в пятых, из 36 опрошенных пациентов 31(90%) знали, что сдают кровь на ВИЧ, 2 лиц отказались от сдачи повторного второго образца для окончательного диагностирования на ВИЧ (5,5 %) и т.п.

Следует заметить, что некачественное проведение до- и послетестовой консультации влечет за собой отказ от сдачи второго образца, что оттягивает сроки окончательной диагностики ВИЧ, также имеет место существенное влияние человеческого фактора медицинских работников.

Запоздалые сроки диагностики ВИЧ (17,5 дней в среднем) приводит к несвоевременному началу АРВ терапии впервые диагностированными лицами. Ведь несвоевременно диагностированный человек – это скрытый источник ВИЧ инфекции. Первым шагом необходимо изменить подход от двухэтапного забора крови к одноэтапному, усилить контроль за всеми звеньями преаналитической части от момента забора первичных образцов до их транспортировки, согласно предъявляемым требованиям, с привлечением ответственных лиц.

Зайнигабдинова М.Х., Караев Б.Б., Алимов М.А.
Лабораторный комплекс Андижанского областного центра по борьбе со СПИДом, Андижанский медицинский институт

ВНУТРЕННЯЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛАБОРАТОРИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИЛАБОРАТОРНОГО КОНТРОЛЯ (ВЛК) ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕСТ-СИСТЕМ «ДС-ИФА-АНТИ ВИЧ-УНИФ»

Внутрилабораторный контроль качества – это проводимое сотрудниками лаборатории постоянное слежение за всеми этапами лабораторной работы, позволяющие решить вопрос о возможности передачи результатов врачам-специалистам и оценивает стабильность измерительной системы и приемлемость условий, при которых осуществляется анализ.

Так, для исследований на ВИЧ методом ИФА в обязательном порядке используется контрольный положительный образец с заведомо известным ко-

личеством антител (ВЛК). ВЛК можно приготовить на базе лаборатории из положительного клинического образца, рассчитав рабочий титр методом титрования. В нашей же лаборатории используется ВЛК производства «ДС-системы» (Нижний Новгород, Россия) – лиофилизированное вещество с титром разведения 1/500 или 1/1000 (при измерении оптической плотности даёт показатели равные 1,5-2,2). При ВИЧ диагностике в норме при двухволновом измерении на спектрофотометре 450 и 630 нм показатели ВЛК должны варьировать в пределах в



1,8-2,2 раза превышающие показателей среднеарифметической оптической плотности отрицательного контрольного образца (далее ОП К-), прилагаемого к набору диагностических тест-систем. То есть требуется большее разведение, дабы получить слабopоложительный контрольный образец. При получении 20 и более показателей измерений ОП ВЛК, используя методы статистического расчёта, предлагаемым В. Шухартом, строится кривая, которая позволяет оценить достоверность полученных результатов.

Трудность составляла в том, что при одномоментном разведении одного флакона ВЛК в рабочем титре и его использование в последующих реакциях ИФА давало нестабильный результат измерений оптической плотности ВЛК, что искажала оценку при чтении карты Шухарта.

Сотрудниками лаборатории было проведено ряд разработок по стабильности рабочего титра ВЛК. В конечном итоге оказалось, что разведение ВЛК нужно проводить 2-х этапно:

На первом этапе мы разводили флакон с лиофилизированным содержимым в титре, указанном на этикетке. Затем отбирали необходимое количество

пробирок эпиндорфф 1,5-2 мл и указывали название и объем содержимого, а также дату приготовления. После разливали растворенное ВЛК в пробирки из расчета количества использования (у нас по 50 мкл). Аликвоты хранили при -16-20°C не более 2-3 недель. За сутки перед постановкой ИФА мы размораживали одну из пробирок, добавляли 300 мкл дистиллированной воды, пипетировали 20 раз и пробирку с готовым к постановке ВЛК помещали в набор с тест-системой. При постановке ИФА диагностируемые сыворотки и применяемая тест-система должны быть комнатной температуры. Этим самым мы создавали одинаковые условия как для ВЛК, так и для диагностируемых сывороток.

Выводы: Данное решение использования ВЛК и построение оценочной карты Шухарта в нашей лаборатории позволило оценить стабильность работы измерительного и вспомогательного оборудования, работу на преаналитическом и аналитическом этапе, работать над устранением систематических ошибок, допускаемые при постановке ИФА, тем самым пресекая возможные грубые ошибки, что недопустимо в нашей работе.

Закиров Ш.Ю., Менглиева Б.Б., Зокирова М.Ш.
Ургенчский филиал Ташкентской
Медицинской Академии

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВБИ

Микробный пейзаж медицинской организации является результатом совокупности сложных процессов межвидовых взаимоотношений микрои макроорганизмов, сформировавшихся под влиянием множества факторов больничной среды и применяемых медицинских технологий. Динамическая оценка эпидемической ситуации, наблюдение за распространением отдельных групп микроорганизмов, изучение антибиотикорезистентности позволяет вмешиваться в эпидемический процесс внутрибольничных инфекций (ВБИ) с целью корректировки профилактических и противоэпидемических мероприятий с последующей оценкой их эффективности.

Признаками благополучной эпидемической ситуации в подразделениях медицинского учреждения считается:

- отсутствие циркуляции среди пациентов штаммов условно-патогенных микроорганизмов, сопоставимых по виду и антибиотикограмме;

- отсутствие или снижение роста (относительно результатов предыдущего микробиологического мониторинга) циркуляции среди пациентов штаммов условно-патогенных микроорганизмов;

- удовлетворительные результаты контроля работы стерилизационного оборудования;

- отвечающая нормативным критериям бактериальная обсемененность воздушной среды особо чистых помещений класса А и др. Эпидемиологическими показаниями для проведения выборочных одномоментных исследований пациентов и больничных объектов являются критерии осложнения эпидемической ситуации по данным ретроспективного эпидемиологического анализа и результатам текущего микробиологического наблюдения. В случае выделения от пациентов вирулентных штаммов одного вида, сопоставимых по биологическим признакам и антибиотикограмме, проводятся меропри-

ятия в рамках микробиологического мониторинга по эпидемическим показателям. Обнаружение в биологических материалах пациентов резистентных штаммов *S. aureus*, *E. coli*, *P. aeruginosa* и других возбудителей тяжелых форм ВБИ, обладающих полирезистентностью, требует проведения оперативных профилактических, противэпидемических и изоляционно-ограничительных мероприятий.

Использование данных микробиологического наблюдения, позволяющего обеспечить слежение за циркуляцией возбудителей ВБИ, существующими в учреждении тенденциями развития устойчивости к антимикробным препаратам, позволяет обеспечить выявление эпидемиологических связей при возникновении вспышек и случаев внутрибольничного заражения.

**Закиров Ш.Ю., Самандарова Б.С.,
Зокирова М.Ш.**
*Ургенческий филиал Ташкентской
Медицинской Академии*

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ЛПУ И АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРОВ

Введение. Стафилококки являются ведущим этиологическим фактором различных госпитальных инфекций. Основным источником возбудителя подобных заболеваний являются бактерионосители среди пациентов и медицинского персонала.

S. aureus характеризуются высокой частотой выделения устойчивых штаммов, высоким уровнем и широким спектром приобретенной устойчивости к антибиотикам. Сложившаяся ситуация требует динамической оценки и корректировки антимикробной терапии (АМТ), а также своевременной коррекции лекарственных формуляров при тесном взаимодействии микробиологов, клинических фармакологов и эпидемиологов.

Цель исследования — бактериологический контроль антибиотикорезистентности у медицинского персонала хирургических отделений ЛПУ и акушерских стационаров для этиологической расшифровки ятрогенных инфекций, и выявления госпитальных штаммов бактерий.

Материалы и методы. обследовано с 2016 г. по 2018 г. 454 человека, у которых была проведена оценка бактериальной контаминации возбудителями ятрогенных инфекций с определением антибиотикочувствительности.

В процессе исследования установлена высокая частота обнаружения в составе микрофлоры, выделенной из биоматериала слизистой оболочки носа и зева персонала, грамположительной кокковой флоры, резистентных к антибиотикам. Выделенные штаммы *S. aureus* (5,28% случаев) оказались резистентными к линкомицину и эритромицину. К

азитромицину, хлорамфениколу и оксациллину резистентность отмечалась у 74,19%, 62,5 и 61,53% штаммов соответственно. Некоторые антибиотики действовали значительно эффективнее: этот показатель составил для цефалеперазона – 84,61% и амикацина – 80% .

Важнейшая роль микробиологических исследований в контроле ятрогенных инфекций и высокий уровень антибиотикорезистентности госпитальных патогенов ставят задачу применения методов молекулярной генетики и разработки эффективных методов для внутривидового типирования госпитальных штаммов.

Вместе с тем показатели приобретенной устойчивости у отдельных видов стафилококков, по отношению к разным препаратам и в зависимости от места обитания (больничная, внебольничная среда, хирургические стационары) имеют существенные отличия, что должно учитываться в тактике лечения и предупреждения вызываемых ими заболеваний.





Закиров Ш.Ю., Самандарова Б.С., Зокирова М.Ш.
Тошкент Тиббиёт Академияси Урганч филиали

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАХЛИЛИ НАТИЖАЛАРИ

Бугунги кунда орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС) бутун дунё бўйича “пандемия” тусини олди. Ўзбекистонда биринчи марта ОИВ инфекцияси 1997 йилда қайд этилган. Илмий ишимиз мақсади статистик маълумотларларга таянган ҳолда, Хоразм вилоятида ОИВ инфекциясини 2017-2021 йиллар давомида эпидемиологик кўрсаткичларини таҳлил қилишдан иборат бўлди.

2017-2021 йиллар мобайнида Хоразм вилоятида жами 1119 нафар ОИВ инфекцияси билан касалланган шахслар рўйхатга олинган. Мазкур шахсларнинг 930 нафари ОИВ инфекциясини жинсий алоқа йўли орқали, 155 нафари парентерал йўл орқали, 12 нафари эса вертикал йўл орқали юқтириб олган.

Олиб борилган эпидемиологик суриштирув натижалари таҳлили ОИВ инфекцияси юқтириб олган шахсларнинг асосий қисми аҳолининг миграцияси билан боғлиқлигини кўрсатади.

Чунончи, 2017-2021 йиллар давомида рўйхатга олинган жами 1119 нафар ОИВ инфекцияси билан касалланган шахсларнинг 596 (53,26%) нафари бевосита ташқи меҳнат миграцияси билан боғлиқлиги аниқланди.

Ушбу жадвалдан кўриниб турибдики, охириги 5 йилда чет давлатларга миграцияга чиқиб келган жами 375313 нафар мигрантдан 199167 (53%) нафари профилактик тиббий кўрикдан ўтказилиб, ОИВ инфекцияси мавжудлигига текширилганда уларнинг 261 (0,13%) нафарида ОИВ инфекцияси аниқланиб, рўйхатга олинган.

Бу шуни курсатадики, 5 йил ичида чет давлатларга миграцияга чиқиб келган жами 375313 нафар мигрантлар тўлиқ ОИВ инфекциясига текширилганда, ўртача 491 нафар ОИВ инфекцияли шахс аниқланиши ва шунча ОИВ инфекцияси ҳолатини эрта аниқланиб, эпидемиологик жараён занжирига самарали таъсир қилиниши мумкин бўлар эди.

Олинган статистик маълумотлар асосида давлатимиз аҳолиси орасида бу касалликни олдини олиш учун қуйидаги ишларни амалга оширишни таклиф этамиз:

- меҳнат мигрантлари вилоятимиз ОИВ инфекцияси бўйича эпидемияни ҳаракатлантирувчи куч эканлигини инобатга олиб, Ўзбекистон Республикасининг 23.09.2013 йилдаги “Одамнинг иммунитет танқислиги вируси келтириб чиқарадиган касаллик (ОИВ инфекцияси) тарқалишига қарши курашиш тўғрисида”ги 353-сонли Қонунининг 15-моддаси (“Мажбурий равишда ОИВга тиббий текширувдан ўтказиш”) га ўзгартириш киритиб, меҳнат мигрантларини мажбурий равишда тиббий кўрикдан ўтказиш тартибини киритиш лозим;

- чет давлатдан қайтиб келган меҳнат мигрантлари яшаш жойидаги тиббиёт муассасада белгиланган тартибда тиббий кўрикдан ўтмаган ва соғлиғи тўғрисида хулоса олмаган тақдирда, ушбу мигрант Республикамиз ҳудудидан четга чиқишига таъқиқ қўйиш лозим. Бу жараён мигрантларда тиббий кўрикдан ўз хоҳишлари билан ўтишига замин яратади.

Iskandarov A.I.
Andijan Regional AIDS Center

CLINICAL MANIFESTATIONS OF TUBERCULOSIS IN CHILDREN FROM PERINATAL CONTACT FOR HIV INFECTION

The purpose of the study: to study the features of the clinical course of tuberculosis in children with HIV infection.

Materials and methods of research: The data of case histories of 19 children with tuberculosis (TB) from perinatal contact for HIV infection were analyzed. Combined TB/HIV infection was diagnosed in 14 (73.7%) children (group I), in 5 (26.3%) children the diagnosis of

HIV infection was removed (group II). Contact with patients with tuberculosis was established in 11 (84.6%) children of group I and in all children of group II. Most of them (54.5% and 60%, respectively, groups I and II) lived in the centers of death, had multiple contacts with TB patients - 42.8% and 60%. Contacts with patients with drug-resistant TB had 2 (40%) patients of group II. In 100% of cases, the sources of infection were the par-

ents of the children. In children with TB (group II), high positive tuberculin tests were determined (the average papule size was 14.0 ± 0.01 mm). In children with combined TB/HIV infection, the average papule size was 4.3 ± 6 (42.8%) children were diagnosed with anergy to tuberculin. Common (28.6%), with a complicated course (42.8%), destructive processes (21.4%), with bacterial excretion (21.4%), with a tendency to chronic course (7.1%) more often occurred with combined TB/HIV infection. The children of group II were diagnosed with TB of the intrathoracic lymph nodes (60%) and primary TB complex (40%), with a complicated course of

the process (40%). The outcome of tuberculosis in 4 (80%) children with negative HIV status was a clinical cure with the formation of residual changes, another child continues treatment. In 3 (21.4%) children with co-infection, tuberculosis ended in death, in one child the process acquired a chronic course, and multiple drug resistance developed.

Conclusions. Children with TB/ HIV co-infection have severe TB processes, more often death occurs. The most common cause of tuberculosis in children with perinatal HIV infection is living in close family contact.

Н.Р.Кадирова, Қ.И.Аббасов

Республика ОИТСга қарши кураш маркази

КОРОНАВИРУС ПАНДЕМИЯСИ ДАВРИДА “ФАВҚУЛОДДА ВАЗИЯТ”НИНГ УЗОҚ МУДДАТЛИ ШАРОИТИДА МИГРАНТЛАР ОРАСИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ ЭПИДЕМИЯСИНИНГ ЎЗГАРИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Бугунги кунда жаҳонда миллионлаб инсонлар умрига зомин бўлиб, дунёда катта иқтисодий - ижтимоий ва молиявий қийинчиликларни келтириб чиқариб, Хитой давлатининг Ухан шаҳрида аниқланиб, пандемияни юзага келтирган номаълум вирус жаҳондаги барчани ташвишга қўйди ва инсоният ҳаётига мисли кўрилмаган даражада хавф солиб, инсониятнинг энг долзарб муаммоси бўлиб қолди. Кейинчалик вирусга COVID-19 деб ном берилди. Юртимиздаги ташки ва ички миграция натижасида ушбу касаллик бизни юртимизни ҳам четлаб ўтмади, яъни 2020 йилнинг 15 март куни биринчи COVID-19 ташхисли бемор аниқланди ва фавқулотдда ҳолат юзага келди. Давлатимиз томонидан зудлик билан кечиктириб бўлмайдиган комплекс тадбирлар режаси тузилиб, ўз вақтида касалликни аниқлаш ва касалликни аҳоли орасида тарқалиб кетишини олдини олиш мақсадида қатъий карантин чоралари қўлланилди.

Шу билан бирга дунёда 40 млн.дан ортиқ аҳоли ОИВ инфекцияси билан яшайди. Миграция жараёнлари аҳоли орасида COVID-19 коронавирус ва ОИВ инфекциясининг тарқалишига ҳам ўз таъсирини кўрсатмоқда. Меҳнат мигрантларининг тил билмасликлари уларнинг маҳаллий халқ томонидан камситилишига, меҳнатларидан мажбурий фойдаланишга, бемор бўлганларида малакали тиббий хизматдан фойдалана олмасликлари, ўз уйларида, оиласидан узоқда бўлишлари, уларнинг хулқ атворида ўзгаришлар содир бўлишига ва пала-партиш ҳаёт кечиришлари натижасида ОИВ инфекциясини юкти-

риб олишларига имкон яратади. Бу эса зарурийат туғилганда тегишли тиббий хизматлардан, ОИВ инфекцияси ва бошқа жинсий алоқа йўли билан юқадиган касалликлар бўйича профилактик дастурлардан фойдаланиш, ушбу касалликлар бўйича маълумот олиш имкониятини чеклайди. Эпидемиологик назорат натижалари охирги йилларда хорижга ишлаш учун чиқиб келаётган шахслар ва оила аъзолари орасида касалланиш кўрсаткичининг ўсиб бораётганини кўрсатмоқда. Касаллик асосан ёш, меҳнатга лаёқатли инсонлар орасида учрамоқда. Шу сабабли меҳнат мигрантлари ва уларнинг оила аъзолари орасида COVID-19 ва ОИВ инфекциясини тарқалишининг олдини олиш муҳим аҳамият касб этади.

Охирги йилларда, чет давлатларда узоқ вақт бўлиб, Ўзбекистонга қайтган республикамиз фуқаролари орасида ОИВ инфекцияси билан касалланиш ҳолатлари кўпайиб бораётганлигини инобатга олган ҳолда, 2018 йил 23 мартдаги тегишли вазирлик ва идораларнинг қўшма қарори билан тасдиқланган “ОИВ инфекцияси юқиш хавфи юқори бўлган гуруҳлар, хусусан, мигрантлар ва уларнинг оилалари ўртасида ОИВ инфекциясининг профилактикаси бўйича тушунтириш-тарғибот чора-тадбирларини ҳамкорликда амалга ошириш” Тартиб ишлаб чиқилди. Тартибнинг 1-илоvasи бўйича “Чет давлатларда уч ойдан кўп вақт бўлиб, Ўзбекистонга қайтган Республика фуқаролари ва фуқаролиги бўлмаган, Ўзбекистон Республикаси ҳудудида доимий яшовчи шахсларни ОИВ инфекциясига текширишга мажбу-



рий йўллаш буйича ОИВ инфекциясининг профилактикаси бўйича чора-тадбирларини ҳамкорликда амалга ошириш"нинг бажарилиши юзасидан бир қатор тадбирлар амалга оширилмоқда. Унга асосан 3 ойдан ортиқ чет давлатларда бўлиб, ватанимизга қайтган республика фуқаролари ОИВ инфекциясига текширилмоқда ва касаллик аниқланган ҳолатларда диспансер ҳисобига олиниб, мунтазам равишда шифокор назоратига олиниб, зарурий тиббий хизматлардан фойдаланиб келмоқдалар.

Коронавирус инфекциясининг эпидемияси мисолида узоқ вақт давом этган фавқулодда вазият юзага келганда мигрантлар орасида ОИВ инфекцияси бўйича эпидемиологик вазиятни ўзгариш хусусиятларини ўрганиш таҳлили олиб борилди. Таҳлил учун Республика ва вилоятлар ОИТСга қарши кураш марказлари лабораториялари маълумотларидан фойдаланилди.

2019 йил давомида 593405 нафар меҳнат мигрантлари рўйхатга олинган бўлиб, улардан 376785 (63,4%) нафари ОИВ инфекциясига текширилган ва 545 (0,14%) нафар мигрантда ОИВ инфекцияси аниқланган.

2020 йил давомида 389085 нафар меҳнат мигрантлари рўйхатга олинган ва 262529 (67,4%) нафардан кўпроқ мигрантлар ОИВ инфекциясига текширилган бўлиб, текширилганларнинг 311 (0,11%) нафарида ОИВ инфекцияси аниқланиб, уларнинг барчаси диспансер назоратига олинган. Меҳнат мигрантларининг текшириш билан қамраб олиниши коронавирус пандемияси даврида аҳолининг фавқулодда вазият ҳолатида кўчага чиқиши чекланиши, шу билан бирга текширув билан қамраб олиниши камайиши кузатилди. Жумладан, 2020 йилда мигрантларнинг текширув билан қамрови 2019 йилга нисбатан 1144256 нафар шахсга камайган. Шунга мутаносиб равишда меҳнат мигрантлари орасида ОИВ инфекциясининг аниқланиши ўтган йилнинг шу даврига нисбатан 234 нафар шахсга камайган.

Таҳлил натижаларига кўра 2019 йилнинг 6 ойи давомида 225752 нафар меҳнат мигрантлари рўйхатга олинган бўлиб, улардан 149066 (66%) нафари ОИВ инфекциясига текширилган ва 281 нафар мигрантда ОИВ инфекцияси аниқланган.

2020 йилнинг 6 ойи давомида эса 186432 нафар меҳнат мигрантлари рўйхатга олинган бўлиб, 171494 (92%) нафардан кўпроқ мигрантлар ОИВ инфекциясига текширилган бўлиб, текширилганларнинг 207 нафарида ОИВ инфекцияси аниқланиб, уларнинг барчаси диспансер назоратига олинган.

