

**ВЗАИМОВЛИЯНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ****З. Б. Умирзаков, Х. М. Халдарова, С. Э. Умиров, Т. К. Юлдашев**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулез, коморбидность, эпидемиология, клинические проявления.**Таянч сўзлар:** ОИВ инфекцияси, туберкулёз, коморбидлик, эпидемиология, клиник кўринишлар.**Key words:** HIV infection, tuberculosis, comorbidity, epidemiology, clinical manifestations.

При сочетанном течении туберкулеза (ТБ) с ВИЧ-инфекцией, ведущими клиническими проявлениями коинфекции являлись астеновегетативный, бронхолегочный синдромы, поражения кожи и слизистых оболочек, лимфаденопатия, гепатомегалия и потеря массы тела. Структура клинических форм туберкулеза и его клинические проявления в значительной мере зависят от первичности инфицирования микобактериями туберкулеза или ВИЧ. Тяжесть коморбидного состояния во многом определяется клинической формой заболевания туберкулеза и стадией ВИЧ-инфекции. Своевременная диагностика ВИЧ-ТБ коинфекции и адекватная тактика ведения пациентов замедляют темпы развития инфекционных процессов обеих инфекций, и позитивно влияют на снижение интенсивности эпидемического процесса, как ВИЧ-инфекции, так и туберкулеза.

КОМОРБИД КЕЧИШДА ТУБЕРКУЛЁЗ ВА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЎЗARO TAЪСИРИ**З. Б. Умирзаков, Х. М. Халдарова, С. Э. Умиров, Т. К. Юлдашев**

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистан

Туберкулёзнинг ОИВ инфекцияси билан биргаликда кечишида коинфекциянинг етакчи клиник кўринишлари аксарият астеновегетатив, бронхопұлмонар синдромлар, тери ва шиллик қаватларнинг шикастланиши, лимфаденопатия, гепатомегалия ва вазн йўқотилишидан иборат. Туберкулёз клиник шакллариининг таркиби ва унинг клиник кўринишлари кўп жихатдан туберкулёз микобактериялари ёки одам иммунитет танқислик вирусининг қай бири бирламчи юққанлигига боғлиқ. Коморбид ҳолатнинг оғирлиги асосан туберкулёзнинг клиник шакли ва ОИВ инфекциясининг босқичи билан белгиланади. ОИВ-ТБ ни ўз вақтида ташхислаш ва беморларни мос тарзда бошқариш ҳар иккала инфекциянинг инфекция жараёнлари ривожланиш суратини секинлатади, ва ОИВ инфекциясининг ҳам ва туберкулёзнинг ҳам эпидемик жараёни жадаллиги пасайтирилишига ижобий таъсир кўрсатади.

INTERACTION OF TUBERCULOSIS AND HIV INFECTION IN COMORBID COURSE**Z. B. Umirzakov, X. M. Xaldarova, S. E. Umirov, T. K. Yuldashev**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

In the combined course of tuberculosis with HIV infection, the leading clinical manifestations of coinfection were asthenovegetative, bronchopulmonary syndromes, lesions of the skin and mucous membranes, lymphadenopathy, hepatomegaly, and weight loss. The structure of clinical forms of tuberculosis and its clinical manifestations largely depend on the primary infection with *Mycobacterium tuberculosis* or HIV. The severity of the comorbid condition is largely determined by the clinical form of tuberculosis disease and the stage of HIV infection. Timely diagnosis of HIV-TB co-infection and adequate management of patients slow down the rate of development of infectious processes of both infections, and have a positive effect on reducing the intensity of the epidemic process of both HIV infection and tuberculosis.