Фавқулодда вазият ҳолатида 2020 йилнинг 6 ойи давомида ўтган 2019 йилнинг шу даврига нисбатан республикага қайтган мигрантлар орасида ОИВ инфекциясининг аниқланиши кўрсаткичи 74 нафарга (26%) камайган. Касалликнинг аниқланиши бўйича ойма ой таҳлили олиб борилганда, 2020 йилнинг 2 ва 3 ойи кўрсаткичлари ўтган йилнинг кўрсаткичлари билан деярли фарқ қилмасада, фавқулодда вазият юзага келиб, пандемия натижасида барча давлатларда қатъий карантин чоралари қўлланилган вақтда ОИВ инфекцияси билан зарарланиш даражаси ўтган йилнинг шу даврига нисбатан сезиларли даражада камайганлиги кузатилди. Жумладан, мигрантлар орасида касалланиш ҳолати 4 ойликда ўтган йилга нисбатан 30 нафарга, 5 ойликда 66 нафарга, 6 ойликда 74 нафарга камайиши кузатилган.

Юқоридагилардан маълум бўлдики, фавқулодда вазият ҳолатида "COVID-19" пандемияси шароитида карантин вақтида мигрантларнинг турли жойларга боришининг чекланиши ва фуқароларнинг тўпланмаслиги, кафе-бар, ресторанларнинг ишлармаслиги натижасида мигрантларнинг ёмон ҳуш атворли ишларни (яъни инъекцион наркотикларни қабул қилиш, пала партиш ҳаёт кечириш) чекланишига олиб келди, натижада мигрантлар орасида касалликни юқтириш даражаси ўтган йилги шу давр кўрсаткичларига нисбатан сезиларли равишда камайганлигини ҳулоса қилиш мумкин.

Ташпулатов Н.Н., Кадирова Н.Р., Абидова С.А.,
Каримов Ў.Р., Щеликалина С.А., Мажидова М.Ш.
Республика ОИТСга қарши кураш маркази

ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИ ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ МАСАЛАЛАРИГА ДОИР БИЛИМ САВИЯСИНИ ОШИРИШ ДАСТУРИНИНГ ДОЛЗАРБ МАСАЛАЛАРИ

Калит сўзлар: ОИВ инфекцияси, билим савиясини ошириш, тиббиёт ходимлари, шифохона ичи инфекцияси.

Мавзунинг долзарблиги: Ҳозирда ОИВ инфекцияси муҳим тиббий-ижтимоий муаммо ҳисобланиб, касаллик хавфли гуруҳ омилларига эга бўлган гу-

руҳлардан ташқари, аҳолининг турли қатламлари орасида учраши, инфекцияни юқтириб олганлар сони ошиб боришига сабаб бўлмоқда. Шунингдек, касалликнинг шифохона ичи инфекцияси сифатида қайд этилиши ҳолатлари ошиши кузатилмоқда. Бугунги кунда ОИВ инфекциясининг шифохона ичи

инфекцияси сифатида қайд этилиши ҳолатлари долзарб муаммолардан бири саналади. Шу сабабли ОИВ инфекцияси тарқалишига қарши саъйи-ҳаракатларни фаоллаштириш муҳим вазифалардан бири саналади. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда ОИВ инфекциясига қарши кураш чора-тадбирларини кучайтириш бугунги куннинг долзарб масаласидир. ОИВ инфекциясига қарши курашда юқори малакали тиббиёт ходимларини тайёрлаш ва билим савияларини ошириш орқали тиббиёт тизими олдида қўйилган вазифаларни бажарилишида катта аҳамият касб этади.

Билим савияларини ошириш **дастурларининг** мақсади: Тиббиёт ходимларининг ОИВ инфекциясининг шифохона ичи инфекцияси сифатида намоён бўлиши, уни олдини олиш ҳақидаги билимлари ва амалий кўникмаларини такомиллаштиришдан иборат.

Билим савияларини ошириш **дастурларининг** вазифаси: Даволаш профилактика муассасаларида меҳнат қилаётган барча тиббиёт ходимларини ОИВ инфекциясига тааллуқли бўлган билим ва кўникмаларини ошириш ва шифохона ичи инфекцияси тарзида тарқалишини олдини олишдан иборат.

Олиб борилган изланиш ишида Республика ОИТСга қарши кураш маркази ва ҳудудий ОИТСга қарши кураш марказлари томонидан йиғилган ҳисоботлардан фойдаланилди.

Ўқитиш тартиби: Машғулотлар мультимедиа воситалари, экран ва лазерли кўрсаткич билан жиҳозланган аудиторияларда ҳар бир гуруҳга алоҳида ўтказилади. Машғулотлар ўтишда фаол ва интерфаол усуллар қўлланилади. Мавзуй слайдлар тўплами, тарқатма материаллар ва ахборотлар мультимедиа қурилмалари ёрдамида узатилади.

Билим савиясини ошириш шакли кундузги бўлиб, унга жалб этилган тиббиёт ходимлари ўқиш давомида иш вақтидан ажралмаган ҳолда, ДПМнинг ўз базасида тиббий муассаса раҳбарининг ички буйруғи асосида жавобгар шахс томонидан ташкиллаштирилади ва олиб борилади. Ҳар бир тиббиёт ходимнинг билим савиясини ошириш йилда бир марта амалга оширилади, ҳамда машғулот якунида тест синовлари ўтказилиб, олинган билим ва кўникмалар назоратдан ўтказилади.

Билим савиялари ошириш дастури бўйича таълим олувчилар тоифаси этиб, даволаш-диагностика амалиёти билан шуғулланувчи барча шифокорлар, олий маълумотли барча ҳамширалар, ўрта маълумотли барча ҳамширалар, барча кичик тиббий ходимлар олинди.

Юқорида айтиб ўтилган барча тадбирлар Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йилдаги "Ўзбекистон Республикасида ОИВ-инфекциясини олдини олиш

чора-тадбирлари ва тиббий ёрдамни ташкил этишни янада такомиллаштириш тўғрисида"ги 219-сонли буйруғи 11-илоvasи асосида амалга оширилди.

2021 йил давомида республикадаги барча даволаш-профилактика муассасаларида жами 329319 нафар тиббиёт ходимлардан 269223 нафари ўқитилган ва унинг қамрови 81,7% ни ташкил этган бўлса, жорий йилда жами 393448 нафар тиббий ходимлардан 381036 нафари (96,8%) тиббий ходимлари ОИВ инфекцияси масалаларига доир билим савиясини ошириш дастури бўйича тайёргарликдан ўтишган. Жумладан 53865 нафар шифокорлардан 51192 нафари ўқитилиб, билим савияси оширилган шифокорларнинг 50656 (98,9%) нафари тестдан ўтган. Олий маълумотли 1091 нафар ҳамшираларнинг 1023 нафари машғулотларда қатнашиб, қатнашганларнинг барчаси тестдан муваффақиятли ўтганлар. Мавжуд 253715 нафар ўрта тиббиёт ходимларидан 232814 нафари машғулотларда қатнашиб, уларнинг 230995 (99,2%) нафари тестдан ўтган. 88265 нафар кичик тиббий ходимлардан 79006 нафари машғулотларда қатнашиб, уларнинг 77193 (97,7%) нафари тестдан ўтган.

Ундан ташқари Тиббиёт ходимларининг билим савияларини ошириш юзасидан ўтказилаётган ишларни ўрганиш юзасидан марказнинг 15.02.2022 йилдаги №012-08/225-сонли хати қуйи тизимга етказилиб, барча ҳудудий ОИТСга қарши кураш марказлари мутахассислари томонидан ДПМларда ўқитишни самарали ташкил этилганлиги тўғрисида ўрганиш ишлари олиб борилди. Ўрганиш жараёнида республикадаги 395 та даволаш профилактика муассасалари қамраб олинган бўлиб, уларда ўқитиш юзасидан қуйидаги камчиликлар аниқланган. Жумладан, ҳужжатларнинг тўғри юритилмаслиги ва ўқув режаларининг ўз вақтида ишлаб чиқилмаганлиги, ўқув машғулотларининг кўргазмали материаллардан фойдаланилмаганлиги ҳолатлари, ўқув залларининг етарли ташкиллаштирилмаганлиги, имтиҳон топшириш учун етарли шароит яратилмаганлиги каби муаммоларга дуч келишганлиги аниқланган. Мавжуд камчиликлар жойида бартараф этилиб, юқори савияда тиббиёт ходимларига билимларини ошириш юзасидан мутахассислар томонидан амалий услубий ёрдам кўрсатилган.

Хулоса

Даволаш профилактика муассасаларида меҳнат қилаётган барча тиббиёт ходимларини ОИВ инфекцияси бўйича замонавий ёндошилган билим ва кўникмаларини ошириш орқалигина касалликни шифохона ичи инфекцияси тарзида тарқалишини олдини олишга эришибгина қолмай, республикада эпидемиологик вазиятни барқарорлашувига ва аҳоли орасида касалликни камайишига замин яратади.

АДАБИЁТЛАР

1. ССВнинг "Ўзбекистон Республикасида ОИВ инфекциясини олдини олиш чора-тадбирлари ва тиббий ёрдамни ташкил этишни янада такомиллаштириш тўғрисида"ги 219-сонли буйруғи. Тошкент 2021 йил. 234-240.

2. Тиббиёт ходимларининг билим савияларини ошириш юзасидан Республика ОИТСга қарши кураш марказининг 15.02.2022 йилдаги №012-08/225-сонли кўрсатма хати. 1-2.

3. К.Х.Юлдашев, Г.А.Нормуратова, Н.Н.Ташпулатов, Н.Р.Қадинова "ОИВ инфекциясининг долзарб масалалари" бўйича врачлар қисқа муддатли мавзуй малака ошириш курси ўқув дастури. Тошкент 2022 йил. 4-5.



Калниязова Инобатхон Байрамовна, Рахимова Рушана
Олимжон қизи, Холмонов Дилшод Шухрат ўғли,
Сайфиддин Хожи Қадриддин Шухрат ўғли
Ташкентская медицинская академия

ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ПО ВОЗРАСТУ

Актуальность: На сегодняшний день ВИЧ/СПИД находится в форме пандемии и является одним из самых серьезных заболеваний, передающихся половым путем. По данным ВОЗ, выявлено около 42 миллионов больных, а число жертв заболевания достигло 20 миллионов.

Известно, что одним из факторов, определяющих интенсивность ВИЧ-инфекции среди населения, является возраст больных.

Цель: Изучение возрастных особенностей ВИЧ-инфекции у беременных в Республике Каракалпакстан.

Материал для исследования: был взят из данных отчета Центра СПИД Республики Каракалпакстан за 2011-2021 годы.

Методы исследования эпидемиологические и статистические.

Результаты: Общее количество беременных женщин в Республике Каракалпакстан в 2011 году составило 36 045, в 2012 году – 36 677, в 2013 году – 39 726, в 2014 году – 41 562, в 2015 году – 41 772, в 2016 году – 39 551, в 2017 году – 38 825, в 2018 году количество обследованных на ВИЧ-инфекцию беременных составило 417 196, в 2020 году – 39 842, в 2021 году – 42 408 человек.

По результатам анализа возраста ВИЧ-инфицированных беременных в Республике Каракалпакстан 30,6% беременных в возрасте 30-34 лет, 18-24-летних 25,3%, 25-29-летних 26,6 %, 35-39-летних 16%, 40-49-летних приходилось 1,3%

В период 2011-2021 гг. 28% беременных женщин с ВИЧ-инфекцией были зарегистрированы Турт-

кульском районе в Республике Каракалпакстан. А 21,3% - в Берунийском районе, являющемся наиболее опасным регионом. На следующем месте Амударьинский район с 12%, Нукусский город и Элликалинский районы с 10,6%, Кунградский и Конликольский районы с 5,3%, Нукусский и Кегейлийский районы с 1,3%.

По возрастному показателю 28% беременных в возрасте 25-29 лет в Турткульском районе и 21,3% в возрасте 30-34 лет в Берунийском районе. На следующем месте в Амударьинском районе зафиксировано 5,3% лиц той же возрастной группы, в Нукусском и Элликалинском районах - по 4%.

При изучении путей передачи выяснилось, что все беременные заразились половым путем, чьи мужья долгое время находились в Казахстане или в России в качестве трудовых мигрантов. Долгое отсутствие полового партнера их привели к рискованному поведению, который увеличиваются шансы подверганию опасности мигрантов инфицирования с ВИЧ.

Выводы: таким образом, анализ показателей ВИЧ – инфекции среди беременных женщин является актуальным вопросом здравоохранения, практическая значимость которого определяется выявлением основных тенденции процесса и проведением на его основе оценки эффективности реализуемых лечебно-профилактических мероприятий, разработки и внедрения новых методов организации медицинской помощи данной категории населения, направленных на снижение распространения данного заболевания.

Karimova Intizor Ergashovna
TTA Urganch filiali Akusherlik va ginekologiya
mutaxassisligi magistratura talabasi

OIV INFEKSIYASINI ERTA TASHHISLASH

OITS (orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi) OIV deb nomlangan virus (odam immunotantqislik virusi) sabab bo'lgan sindrom, xalq orasida ko'proq SPID kasalligi nomi bilan tanilgan. Kasallik immunitet tizimini o'zgartirib, odamlarni infektsiyalar va kasalliklarga ko'proq moyil qilib qo'yadi. Bu sezuvchanlik sindrom rivojlanishi bilan yomonlashadi. OIV — immunitet

tizimidagi T hujayralariga (CD4 hujayralari) hujum qiluvchi virus.

Virusning yuqishi OITS rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Biroq OIV yuqganda har doim ham immunitet tanqisligi sindromi rivojlanavermaydi. Terapiyasiz OIV infektsiyasi rivojlanishi mumkin va oxir-oqibat u ko'pchilik hollarda OITSGa aylanadi. Bundan so'ng,



inson kasallikni doimo anamnezida olib boradi. OIV bir odamdan boshqasiga qon yoki jinsiy aloqa orqali yuqishi mumkin. Virus antiretrovirus terapiya (ART) bo'lmaganda rivojlanadi. ART odam immunotantqislik virusi o'sishini sekinlashtiradi yoki oldini oladi.

OIV QANDAY YUQADI

Jinsiy aloqa orqali yuqishi – bu infeksiyalangan jinsiy suyuqliklar (og'iz bo'shlig'i, rektal, genital yoki shilliq pardalari) bilan aloqa qilganda yuzaga kelishi mumkin. Bu vaginal, oral va anal kabi himoyalangan jinsiy aloqa vaqtida sodir bo'lishi mumkin.

Perinatal yuqishi – ona tug'ruq paytida, homiladorlik paytida, shuningdek, emizishda infeksiyasini bolaga yuqtirishi mumkin.

Qon quyish orqali yuqishi – hozirgi vaqtda qon quyish orqali OIV yuqtirish xavfi rivojlangan mamlakatlarda juda ehtiyotkorlik bilan tekshiruv va ehtiyot choralari tufayli juda past. Shu bilan birga, giyohvand moddalarni qabul qiluvchilar yoki bemorning qoni bilan zararlangan

shpritslarni qayta ishlatish oqibatida kasallik yuqish xavfi juda yuqori.

RIVOJLANGAN (SO'NGGI) BOSQICHLARDA

Agar bemor davolanmasa, OIV insonning infeksiyalar bilan kurashish qobiliyatini zaiflashtiradi. Odam organizmi jiddiy kasalliklarga qarshi kurasha olmaydi. Hatto oddiy shamollash ham juda og'ir shaklda kechadi. Aynan ana shu bosqich OITS deb ataladi.

OITS (SPID) NI DAVOLASH

Hozirgi kunda OIV yoki OITSga davo yo'q. Mavjud davolash usullari kasallikning rivojlanishini sekinlashtirishi mumkin va ko'pchilik odamlarga uzoq va nisbatan sog'lom hayot kechirishga imkon beradi.

Infeksiyalanish erta muddatlarda aniqlanganda antiretrovirusli davolanish juda muhimdir — bu hayot sifatini yaxshilaydi, umr ko'rish davomiyligini uzaytiradi. Shuningdek, 2013-yil iyun oyida chop etilgan Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti yo'riqnomalariga muvofiq yuqtirish xavfini kamaytiradi.

Qodirov Jasur Xusanovich

Qashqadaryo viloyat OITS ga qarshi kurashmarkazi

OIV VA OITS HAR BIR FUQARO BILISHI KERAK BO'LGAN INFEKSIYASI

Orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS) — retrovirus guruhiga mansub virus qo'zg'atadigan kasallik; ikki davrga bo'linadi: OIV infeksiyasi va bevosita OITS (SPID) davri. OIV infeksiyasi davri odam organizmida virus bor, lekin kasallik alomatlari hali na-moyon bo'lmagan davr. Virus deyarli bir vaqtda Parijda professor Lyuk Montanye hamda AQShda professor Gallo boshchiligi ostidagi olimlar tomonidan kashf etilgan (1983-yil). Bu virus odamning immun tizimiga tanlab ta'sir ko'rsata-di, ayniqsa, SD4+ immun hujayralariga qirg'in keltiradi. Virus odam organizmiga tushgach, 2-3 kundan so'ng, 25-30% hollarda birlamchi infeksiya davriga xos alomatlar kuzatilishi mumkin. Bu "o'tkir serokonversiya sindromi" deb ataladi, bunda harorat ko'tariladi, tunda terlash, bo'g'imlar va bosh og'rig'i, loxaslik, qayt qilish, ich ketishi, badanda, ayniqsa, uning yuqori qismida toshmalar paydo bo'lishi mumkin. Bu alomatlar odam organizmiga tushgan virus ta'siriga immunitet tizimi ma'lum darajada javob qaytarish reaksiyasi bilan bog'liq. Lekin bu davrda antitelolarni aniqlash natija bermaydi, chunki immunitet tizimining javobi hali to'liq shakllanmagan bo'ladi. Kasallikning bu davri 8—10 yilgacha, ba'zan undan ham uzoq davom etishi mumkin. Hozirgi kunda amaliyotda OIV infeksiya-

si tashhisini qo'yish qonda kasallik virusiga qarshi paydo bo'lgan antitelolarni aniqlash — immun ferment taxlili (IFT) reaksiyasiga asoslangan. Dastlabki antitelolar virus organizmga tushgach, 3 haftadan so'ng shakllana boshlasa ham, qo'llanadigan diagnostikumlar ularni ilg'ay olmaydi. Shu bois, odamga ushbu infeksiya ilashgani to'g'risida virus organizmga tushganidan so'ng 90 kun o'tkazib olingan tekshirish natijasiga qarab xulosa chiqarish mumkin.

OITS OIV infeksiyasining yakuniy davri hisoblanadi. Virus bilan organizm o'rtasidagi kurash uzoq davom etib, virusning ustunligi bilan tugaydi. Shu vaqtdan OITS davri boshlanadi. Bu davrda odam organizmi har qanday mikrobgaga bardosh berish xususiyatini yo'qotadi. Jumladan, nafas, me'daichak, siydik yo'llarida doimo mavjud bo'lgan va kasallik qo'zg'ata olmaydigan mikroblar ham faollashib, turli xastaliklarni keltirib chikarishi mumkin. Ularning namoyon bo'lishi organizmda yuzaga kelgan OITS holati bilan bog'liq bo'lgani uchun, ushbu guruhga kiruvchi kasalliklar jamlangan holda OITS bilan bog'liq (assotsiirlangan) infeksiyalar deb ataladi. Bular bakterial infeksiyalar, zamburug'li kasalliklar, viruslar qo'zg'atadigan kasalliklar, Kaposhi sarkomasi va hokazo.



Kasallik virusi infeksiya yuqgan odamning qonida, erkaklar shahvatida, ayollarning jinsiy a'zolari chiqindilarida va ko'krak sutida bo'ladi. Shuning uchun OIV, asosan, uch xil yo'l bilan yuqadi: qon orqali, jinsiy aloqa vositasida va infeksiya yuqgan onadan homilasiga vertikal yo'l bilan o'tadi.

OITS bilan og'riqanlarning ko'pchiligini narkomanlar (giyoxvandlar), fohishalar, gomo va biseksuallar tashkil etadi. OITS organizmga jinsiy aloqa, parenteral muolajalar (nosteril igna, shprints va boshqa tibbiy anjomlar ishlatilganda), inifitsirlangan qon va uning o'rnini bosuvchi dorilarni qo'llash, a'zo va to'qimalarni ko'chirib o'tkazish (transplantatsiya) vaqtida, shuningdek, virusni yuktirib olgan onadan homilaga homiladorlik davrida, tug'ish jarayonida va go'dak emi-ziladigan bo'lsa, ko'krak suti bilan yuqib qolishi mumkin.

O'zbekistonda OIV/OITS bilan bog'liq masalalar Sog'liqni saqlash vazirligining OIV/OITS xizmati tomoni-

dan amalga oshiriladi. Respublika.OIV/OITS markazi, Qoraqalpog'iston Respublikasi OIV/OITS markazi, Toshkent shahar va viloyatlar OIV/OITS markazlari o'z xududlarida ushbu soha faoliyati bilan bog'liq barcha profilaktik, epidemiologik, laboratoriya tekshiruvi, davolash tadbirlarini olib boradi. Har bir markaz qoshida o'z ixtiyori bilan laboratoriya tekshiruvi uchun kelganlarni sir saqlagan holda tekshiradigan anonim xonalar mavjud. Maqsadli guruhlar giyohvandlar va seksilog xodimlari bilan virus yuqib qolishining oldini olish maqsadida xufiyona ish olib boradigan Ishonch punktlari (IP) ham ishlaydi.

Profilaktikasi. Ushbu infeksiya keng tarqalgan kasalliklardan biri bo'lgani uchun muhofaza tadbirlari ijtimoiy hayotning barcha soha vakillari ishtirokida olib borilishi lozim. Har bir yigit-qiz bu infeksiyaning tarqalish yo'llari, uning oldini oladigan tadbirlardan xabardor bo'lishi va o'zini undan ehtiyot qilishi kerak.

Кораев Бахромжон Бакирович

Андижанский областной центр по борьбе со СПИД

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ

Под профилактическими или превентивными мероприятиями подразумевается комплекс действий, направленных на предотвращение передачи ВИЧ, который осуществляется вне зависимости от того, обнаружен или нет конкретный источник (источники) ВИЧ. При ВИЧ объектом профилактических мероприятий является восприимчивый контингент, то есть все население. При отсутствии профилактических вакцин основными методами профилактики ВИЧ является повышение обеспокоенности населения, то есть информирование населения о реальной угрозе заражения ВИЧ и о негативных последствиях заражения, информация населения о способах предупреждения заражения, а также формирование у населения мотивации на изменение поведения в сторону менее опасного в плане заражения ВИЧ. Закон Республики Узбекистан от 23 сентября 2013 года №ЗРУ-353 «О противодействии распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция) гарантирует «регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции».

Основными направлениями государственной политики в области противодействия распространению ВИЧ-инфекции являются: обеспечение функционирования единой системы по противодействию

распространению ВИЧ-инфекции; профилактика, диагностика ВИЧ-инфекции, бесплатное специфическое лечение ВИЧ-инфицированных и их социальная защита; обеспечение средствами диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также осуществление контроля за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях; осуществление эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции; регулярное информирование населения о мерах по противодействию распространению ВИЧ-инфекции; создание условий для бесплатного, безопасного и конфиденциального медицинского освидетельствования населения на наличие либо отсутствие ВИЧ; осуществление мероприятий по продлению и повышению качества жизни, снижению смертности ВИЧ-инфицированных; осуществление международного сотрудничества в области противодействия распространению ВИЧ-инфекции.

Для успешного противодействия распространению ВИЧ население должно быть не только проинформировано об угрозе распространения ВИЧ, последствиях этого распространения для отдельных личностей и общества в целом, но у него должны сформироваться устойчивые знания и навыки снижения риска заражения.



Обучение населения методам снижения риска заражения ВИЧ может осуществляться на трех уровнях:

- массовом, осуществляющем обеспечение общей информацией, не дифференцированной в зависимости от потенциальной аудитории;
- групповом, предоставляющем информацию, направленную на однородную группу населения, которую можно собрать вместе, используя одинаковые подходы к обучению;
- индивидуальном, когда информация предоставляется с учетом особенностей жизни и рискованного поведения отдельного лица.

Проведение профилактической работы на каждом из перечисленных уровней имеет свои плюсы и минусы, поэтому конечный эффект достигается только при одновременной работе на всех трех уровнях информирования и обучения. Информирование и обучение населения должно осуществляться с соблюдением научной объективности и толерантности, так как, например, предвзятое отношение к отдельным группам населения (стигматизация) может свести на нет все усилия по предупреждению заболевания.

Кроме информирования и обучения, к профилактическим мероприятиям, влияющим на уровень распространения ВИЧ, эффективность которых считается доказанной, следует отнести:

- профилактику и лечение ИППП и заболеваний половых органов, сопровождающихся воспалительными процессами;

- мужское обрезание, в настоящее время применяется в массовом порядке в некоторых странах Африки для снижения вероятности передачи не столько на индивидуальном (риск заражения снижается, но не исчезает), сколько на популяционном уровне. Полагают, что в результате обрезания снижается уровень воспалительных заболеваний мужских половых органов и площадь вероятного контакта со слизистыми половых органов женщины, что и приводит к уменьшению риска инфицирования ВИЧ мужчины (мужское обрезание не влияет на вероятность заражения женщины). Использование этого метода в Российской Федерации ограничивается культурными традициями разных этнических групп;
- вакцинацию с целью предупреждения заражения, которая находится в стадии разработки и применяется пока только при проведении клинических и полевых исследований.

Таким образом, в общем плане обращение по группам населению должно содержать информацию о том, что ВИЧ/СГЩД представляет реальную угрозу для здоровья и жизни как самого человека, так и его близких, и по этой причине люди должны идти на определенные ограничения и затраты и предпринимать определенные усилия.

Қораев Б. Б., Салиев Т.Ш., Искандаров А.И.
Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш маркази,
Андижон тиббиёт институти

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА МУЛОҚОТДАН КЕЙИНГИ ПРОФИЛАКТИКАНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Бугунги кунда ОИВ инфекцияли беморлар ҳаётининг турли жабхаларида эмин эркин фаолият юритиб келмоқда. Беморларга сифатли тиббий ва маиший хизмат кўрсатиш турлари ҳам кўпайиб бормоқда. Шунинг учун ҳам ОИВ инфекциясини олдини олишда мулоқотдан кейинги профилактика аҳамияти долзарб бўлиб қолмоқда.

Мақсад: ОИВ инфекциясини шифохона ичи инфекцияси сифатида, парентерал ва жинсий йўл билан юқишини олдини олишда мулоқотдан кейинги профилактиканинг аҳамияти, авария ҳолатига тўғри баҳо бериш, вақтида кўрсатилган МКП туфайли ОИВ инфекциясини юқиш ҳолатларини олдини

олиш. Авария ҳолати содир бўлганда беморнинг статуси номаълум ёки маълум бўлишидан қатъий назар МКП ўтказилади.

Текширув усули: Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш марказининг ҳисоботлари бўйича 2018 йилдан 2020 йилга қадар МКП бўйича мурожаат қилган фуқаролар ичида тиббий ходимлари 90%, оила аъзолари 5%, бетартиб жинсий алоқа қилувчилар 2%, бошқалар 3%ни ташкил этган. Вирус юқламаси юқори бўлган беморларга ўтказилган вена ичи инециясидан кейинги игнадан содир бўлган авария ҳолати ва бетартиб жинсий алоқа қилишдан сўнг статуси маълум бўлган ҳолатлар ҳам учради. Бундай ҳолат-



лар 2018 йилда 65, 2019 йилда 42, 2020 йилда 37 тани ташкил этади Улар орасида ОИВ инфекцияси аниқланганлар кузатилмади.

Натижа: Бугунги кундаги мавжуд муаммолардан бири тиббий ва маиший хизмат кўрсатувчи ходимлар ва ОИВ инфекцияли шахсларнинг соғлом жинсий шериклари (дискордант жуфтликлар) ҳамда уларни парваришловчи ота-оналари авария ҳолатларини келтириб чиқармасликка тўғри баҳо бермаслиги, вақтида мурожаат этмаслиги, шунингдек МКП мақсадида тавсия этилган АРПларини тўғри қабул қилиши зарурлигини тушунишидаги безътиборликлари сабаб бўлиб қолмоқда.

Таъкидланганларни эътиборга олиб, ОИВ инфекцияли беморлар оила- аъзолари (парваришловчи ота-оналари ва соғлом жинсий шериклари) тиббий ва маиший (сартарошхоналар ва гўзаллик салонлари) хизмат кўрсатиш ходимлари, айниқса ОИВ юқиши эҳтимоли юқори бўлган аҳоли ўртасида ОИВ

инфекциясини юқиш йўллари ушбу инфекциядан сақланиш усуллари тарғиботини кучайтириш, аҳоли тиббий маданиятини ошириш ишларини самарадорлигини ҳудудий СЭОМ ҳамда ҳудудий ОИТСга қарши кураш марказлари томонидан мунтазам назоратини таъминлаш ва мониторинг олиб бориш зарур бўлади.

Хулоса: Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 30 апрелдаги 277-сонли буйруғининг 7-илловасига асосан мулоқотдан кейинги профилактика ўтказиш учун зарур бўлган ретровирусга қарши препаратлари бюджет маблағлари ҳисобига таъминланаётганлиги, МКП билан қамраб олиш даражасини ортганлиги, МКП мақсадида ОИВга 3 маротаба (мурожаат этганда, 3 ой, 6 ой) комиссия тартибда текширувларни ташкил этилганлиги натижасида МКП ўтказилган ҳолатларда ОИВ инфекциясини юқиш ҳолатлари қайд этилмади.

Тўраев Р.И., Қораев Б.Б., Ғаниев Б.Қ.

Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш маркази

Андижон тиббиёт институти

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ДИСКОРДАНТ ЖУФТЛИКЛАРНИ ТЕКШИРИЛИШИ САМАРАДОРЛИКЛАРИНИ БАҲОЛАШ

ОИВ/ОИТС инфекцияси билан диспансер назоратида турган оилали беморларни турмуш ўртоқларини ОИВга ҳар 6 ойда текшириш касалликни жинсий йўл орқали юқишини назорат қилиб бориш имконини беради.

Мақсад: ОИВ инфекциясини жинсий йўл билан юқишини олдини олиш ва аҳоли ўртасида касалликлар сонини камайтириш, вақтида тўғри ҳимояланишга ўргатиш. Ҳозирги кунда ОИВ инфекциясини аксарияти жинсий йўл билан юқаётганлиги эпидемиологик суриштирувларда ўз тасдиғини топмоқда. Шунинг учун дискордант жуфтликлар ўртасида вақтида ўтказилган текширувлар аҳамияти каттадир.

Текширув усули: Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш марказида тайёрланган маълумотларга асосан 2019-2020 йилларда текширувдан ўтган дискордант жуфтликлар ва жинсий шерик сифатида текширувдан ўтган фуқороларнинг 96 нафарида ОИВ инфекцияси аниқланган. Бу эса бу контингент ўртасида профилактик тадбирларни янада кучайтириш лозимлигини кўрсатади.

Натижа: Дискордант жуфтликлар орасида охириги икки йил ичида 96 нафар шахсларда ОИВ инфекцияси аниқланиб диспансер назоратига олинган. Бугунги кундаги мавжуд муаммолардан бири ОИВ инфекцияли шахсларнинг соғлом жинсий шериклари (дискордант жуфтликлар) ҳимояланмаган жинсий алоқага тўғри баҳо бермаслиги, вақтида мурожаат этмаслиги, шунингдек даврий текширувлардан тўлиқ ўтишга безътиборликлари бўлиб қолмоқда.

Таъкидланганларни эътиборга олиб, ОИВ инфекцияли беморларнинг соғлом жинсий шериклари айниқса ОИВ юқиши эҳтимоли юқори бўлган аҳоли ўртасида ОИВ инфекциясини юқиш йўллари, ушбу инфекциядан сақланиш усуллари тарғиботини кучайтириш, тиббий маданиятини ошириш ишларини самарадорлигини ошириш зарур бўлади.

Хулоса: Юқоридагилардан келиб чиқиб, Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 30 апрелдаги 277-сонли буйруғига асосан, дискордант жуфтликларни ОИВга йилига 2 марта текширишни ташкил этиш ОИВ инфекциясини эрта ташхислашга имкон беради.



Искандаров А. И., Ғаниев Б.Қ., Қораев Б.Б.
Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш маркази,
Андижон тиббиёт институти

ОИВ/СИЛ БИЛАН ҲИСОБДА ТУРГАН БЕМОРЛАРНИНГ ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДОШУВЛАР

Бугунги кунда ОИВ инфекцияли беморлар кўпайиши билан бир қаторда уларнинг орасида сил касаллигининг қайд этилиши ҳам ортиб бормоқда. Сил касаллиги ОИВ инфекцияли беморларда бирмунча оғирроқ кечади. Шунинг учун ҳам сил касаллигини олдини олиш, уни даволашдан кўра муҳимроқ бўлиб, ОИВ инфекцияли беморларнинг ҳаёт сифатини оширади.

Мақсад: ОИВ инфекцияли беморлар ўртасида ўлим кўрсаткичларининг ортишида сил касаллиги сезиларли аҳамиятга эга. ОИВ/Сил беморларга вақтида тўғри ташхис қўйилиб, даволаниш жараёнида тиббий назорат етарли даражада йўлга қўйилса, ўлим кўрсаткичлари камайиши мумкин.

Текширув усули: Вилоят силга қарши кураш диспансеридан олинган ҳисоботлар бўйича таҳлил ўтказилганда, вилоят бўйича 2018 йилдан 2020 йилга қадар бўлган даврда диспансер назоратига олинган ОИВ инфекцияли беморлар орасида сил касаллиги аниқланганлар 219 нафарни (3,6%) ташкил этган. Бир пайтнинг ўзида ОИВ/Сил касалликлари аниқланган беморлар ичида ўлим кўрсаткичи 2018 йилда 14,4%, 2019 йилда 9,7%, 2020 йилда 16,4%ни ташкил этган.

Натижа: Бугунги кунда мавжуд муаммолардан яна бири тавсия этилаётган химиофилактикага содиқликнинг йўқлиги ва дориларни қабул қилиш устидан назоратнинг етарли эмаслигидир. ОИВ инфекцияли беморларнинг ўз вақтида силга текширилмаслиги, оқибатда касалликнинг кеч аниқланиши, химиофилактиканинг эса тўлиқ ўтказилмаслиги улар орасида сил касаллигининг антибиотикларга

чидамли штаммлари пайдо бўлишига олиб келади. Бу эса ўз йўлида ОИВ/Сил беморларга ретровирусга қарши препаратларнинг кеч тайинланишига, оқибатда ушбу касалликлардан ўлим кўрсаткичининг юқори бўлишига сабаб бўлмоқда.

Таъкидланганларни эътиборга олиб, ОИВ инфекцияли беморларда сил касаллигининг олдини олиш учун бирламчи бўгин тиббиёт муассасаларининг айнан ушбу йўналишдаги фаолиятини бирмунча жонлантириш, аҳоли орасида тарғибот ва тушунтириш ишларини кучайтириш зарур. Барча ОИВ инфекцияли беморларни йилда бир маротаба силга текширилишини ташкиллаштириш, натижасига қараб (сил аниқланмаган ОИВ инфекцияли шахслар) изониазид профилактикани тайинлаш ва дориларни ўз вақтида қабул қилиниши устидан назоратни таъминлашимиз зарур. Вилоят ОИТСга қарши кураш маркази ва силга қарши кураш диспансери мутахассислари ушбу тадбирларнинг амалга оширилиши устидан мунтазам мониторинг олиб бориши керак бўлади.

Хулоса: Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 30 апрелдаги 277-сонли буйруғига асосан ОИВ инфекцияли беморларга химиофилактика ўтказиш учун зарур бўлган изониазид препарати бюджет маблағлари ҳисобига олиб келинаётганлиги, химиофилактика билан қамраб олиш даражасининг ортиши, беморларни силга текширилиш бепул амалга оширилиши натижасида охириги йилларда ушбу касалликларнинг биргаликда учраш кўрсаткичи бир хил даражада сақланиб турибди.

Massavirov Sh.Sh.

*Respublika ixtisoslashtirilgan ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi,
Toshkent shahri, O'zbekiston*

ОИВ-INFEKSIYASI FONIDA TUBERKULYOZNI KECHISHI, OPPORTUNISTLARI VA DAVOLASHNI O'ZIGA XOSLIGI

Sil (TBI) va odam immun tanqisligi virusi (OIV) ko-infeksiyasi yuqumli kasalliklar orasida klinik amaliyotda asosiy muammo bo'lib qolmoqda. [Bruchfeld J, Correia-Neves M, Källénus G. Tuberculosis and HIV Coin-

fection. Cold Spring Harb Perspect Med. 2015].

OIV-infeksiyasi TB kasalligini rivojlanish xavfini oshiradi va kasallikni davolash natijalariga salbiy ta'sir qiladi. [WHO | Global Tuberculosis Report 2018.]. Bundan



tashqari, TB OIVinfeksiyasi bilan yashaydigan odamlar orasida o'limning asosiy sababi bo'lib qolmoqda. [WHO | Global Tuberculosis Report 2018.].

Tadqiqot maqsadi: OIV-infeksiyasi fonida sil kasalligini kechishi, opportunistik infeksiyalari va davolashni o'ziga xosligini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. 2015-yil davomida Toshkent shahar FvaP klinik shifoxonasida davolanayotgan 145 nafar bemor o'rganildi. Bemorlar ikki guruhga bo'lindi: 1-guruh (asosiy) – OIV-infeksiyalangan TB bilan kasallangan 95 nafar bemor, ulardan 12 (12,6%) bemorda OIV infeksiyasi ShFvaPKShda aniqlangan, 2-guruh (nazorat) OIV infeksiyasi bo'lmagan o'pka sili bilan kasallangan 50 nafar bemor. OIV bilan kasallanganlar kontingenti deyarli OIV infeksiyasi bo'lmagan sil kasalligi kontingentiga to'g'ri keladi. Biz o'rgangan guruhlardagi bemorlarning o'rtacha yoshi $40,9 \pm 0,8$, individual tebranishlar 23 yoshdan 66 yoshgacha bo'lgan.

Natijalar: Bemorlarning ixtisoslashtirilgan shifxonaga yotqizilgan vaqtgacha yashash sharoitlari o'rganildi. Ma'lum bo'lishicha, asosiy guruhdagi bemorlarning aksariyati alohida kvartirada - 51 (87,9%), kamroq - 5 (8,6%) yotoqxonada yashagan. Muayyan

yashash joyiga ega bo'lmagan ikki kishi (3,4%) bo'lgan. Nazorat guruhidagi bemorlarning deyarli barchasi alohida kvartira yoki uyga ega edi, faqat bitta holatda doimiy yashash joyi bo'lmagan. OIV infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarda infiltrativ o'pka TB bilan kasallanish 33 (34,7%), tarqalgan o'pka TB - 16 (16,8%) va fibroz-kavernali TB kasalligi - 7 (7,4%). Mikobakteriyalar ajratish 45 (47,3%) bemorda, o'pka to'qimalarining parchalanishi 57 nafar (60,0%) bemorda aniqlangan. OIV/OITS bilan bog'liq TB bilan kasallangan bemorlarda bir qator opportunistik kasalliklar aniqlangan, 46 (48,4%) nafar bemorda umumiy limfadenopatiya, 43 (74,1%) nafar bemorda orofaringeal kandidoz, 3 nafar bemorda (5,2%) - tarqoq kandidoz, herpesviruslar (HSV 1 va HSV 2) 9 (15,5%) bemorlarda, citomegalovirus infeksiyasi - 6 (10,3%), ikki holatda (3,4%) pnevmocist pnevmoniyasi, bir nafar bemorda - Kaposi sarkomasi (1,7%) aniqlangan.

Xulosalar: OIV infeksiyasining ikkilamchi kasalliklari bosqichida TB kasalligi og'ir klinik shakllarning rivojlanishi bilan tavsiflanadi, bunda MBT antigenlariga o'ziga xos gumoral immun javob bera olmaydi va OIV infeksi mavjud bemorlarda immunitet tanqisligi kuchayadi, bu TB kasalligining tez rivojlanishiga olib keladi.

Нормуратова Г.А., Юлдашев К.Х., Махаматов А.А.
Республиканский центр по борьбе со СПИДом

ВНУТРИБОЛЬНИЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЗ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Госпитальная инфекция (нозокомиальная, внутрибольничная инфекция - ВБИ) представляет собой одну из наиболее актуальных проблем здравоохранения всех стран мира. Наносимый ею социально-экономический ущерб огромен. Согласно данным отечественных и зарубежных исследователей, ВБИ развиваются у 5-20% госпитализированных больных.

В США ежегодно регистрируют до 2 млн случаев ВБИ, в ФРГ — 500-700 тыс., в Венгрии — 100 тыс., что составляет примерно около 1% населения этих стран. Летальность различных нозологических форм ВБИ достигает 35-60%, а в случае генерализации инфекции — уровня доантибиотической эры.

По оценке американских авторов, у 1% больных ВБИ были основной причиной смерти и у 3% умерших они серьезно осложняли течение основного заболевания. ВБИ ежегодно развивалась примерно у 200 тыс. больных в госпиталях США (у 5 на 1000

госпитализированных), а летальность составляла 37%.

Ежегодный экономический ущерб, причиняемый ВБИ, составляет в США 4-10 млрд долларов, в Великобритании — 1 млрд фунтов стерлингов, в Болгарии — 5-7 млн левов, в Германии — 800 тыс. марок.

В Советском Союзе впервые официально существование этой проблемы было признано только в 1982 г. До этого даже для медицинских работников эта тема длительное время являлась закрытой. Случаи ВБИ в лечебных учреждениях всячески скрывали, их регистрация почти не велась. В основном фиксировались вспышки заболеваний, которые скрыть было невозможно.

Ежегодно, по далеко не полным данным, в РФ регистрируется 30-40 тыс. случаев ВБИ, а реальные показатели заболеваемости ВБИ в России в 5-15 раз выше регистрируемых случаев. Минимальный эко-

номический ущерб, наносимый ВБИ ежегодно, составляет от 5 до 15 млрд рублей. Пациенты с ИСМП находятся в стационаре в 2-3 раза дольше, чем аналогичные пациенты без признаков инфекции. В среднем на 10 дней задерживается их выписка, в 3 - 4 раза возрастает стоимость лечения, и в 5 - 7 раз - риск летального исхода. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, существенно снижают качество жизни пациента, приводят к потере репутации учреждения здравоохранения.

По данным Республиканском центром по борьбе со СПИДом РУз, $\frac{1}{4}$ случаев ВИЧ/СПИДа фиксируется среди людей моложе 30 лет, т. е. преимущественно в молодежной среде. Следует подчеркнуть, что в настоящее время ВИЧ-инфекция не ограничивается только маргинальными группами населения, такими как потребители инъекционных наркотиков или коммерческие «секс-работники», но распространяется среди широких слоев населения, и прежде всего в молодежной среде. То есть ВИЧ инфекция выходит за пределы традиционных групп риска. Так, статистические данные свидетельствуют об изменении полового соотношения носителей. Если в 1998 г. на 7 ВИЧ-инфицированных мужчин приходилась одна женщина, то сейчас доля женщин среди зараженных составляет 40%. Эти цифры являются косвенным свидетельством того, что гетеросексуальный путь распространения ВИЧ инфекции становится более актуальным.

Особенно важно обратить внимание на количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом детей. Учитывая, что сегодняшние ВИЧ-инфицированные дети не смогут обеспечить здоровое будущее как нашей страны, так и мирового сообщества в целом, роль профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа среди несовершеннолетних значительно, повышается. В целом на основании представленных данных следует вывод о том, что эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Узбекистане на сегодняшний день остается достаточно сложной.

Региональная картина распространенности ВИЧ-инфекции в Республике весьма неоднородна: наряду с регионами, отличающимися высокой степенью распространения эпидемии ВИЧ-инфекции, существуют населенные пункты, где уровень заражения носит все еще относительно низкий характер.