ВИЧ-инфекция за последние 35-40 лет приобрела пандемический характер и представляет собой одну из наиболее серьезных угроз для социального прогресса и развития человечества [2, 5, 6]. Согласно последним данным UNAIDS количество людей, которые живут с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) в 2020 году, превысило 38,0 млн. Количество новых случаев инфицирования ВИЧ составило 1,7 млн., а смерти в связи с ВИЧ-инфекцией – 690 000 [2, 6]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире в 2018 г. новые случаи туберкулеза (ТБ) были диагностированы приблизительно у 10,0 миллионов человек. Из них 9,0% были отмечены у лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией. Однако по оценочным данным 44% людей, живущих с ВИЧ и туберкулезом (ВИЧ-ТБ), не знают о своей коинфицированности [7]. Туберкулез является главной причиной смертности среди населения, живущих с ВИЧ, на него приходится около одной трети случаев смерти, связанных с ВИЧ-инфекцией.

Научные данные свидетельствуют о том, что ВИЧ-инфекция и туберкулез имеют эпи-

демиологическую и патогенетическую общность, оказывая взаимоусугубляющее патологическое воздействие на макроорганизм [1, 2, 3, 5, 6, 7]. Считают, что ВИЧ-инфекция является самым мощным биологическим фактором, увеличивающим (более чем в 100 раз) чувствительность к заражению туберкулезом, риск повторной активации «дремлющих» микобактерий туберкулеза, а также кардинально меняющим характер клинического течения уже возникшего заболевания. Кроме того, ВИЧ-инфекция существенно осложняет диагностику и течение туберкулезного процесса [7].

При высокой распространенности у населения микобактерий туберкулеза (МБТ), ВИЧ-инфекция способствует переходу из состояния инфицированности в заболевание туберкулезом, так как иммунная система утрачивает способность задерживать распространение МБТ из очагов туберкулезной инфекции [3, 4, 6, 7]. Нам представляется, что взаимовлияние микст-инфекции на течение сочетанного инфекционного процесса будет далеко не однозначным в зависимости от первичности возникновения туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

В связи с вышеизложенными анализ клинико-эпидемиологических особенностей течения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, при различных вариациях их сочетанного формирования, имеет большое научно-практическое значение и определяет особую актуальность данного исследования.

Целью исследования явилось выяснить клинико-эпидемиологические особенности у пациентов туберкулезом сочетанного с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы исследования. В течение 2011-2020 гг. на базе Городского центра по борьбе со СПИДом и Клинической туберкулезной больницы №1 г. Ташкента был обследован 1151 человек. Из них пациенты с сочетанной инфекцией (ВИЧ-инфекцией и туберкулезом) составили 425 лиц (основная группа - ОГ). Давность установления ВИЧ-инфекции к моменту выявления изменений в легких колебалась от 1 года до 11 лет. В исследование включены пациенты старше 18 лет. Были выделены две контрольные группы сравнения. Одна включала в себя 411 больных с активным туберкулезом (ТБ), обозначенная как группа «туберкулез» (ГС1). Вторая включала в себя 315 пациентов с ВИЧ-инфекцией и наличием других неспецифических заболеваний—группа «ВИЧ-инфекция» (ГС2). Диагноз ВИЧ-инфекции устанавливали на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Для определения вирусоспецифических антител в сыворотке периферической крови использовали методы иммуноферментного анализа на тест-системах «ДС-ИФА-анти-ВИЧ-Униф», научно-производственное объединение «Диагностические системы», (Н. Новгород, Россия) и иммунного блоттинга в соответствии с прилагаемыми к тест-системам инструкциями. Диагноз туберкулеза устанавливали на основании результатов комплексного клинического, рентгенологического, бактериологического, бактериоскопического методов исследований. Клиническое обследование включало в себя осмотр, сбор жалоб и анамнеза жизни и заболевания, сведений о сопутствующей патологии и о вредных привычках, выявление контакта с больным туберкулезом и ВИЧ-инфицированным, проведение физикальных методов обследования, рентгенологическое исследование легких. У пациентов ВИЧ-инфекцией, сочетанной с туберкулезом проводили исследование мокроты на МБТ методом микроскопии по Цилю-Нильсену и методом посева на стандартную среду Левенштейна-Йенсена. Посевы мокроты на МБТ проводили в лаборатории клинической туберкулезной больницы №1 г. Ташкента. Все исследования проводились по общепринятым методикам. Стадии ВИЧ-инфекции определяли в соответствии с клинической классификацией ВОЗ, утвержденной приказом МЗРУз №277 от 30 апреля 2018 г. и рекомендованной для применения в ЛПУ Узбекистана. 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 исследования. Результаты эпидемиологического обследования показывают, что средний возраст больных сочетанной патологией ВИЧ-ТБ (ОГ) 41,7 года, в группе