Наибольшее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в 2021 г. приходится на Андижанскую, Ферганскую, Самаркандскую, Ташкентскую области и города Ташкента. Однако не стоит забывать, что, с одной стороны, представленные цифры отражают лишь зарегистрированных ВИЧ-инфицированных. С другой стороны, важно помнить, что основной источник ВИЧ-инфекции — зараженный человек, а людям свойственно путешествовать и перемещаться в пространстве, следовательно, от



распространения ВИЧ/СПИДа на другие территории ни одна из них не застрахована.

Вероятность передачи ВИЧ-инфекции повышается при наличии повреждений кожных покровов и слизистых оболочек (травмы, ссадины, эрозия шейки матки, стоматит, парадонтоз и др.) ВИЧ передается с помощью гемоконтактного и биоконтактного механизма естественным путем (при половых контактах и вертикально: от матери к ребенку) и искусственным (преимущественно реализуется при гемоперкутанном механизме передачи: при трансфузиях, парентеральных введениях веществ, травматических медицинских процедурах).

Несмотря на достигнутый успех, в медицинских учреждениях сохраняется риск заражения гемоконтактными инфекциями, при этом в некоторых сферах он имеет тенденцию к росту, что связано с увеличением количества инвазивных вмешательств и поражённостью населения гепатитом С и ВИЧ.

С целью оценки значения медицинских учреждений в передаче гемоконтактных инфекций, выявления групп риска среди пациентов и факторов передачи проанализировано со стороны ученых 75 вспышек гепатита В, С и ВИЧ, данные о которых опубликованы в разных странах в 2008–2020 гг.

Основной причиной вспышек гемоконтактных инфекций в медицинских учреждениях является несоблюдение медицинским персоналом стандартных профилактических мер: повторное использование изделий однократного применения; отсутствие обработки рук; повторное применение перчаток; отсутствие дезинфекции поверхностей, многоразовых приборов и устройств; отсутствие стерилизации многоразовых инструментов, контаминированные флаконы медикаментов.

Для предотвращения передачи гемоконтактных инфекций важно проведение расследования вспышек с последующим внедрением регламентов работы (стандартных операционных процедур) с акцентом на выполнение стандартных профилактических мер. Для выполнения регламентов необходимо регулярное обучение персонала, мотивирование и контроль приверженности к их выполнению.



Нормуратова Г.А., Юлдашев К.Х., Махаматов А.А.
Республиканский центр по борьбе со СПИДом

ЭЛЕКТРОННОЕ СЛЕЖЕНИЕ ЗА СЛУЧАЯМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

В целях реализации пункта 26 Плана мероприятий по реализации Государственной программы по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан на 2018 год в части создания информационной системы мониторинга, как элемент корпоративной сети Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, с обеспечением мониторинга за случаями выявления ВИЧ-инфекции с учетом эпидемиологических, лабораторных и лечебных аспектов, а также движением и наличием препаратов и диагностикумов в режиме реального времени утверждено Указательное письмо начальника службы санитарного эпидемиологического благополучия и общественного здоровья Республики Узбекистан № 32-8/3813 от 20.05.2022года.

Цель и задачи электронного слежения

Электронное слежение за случаями ВИЧ-инфекции представляет собой информационную систему, то есть, организационно упорядоченную совокупность документов и информационных технологий, в том числе с использованием средств вычислительной техники и связи, реализующих информационные процессы. Информационные системы предназначены для хранения, обработки, поиска, распространения, передачи и предоставления информации. Являясь полноценной информационной системой, электронное слежение за случаями ВИЧ инфекции включает в себя первичные документы, содержащие данные о ЛЖВ и предоставляемой им помощи, компьютерную базу данных с распределенным вводом, систему передачи данных, а также выходные формы, представляющие результат обработки данных с установленным доступом к данным.

В основе решений, принимаемых руководителями системы здравоохранения разных уровней по вопросам обеспечения необходимой поддержки и лечения ЛЖВ, лежит определенная информация о качественных и количественных характеристиках этой популяции, включая их численность, социально-демографические черты, состояние здоровья и стадии заболевания, показатель смертности и т.п. Эта информация позволяет планировать необходимые мероприятия, правильно рассчитать необходимые ресурсы, прежде всего, на проведение антиретровирусной терапии (АРТ) и оценивать эффективность мер по лечению, уходу и поддержке ЛЖВ. Цель системы электронного слежения за слу-

чаями ВИЧ-инфекции и состоит в обеспечении своевременного доступа к необходимой информации о ЛЖВ и предоставляемой им помощи для принятия обоснованных решений и оценки деятельности по повышению качества жизни ЛЖВ в сфере лечения, ухода и поддержки.

Система электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции решает задачи: *Планирование деятельности по лечению, уходу и помощи ЛЖВ* Система предоставляет все необходимые данные в любой степени детализации о популяции ЛЖВ, как в режиме реального времени, так и по периодам. На основе данных диспансерного наблюдения можно рассчитать текущую и потенциальную потребность в АРТ.

Учет и оценка помощи ЛЖВ

Система учитывает все выполненные услуги для ЛЖВ. Она позволяет определить их результативность для каждого ЛЖВ, в том числе степень приверженности АРТ и факторы, на нее влияющие, показатели смертности и заболеваемости СПИДом, оппортунистическими и сопутствующими заболеваниями.

Оперативный доступ к информации

Вся медицинская информация о ЛЖВ, результаты профилактической и лечебно-диагностической работы, включая результаты исследований, доступные врачу на его рабочем месте на центральном и местном уровнях. Врач может быстро найти в электронной карте ЛЖВ любые интересующие его сведения, включая данные лабораторных и других диагностических исследований, вне зависимости от того, где они были получены.

Снижение вероятности врачебной ошибки

При формировании плана обследования и назначений используются алгоритмы, на основе которых лечащий врач определяет схему ведения конкретного ЛЖВ.

Алгоритмы обследования и лечения формируются с привлечением лучших специалистов и адаптируются под местные условия. Их использование позволяет снизить вероятность врачебной ошибки за счет выполнения обязательного перечня диагностических и лечебных действий врача. Назначения врача можно будет отслеживать вышестоящими специалистами – на областном и национальном уровнях.

Повышение качества медицинской информации

Корректность и полнота ведения медицинской документации обеспечивается за счет эффективной организации ввода информации в электронную карту ЛЖВ.

Улучшение профилактической работы

Обеспечивается за счет необходимой информационной поддержки динамического наблюдения, а также проведения диспансеризации. Выше названные задачи решаются за счет стандартных процедур сбора данных и их ввода в компьютерную базу, оперативного обмена информацией и компьютерного анализа индивидуальных, а не агрегированных данных.

Структура и источники данных системы Электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции

Все данные системы относятся к зарегистрированным ЛЖВ. Они подразделяются на следующие группы:

- Индивидуальные характеристики (социально-демографические, эпидемиологические);
- Карта пациента (диагностика стадий ВИЧ-ин-

фекции, общая оценка состояния здоровья, данные диспансерных осмотров и лабораторного тестирования);

– Предоставленная медицинская и другая помощь (АРТ, меры по укреплению приверженности).

Одна часть этих данных остается неизменной, другая – может меняться во времени. К неизменным (статическим) данным преимущественно относятся индивидуальные характеристики ЛЖВ, к меняющимся (динамическим) – переменные, отражающие состояние здоровья и предоставленную помощь.

Данные в систему электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции вводятся из существующих учетных форм. Требование синхронизации учетных форм и базы данных является ключевым для успешного внедрения информационной системы «Электронное слежение за случаями ВИЧ-инфекции». Поэтому были модифицированы существующие либо разработаны новые учетные формы. Для ввода данных используются Журнал лабораторного наблюдения и Карта эпидемиологического обследования случая ВИЧ-инфекции и карта диспансерного учета ЛЖВ.

Олимова Насиба Исматиловна

Бухарский государственный медицинский институт, Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии, Узбекистан

ОПРЕДЕЛИТЬ ПАРАМЕТРОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ НА ФОНЕ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

Резюме: Во всем мире проводится ряд научных исследований для достижения высокой эффективности мероприятий, направленных на лечение и профилактику гинекологических заболеваний у женщин, живущих с ВИЧ. В связи с этим необходимо выявить основные особенности развития заболеваний половых органов на фоне ВИЧ-инфекции и обосновать причины возникающих негативных изменений.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, иммунная система, цитокины.

Цель исследования – Изучить характеристику параметров иммунной системы у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий на фоне вируса иммунодефицита человека

Материалы и методы исследования - Мы провели динамическое изучение защитного механизма как врожденного, так и приобретённого совместно с изучением цитокинового статуса. Группа пациенток проспективного наблюдения (n=115) с воспалительным процессом органов гениталий была разделена на две подгруппы- 1-ю группу составили 99 женщин, получавшие АРВТ (86%), 2-ю группу составили 16

женщин, не получавшие АРВТ (14%). Полученные результаты были сравнены с показателями 30 здоровых женщин в репродуктивном периоде.

Результаты и обсуждение: Прогрессивное увеличение СРБ связано с активностью воспалительного процесса и степенью повреждения тканей. Уровень СРБ у женщин 1-й группы составил в среднем $7,1 \pm 1,2$ нг/мл, что достоверно выше, чем у женщин контрольной группы ($p < 0,01$). А у женщин 2-й группы – в 2,5 раза выше контрольных значений ($p < 0,01$). Такой уровень СРБ характерен хроническим воспалительным процессам, которые, скорее всего, отражают



его генерализованный характер и в определенной мере некоторую недостаточность иммунной защиты. Анализ результатов проведенных нами исследований по изучению уровня IFN γ у обследованных женщин показал, что среднее значение в контрольной группе составляет $24,3 \pm 1,4$ пг/мл. У ВИЧ-инфицированных женщин этот показатель был ниже контрольных, причем в группе не получавших АРВТ практически в два раза ($p < 0,01$).

Выводы: Гуморальные факторы врожденного иммунитета, увеличение С3 компонент комплемента, а также уровень IFN γ , показали свою несостоятельность при длительном течении заболевания. Уровень СРБ не зависел от длительности течения заболевания и был достоверно повышенным, как у женщин 1-й группы, так и у 2-й группы более чем в 2 раза.

**Omonjonova Muxlisabonu Abduvali qizi¹,
Mirkhamidova Sevara Mirmakhmudovna²**

¹Izlanuvchi, Toshkent tibbiyot akademiyasi Menejment fakulteti 2-bosqich talabasi

²Ilmiy rahbar, Toshkent tibbiyot akademiyasi Jamoat salomatligi va menejment kafedrasida assistenti

INFEKSION KASALLIKLARNING PROFILAKTIKASIDA MENEJERNING O'RNI

Kirish qismi. Poliklinikalar va tibbiyot muassasalarida yuqumli kasalliklarning oldini olishda sog'liqni saqlash menejerlarining rolini o'rganish va amaliyotga tatbiq etish.

Tadqiqot usullari. Albatta, xorijlik mutaxassislar bu borada ancha ilgari ketgan. Shu bois rivojlangan davlatlar tomonidan OIV infeksiyasining oldini olish bo'yicha ko'rilayotgan chora-tadbirlar bilan tanishamiz, keyin bu bizning iqlim sharoitimizga mos keladimi yoki yo'qligini aniqlaymiz. Yuqumli kasallik epidemiyasi paytida chet ellik sog'liqni saqlash menejeri nima qilishi kerakligini ko'rib chiqamiz. Va buning uchun adabiy manbalar, Web of Science, Scopus, DBLP, Medline bibliografik ma'lumotlar bazalaridan yordam olamiz. Manbalarni tanlashda ular eksperimental maqolalar, adabiy sharhlar, o'tgan yildagi iqtiboslar soniga e'tibor beramiz.

Tadqiqot natijalari. OIV aniqlanganiga chorak asrdan ko'proq vaqt o'tdi. AQSH da OITS aniqlanganiga qariyb 33 yil bo'ldi. Ammo shu kunga qadar dunyoning biron bir rivojlangan mamlakatlarida vaksina ishlab chiqarilgani yo'q. Ma'lumotlarga qaraganda, OITSga chalingan bir nafar kishi uchun bir yilda 20 million so'm pul mablag' sarflanadi. Davolash jarayoni eesa bir necha yil davom etdi. AQSHda OITS bilan zararlangan bitta kishini davolash uchun 50-75 ming dollar sarflanar ekan.

Turli aholi guruhlarining jadal xalqaro migratsiyasi OIVning dastlabki tarqalish joylaridan dunyoning deyarli barcha mamlakatlariga kirib kelishiga olib keldi. 2011 yil oxiriga kelib, Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) va Birlashgan Millatlar Tashkilotining OITS

bo'yicha dasturi (UNAIDS) ma'lumotlariga ko'ra, dunyo bo'ylab 35,3 million kishi OIV bilan yashaydi, 2011 yilda 2,3 million kishi yuqtirgan (UNAIDS, 2012). Bu vaqtga kelib, ilgari OIV bilan kasallangan 30 milliongacha odam allaqachon OITSdan vafot etgan. Dunyoda OIV bilan eng ko'p zarar ko'rgan uchta mintaq - Sahroi Kabirdan janubiy Afrika bo'lib, bu erda 2011 yil oxirida 15-49 yoshdagi aholining 4,8% dan ortig'i OIV/OITS bilan yashagan, Karib havzasi 1,0% va Sharqiy Yevropa va Markaziy. Osiyo - 1,0%.

2013 yil 31 dekabr holatiga ko'ra ro'yxatga olingan OIV bilan kasallangan rossiyaliklarning umumiy soni 798 120 kishini tashkil etdi, bu umumiy aholining 0,5 foizini, 15-49 yosh guruhida esa - aholining 0,8 foizini tashkil qiladi. Rospotrebnadzor ma'lumotlariga ko'ra, Rossiya Federatsiyasida ustuvor milliy sog'liqni saqlash loyihasining monitoring shakliga ko'ra, 2013 yil 31 dekabr holatiga ko'ra, 140 000 OIV infeksiyasi bilan kasallangan odamlar turli sabablarga ko'ra vafot etgan, shu jumladan 2012 yilda 20 511 kishi. OIV bilan kasallanganlar Rossiyaning barcha hududlarida, asosan, shahar aholisi orasida topilgan. UNICEF O'zbekiston hukumati bilan birgalikda mamlakat miqyosida OIV/OITSning oldini olish, davolash, g'amxo'rlik qilish va ko'maklashishning yuqori standartlari mavjudligini ta'minlash maqsadida hamkorlik qilmoqda. Tashkilot ona va bola salomatligi muhofazasining asosiy komponenti sifatida OIVning onadan bolaga otishining oldini olish, OIV/OITS bilan kasallangan bolalarga yuqori sifatli tibbiy yordam korsatishni ta'minlash axborot xizmatlarini



takomillashtirish va birinchi darajadagi tibbiy yordamni ko'rsatishda ko'maklashadi.[1,3,4]

Munozara. Sog'liqni saqlash xodimlari o'rtasida kasbiy OIV infeksiyasini oldini olish: Shifokorlar va hamshiralar, shuningdek, laboratoriya xodimlari bemorlarning biologik suyuqliklari (limfa, qon, genital sekretsia va boshqalar) bilan muqarrar ravishda aloqada bo'ladi. Ayniqsa, jarrohlik va stomatologiya sohasida OIV infeksiyasining oldini olish muhimdir. Bu bo'limlarda eng ko'p operatsiya amalga oshiriladi va infeksiya xavfi ortadi.

Qabul qilingan chora-tadbirlar:

- Qon namunalari, asboblardan ishlashda ish joyini xavfsiz ta'minlash;
- Qulay va yaxshilab dezinfektsiya qilingan tibbiy asbob-uskunalaridan foydalanish;
- Faqat bir marotaba ishlatiladigan rezina qo'lqoplarda ishlash;
- Teri jarohatlari, teridan tikilgan yoki yaralar paydo bo'lganda, zararlangan joylarni yopishqoq gips bilan yopishtirganda himoya kiyimi va boshqa shaxsiy himoya uskunalaridan foydalanish;
- Biologik suyuqliklar bilan ifloslangan chiqindilarni maxsus ajratish kerak.

Infektsion xavf tug'diradigan holatlar (kesish,

qo'lqoplarni puflash, shilliq qavatlardagi qon va boshqalar)da qonni siqib bo'lmaydi, ta'sirlangan to'qimalarni antiseptik eritma bilan tozalash kerak va oqava suvda uzoq muddat yuvish. Agar kasallikning tarqalish xavfi sezilarli darajada oshsa, OIV infeksiyasidan keyingi profilaktikasi amalga oshiriladi. Bu OIVni davolashda ishlatiladigan antiretrovirus preparatlardan foydalanishni o'z ichiga oladi. Bunday profilaktika infeksiyadan keyingi birinchi 24 soat ichida va 72 soatdan kechiktirmasdan boshlanishi kerak. Dori-darmonlarni 4 hafta ichida olish kerak.[2,3,4]

Xulosa. Yuqorida bayon etilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, mamlakatimiz aholisini, birinchi navbatda yoshlarni, OITS kasalligidan asrashning asosiy chorasini har bir odamni OIV yuqishidan himoya qilishdir. [5] Yuqumli kasalliklar strategiyalari, aralashuvlar, xizmatlar (profilaktika va parvarish) va tadqiqotlarni birlashtirish uchun yuqori boshqaruv yordami zarur. Bundan tashqari, siyosatchilar va menejerlar jamoat salomatligi va rivojlanish istiqbollari ta'minlash uchun birgalikda harakat qilishlari kerak. Bunda davlat sektoridan manfaatdor tomonlar, shuningdek yuqumli kasalliklar bo'yicha ekspertlar, fuqarolik jamiyati va sog'liqni saqlash rahbarlari ishtirok etadi.

Папина Е.С. Бердиева З. И.

Равшанов Я. Ш., Орманова Н.Б.

Специализированная инфекционная больница при
РЦ по борьбе со СПИДом

ПРИМЕНЕНИЕ В ПРАКТИКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ АНАЛИЗОВ НА «GENE XPRT» У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Научно-технический прогресс за тысячелетия человеческой цивилизации привел к улучшению качества жизни, но на фоне прогресса остаются нерешенные проблемы, одними из которых являются Болезни Цивилизации: рак, СПИД, наркомания, алкоголизм и т.д. С этими болезнями уже идет долгая и упорная борьба человечества, до сих пор решения этих проблем так и не нашли. Одной из таких болезней является ВИЧ инфекция, ее называют чумой нашего века, вызывается она вирусом иммунодефицита человека, который поражает защитную систему организма. Из-за поражения защитной системы организма развиваются ВИЧ ассоциированные заболевания, такие как туберкулез, ПЦП, ЦМВ инфекция и другие. Но диагностика туберкулеза на фоне ВИЧ инфекции не всегда может выявить туберкулезный процесс при стандартном исследовании.

Цель. Анализ результатов «GeneXpert» у ВИЧ инфицированных пациентов в специализированной инфекционной больницы при РЦ по борьбе со СПИ-

Дом. Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ результатов «GeneXpert» за 2019 по октябрь 2022гг. Анализы были взяты на базе специализированной инфекционной больницы при РЦ по борьбе со СПИДом. Все пациенты состояли на учете и выставлен диагноз ВИЧ инфекция в соответствии с алгоритмом лабораторного обследования и клинического состояния пациента. При поступлении в стационар пациенты проходили обязательную рентгенографию легких и заключение фтизиатра. У пациентов, у которых отмечалась упорная необъяснимая лихорадка, сильная потливость, резкое снижение веса, низкие показатели CD4 (ниже 200кл/мкл), был взят анализ на «GeneXpert».

За этот период было сделано 1135 проб на туберкулез и резистентность к рифампицину. Было взято 92% проб мокроты, 8 % проб мочи, кала, спинномозговой жидкости и содержимого лимфоузла. Туберкулез был обнаружен в 34 случаях: 88% обнаружено в мокроте, 12% в моче. У 41% было чувствитель-

ность к рифампицину, 56% -не чувствительность к рифампицину, 3% не определена чувствительность к рифампицину.

Выводы. Для установки диагноза туберкулез не всегда достаточно только рентгенографии легких, необходимо более глубокое исследование при помощи МСКТ, диагностики на «GeneXpert» и других методов исследования.

Результаты диагностики «GeneXpert» могут быть полезны как для легочного, так и внелегочного туберкулеза, при тяжелом иммунодефиците.

Весомый вклад в коррекцию лечения вносит исследование «GeneXpert» для определения резистентности к рифампицину, для выбора правильной тактики лечения.

Папина Е. С., Рахимова Н. Б.

Специализированная инфекционная больница при РЦ по борьбе со СПИДом

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ НА РАННИХ ЭТАПАХ ВИЧ ИНФЕКЦИИ

С каждым годом в мире увеличивается количество людей, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. С прогрессом и внедрением высоких технологий диагностика ВИЧ инфекции является доступной, но выявление на ранних этапах ВИЧ инфекции остается проблемой. Это связано с поздним обращением самого пациента к врачам, так же большинство пациентов с поздним выявлением ВИЧ инфекции наблюдались или консультировались у врачей и получали лечение, при этом обследование на ВИЧ инфекцию не проводилось, несмотря на наличие клинико-эпидемиологических показаний.

Цель. Изучение вновь выявленных ВИЧ инфицированных пациентов поступивших в специализированную инфекционную больницу при РЦ по борьбе со СПИДом.

Методы и материалы. Мы провели анализ пациентов, которые были первично выявлены и были направлены в специализированную инфекционную больницу при РЦ по борьбе со СПИДом в период с января 2021 по октябрь 2022гг. После алгоритма лабораторного обследования пациентам, был выставлен диагноз ВИЧ инфекция, в соответствии с приказом МЗУз, это составило 69 пациентов. При опросе пациентов было выяснено, что многие неоднократно обращались к участковым врачам или состояли на учете в поликлинике, получали лечение в частных клиниках, у таких специалистов, как гастроэнтерологов, стоматологов, ЛОР врачей, иммунологов и других специалистов, имеющие научные степени и квалификационные категории, что составило 2-3 года до установления истинных причин их состояния и постановки диагноза.

По клиническим стадиям пациенты распределились следующим образом: 4 клиническая стадия 46%, 3 клиническая стадия 44%, 2 и 1 клинические



стадии 10%. По возрастной группе дети составили 38% возрасте от 2х лет до 18 лет, 62% составили взрослые старше 18 лет. По половому признаку распределились следующим образом женщины 32%, мужчины 68%. При анализе СД4 были следующие показатели от 0 до 100 кл/мкл составило 55%, выше 100 до 200 кл/мкл 23%, выше 200 кл/мкл 16%, у 6% пациентов СД4 находилось в работе.

Выводы. Анализ показал, что 90% ВИЧ инфицированным пациентам выставляется поздно диагноз, что соответствовало тяжелым клиническим стадиям и значительному снижению их иммунного статуса 78% СД4 ниже 200 кл/мкл, проявляющиеся большим количеством оппортунистических заболеваний. Это позволяет утверждать об отсутствии настороженности различных специалистов государственных и частных медицинских учреждений в отношении ВИЧ инфекции в условиях ее широкого распространения, как в стране, так и за ее пределами.

Расулов Ш.М.¹,¹Тошкент тиббиёт академияси, Термиз филиали,Рахмонбердиев М.А.², Тошпўлатов А.Ю.²²Тошкент тиббиёт академияси.

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Юқумли касалликлар орасида ОИВ-инфекцияси XX асрнинг охири ва XXI аср бошларида энг кўп тарқалган инфекция бўлиб, дунёнинг глобал муаммосига айланди. ОИВ-инфекцияси, даставвал, ер шарининг баъзи мамлакатларида эпидемия кўринишида пайдо бўлган бўлса, ҳозирга келиб бутун дунёда пандемия даражасига етди. БМТ 2017 йилда дунёда ОИВ-инфекцияси билан касалланган шахсларнинг сонини 36,9 млн. га етганини ва уларнинг ярмини аёллар ташкил этаётгани ҳақида хабар берди. Ушбу манбада ҳар йили 3 млн.дан ортиқ шахслар ушбу инфекция билан касалланаётганлиги ва ОИВ-инфекциясидан вафот этганларнинг сони 1,5 млн.га этган. Бундан ташқари, ушбу ҳужжатда олимларнинг қуйидаги фикрини баён этган: «келажақдаги 15 йил давомида ОИВ-инфекцияси тарқалишининг турғунлик ҳолатига эришиш имкони мавжуд эмас».

Ўзбекистон Республикаси ҳудудида ОИВ келтириб чиқарган инфекцияси дастлаб 1987 йилда қайд этилган ва 1999 йилгача фақат аҳолининг «ҳавфли» гуруҳларида аниқланган. 2000 - 2001 йиллардан бошлаб, аҳолининг турли қатламларида, бу касалликнинг юктириб олиниши сезиларли даражада кузатилган. Давлатимизда 2014 йилгача ОИВ-инфекцияси билан касалланишлар сони 36108 кишини ва ОИВ-инфекцияси билан яшовчилар сони 29833 кишини ташкил этган. 2014 йилга келиб ОИВ-инфекцияси билан касалланганлар ўртасида эркаклар 55,4%, аёллар эса 44,6% ни ташкил этган бўлиб, ҳанузгача етакчи ўриндаги юқиш йўл - жинсий йўл бўлиб турибди.

Касалликни тарқалишини таъминловчи омиллардан бири инъекцион наркотик моддалар қўлланилишидир. Бу борада Ўзбекистонда 9 йил давомида инъекцион гиёҳванд моддалар қабул қилувчилар гуруҳи орасида ОИВ-инфекциясини тарқалиши сезиларли (-2,6 марта) даражада камайган. ОИВ-инфекцияси тарқалишининг дозорли эпидемиологик назорати ва унинг эпидемиологик жиҳатдан гепатит С ва заҳм қаби умумий юқиш механизмига эга бўлган ўхшаш патологиялар тарқалиши бўйича натижалари ҳавф туғдирувчи ўзини тутиш динамика-

сини таҳлил қилиш, расмий статистика маълумотлари ва профилактик чора-тадбирлар мониторингларини умумлаштириш ОИВ-инфекцияси бўйича эпидемиологик вазиятни баҳолаш, ҳамда аҳолининг ОИВ-инфекциясига мойил гуруҳлари орасида касаллик тарқалишини олдини олиш бўйича зарурий ечимлар қабул қилиш имконини беради.

Республикада 2016 йилда ОИВ-инфекцияси аниқланганлар ўртасида эркакларнинг улуши 51,4% (2003 йилда-33,3%), аёллар улуши эса 48,6% ни (2003 йилда-66,7%) ташкил этган. Яъни, ОИВ юққан эркак ва аёллар мутаносиблиги 2003 йилда 2:1 бўлган бўлса, 2016 йилга келиб бу кўрсаткич 1,1:1 ни ташкил этган. Бу рақамлар ОИВ-инфекциясининг аниқланиши аёллар орасида ўсганлигини яққол кўрсатиб турибди. Таҳлиллар натижасига кўра, 2003 йилда аёллар орасида юқиш йўли 100% ҳолатларда парентерал йўл бўлган бўлса, охириги йилларда 2016 йилга келиб, жинсий йўл билан юқиш ҳоллари 81,8% ни ташкил этган.

Хулоса қилиб, шуни айтиш мумкинки, аҳолининг ва тиббиёт ходимларининг касалхона ОИВ-инфекцияси бўйича билим даражасини ва савиясини ошириш мақсадида ушбу касалликни эрта аниқлаш ва касалликнинг эпидемик тарқалишини олдини олишда муҳим аҳамиятга эга, бу эса, ўз навбатида, тиббиёт ходимларининг ОИВ-инфекциясига нисбатан хушёрлигини янада оширишни тақозо этади.





Ш.М. Рашитова, Ж.Ж. Умаров

Республиканский центр по

борьбе со СПИД МЗ РУз

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И МАТЕРИНСТВО

На современном этапе развития Республики Узбекистан, как суверенного государства остро встает вопрос о развитии и совершенствовании научных исследований во всех областях медицины и, особенно, в области менеджмента в здравоохранении.

Из общей проблемы здоровья населения, своей медико-социальной, общественно - политической и экономической значимостью выделяется репродуктивное здоровье поскольку оно напрямую связано со здоровьем новорожденных детей, следовательно, с будущим нации и государства.

В настоящее время для нашей Республики остро стоят вопросы защиты жизненных интересов населения - как сохранения численности, так и обеспечения качества жизни. Особая роль при этом отводится государством женщинам, ибо от благополучия и состояния их здоровья зависит численность и здоровье будущих поколений.

В Республике уделяется большое внимание по профилактике передачи ВИЧ-инфекции: матери к ребенку и рождению здорового ребенка от здоровой матери, в связи, с чем разработаны и приняты все необходимые меры по проведению профилактических мероприятий передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. Тестирование на ВИЧ дает возможность выявления ВИЧ-инфекции у беременных женщин на самом раннем этапе беременности и предоставления им полного набора услуг по ППМР, минимизации риска передачи ВИЧ их детям во время беременности, родов и в послеродовой период.

За 2021 год всего зарегистрировано 931565 (за 2020 год 856472) беременных, тестированием на ВИЧ- инфекции охвачено 944644 (за 2020 год -866277) беременных, что составило 100% (за 2020 год -100%).

По Республике в 2021 году распространенность ВИЧ среди беременных, как и в 2020 году составило 0,02%. В 2021 году выше и равный среднереспубликанского показателя отмечены в таких административных территориях, как в Сырдарьинской области 0,05%, Андижанской и Ташкентской областях по 0,04%, г. Ташкенте и Самаркандской области по 0,03%, Бухарской, Кашкадарьинской, Ферганской и Сурхандарьинской областях по 0,02%.

Независимо от года выявления ВИЧ-инфекции всего ВИЧ-инфицированных беременных составило в 2021 году 722 случая (за 2020 год- 618).

Среди вновь выявленных ВИЧ-инфицированных, в 2021 году беременные составили 210 лиц. Из

числа всех беременных 512 были уже ВИЧ-инфицированными в предыдущие годы и 2021 году они встали на учет, как беременные.

Вышеуказанные данные показывают, что недостаточно проводится санитарно-разъяснительная работа среди женщин репродуктивного возраста, со стороны акушеров-гинекологов, а также несвоевременно обращаются женщины по поводу беременности, в результате ВИЧ- инфицированные женщины, становясь беременными, подвергают свое здоровье и здоровье ребенка риску заражения ВИЧ. Также, повторная беременность среди ВИЧ-инфицированных женщин показывает о неудовлетворительной работе при проведении консультации врачей в кабинетах женской консультации.

Если в 2020 году из 183 случаев ВИЧ-инфицированных беременных по 109 коду обследованы 142, в 41 случаях взято на учет по другим кодам, как ВИЧ-инфицированные беременные. За 2021 год по 109 коду ВИЧ-инфекция выявлено у 169 беременных и в 41 случаях по другим кодам. Высокие показатели обследования по другим кодам зарегистрированы в Ташкентской области-22,0%, г. Ташкенте и Андижанской области – по 14,6%, Самаркандской и Кашкадарьинской областях –по 9,8%, Сурхандарьинской области и Республике Каракалпакстан- по 7,3%.

ВИЧ-инфицированные беременные выявлены по 109 коду - 80,5%, 101 коду (лица имеющие половые контакты с ВИЧ-инфицированными) - 6,7%, 117 коду (новобрачные) - 3,8%, 116 коду (прочие) и 113 коду (клиническим показаниям) – по 3,3%, 106 коду (лица, находящиеся за рубежом)-1,9%, 119 коду (медработники) -0,5%.

По путям передачи среди 210 беременных было выявлено- половой - 85,7% (за 2020 год -84,2%), медицинский парентеральный - 2,9% (за 2020 год -6,0%), немедицинский парентеральный путь-0,5% (за 2020 год -3,3%) и неустановленный -7,2 (за 2020 г. -6,5 %).

При анализе по возрастам среди беременных было выявлено: 25-29 лет - 29,0% (за 2020 г. -26,2%), 30-34 лет.- 28,6% (за 2020 г. -24,0%), 35-39 лет – 18,1% (за 2020 г. -16,9%), 20-24 лет - 16,2% (за 2020 г. -25,1%), 15-19 лет - 4,8% (за 2020 г. -5,5%), 40-49 лет - 3,3% (за 2020 г. -2,2%).

Среди половых партнеров беременных у 76 лиц (2020 г.-74) были за границей, не выезжали за грани-

цы – 120 (2020г.-87) и у 14 лиц (2020 г.-22) отсутствовали сведения о половых контактах. Тестированы на ВИЧ-инфекцию 167 (за 2020 г. -146) половые партнеры и среди прошедших тестирование у 108 лиц (2020г.-94) получен положительный результат.

Тестирование на ВИЧ не прошли 43 половые партнеры (2020г.-37) ВИЧ-инфицированных беременных.

По существующим нормативным документам Минздрава беременные женщины, не прошедшие тестирование на ВИЧ во время беременности и при отсутствии обменного листа, проходят методом экспресс-тестирования при поступлении в родильные дома. Так 2021 году всего методом экспресс-тестирования на ВИЧ прошли 1,8% (в 2020 году-1,9%) и положительных выявлено по 8 случаев.

В процессе эпидемиологического расследования было выявлено, что чаще половые партнеры выезжают в Россию- 61 лиц (2020г.-64), Республику Казахстан - 8 лиц (в 2020 г.-6), Турцию -6 (в 2020 г.-1), США-1 (в 2020 г.-0) в качестве мигрантов они в основном работали на стройке, разнорабочими, в системе торговли.

Таким образом, ранняя диагностика и выявление ВИЧ на ранней стадии беременности у беременных, снижает вероятность заражения ребенка ВИЧ-инфекцией. Проводимая стратегия по управлению репродуктивным поведением ВИЧ-инфицированных женщин, может реально уменьшить риск распространения инфекции и обеспечить охрану ее репродуктивного здоровья.

Рашитова Ш.М., Хакимова С.К.

Республика ОИТСга карши курашиш маркази

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНИ ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ

Тиббиёт ходимлари орасида ОИВ инфекцияси билан зарарланиш ҳолатлари, мазкур соҳа вакиллари орасида ҳам профилактик тадбирларни ўз вақтида олиб борилишини талаб қилади. Агар 2020 йилда 119 код билан ОИВ га текширилган тиббиёт ходимларининг 35 нафарида ОИВ инфекцияси аниқланган бўлса, 2021 йилда бу кўрсаткич 35 нафарни ташкил этди ва ўтган йилга нисбатан ушбу код билан текширилган тиббиёт ходимлари орасида

ОИВ инфекцияси билан касалланиш кўрсаткичи ўзгармаган. ОИВ инфекцияси аниқланган тиббиёт ходимларининг 20.0% - Тошкент шаҳар, 14.3%дан - Фарғона, Самарқанд; 8.6%дан - Қашқадарё, Сурхондарё, Тошкент, Хоразм; 2.9%дан - Қорақалпоғистон Республикаси, Андижон, Бухоро, Жиззах, Наманган ва Сирдарё вилоятлари тўғри келди. ОИВ аниқланган тиббий ходимларни жинслар бўйича таҳлил қилганимизда 77.1% аёл жинсига, 22.9% эркак жинсига мансуб бўлган тиббий ходимлар бўлиб, аксари-қисмини (42.9%) 40-49 ёшдагилар ташкил этган. Аниқланган ОИВ инфекциясининг 17 ҳолати хамшираларга, 10 та кичик тиббиёт ходими, 3 та ҳолат фельдшер ва 1 тадан ҳолат терапевт, реаниматолог, лаборант, неонатологга тўғри келган. Тиббиёт ходимлари орасида ОИВ инфекциясини юкиш йўллари таҳлил қилганимизда уларнинг 77.1% - жинсий

алоқа йўли билан, 5.7% - парентерал йўл орқали юкканлиги аниқланган. 17.1% тиббий ходимларга касалликнинг юкиш йўллари аниқланмаган.

Таҳлиллар шуни кўрсатадики, тиббиёт ходимлари орасида ОИВ инфекцияси 2020 йилга нисбатан 2021 йилда ўзгармаган бўлсада, лекин тиббий аварияга учраган тиббиёт ходимлари томонидан содир бўлган авария ҳолатларини журналга қайд қилинмаслиги, натижада касбий мулоқатдан кейинги профилактика чора-тадбирларини ўтказилмаслиги юкиш йўлларига нотўғри ҳулоса қилинишига сабаб бўлмоқда.





Саткулова Н.Ш, Х. Х.Жумабоева, Кораев Б.Б.

Андижанский областной центр
по борьбе со СПИДом

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ЛЖВ И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Цель работы: Изучение эффективности антиретровирусных препаратов (Тенофовир (TDF) 300 мг + Ламивудин (ЗТС) 300 мг +Эфавиренц (EFV) 600 мг и препараты на основе Долутегравира 50 мг у ЛЖВ и беременных женщин.

Материалы и методы: ЛЖВ, клинико-лабораторные исследования (вирусная нагрузка, абсолютное количество CD4 клеток, биохимические и общий анализ крови, УЗИ, консультация фтизиатра, при необходимости МРТ).

В Андижанском ОЦ с 2013 года ВИЧ-инфицированными лицами принимаются АРВ препараты согласно национальному клиническому протоколу по схеме Тенофовир (TDF) 300 мг + Ламивудин (ЗТС) 300 мг +Эфавиренц (EFV) 600 мг. Таким образом, за период с 2020 - 2022 гг. (в течение 9 месяцев) препарат назначен 1930 больным, из них 1512 взрослые (мужчин – 737, женщин – 775), 418 детей (мальчики- 244, девочки-174). Начиная с конца 2019 года взрослым назначали АРВ препараты на основе Долутегравира 50 мг, и за 2020 - 2022 гг. (в течение 9 месяцев) препарат назначен 791 больным (мужчин-439, женщин-352).

Полученные результаты: При изучении оказалось, что показатель приверженности у женщин и детей выше, чем у мужчин. Так, в первой группе детей (10), принимающих препараты в течение 3х лет, у 8 детей не наблюдались ожидаемые побочные эффекты. Через 6 месяцев вирусная нагрузка снизилась до неопределяемого уровня (менее 500 коп/мл), абс. число CD4-клеток повысилась вдвое, наблюдаются изменения в физическо-психологическом развитии в положительную сторону. У двоих же детей были отмечены побочные действия в виде лекарственной аллергии (тошнота, рвота, сыпи и др). Во второй группе взрослых (50) наблюдали лекарственная сыпь, ужасные сновидения, нервозность, страх, головокружения и головные боли у 5 мужчин (10%), у 5 женщин (10%). У 40 лиц (80%)



серьезные побочные эффекты не наблюдались: у 3 больных (4%) (мужчин-2, женщин-1), за счёт тенофовира, содержащийся в препарате, отмечены нефротические побочные изменения, (повышение уровня клиренса креатинина в крови). У 22 женщин (84%) и 21 мужчин (84%) через 6 месяца положительная эффективность

от принимаемых препаратов была такой же как и у контрольной группы детей (вирусная нагрузка до неопределяемого уровня, повышение абс. числа CD4-клеток вдвое, в клиническая картина крови без изменений). В третьей группе взрослые (50), принимали АРВ препараты на основе Долутегравира, в равной степени мужчин и женщин у 4% лиц отмечались лекарственная сыпь, головные боли. У 48 лиц (64%), принимающих препарата никаких серьезных побочных эффектов отмечены не были. У 24 женщин (96%) и 23 мужчин (92%) через 6 месяца положительная эффективность от принимаемых препаратов была такой же как и у контрольной группы детей (вирусная нагрузка до неопределяемого уровня, повышение абс. числа CD4-клеток вдвое, в клиническая картина крови без изменений). В течение данной практики у некоторых больных наблюдались резистентность ко всем АРВ препаратам, исходя из этого им назначали АРВ препараты 2-линии (80 лицам), в результате у 11 лиц (13,7%), принимающих препараты отмечались тошнота, рвота, боли в эпигастральной области, кожные сыпи, жидкий стул.

Заключение: Исходя из наблюдений, больные и беременные (начиная с 14 недели беременности), принимающие препараты по схеме Тенофовир (TDF) 300 мг+Ламивудин (ЗТС) 300 мг +Эфавиренц (EFV) 600 мг и на основе Долутегравира (Dt) 50 мг, было отмечено, что эти схемы более приемлемы, чем предыдущие схемы АРВ препаратов тем, что они принимаются однократно, удобно для приёма, побочные явления низкие, хорошая переносимость и высокая приверженность.



Саримсақова Ё.И., Искандаров А.И., Ғаниев Б.Қ.

Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш маркази,

Андижон тиббиёт институти

ОИВ ИНФЕКЦИЯЛИ БОЛАЛАРДА АРВТ БИЛАН ЭРТА ҚАМРАЛИШНИ АҲАМИЯТИ

АРВТ (антиретровирус терапия)-одам иммун-танқислиги вирусини кўпайишини олдини олувчи даволаш усули бўлиб, ҳозирги кунда бир неча дори воситаларини ўз ичига олади.

Мақсад: ОИВ инфекцияси билан яшовчи инсонлар умрини узайтириш, соғлом ҳаёт кечириш ва ОИТСга боғлиқ бўлган кўплаб касалликларни яъни иккиламчи касалликларни ривожланишини олдини олишга эришиш.

Текширув усуллари: вилоят ОИТСга қарши кураш марказида тайёрланган ҳисоботлар бўйича таҳлил ўтказилганда, ОИВ инфекцияси билан касалланган беморларни 2453 нафарини 18 ёшгача бўлган болалар ташкил қилади. Улардан ўғил болалар 1525 нафарини, қиз болалар 928 нафарини ташкил этади. Диспансер назоратига олинган болаларнинг 91,4% (2243 ретровирусга қарши терапия билан қамралган. АРВТ олаётган болалар ўртасида касалланиш кўрсаткичлари ўрганилди.

Натижа: АРВТ қабул қилаётган болалар орасида ҳар хил оғир касалликларга чалиниш ҳолатлари

2020 йилда аввалги йилларга солиштирилганда кескин камайган (Масалан 2018 йилда 20 нафар, 2019 йилда 16 нафар, 2020 йилда 14 нафар).

Бугунги кунда мавжуд муоммолардан бири ОИВ инфекцияли болалар ота-оналарини АРВТни аҳамиятини тушунмаслигидир (ҳозирда 208 нафар ОИВ инфекцияли болаларни ота онаси қаршилиги туфайли АРВТ билан қамралмаган). АРВТ ўтказишга қаршилиқ ёки безъятиборлиги оқибатида аввалги йилларга нисбатан камайган бўлсада, болалар ўртасида ўлим ҳолатлари кузатилмоқда. АРВТга содиқликни яхшиланиши туфайли болалар ўртасида иккиламчи касалликларга чалиниш кўрсаткичи ҳам пасайган (20%га).

Хулоса: ОИВ инфекцияси қанчалик эрта аниқланиб, аниқланганиши билан вақтидан АРВТга ўтказилса ва содиқликка риоя қилинса иккиламчи касалликларни ривожланишини ва асоратларини камайтириш мумкин. Ота-оналар ўртасида тушунтириш ишларини олиб бориш, ота-оналар тиббий маданиятини янада ошириш мақсадга мувофиқдир.

Ш.З.Сулаймонова, Б.Б. Кораев,

М.Х.Зайнигабдинова

Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш маркази
лаборатория мажмуаси

ХОМИЛАДОРЛАР ОИВ ТЕКШИРУВИДА СОХТА МУСБАТ НАТИЖАЛАР ВА УЛАРНИНГ САБАБЛАРИ

Мутахассисларнинг таъкидлашича, замонавий тест системалар билан текширувларда йўл қўйиши мумкин бўлган хатоликлар 0.01%ни ташкил этади. Лекин кўпинча бу кўрсаткич анча юқори бўлади. Бунга инсон фактори, ташқи муҳит, текширилувчининг жисмоний-психик ҳолати, текширилувчи шахсдан нотўғри маълумот йиғиш каби бир қатор омиллар олиб келади.