ТБ (ГС1) было 42,5, а в группе «ВИЧ-инфекция» (ГС2) - 37,8. Во всех обследуемых группах преобладали представители лиц мужского пола. Так, среди пациентов ВИЧ-инфекцией, сочетанной с туберкулезом, доля мужчин составила 70,3%, в группе ТБ было 55,8% мужчин, а в группе ВИЧ-инфекция - 66,8%. Среди сопутствующих заболеваний в исследуемой группе и контрольной группе ГС2 доминировал хронический гепатит С (41,2% и 21,5% соответственно).

В исследуемой и контрольной группах ГС1 вероятные контакты по туберкулезу соответственно в 7,5% и 36,5% случаях были семейными, в 56,5% и 33,8% - со знакомыми больными туберкулезом, в 11,5% и 6,8% - могли быть в учреждениях исполнения наказания, 21,3% и 0,8% болели ранее туберкулезом сами (рецидив), 3,2% и 22,1% конкретно не смогли указать возможный контакт с больными туберкулезом. Сбор эпидемиологического анамнеза, слежение за процессом выявления, изучение особенностей течения и исходов позволили выделить, в зависимости от времени инфицирования ВИЧ и заболевания туберкулезом, т.е. по первичности возникновения инфекций, наблюдаемых пациентов в основной группе – ВИЧ-ТБ (n=425 лиц), на 3 подгруппы: первую подгруппу составили 291 (68,5%) больной, у которых ВИЧ-инфекция выявлена раньше, чем пациент заболел туберкулезом (подгруппа ВИЧ-инфекция/туберкулез – ВИЧ/ТБ); вторую подгруппу составили 103 (24,2%) больных туберкулезом, у которых ВИЧ-инфекция выявлена при различных сроках давности заболевания туберкулезом (подгруппа туберкулез/ВИЧ-инфекция – ТБ/ВИЧ); третью подгруппу составили 31 (7,3%) больной, у которых ВИЧ-инфекция и туберкулез были выявлены одновременно (подгруппа ВИЧ-инфекция=туберкулез – ВИЧ=ТБ).

У больных ВИЧ-инфекцией сочетанной с туберкулезом (ВИЧ-ТБ - 425 человек) и больных ВИЧ-инфекцией без туберкулеза (ВИЧ-инфекция - 315 человек) был проведен сравнительный анализ клинических проявлений (табл. 1).

Полученные данные, при сравнительном анализе клинических проявлений у больных ВИЧ-инфекцией сочетанной с туберкулезом и больных ВИЧ-инфекцией без туберкулеза показывает, что частота встречаемости астеновегетативного синдрома при сочетанной патологии (88,9%) в 2,6 раза выше, чем в группе пациентов ВИЧ-моноинфекцией - 34,3%, ($p<0,001$).

Влияние ВИЧ-инфекции на течение туберкулезного процесса будет далеко не однозначным в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции, на которую присоединяется туберкулез.

Таблица 1.