Сохта мусбат-текширилувчи қонида ОИВ вируси йўқ бўлгани ҳолда тест мусбат натижа кўрсатиши.

Бунга турли аутоиммун касалликлар, гепатитлар, туберкулёз, эмлашдан сўнг ёки хомиладорлик даврида қонда пайдо бўлувчи антителолар сабаб бўлади.

Хомиладор аёлларни ОИВ инфекциясига скрининг текширувларида сохта мусбат натижалар аниқланиши амалий тиббиётнинг актуал муаммоларидан биридир. Хомиладор аёллар қон зардобидан лаборатория жихатдан мураккаб ҳисобланади, чунки ОИВга текширувда сохта мусбат натижалар кўп учрайди. Гестация даврида аёл қонида микро-



элемент таркиби, цитокин ва гормонлар миқдори концентрацияси ўзгаради, бундан ташқари хомиладорликнинг специфик оқсиллари шаклланади. Кўпчилик ҳолларда сохта мусбат натижа анамнезида инфекцион, аутоиммун, сурункали соматик касалликлари бўлган аёлларда учрайди.

Шунингдек, 2015 йилда Россия Федерацияси Нижний Новгород шаҳри “Диагностик системалар” илмий-ишлаб чиқариш бирлашмаси ОАЖ томонидан 440 нафар хомиладор аёллар қон зардобидан 4-авлод тест системалари (“ДС-ИФА-ВИЧ-АГАТ+С-КРИН”, “КомбиБест ВИЧ-1,2 АГ/АТ”) да ОИВ инфекциясига текширилди ва 46та ҳар иккала тест-системаларида скрининг серопозитив натижалар олинди. Якунида ИБ текшируви ўтказилганда 7 нафар хомиладорда ОИВ инфекцияси мавжудлиги тасдиқланди, қолган 39та аёлда (1,5%) эса ОИВманфий натижалар қайд этилди.

Бундай кўрсаткичларни ўз лабораториямиз миқёсида таққослаганимизда, 2020 йил давомида жами 85963 нафар хомиладор аёллар ИФА усулида текширилганда 436 нафарида скрининг мусбат натижа қайд этилган. Якуний ИБ текширувида 16 нафар аёлда ОИВ инфекцияси тасдиқландан (3,6%).

2021 йилда эса жами 68881та ИФА усулида текширилган хомиладордан 358тасида скрининг мусбат натижа олинди ва якунида 24тасида (6,7%) ИБ усулида ОИВ инфекцияси тасдиқланди.

Хулоса ўрнида айтиш мумкинки, юқоридаги статистик кўрсаткичлар хомиладор аёллар қони ОИВ инфекциясига ИФА усулида текширилганда ҳақиқатдан ҳам хомиладорлик даврида организмда кузатиладиган гормонал гуморал ўзгаришлар туфайли сохта мусбат натижалар кўп учрашини тасдиқлайди.

Тоджиматов А. Ю., Тоджиматов Ш. З., Алимов М.А.
Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш маркази,
Андижон тиббиёт институти

ВИЛОЯТДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ ТАРҚАЛИШИГА ҚАРШИ КУРАШИШ БЎЙИЧА ОЛИБ БОРИЛГАН ПРОФИЛАКТИК ИШЛАР ТЎҒРИСИДА

Вилоятимизда ОИВ инфекцияси бўйича 2019-2020 йиллардаги эпидемиологик вазият таҳлил қилиниб кўрилганида, аҳоли ўртасида инфекцияни пастлаши кузатилди. ОИВ инфекциясини охириги йилларда вилоятимизда вертикал йўл билан юқишига чек қўйилишига эришилди. Касалликни парентерал йўл билан юқишини олдини олиш борасида ҳам мунтазам профилактик ишлар олиб борилмоқда. Парентерал юқиш йўли йил сайин пастлаб бормоқда. Лекин шунга қарамасдан ОИВ инфекциясини жинсий йўл билан юқиши устувор йўл бўлиб қолмоқда.

Мақсад: Аҳолини ва тиббиёт ходимларини ОИВ инфекцияси бўйича хабардорлиги ва ҳушёрлигини ошириб бориши касалликни аҳоли ўртасида юқишини камайтиришга олиб келади.

Текширув усули: “ОИВ инфекцияси профилактикаси” мавзуси бўйича марказ мутахассислари томонидан тузилган 3 вариантли тестлардан фойдаланган ҳолда тиббиёт ходимлари билим савиясини баҳолаш мақсадида синов ўтказилди. Аҳоли ўртасида тарғибот ташвиқот тадбирлари 2020 йилда 20,5 фоизга ортди. Оммавий ахборот воситаларида чиқишлар сони 18,2 фоизга ортди.

Натижа: Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 336-сонли буйруғининг 8-иловасига мувофиқ даволаш профилактика муассасаларида тиббиёт ходимларини ОИВ инфекцияси профилактикаси бўйича олган билим кўникмалари баҳолаганда 5723 нафар шифокорлардан 13 нафари шартли ўтди, 13 нафари ўтмади. 19435 нафар ўрта тиббиёт ходимларидан 13 нафари шартли ўтди, 11 нафари ўтмади.

2020 йил давомида вилоятимиз ҳудудларида ОИВ инфекцияси бўйича тарғибот ташвиқот ишлари олиб борилди. Шунингдек вилоятимиздаги 4 та олийгоҳларда 15 марта, 78 та касб-хунар коллежларида 118 марта, 19 та саноат корхоналарида 1138 нафар ишчи ходимларга, 165 та маҳалла фуқаролар йиғинларида “ОИВ инфекцияси олдини олиш” мавзусида учрашувлар ва давра суҳбатлари ўтказилди. Аҳоли ўртасида “Соғлом турмуш тарзини шакллантириш”, “ОИВ/ОИТС касаллигини олдини олиш” борасида 8709 та плакатлар, 96933 дона буклет, 98339 дона эслатмалар тарқатилди. ОИВ инфекциясини олдини олишга қаратилган 25 турдаги видеороликлар, 43 марта телекўрсатувлар, 10 мақола вилоятдаги автовокзал, аэропорт ва савдо мажмуаларида радио



тармоқлари орқали 2482 марта аудио маърузалар эшиттирилди, 967 та маъруза, 1995 та суҳбатлар ташкил этилди.

Андижон вилоятида ОИВ инфекцияси тарқалишига қарши курашиш бўйича (инстаграм, телеграм, фейсбук, одноклассники) интернет тармоқларида марказнинг расмий ва оммабоп канали орқали ОИВ/ОИТС масалалари бўйича, савол-жавобларни ўз ичига олган дастурларни ишлаб чиқилиб, кунлик маълумотлар оммага тадбиқ қилиниб келинмоқда.

Хулоса: 2019 ва 2020 йиллар давомида вилояти-мизнинг 17 та шаҳар ва туманлар кесимида ОИВ инфекцияси билан касалланиш ҳолатлари таққослаб кўрилганида, 2020 йилда ОИВ инфекциясини пасайишига эришилди, лекин тиббиёт ходимларини "ОИВ инфекцияси" бўйича билим савияси етарли даражада эмас, бу ҳолат уларни ушбу касаллик бўйича қайта тайёрлаш ва малакасини оширишга кўпроқ эътибор бериш лозимлигини кўрсатади.

Тошпўлатов А.Ю., Расулов Ш.М.
Тошкент тиббиёт академияси,
Термиз филиали

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНING ЮҚИШ ЙЎЛЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра 2020 йил ҳолатига бутун дунёда 37,9 миллион одам ОИВ-инфекцияси билан касалланган бўлиб, уларнинг сони ортиб бормоқда, касаллик асосан 29-59 ёшли одамлар ўртасида кенг тарқалган.

Маълум бўлишича республикамызда сўнгги йилларда йилига ўртача 3,9-4,2 минг нафар атрофидаги шахслар ОИВ инфекцияси билан рўйхатга олинмоқда.

Тадқиқот мақсади: ОИВ инфекциясининг юқиш йўллари ва олдини олиш чора-тадбирларини таҳлил қилиш.

Олинган натижалар: Ҳозирги вақтда одамнинг иммунитет танқислиги вируси юқилишининг учта йўли мавжуд:

Жинсий йўл орқали юқиши: А. Гомосексуал (эркаклар билан жинсий алоқа қилувчи эркалар) - жинсий алоқалар орқали; В. Гетеросексуал (эркак ва аёл) - жинсий алоқа орқали. ОИВнинг эркадан аёлга юқиши, унинг аёлдан эркака нисбатан 1,9 баробар юқори бўлади. Аёлнинг жинсий аъзолари яллиғланган бўлса, ОИВнинг юқиш хавфи 6-баробарга ортади. ОИВ уруғ суюқлигида кўп миқдорда учрайди. Ҳимояланмаган жинсий алоқада бўлиш касаллик юқиш хавфини кескин оширади. Шунинг учун бетартиб жинсий ҳаёт кечирувчи шахслар орасида ОИВ инфекцияси билан касалланиш нисбатан кўпроқ учрайди.

Парентерал йўл билан юқиши: А. Тиббий муолажалар пайтида – қон қуйилганда зарарланган қон орқали, турли инвазив муолажалар учун ифлосланган асбоблардан қайта фойдаланилганда (инъекция, кичик ва катта жарроҳлик амалиётлари, шу жумладан косметик муолажалар), зарарланган шах-

сининг қонини қуйганда аъзо ва тўқималарни кўчириб ўтказганда инфекциянинг юқиш хавфи 92,5 фоизни ташкил қилади; В. Гиёҳванд моддаларни инъекция йўли билан вена ичига қабул қилганда зарарсизлантирилмаган умумий шприцлар ва ниналар инфекция омили бўлиши мумкин; С. Маиший-мулоқот йўли орқали турмушда ОИВ инфекцияси билан зарарланган буюмлар (соқол олинадиган устара, тиш чўтқаси, тери қоплами бутунлигини бузилиши орқали бажариладиган муолажалар, санчилувчи ва ўтқир кесадиган буюмлар) орқали юқади.

Онадан болага (вертикал) юқиши: Кейинги йилларда кўп минтақаларда туғиш ёшидаги аёллар орасида ОИВ инфекциясининг тарқалиши натижасида ОИВ инфекциясининг юқтириб олган болалар сонининг сезиларли даражада ортиши кузатилмоқда.

ОИВ инфекциясининг олдини олиш чора-тадбирлари. Аҳолини ОИВ инфекцияси масалалари бўйича хабардорлигини ошириш: Аҳолининг ОАВ (телевидения, газета, журналлар, радио, масжитлар) орқали соғлом турмуш тарзи ва ОИВ юқиш хавфлари ҳақида хабардорлиги; Ёшлар, мактаб ўқувчилари вақтларини ўтказадиган жойларда (лагерлар, клублар, дискотекалар), хавфли гуруҳлари учун хавфсиз жинсий алоқа, яқка никоҳлилик, турмуш ўртоғига содиқлик ҳақида маъруза, семинарлар ўтказиш; Ёшлар орасида (мактаб ўқувчилари, талабалар) ОИВ юқилиши олдини олиш мақсадида оммабоп маълумотни брошюра кўринишида босма қилиш ва тарқатиш лозим.

Хулоса: Шунинг учун бугунги кунда аҳолининг барча қатламларида хусусан 12-45 ёшли аҳоли орасида ОИВ инфекциясини олдини олишга қартилган профилактик чора-тадбирлар, санитария-тарғибот ишларини янада кучайтириш мақсадга мувофиқдир.

Л.Н.Туйчиев, М.Т.Муминова
Тошкент тиббиёт академияси

БОЛАЛАРДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИДАГИ ЎТКИР ЮҚУМЛИ ДИАРЕЯЛАРНИНГ ЭТИОЛОГИК ТУЗИЛМАСИ



вирус назорат гуруҳидаги болаларга нисбатан 1,5 баробар кўп ҳолларда, норовируслар аксинча 1,5 баробар кам ҳолларда қайд этилди (16,5%; 10,9% ва 19,5%; 29,6% ҳолларда мос равишда, $P>0,05$). Астровирус ва аденовирус асосий гуруҳдаги беморларда назорат гуруҳидагиларга нисбатан кўп ҳолларда аниқланди, бироқ гуруҳлар кўрсаткичлари ўртасида фарқ ишонарли бўлмади (4,6%; 6,1% ва 11,1%; 13,8% ҳолларда мос равишда, $P>0,05$). Асосий гуруҳдагиларда бактериал агентларнинг (сальмонелла ва кампилобактериялар) ўрни аксинча назоратга гуруҳига нисбатан 1,5 баробар кўп ҳолларда,

Муаммонинг ОИВ-инфекцияли болаларда энг кўп аниқланадиган қўзғатувчилар бўлиб: *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Salmonella spp*, *E. coli* ротавирус, аденовирус, астровирус, калицивирус, коронавирус, цитомегаловируслар киради [Карікіан А. 2014].

Тадқиқот мақсади: ОИВ билан зарарланган болаларда ўткир юқумли диареяларнинг этиологиясини аниқлаш.

Тадқиқот материали ва услублари. Тадқиқот давомида 18 ёшгача бўлган 508 нафар бемор болалар иккита гуруҳга тақсимланиб ўрганилди: асосий гуруҳни – 261 нафар юқумли диарея кузатилган ОИВ билан зарарланган болалар, назорат гуруҳини – 247 нафар фақат юқумли диарея кузатилган ОИВ-инфекцияси бўлмаган болалар ташкил этди. Ташхис беморлар шикоят, клиник, антропометрик, серологик, бактериологик, иммунологик, вирусологик ва инструментал текширувлар асосида қўйилди.

Тадқиқот натижалари. ОИВ билан зарарланган болаларда диареяларнинг умумий тузилмасида вирус ва бактериал агентларнинг учраш даражасини ўрганиш шуни кўрсатдики, кузатувимиздаги 18 ёшгача бўлган 261 нафар ўткир диареяли болаларнинг – 51,7%ида (135 нафар) вируслар, 48,3%ида – эса (126 нафар) бактериялар аниқланди, назорат гуруҳидагиларда вируслар – 60,3% ида (149 нафар), бактериялар – 39,7%ида (98 нафар) қайд этилди. ОИВ билан зарарланган болалардаги ўткир юқумли диареяларнинг умумий этиологик тузилмасида рота-

да, эшерихиялар аксинча 1,5 баробар кам ҳолларда аниқланди (24,9%; 16,2%; 3,1%; 2,0% ва 5,4%; 8,5% ҳолларда мос равишда, $P<0,05$). Қиёсий гуруҳларда шигеллаларнинг аниқланиши деярли бир хил кўрсаткичларда аниқланди (14,9% ва 13,0% ҳолларда, $P>0,05$). Диареялардаги аниқланган агентларнинг ОИВ билан зарарланган болаларда моно- ёки микст инфекция кўринишида учраши таҳлил қилинди. ОИВ билан зарарланган болаларда гуруҳида асосан вирус-вирусли ва **бактерия-бактериал** микст диареялар кузатилди, назорат гуруҳида эса 1,6 баробар ва 2,6 баробар ишонарли кўп ҳолларда қайд этилган бўлса (34,1%; 19,4% ва 24,9%; 9,7% ҳолларда мос равишда, $P<0,05$), вирус-бактериал микст диареялар эса кўрсаткичлари ўртасида фарқлар ишонарли бўлмади ($P>0,05$). Моноинфекциялар иккала гуруҳда ҳам вирус этиология бактерия этиологиядан устун туради, бироқ асосий гуруҳда назоратда гуруҳи вирусли моноинфекциялар деярли 4,9 баробар ва бактериал моноинфекциялар 3,9 баробар ишонарли кам ҳолларда аниқланди (5,4%; 26,3% ва 4,6%; 17,8% ҳолларда мос равишда, $P<0,05$).

Хулоса: ОИВ билан зарарланган болалардаги ўткир юқумли диареялар умумий тузилмасида норовируслар (19,4%) ва сальмонеллаларнинг (24,9%) улуши катта бўлди. ОИВ-инфекциясидаги ўткир юқумли диареялар 90% ҳолларда микст инфекция (вирус-вирусли, вирус-бактериал, бактериал-бактериал) кўринишида намоён бўлди.

Усмонов Ш.Қ., Тоджиматов Ш..З, Алимов М.А.
Андижанского областного центра по борьбе со СПИДом, Андижанский медицинский институт

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭПИДНАДЗОРА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Актуальность исследования. Существующая система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Андижанской области Республики Узбекистан, на различных этапах становления показала свою востребованность, но в связи с ростом заболеваемости и трудностями реализации эффективных мер противодействия, эта система нуждается в усовершенствовании для эффективной борьбы с ВИЧ-инфекцией с учётом современных её эпидемиологических особенностей.

Цель исследования – совершенствование системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией на основе изучения современных особенностей проявлений эпидемического процесса в Андижанской области Республики Узбекистан.

Задачи исследования - Для достижения цели исследования решить следующие задачи:

1. Охарактеризовать современные проявления эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Андижанской области Республики Узбекистан.

2. Оценить эффективность эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Андижанской области Республики Узбекистан. (Особенно супружеских пар с ВИЧ статусом)

3. Изучить социальные особенности (качество жизни) ВИЧ-инфицированных, проживающих в Андижанской области Республики Узбекистан. (Особенно супружеских пар с ВИЧ статусом)

4. Разработать научно обоснованные рекомендации для совершенствования системы эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией. (Особенно супружеских пар с ВИЧ статусом)

Научная новизна

1. Обосновать необходимость усовершенствования информационно-диагностического блока эпидемиологического надзора для предупреждения дальнейшего роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Андижанской области Республики Узбекистан.

2. Обобщение результатов эпидемиологического надзора позволяет установить этапность развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Андижанской области и выявить его современные проявления, характеризующиеся высокой интенсивностью.

3. Выявляет изменения структуры путей передачи ВИЧ, сопровождающиеся активизацией полового (гетеросексуального) пути, а также их значимость в развитии эпидемии на настоящем этапе.

4. Установливает факторы, детерминирующие рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Республике в современных социально-экономических условиях: распространение наркомании, практика рискованного сексуального поведения (в том числе среди женщин), рост проституции, активизация миграционных процессов (внутренняя и внешняя миграция), высокий уровень стигмы и дискриминации и др.

5. Впервые изучается и оценивается основные показатели качества жизни ВИЧ-инфицированных пациентов в условиях Андижанской области Республики Узбекистан. Показано, что для борьбы с ВИЧ-инфекцией необходимо повысить приверженность пациентов к лечению и профилактике ВИЧ-инфекции (АРВ-терапии), а показатели качества жизни следует учитывать в общей системе эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией.

Ожидаемые результаты и практическая значимость

1. На основе анализа многолетней динамики заболеваемости ВИЧ-инфекцией устанавливается, этапы (периоды) развития эпидемии в Рес Уз.

2. Обосновывается необходимость проведения выборочных биоповеденческих исследований среди наиболее уязвимого контингента населения для сбора информации о моделях рискованного поведения, в системе эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией.

3. Установить активизации полового пути передачи ВИЧ, являющейся неблагоприятным эпидемическим индикатором: рост удельного веса гетеросексуального пути и среди женщин.

4. Отметить неуклонный рост числа впервые выявленных ВИЧ-инфицированных беременных женщин, что влечёт за собой рост проблем с сохранением здоровья половых партнёров, когда один из них имеет положительный ВИЧ-статус (дискордантные семьи), и рождением здорового потомства.

5. Констатируется тенденция роста регистрации ВИЧ-инфекции в возрастных группах 40-49 лет, 50 и



старше, что требует оценки их рискованного поведения и активизации профилактических мероприятий среди данной возрастной категории населения. Кроме того, данная тенденция имеет важное значение в плане эпиднадзора, так как поздняя диагностика ВИЧ повышает риск развития ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа и смерти людей, а также способствует распространению заболевания в общую популяцию.

6. Выявляют основные показатели, предопределяющие качество жизни ЛЖВ (лица, живущие с ВИЧ-инфекцией) которые следует учитывать в рамках эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией: доступность медицинской помощи и антиретровирусной терапии, а также приверженность к ней, благополучная семейная и эмоциональная сфера, адекватные социальные контакты, жизненная активность и т.д.

Усмонов Ш.Қ., Тоджиматов Ш..З, Алимов М.А.
Андижон вилоят ОИТСга қарши кураш маркази
Андижон тиббиёт институти

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАР БИЛАН ЎТКАЗИЛАДИГАН ТЕСТДАН КЕЙИНГИ МАСЛАХАТНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК АҲАМИЯТИ.

Мавзунинг долзарблиги:

Андижон вилоятида 2021 йил 1 июль ҳолатига 6983 нафар ОИВ инфекцияси билан яшовчи шахсларнинг мавжудлиги ва улардан 4727 нафари актив жинсий ҳаёт кечириши;

ОИВ инфекциясининг эпидемиясини барқарорлаштириш мақсадида дунё миқёсида тан олинган “90-90-90” (90 % ОИВ инфекцияли шахс ўз статусини билиши, 90 % ОИВ инфекцияли шахс ретровирусга қарши препаратлар билан қамраб олиниши ҳамда 90 % ОИВ инфекцияли шахсда вирус ПЗР текширувда аниқланмади натижага эга бўлиши) стратегик мақсадларига эришиш.

ОИВ инфекцияси аниқланган шахслар билан ўтказиладиган тестдан кейинги маслаҳат ушбу стратегияда кўрсатилган мақсадларга эришиш учун асосий омиллардан бири ҳисобланади.

Ҳозирги кунда ОИВ инфекцияси аниқланган шахслар билан тестдан кейинги маслаҳат ОИТСга қарши кураш марказларининг эпидемиологик мониторинг бўлими врач эпидемиологлари томонидан ўтказилмоқда. Лекин, аксарият ҳолларда врачлар томонидан беморга тестдан кейинги маслаҳат бериш эмас балки, эпид анамнез йиғиш ишлари устувор вазифа ҳисобланади.

Врачлар томонидан бериладиган тавсияларга амал қилмайдиган ва ретровирусга қарши препаратлар истемол қилишдан бош тортадиган шахсларнинг мавжудлиги, тестдан кейинги маслаҳатнинг сифатсиз ўтказилганлиги маҳсули ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади:

- “90-90-90” стратегик мақсадларига эришиш;
- ОИВ инфекцияси аниқланган шахсларни тўғри йўлга йўналтириш орқали касалликни жинсий ва вертикал йўқиш хавфини пасайтириш. Зероки, U=U Undetectable = Untransmittable (аниқланмади = юкмайди).

Текширув усули: ОИВ инфекцияси аниқланган шахслар билан тестдан кейинги маслаҳатни ўтказиш учун уларнинг психик ҳолатини баҳолаш стандартини ишлаб чиқиш; (10 баллик системада)

1. Ишлаб чиқилган стандарт асосида тестдан кейинги маслаҳат ўтказиш тартибини белгилаш;

2. Тестдан кейинги маслаҳат ўтказувчи ҳодимларни ишлаб чиқилган стандарт асосида қайта тайёрлаш;

3. ишлаб чиқилган стандартнинг эффектини ҳисоботларда баҳолаш.

Натижа: 2018 - 2021 йиллар давомида жами 135 нафар бемор билан ўтказилган тестдан кейинги маслаҳатнинг самарасига кўра, 2018 йилда 63 нафар бемордан 6 нафари вафот этган 17 нафари ретровирусга қарши препаратлар қабул қилишдан бош тортган. Ретровирусга қарши препаратларга содиқлик 63% ни ташкил этади. 2019 – 2020 йиллар давомида 72 нафар бемор билан ўтказилган тестдан кейинги маслаҳат ўтган йилларга нисбатан сифатли ўтказилганлиги сабабали ретровирусга қарши препаратларга бўлган содиқлик 57 нафар беморда яъни, 79,1% ни ташкил этган.



Усмонов Алишер Исламович

Жиззах вилоят ОИТСга қарши курашиш маркази

ЖИЗЗАХ ВИЛОЯТ ОИТСГА ҚАРШИ КУРАШ МАРКАЗИДА БМТНИНГ ОИВ/ОИТС БЎЙИЧА БИРЛАШГАН ДАСТУРИ (UNAIDS) ТАШАББУСИГА КЎРА БЕЛГИЛАНГАН “95-95-95” СТРАТЕГИЯСИНИ 2020-2021 ЙИЛЛАР ВА 2022 ЙИЛ 9 ОЙИДА БАЖАРИЛИШИ

Сўнгги йилларда ОИВ инфекцияси бўйича эпидемик вазиятнинг барқарорлашуви ва ОИВ инфекцияли шахсларга тиббий-ижтимоий ёрдамнинг яхшилаши, ОИВ инфекцияси эпидемиясига чек қўйишга эришиш учун 2016 йилда БМТ Бош Ассамблеясида БМТга аъзо давлатлар (шу жумладан Ўзбекистон) иштирокида имзоланган “ОИВ/ОИТС бўйича сиёсий декларацияда ОИВ инфекциясига қарши курашишни жадаллаштириш ва 2030 йилга бориб ОИТС эпидемиясига барҳам бериш” учун “90-90-90” стратегияси олға сурилган. Кейинчалик БМТнинг ОИВ/ОИТС бўйича бирлашган дастури (UNAIDS) ташаббусига кўра ушбу стратегия 2025 йилгача “95-95-95” сифатида татбиқ этилиши белгиланган.

Республикаимизда бўлгани каби Жиззах вилоят ОИТСга қарши курашиш марказида ҳам ушбу стратегияни амалга ошириш бўйича бирмунча ишлар олиб борилмоқда.

2020 йилнинг якуни бўйича Жиззах вилоятида 667 нафар ОИВ инфекцияси билан яшовчи беморлар бўлган, уларнинг 619 нафари (92,8%) диспансер назоратига олинган. Диспансер назоратидаги ушбу беморларнинг 529 нафари (85,4%) ретровирусга қарши препаратларни қабул қилган.

2021 йилнинг якуни бўйича Жиззах вилоятида 712 нафар ОИВ инфекцияси билан яшовчи беморлар бўлган, уларнинг 679 нафари (95,3%) диспансер назоратига олинган. Диспансер назоратидаги ушбу беморларнинг 604 нафари (88,1%) ретровирусга қарши препаратларни қабул қилган.

2022 йилнинг 9 ойи якуни бўйича Жиззах вилоятида 770 нафар ОИВ инфекцияси билан яшовчи беморлар бўлган, уларнинг 735 нафари (95,9%) диспансер назоратига олинган. Диспансер назоратидаги ушбу беморларнинг 649 нафари (88,2%) ретровирусга қарши препаратларни қабул қилади.

2020 йилнинг якуни бўйича диспансер назоратида турган 619 нафар ОИВ инфекцияли беморларнинг 75 нафари 1-чи, 252 нафари 2-чи, 235 нафари 3-чи, 56 нафари 4-клиник босқичда бўлган.

2021 йилнинг якуни бўйича диспансер назоратида турган 679 нафар ОИВ инфекцияли беморларнинг 91 нафари 1-чи, 274 нафари 2-чи, 256 нафари 3-чи, 59 нафари 4-клиник босқичда бўлган.



2022 йилнинг 9 ойи якуни бўйича диспансер назоратида турган 735 нафар ОИВ инфекцияли беморларнинг 74 нафари 1-чи, 323 нафари 2-чи, 263 нафари 3-чи, 75 нафари 4-клиник босқичда бўлган.

2020 йилда 102 нафар беморларга, 2021 йилда 114 нафар беморларга, 2022 йил 9 ойи давомида 77 нафар беморларга АРТ тайинланган.

Марказ поликлиника бўлимида ОИВ инфекцияли беморларни диспансер назоратига олиш 2020 йилда 92,8 % бўлган, 2021 йилда 95,3%, 2022 йил 9 ойда 95,9% бўлиб ошиб борганлиги кўриш мумкин. Шунингдек беморларни ретровирусга қарши терапия билан қамраб олиш ҳам 2020 йилда 85,4%, 2021 йилда 88,1%, 2022 йил 9 ойда эса 88,2 % бўлиб ошиб борган. Вирус юкламаси аниқланмайдиган даражада ёки 1000 дан кам бўлган беморлар 2020 йилда 85,1%, 2021 йилда 87,7%, 2022 йил 9 ойда 85,1%га тенг бўлиб деярли бир хил даражада бўлганлигини кузатиш мумкин.

Келгусида БМТнинг ОИВ/ОИТС бўйича бирлашган дастури (UNAIDS) ташаббусига кўра белгиланган “95-95-95” стратегиясини амалга ошириш учун диспансер назоратига олинган ОИВ инфекцияли беморларни барчасини ретровирусга қарши терапия билан қамраб олиш ва уларни ушбу терапияга содиклигини яшаш жойи умумий амалиёт врачлари ҳамда юқумли касалликлар хоналари врачлари билан ҳамкорликда назорат қилишни кучайтириш лозим бўлади.



Файзуллаева Д.Б.

Центр по борьбе со СПИДом МЗ РУз, Ташкент

ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ НА ОСНОВЕ ИХ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА

Известно, что лечение ВИЧ-инфекции в большинстве случаев предполагает пожизненный прием препаратов. Основными требованиями к современным лекарственным препаратам при лечении ВИЧ-инфекции, являются высокая эффективность и безопасность их применения. Однако при лечении ВИЧ-инфицированных врачи сталкиваются с большими трудностями. Причиной возникающих проблем при терапии ВИЧ - инфекции становятся недостаточная эффективность, индивидуальная непереносимость и токсичность препаратов, нарушение обменных процессов и развития лекарственной устойчивости вируса. В большинстве случаев эффективность терапии зависит от индивидуальных особенностей пациентов, и их приверженности к АРВТ и от сроков ее назначения. Большая часть этих особенностей предопределены генетически, т.е. генетическими факторами организма пациентов, которые детерминируют или определяют ответную реакцию на действие лекарственных препаратов. Для прогнозирования эффективности лечения ВИЧ-инфицированных больных необходимо знание индивидуальных особенностей организма, т.е. проведение генотипирования. Для повышения эффективности лечения ВИЧ-инфицированных больных выявление генетических факторов организма имеет большое значение.

Цель исследования: Проведение генотипирования ВИЧ-инфицированных больных, устойчивых или чувствительных к АРВТ.

Материалом для исследований брали кровь ВИЧ-инфицированных больных (60 образцов).

Генотипирование проводили по полиморфному маркеру С3435Т гена MDRI, который имеет наибольшее клиническое значение и представляет собой замену в нуклеотидной последовательности в положении 3435 цитозина на тимин. Полиморфный маркер С3435Т гена MDR1 играет ключевую роль ответа на воздействие лекарственных средств. Выявлены генотипы ТТ – устойчивый 33(55%±1,2); СТ – среднеустойчивый 18 (31%±0,6); и СС – чувствительный 8 (14%±0,4) к действию антиретровирусных препаратов. Нуклеотидную замену С Т в положении 3435 гена MDR1 выявляли рестрикцией полученного ПЦР-продукта ферментом Sau3A при 37°C. Генотипы определяли по критерию присутствия сайта рестрикции. Известно, что у носителей ТТ - генотипа отмечается нарушение экспрессии гена MDR1 на уровне транскрипции, что приводит к повышению функциональной активности Р гликопротеина и быстрому выведению лекарственных средств из организма, что приводит к развитию нежелательных лекарственных реакций, побочных явлений и снижению эффекта лечения. Выявление генетических особенностей у пациентов по полиморфному маркеру С3435Т гена MDR1 позволит прогнозировать характер фармакологического ответа, что дает возможность повысить эффективность и безопасность применения антиретровирусных препаратов.

Холбоев Анвар Нуруллаевич

Жиззах вилоят ОИТСга қарши курашиш маркази

ЖИЗЗАХ ВИЛОЯТИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИГА МАҲАЛЛА КЕСИМИДА ТЕКШИРУВЛАРНИ ТАШКИЛ ҚИЛИНИШИ

ОИВ инфекциясининг тарқалишига қарши курашишда касаллик манбаларини аниқлаш (95-95-95) энг муҳим тадбирлардан бири ҳисобланади. Бунинг учун аҳолини ОИВ инфекциясига текширув билан қамраб олиш даражасини ошириш, мақсадли гуруҳларни текшириш, бир неча йиллардан буён текширилмаётган аҳоли қатламларини ҳам текширувдан ўтказиш муҳим аҳамият касб этади.

Республика бўйича 2021 йил якуни билан аҳолининг 9,9 фоизи ОИВ инфекциясига текширувлар билан қамраб олинган бўлса Жиззах вилоятида 13,2 фоизи ёки 191511 нафар аҳоли ОИВга текширувдан ўтказилди.

Сўнги йилларда ОИВ инфекцияси тарқалишига қарши комплекс курашиш ва текширувларни ташкил қилишда республикада биринчилардан бўлиб “Ма-

халла" тажрибаси амалиётга жорий қилинди. Тадбирларни вилоят бўйича энг юқори ва қуйи қатлам вакилларининг иштирокини таъминлаш ва ҳамкорликда тадбирларни ташкил қилиш учун вилоят ҳокимлигининг чора-тадбирлар режаларини қабул қилиш ва тегишли ташкилотлар билан келишиб амалга оширилмоқда. ОИВ инфекциясига текширувлар ҳам "марказлашган" тартибдан қуйи "маҳалла" тартиби шаклида ташкил қилиш амалиёти жорий қилинди.

2019 йилда Жиззах шаҳар ва 12 та туман марказларига бориб жами 13171 фуқаролар ИФА ва экспресс усулида (4726 нафари экспресс тест) текширувлар билан қамраб олинган ва Мирзачўл туманида 1 нафар шахсда ОИВ аниқланган.

2020 йилда Жиззах шаҳар ва 12 та туман марказларида ва ОИВ инфекцияси бўйича касалланиш кўрсаткичи юқори бўлган Мирзачўл, Пахтакор туман ва Жиззах шаҳридаги 16 та бирламчи тизим тиббиёт муассасаларида 8893 нафар фуқаролар текширувлар билан қамраб олинди, бирламчи ОИВ инфекцияси аниқланмади.

2021 йилда ОИВ инфекциясига текширувлар тўлиқ "маҳалла" кесимида, касаллик кўрсаткичи юқори бўлган 102 та маҳаллаларда ва ички ишлар бошқармаси билан ҳамкорликда шаҳар ҳудудидаги кунлик иш билан таъминлаш масканлари, ҳаммомлар, гўзаллик салонлари ва бошқа маиший хизмат кўрсатиш масканларида профилактик тадбирлар

билан бирга жами 27321 нафар фуқаролар тезкор экспресс тест усулида текширувлар билан қамраб олинди ва 7 нафарида ОИВ инфекцияси аниқланди. Аниқланган беморлар билан мулоқотда бўлган жинсий шериклари ва бошқа оила аъзолари текширилганда яна 5 нафарида ОИВ инфекцияси қайд этилди. Аниқланган беморларнинг аксарияти касаллик кўрсаткичи юқори бўлган маҳаллаларда аниқланганлиги ОИВ инфекцияси билан назоратда турган беморлар ҳам ОИВ инфекциясининг тарқалишига сабабси бўлиши мумкинлигини билдиради.

2022 йилнинг ўтган даврида ОИВ инфекциясига текширувлар кўламини янада ошириш ва касаллик кўрсаткичи паст бўлсада лекин олис бўлган 130 маҳаллалар, аҳоли текширувдан ўтиши қийин бўлган маҳаллаларда ҳам тадбирлар ташкил қилинди. Бунинг учун вилоят ҳокимлигининг 4 та комплекс чора-тадбирлар режалари қабул қилинди. Жами 130 та маҳаллаларда 26227 нафар фуқаролар текширувлар билан қамраб олинди ва 4 нафарида ОИВ инфекцияси аниқланди.

Маҳалла тартибида ўтказилаётган текширувларнинг афзаллиги йиллар давомида ОИВ инфекциясига текширилмаган шахсларни қамраб олиниши, аҳолига жойига бориб тиббий хизмат кўрсатилишига ва энг муҳими аҳолининг ҳар йили тиббий кўрикдан ўтиб туриш тушунчасини шаклланишига олиб келмоқда.

Г.К.Худайкулова, М.Т.Муминова
Тошкент тиббиёт академияси

БОЛАЛАРДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИДАГИ ДИАРЕЯЛАР

Муаммонинг долзарблиги. Диарея ОИВ билан зарарланган болаларнинг асосий клиник симптомларидан бири ҳисобланади. Ушбу ҳолат ОИВ билан зарарланган болаларнинг 70%ида учрайди. Уларнинг аксарият қисмини вирусли диареялар ташкил қилади [9].

Тадқиқот мақсади. Болаларда ОИВ-инфекциясидаги диарея синдромининг клиник хусусиятларини солиштирма таҳлил асосида ўрганиш.

Тадқиқот материали ва услублари. Мазкур тадқиқот давомида 18 ёшгача бўлган иккита: асосий гуруҳга – 261 нафар диарея кузатилган ОИВ билан зарарланган болалар, назорат гуруҳига – 247 нафар фақат диарея кузатилган ОИВ-инфекцияси бўлмаган болалар тақсимланиб ўрганилди. Ташхис беморлар клиник, серологик, бактериологик, иммунологик, вирусологик текширувлар асосида қўйилди.

Тадқиқот натижалари. Асосий гуруҳдаги болаларда кўпинча сувсизланишнинг ўртача (48,7%) ва оғир (34,9%) даражалари қайд этилди, атиги 16,5%ида сувсизланиш белгилари кузатилмади. Назорат гуруҳида болаларнинг деярли ярмида сувсизланиш белгилари кузатилмади, унинг ўртача даражаси 1,8 баробар ва

оғир даражаси эса 2,6 баробар кам ҳолларда ишонарли қайд этилди (51,4%; 28,7% ва 19,8% ҳолларда мос равишда, $P<0,05$). Сувсизланиш белгиларининг йўқлиги асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан 3,1 баробар кам ҳолларда, сувсизланишнинг ўртача ва оғир даражалари эса аксинча 1,7 баробар кўп ҳолларда ишонарли қайд этилди (48,7%; 28,7% ва 34,9%; 19,8% ҳолларда мос равишда, $P<0,05$). ОИВ билан зарарланган болалардаги ўткир диареяларда унинг суткалик сони асосан 6-10 марта ва 10 мартадан кўпини ташкил этди (43,3% ва 51,3% ҳолларда мос равишда, $P>0,05$), унинг суткасига 3-5 марта бўлиши атиги 5,4% ҳоллардагина қайд этилди ($P<0,05$). Назорат гуруҳида эса диареянинг суткалик сони кўпинча 6-10 мартани ташкил этди, унга нисбатан 3-5 марта бўлиши эса 1,8 баробар ва 10 мартадан кўп бўлиши эса 2,8 баробар кам ҳолларда ишонарли қайд этилди (29,1%; 52,2% ва 18,6% ҳолларда мос равишда, $P>0,05$). Асосий гуруҳдаги болаларда диареянинг суткалик сони кўпинча 10 мартадан кўп бўлган бўлса, назорат гуруҳидаги болаларда диареянинг суткалик сони 10 мартадан кўп бўлиши эса 2,8 баробар ишонарли кам ҳолларда аниқланган (51,3% ва 18,6% ҳолларда мос равишда,



$P < 0,05$). Диареянинг суткасига 6-10 мартагача бўлиши қиёсий гуруҳлар кўрсаткичлари ўртасида ишонарли фарқ кузатилмади (43,3% ва 52,2% ҳолларда, мос равишда, $P > 0,05$), бироқ суткалик диарея сонининг 3-5 марта бўлиши кўрсаткичлари ўртасидаги фарқ эса деярли 5,4 баробарни ташкил этди (13,8%; 35,2% ва 5,4%; 21,5% ҳолларда мос равишда, $P < 0,05$). ОИВ билан зарарланган болаларнинг деярли ярмида (53,3%) ўткир диареянинг давомийлиги 5-9 кунни ташкил этди, 36,0% ҳолларда 10-14 кунгача давом этган, атиги 10,7% болаларда диареянинг давомийлиги 1-4 кунгача кузатилган. Назорат гуруҳидаги болаларнинг деярли ярмида (51,8%) диарея 1-4 кун давом этган, 33,6%ида диареянинг давомийлиги 5-9 кунни ва 14,6%ида эса 10-14 кунни ташкил этган. Диареянинг 1-4 кун давом

этиши асосий гуруҳдаги беморларда назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан 4,8 баробар кам ҳолларда кузатилди (10,7% ва 51,8% ҳолларда мос равишда, $P < 0,05$). Аксинча асосий гуруҳда диареянинг 5-9 кун ва 10-14 кун давом этиши назорат гуруҳига нисбатан 1,6 баробар ва 2,5 баробар кўп ҳолларда ишонарли қайд этилди (53,3%; 33,6% ва 36,0%; 14,6% ҳолларда мос равишда, $P < 0,05$).

Хулоса. Болаларда ОИВ-инфекциясидаги ўткир юқумли диареяларда сувсизланишнинг асосан ўрта оғир ва оғир даражалари кузатилди. Мазкур гуруҳ болаларда диареянинг суткалик сони асосан 10 мартадан кўпни (51,3%) ва унинг давомийлиги 5-9 кун (53,3%) ташкил этди ($P < 0,05$).

Ҳамроев И.Б.

Бухоро вилоят ОИТСга қарши кураш маркази

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ ЮҚИШИНING ОЛДИНИ ОЛИШ ТАРТИБИ

Одамнинг Иммуниетет танқислиги Вируси келтириб чиқарадаган касаллик ОИВ инфекциясига қарши курашиш бўйича Давлат дастурида антиретровирус (яний касалликни қўзғатувчиси бўлмиш “ретровирус”-га “анти”- яний қарши) препаратлари харидларини молиялаштиришни ошириб, касалликка чалинган шахсларни ижтимоий ҳимоялашни кучайтириш кўзда тутилган. Ўзбекистон Президентининг 25 январ 2018 йилдаги қарори билан ОИВ инфекцияси тарқалишига қарши курашиш Давлат дастури асосида мамлакатда кейинги йилларда ОИВ инфекцияси бўйича эпидемик вазиятнинг барқарорлашуви ва ОИВ инфекцияли шахсларга тиббий-ижтимоий ёрдамнинг таъминланиши билан бир қаторда ОИВ инфекцияси тарқалишининг олдини олиш бўйича бир қатор долзарб масалалар ечилмоқда; Хусусан, ОИТСга қарши кураш марказлари ва туманлараро ОИВ диагностик лабораторияларининг моддий-техника базаси 2022 йилга қадар янгиланди. Республикадаги барча вилоятлар қаторида Бухоро вилояти ҳам ОИТСга қарши кураш хизмати вазиятни «реал вақт» режимида таҳлил қиладиган ва ўз вақтида ҳамда самарали тадбирларни белгилашга имкон берадиган ягона маълумотлар базасига эга бўлди. ОИВ инфекциясига қарши курашиш соҳасида кенг қамровдаги тадбирларга қаратилган Давлат дастурига асосан ОИВ инфекцияси диагностикаси ва даволаш тадбирлари самарадорлиги оширилди. ОИВ инфекцияли шахсларда касаллик ташҳиси тасдиқланиб, диспансер назоратига олинган вақтдан бошлаб махсус даволаш стратегиясини амалга ошириш мақсадида ОИВ инфекцияли шахсларни аҳоли орасидан лаборатор текширишлар сонини ошириш эвазига кўпроқ эрта аниқлаш, ретровирусга қарши терапия билан босқичма-босқич қамраб олинмоқда. ОИВ инфекциясининг онадан болага юқишига барҳам бериш ва Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг бу борадаги сертификати

эга бўлиш учун барча имкониятлардан фойдаланилмоқда. ОИВ инфекцияси диагностикасида ва беморларни даволашда сифатли, арзон диагностикалар, тест-системалар ва реагентлар таъминотининг узлуксизлигини таъминлаб, даволанишга муҳтож ОИВ инфекцияли шахсларни антиретровирус терапия билан қамраб олиш сифати оширилмоқда.

ОИВ инфекциясини юқтириб олган фуқаролар томонидан антиретровирус препаратларини ўз вақтида (белгиланган саналарда ва соатларда) қабул қилишлари натижасида аввалом бор ўзларининг саломатликларини яхшилашга шу билан бир қаторда яқинлари, қариндошлари, энг аввало турмуш ўртоқларини ҳимоялайдилар. Аксинча ОИВ инфекцияси тасдиқланган фуқаролар томонидан уларга бериладиган ретровирусга қарши дори воситаларини белгиланган саналарда муддатини ўтказиб қабул қилиш даволаш ишларида узилишлар бўлиши ва ОИВнинг антиретровирус препаратларига чидамли штаммлари пайдо бўлиш хавфи мавжуд.

Ҳозирги кунда ОИВ инфекциясининг онадан болага юқиши олдини олиш учун ОИВ инфекцияли оналардан туғилган чақалоқларни 6 ойлик бўлгунга қадар сунъий сут аралашмалари билан таъминлаш масаласи ҳал этилган.

Ҳурматли ҳамюртлар ёдингизда бўлсин соғлигингиз ўз қўлингизда кутилмаганда бегона кишининг қони (қон аралаш биологик суюқликлар), жинсий суюқликлар шиллиқ қаватларингизга тушганда ёки жароҳатланган терида тушганда 3 сутка ичида, аниқроғи; 2 соатдан 72 соатгача бўлган муддатда ҳудудий ОИТСга қарши курашиш марказига ёки ҳудудий оилавий поликлиникаларнинг юқумли касалликлар хонасига мурожаат этсангиз Сизга ретровирусга қарши дори воситалари берилиб, ОИВ инфекциясини юқишини олдини олиш имконияти мавжуд эканлигини унутманг.



**Azamat Farhadovich Yusupov, Muyassar Khamitovna Karimova,
Dilbar Kamaldjanovna Makhkamova, Zulfiya Ravilyevna Shamsutdinova,
Kamila Gafurovna Bazarbaeva**
Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Eye Microsurgery

THE CASE OF NEUROCHORIORETINITIS IN HIV-INFECTED PATIENT

Introduction. The common disorders occurring in HIV (human immunodeficiency viruses) - infected patients are CMV (Cytomegalovirus) retinitis, chorioretinitis and neuroretinitis, as an early manifestation in about 15-20% patients. Nonetheless, optic manifestations related with HIV depends on the amount of CD4 lymphocyte. Where the latest count less than 50. The severity of onset directly related with the amount of given number. The process of inflammation in HIV mostly involves the posterior structures of eyeball.

Objective: To analyze the manifestations, main aspects of diagnosis in ocular disorders in a given patient.

Material and methods. A male patient T. M., born in 1978 (44 years old), came to the outpatient department of the Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Eye Microsurgery with the following symptoms in both eyes: blurred vision with floaters. According to the patient words, initial sign was a blurry vision in left eye, which was a five month ago. Moreover, he started noticing floaters in the left eye. The patient underwent standard ophthalmic and specific research methods, which consists of visometry, tonometry, perimetry, biomicroscopy, biomicro-ophthalmoscopy, optical coherence tomography with angiography, computed perimetry, GBT (General Blood Test), TORCH screen, HIV testing.

Results. Ophthalmic status: visus: OD – 1,0; OS – 0.06 does not correct, intraocular pressure: OD / OS = 11 / 12mm Hg. Biomicroophthalmoscopy: OD: fundus - optic disc - a vertical oval shape, pale pink color, the boundaries are clear, physiological excavation of 0.2-0,3, about 16 vessels passing through the optic disc edge, caliber of arteries and veins unchanged, macular reflex preserved,

retina on the periphery without any pathology. OS: fundus - optic disc – edematous and hyperemic, boundaries are not determined with sharp prominence to a vitreous body, undefinable physiological excavation, about 16 vessels passing through the optic disc edge, course and caliber of arteries and veins within the normal range, macular reflex preserved, on the periphery of retina there were plenty of hemorrhagic hearths and cotton wool spots. During static computer perimetry in the right eye there is an extension of BS (Blind Spot) boundaries, meanwhile in the left eye there is a slight presence of a paracentral scotomas. In this case: OD - MD: -2.11 dB; PSD: 3.12 dB. OS - MD: -14.92 dB; PSD: 11.54 dB. OCT showed: OD - no pathology. OCT – OS - Macula protrudes into the vitreous body 1.428/1,276 µm. lamellar separation of the outer nuclear and outer plexiform layers from the myoid and ellipsoid zones. There are intraretinal cystic inclusions in the parafoveolar zone and local detachment of the neuroepithelium in the perifoveolar and parapapillary zones. The pigment epithelium is heterogeneous. In the perifoveolar zone from the nasal side, focal elevation of the pigment epithelium is determined. Optic disc excavation parameters, RNFL and GCL are overestimated due to media turbidity. Has been recommended consultation of virologist and ART (antiretroviral therapy) in order to prevent life threatening complications.

Conclusion. In the final analysis, inflammatory conditions in the posterior segments of eyeball can be taken as an initial manifestation for common diseases, including HIV. Recognition of symptoms as early as possible is a main aspect for saving lives.

Эшбоев.Э.Х., Аскарова.Н.И.

РИДВаКИАТМ, Жиззах вилояти ОИТС маркази

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ АНИҚЛАНГАН ҲОЛАТ БЎЙИЧА 2021 ЙИЛДАГИ МАЪЛУМОТ (Жиззах вилояти мисолида)

2022 йил 1 январь ҳолатига жами кумулятив 1032 нафар шахс ОИВ инфекцияси билан касалланган. Аниқланган беморларнинг 109 таси 0-18 ёш, 116 таси 19-24 ёш, 194 таси 25-29 ёш, 349 таси 30-39 ёш, 175 таси 40-49 ёш, 65 таси 50-59 ёш ва нихоят 24 нафари 60 ва ундан катта ёшдагилар ташкил қилди. Ушбу маъ-

лумотлардан кўриниб турибдики, касалланганларнинг 63,8 фоизини - 659 нафар, 19-39 ёшдаги беморлар ташкил қилган.

Жами аниқланганларнинг 91, 7 % касалликнинг ОИВ босқичида, 8,3 фоизи касалликнинг ОИТС босқичида қайд қилинган. Ушбу беморларнинг орасидан 83



нафарини болалар ОИВ босқичида, 26 нафари эса ОИТС босқичида текширилиши оқибатида рўйхатга олинган.

2022 йил 1 январь ҳолатига кўра, вилоятда жами 712 нафар шахслар ОИВ инфекциясини юктириб олган ҳолда яшаб келмоқда. Бу 100 минг аҳолига нисбатан интенсив кўрсаткич 49,3ни ташкил қилади. Рўйхатда турган беморларнинг 48,4 фоизи эркаклар, 51,5 фоизи эса аёллардан иборат. Умумий беморлар ичидан 70 нафари, яъни 10, 5 фоизи 18 ёшгача бўлган болалардир. ОИВ инфекциясини юктириб олган шахсларнинг 71,7 фоизига – жинсий йўл билан, 25 нафар шахсга (3,5 %) гиёҳванд моддаларни томир ичига олганда, 12 нафар шахсга донорлик асосида, 10, 8 фоизига тиббий муолажалар орқали юқиб қолган. 63 нафар шахсга (8,8%) касалликнинг юқиш йўли номаълумлигича қол-

моқда. Ушбу гуруҳдаги шахслар орасида ҳам касалланиш 30-39 ёшда энг юқоридир.

2021 йилда қайд қилинган беморларнинг туманлар кесимида таҳлили қуйидагича: Жиззах шаҳридан 15 нафар, Арнасой туманидан 2 нафар, Бахмал туманидан 5 нафар, Ғаллаорол туманидан 13 нафар, Дўстлик туманидан 4 нафар, Шароф Рашидов туманидан 9 нафар, Зарбдор туманидан 6 нафар, Зафаробод туманидан 3 нафар, Зомин туманидан 10 нафар, Мирзачўл туманидан 10 нафар, Пахтакор туманидан 5 нафар, Фориш туманидан 1 та ва ниҳоят Янгиобод туманидан 3 нафарини ташкил этди.

Ушбу маълумотлардан кўриниб турибдики, 2020 йилга нисбатан ОИВ инфекциясининг аниқланиши 2022 йилга нисбатан бирмунча кўтарилган. Дарҳақиқат, ОИВ профилактикаси борасида ишларни жадаллаштириш йўли билан касалликни камайтириш мумкин.

Эшбоев.Э.Х., Аскарова.Н.И.

РИДВаКИАТМ, Жиззах вилояти ОИТС маркази

ОИТС БИЛАН ҲАМКОРЛИҚДА КЕЛГАН ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ОИТС билан оғриган беморларда терининг замбуруғли касалликларидан рубромикоз, кандидоз, чов эпидермофитияси, ранг-баранг темиртки кўпроқ учрайди. Замбуруғлар билан зарарланган теридаги патологик жараён қисқа муддат ичида бутун танага тарқалиши, даволашга ўта бардошлиги ва даволангандан сўнг ҳам тез-тез қайталаб туриши билан ифодаланади. Рубромикоз кўп шаклли эритема, себореяли дерматит, кафт-товон кератодермияси шаклида кечади. Ранг-баранг темирткида доғлар жуда катта ва лихенификацияланган, остида эса инфильтрат бўлади. Тери ва шиллиқ қаватлар кандидози асосан ёшларда учрайди, патологик жараён кўпинча оғиз шиллиқ қавати, халқум, жинсий аъзолар ва перианал соҳаларда жойлашади. Кандидозли эрозия ва яраларда кучли оғриқ сезилади ва баъзан улардан қон оқиши кузатилади. Қисқа муддат ичида патологик жараён ички аъзоларга (мия ва жигарнинг кандидозли абсцесси, кандидозли эзофагит ва бошқалар) ҳам тарқалади.

Себореяли дерматит ОИТВ билан зарарланган беморларнинг 60 % ида учрайди. Патологик жараён

аввал юзда, (қош, оғиз атрофи, бурун-лунж бурмаси) эритематоз доғ ва пиллакчалар шаклида пайдо бўлади. Уларнинг усти ёғли, гиперкератотик тангача ва кулранг-сарғимтир пўстлар билан қопланади. Кейинчалик патологик жараён лунжларга тарқалиб, клиник кўриниши халқасимон қизил югурукни эслатади. Шу билан биргаликда бошнинг сочли қисми, оёқ-қўл ва бадан териси қуриб, пўст ташлайди ҳамда жимжимадор чегарали экзематид ўчоқлар пайдо бўлади. Баъзан иммун системасининг функционал фаолияти ҳаддан ташқари пасайиб кетганда (иммуносупрессия) тарқоқ ҳолда жойлашган, қаттиқ қичийдиган экзематоз фолликуляр пиллакчаларни (экзематозли фолликуляр экзема) кузатиш мумкин.

ОИТСда терининг йирингли касалликлари клиник жиҳатдан оғир кечувчи фолликулитлар (асосан бўйин, бел, кўкрак, қўлтиқ ости ва перианал соҳаларда жойлашади), стафилококкли абсцесс, фурункул, эктима, пиомизит, целлюлит, импетиго ва сурункали пиодермиялар (вегетацияли, диффуз ва шанкрсимон) кўринишида намоён бўлади.

Эшбоев.Э.Х., Аскарова.Н.И.

РИДВаКИАТМ, Жиззах вилояти ОИТС маркази

ОИТС ВА КАПОШИ САРКОМА КАСАЛЛИЛАРИ

ОИТС билан оғриган беморларнинг тери ва шиллиқ қаватларида ҳам ўзига хос клиник белгилар намоён бўлади. Уларда Капоши саркомаси, замбуруғли, вирус-ли, пиодермияли ҳамда себореяли дерматит ва бошқа тери касалликлари учрайди.

ОИТС билан оғриган беморларнинг 30-35 %да Капоши саркомаси кузатилади; унинг висцерал ва дермал хиллари тавофут этилади. Висцерал хилида касаллик ички аъзоларининг (асосан меъда-ичак) шикастланиши билан бошланади ва кейинчалик оғиз шиллиқ қава-

ти (қаттиқ танглай) ҳамда жинсий аъзоларга тўқ қизил рангли тугунчалар тошади, уларнинг устида аниқ чегараланган патехия ва телеангиэктазиялар кузатилади.

Касалликнинг дермал хилида аввал тери (тананинг юқориги қисми, бош бўйин) ва шиллиқ қаватларга (қўз, оғиз, бурун) оч пушти рангли доғ ва тугунчалар тошади. Улар аста-секин катталашиб, қизил-кўкимтир ранга киради. Сўнгра патологик жараён терининг бошқа соҳаларига (болдир, тоvon) ҳам тарқалади. Бунда ички аъзолар шикастланади ва беморнинг аҳволи оғирлашади. Тери ва шиллиқ қаватлардаги тошмалардан

ташқари мадорсизланиш, иситма, озиб кетиш, анорексия, диарея ва турли хил вирусли ҳамда бактериал касалликлар кузатилади.

Касаллик авж олиб, маълум босқичга етганда висцерал ва дермал хиллари орасидаги тафовут йўқолади. ОИТСда Капоши саркомаси учун қуйидаги клиник белгилар хос: касаллик асосан ёшларда (ўртача 35 ёш) учраб, тошмалар бош, юз бўйин, оғиз ҳамда жинсий аъзоларга тошади ва қисқа вақт ичида бутун баданга тарқалади. Лимфатик тугунлар ва бутун ички аъзолар зарарланади. Кўпинча касаллик бошлангандан кейин кўп ўтмай бемор ҳалок бўлади.

**Юлдашев Муроджон Эгамберганович,
Искандарова Адиба Ихтиёр кизи
Ургенческий филиал Тошкентской
Медицинской академии**

ПОЛОСТЬ РТА КАК ВХОДНЫЕ ВОРОТА ПРИ ИНФЕКЦИИ COVID-19

С внезапным распространением этой коронавирусной инфекции, начавшимся в декабре 2019 года, количество публикаций о ситуации в мире, считающейся пандемией, геометрически увеличилось. Вирус вызывает острый респираторный синдром в дыхательных путях (SARS-CoV-2). На сегодняшний день в Узбекистане зафиксировано 245.000 случаев заражения коронавирусом COVID-19. Это составляет 1,18% (663 065 897) от общего количества зараженных мире. Во многих недавних статьях и отчетах о коронавирусной инфекции (COVID-19) сообщается, что эта инфекция в основном поражает верхние и нижние дыхательные пути, сердечнососудистую систему, иногда может вызывать нарушения в нервной системе и желудочно-брюшной области. Но мало говорится об изменениях, происходящих в ротовой полости. Если мы посмотрим на патогенез (COVID-19) более широко, то ротовая полость, как и органы дыхания, может быть воротами для инфекции. Первые данные о возможности того, что слизистая оболочка полости рта может быть воротами для инфекций, были получены во время пандемии гриппа («испани») [1]. Эта гипотеза позже была подтверждена при других инфекционных заболеваниях, таких как аденовирус, особенно при коронавирусе [2,3].

Как и другие респираторные вирусы, коронавирус распространяется с помощью аэрозольных капель, которые появляются в воздухе, когда больной чихает или кашляет. Люди могут заразиться этим вирусом, дотронувшись до рта, носа или глаз инфицированными руками. Известно, что полость рта и нос являются начальной частью дыхательных путей, который часто заражается коронавирусной инфекцией.

Оральные признаки и симптомы, связанные с COVID-19, включают нарушение вкуса (дисгевзия), неспецифические язвы в полости рта, десквамативный гингивит, летехии и коинфекции, такие как кандидоз

[7,8]. Тем не менее, до сих пор не ясно, могут ли эти проявления быть типичным клиническим паттерном, возникающим в результате прямой инфекции SARS-CoV-2, или системными последствиями, учитывая возможность коинфекций, нарушения иммунной системы и побочных реакций на лечение [5].

Самым ранним внелегочным проявлением инфекции COVID-19 может быть сухость во рту, бляшки, язвы, грибковые инфекции полости рта и трещины. Первым, кто сообщил об этом, были медики из оральной гистопатологии факультета Бразильского университета, позднее эту информация дополнено заведующей кафедры терапевтической стоматологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Ириной Макеевой «Больные характеризуют прием пищи как «жевание мыла, ваты» [6,7,11]. По данным, SARS-CoV-2 способен связываться с молекулой АПФ-2 (ангиотензинпревращающий фермент 2 — мембранный белок, входные ворота для вируса в клетки. И экспрессироваться (размножаться) на клетках эпителия слизистой оболочки рта [9, 10]. Надо отметить, что клетки полости рта обладают высокой экспрессией АПФ-2, сравнимой с клетками легочной ткани. При этом слюна действует как переносчик, создавая благоприятную среду для передачи вируса в желудок-но-кишечный тракт.

Вывод. Полость рта, как и нос и глаза, входные ворота для коронавируса. Со снижением иммунитета на слизистой оболочке полости рта создается оптимальные условия для размножения инфекции. Вирус способен связываться с молекулой АПФ-2 (ангиотензинпревращающий фермент 2 — мембранный белок) и поражает эпителию слизистой оболочки рта. В дальнейшем возможно развиваться не только бляшки, летехии в деснах и на нёбе, а более серьезные оральные поражения, как пародонтиты, язвы. Исходя из этого при инфекции COVID-19 была бы целесообразной кон-



сультация стоматолога как части междисциплинарной команды по поддержке борьбе с коронавирусом. Кроме того, необходимо обеспечить стоматологическое наблюдение после выписки пациента из больницы.

Однако данный вопрос требует дальнейшего изучения, что является целью наших последующих исследований.

Мусабекова М.Ш., Карабаева Д.Ш.
Республиканский Центр по борьбе со СПИД

ОБЗОР НАЦИОНАЛЬНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ НА БОРЬБУ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ

Как известно, проводимые мероприятия по противодействию распространения ВИЧ-инфекции непосредственно связаны с определенными ресурсами. Все компоненты направленные на профилактику, диагностику, лечение ВИЧ-инфекции, уход и поддержку людей, живущих с ВИЧ, служат для формирования единого подхода к оказанию специализированных медицинских услуг в службе по борьбе со СПИД. Необходимо отметить важность некоторых ресурсов, таких как нормативно-правовые, кадровые, материально-технические, образовательные, социальные в проведении эффективных мероприятий, целенаправленные на достижение целей 95-95-95 (1. 95% ВИЧ-инфицированных должны знать свой статус; 2. 95% ВИЧ-инфицированных должны быть охвачены антиретровирусным лечением; 3. У 95% пациентов, получающих антиретровирусное лечение, должно быть достигнуто снижение вирусной нагрузки до неопределяемого уровня; это предотвращает передачу болезни другим и приводит к восстановлению здоровья пациента).

Согласно расчетам, проведенным в специальной электронной программе, по состоянию на 1 января 2022 года в республике первый показатель равен 88,8%. Второй показатель – 75,5%, а третий – 73,6%.

Достижение намеченных целей и осуществление соответствующих мероприятий непосредственно связано с финансированием и вкладываемых ресурсов.

Цель: обзор взаимосвязи вносимого вклада в противодействие распространению ВИЧ-инфекции по отношению улучшения оказываемых услуг.

Материалы: годовые, статистические отчеты территориальных центров и Республиканского центра по борьбе со СПИД, выполнение 8-го обязательства Политической декларации по приверженности к делу ВИЧ/СПИД, страновой отчет по глобальному мониторингу эпидемии СПИД.

По результатам анализа за период 2012-2021 гг. определено, что объем национального финансирования вырос на 22,6%. Из них финансирование на компонент по профилактике снизился на 8% за счет ключевых групп населения (ГУИН и МСМ). Необходимо отметить, что не соответствует охват тестированием среди ключевых групп населения по отношению намеченных целей. Тестированием охватываются в основном группы населения, подлежащие обязательному тестированию, беременные, пациенты по клиническим и эпидемиологическим показателям, также лиц, выезжающие за пределы страны и т.д.

При этом можно отметить, что начиная с 2014 года, начались конкретно ориентированные ответные меры на распространение ВИЧ/СПИДа, учитывая нужды мужчин и женщин в республике. Увеличился в 2 раза вклад на мобилизацию общин в числе негосударственных организаций, в основном финансируемых Фондом при Олий Мажлисе.

На компонент по лечению и уходу увеличился на 39,7% за счет увеличения в 2,5 раза на закуп АРВ препаратов. Необходимо отметить, что доля государственного финансирования увеличивалась из года в год, и на 2021 год составила более 70% в отличие от 2012 года, когда финансирование на специфическое антиретровирусную терапию предоставлялось только за счет доноров.

Не смотря на увеличение объема государственного финансирования, охват людей, живущих с ВИЧ антиретровирусным лечением не приблизился к намеченной цели. Это связано с вопросами приверженности, длительной психологической подготовкой до начала получения АРВТ, миграционным потоком и т.п.

Наблюдается увеличение финансирования в 3,17 раза на профилактику и лечение оппортунистических инфекций, в том числе и туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ. Здесь превалирует вклад международных и двусторонних доноров, в особенности Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией.

При анализе компонента оказания социальной поддержки людей, живущих с ВИЧ необходимо отметить, что финансирование осуществляется за счет государственного финансирования в виде социального пособия.

Выводы и рекомендации:

Для достижения намеченных целей необходимо увеличить охват ключевых и наиболее уязвимых групп населения с учетом комплексного и инновационного подхода.

Децентрализация оказываемых услуг для населения с децентрализацией финансирования на местах на профилактику и лечение ВИЧ-инфекции.

Внедрение в практику рекомендаций полученных от результатов проведенных исследований в области ВИЧ/СПИД.

Продолжение и улучшение качества образовательного компонента на систематической и постоянной основе.

Увеличение мобилизации негосударственного и общественного сектора в дело по борьбе со СПИДом.