Характеристика клинических проявлений ВИЧ-инфекции и ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулезом

Клинические проявления	ВИЧ-инфекция (n=315)		ВИЧ-ТБ						Всего ВИЧ-ТБ (n=425)	
			ВИЧ/ТБ (n=291)		ТБ/ВИЧ (n=103)		ВИЧ=ТБ (n=31)			
	абс	%±	абс	%±	абс	%±	абс	%±	абс	%±
Астеновегетативный синдром	108	34,3±2,6*	255	87,6±1,3	98	95,1±2,1	25	80,6±7,1	378	88,9±1,5*
Инфекционно-токсический синдром	43	13,6±1,3*	111	38,1±2,8	33	32,0±4,5	21	67,7±8,3	165	38,8±2,3*
Поражения кожи и слизистых оболочек	255	80,9±2,2**	233	80,1±2,3	86	83,5±3,6	28	90,3±5,3	347	81,6±1,8**
Бронхолегочный синдром	33	10,5±1,7*	248	85,2±2,0	100	97,1±1,6	25	80,6±7,1	373	87,8±1,5*
Лимфоаденопатия	133	42,2±2,1*	266	91,4±1,6	80	77,66±4,1	26	83,8±6,6	372	87,5±1,6*
Гепатомегалия	192	60,9±2,1*	233	80,1±2,3	90	87,4±3,2	21	67,7±8,3	344	80,9±1,3*
Потеря массы тела	45	14,3±1,3*	211	72,5±2,6	66	64,1±4,1	23	74,2±7,8	300	70,6±2,2*

Примечания: достоверность разницы между группами ОГ и ГС2: ($p<0,001$)*; ($p>0,05$)**

С другой стороны, инфицирование ВИЧ на фоне имеющегося туберкулеза легких может оказать неидентичное воздействие на специфический противотуберкулезный иммунитет и, в том числе, на течение самого заболевания. Поэтому был проведен дополнительный анализ эпидемиологических и клинических особенностей течения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией при различных вариантах их сочетанного формирования, в зависимости от первичности инфицирования. Проявления астеновегетативного синдрома чаще встречались у представителей подгрупп ВИЧ/ТБ (87,6%) и ТБ/ВИЧ (95,1%), чем у лиц подгруппы ВИЧ=ТБ (80,6%). Признаки интоксикации наблюдались в тесной связи с развитием туберкулезного процесса - при сочетанной патологии (38,8%) в 2,8 раз выше, чем в группе пациентов ВИЧ-моноинфекция - 13,6%, ($p<0,001$). Частота проявлений интоксикации выше у представителей подгрупп ВИЧ=ТБ (67,7%) и ВИЧ/ТБ (38,1%), чем у пациентов подгруппы ТБ/ВИЧ (32,0%). Параллельно с этими синдромами отмечались и поражения кожных и слизистых покровов. В обеих группах пациентов отмечалось поражение кожи и слизистых приблизительно одинаковой частотой – 80,9% у больных ВИЧ-моноинфекцией и 81,6% при сочетанной патологии ($p>0,05$). Следует отметить, что при ВИЧ-моноинфекции выявлялись преимущественно бактериальные и вирусные поражения кожи и слизистых, а в группе ВИЧ-инфекцией, сочетанной с туберкулезом преобладали грибковые поражения. Встречаемость поражений кожи и слизистых оболочек в сравниваемых подгруппах, т.е. у представителей подгрупп ВИЧ/ТБ, ТБ/ВИЧ и ВИЧ=ТБ существенно не отличалась и составила 80,1%, 83,5%, и 90,3% соответственно.

Между сравниваемыми группами особый контраст отмечен при изучении проявлений бронхолегочного синдрома. Так, при сочетанном варианте течения болезни бронхолегочной синдром (87,8%) встречался в 8,4 раза чаще, чем у пациентов ВИЧ-моноинфекцией - 10,5%, ($p<0,001$). Частота бронхолегочного синдрома у представителей подгрупп ВИЧ/ТБ и ТБ/ВИЧ была отмечена соответственно в 85,2% и 97,1% случаях, а у пациентов подгруппы ВИЧ=ТБ - 80,6%.

В клинике ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулезом, одним из ведущих синдромов являлась и лимфаденопатия, частота выявляемости которой (87,5%) в 2,1 раз выше, чем в группе больных ВИЧ-инфекцией без туберкулеза - 42,2%, ($p<0,001$). Лимфаденопатия наблюдалась почти у всех пациентов в подгруппе ВИЧ/ТБ (91,4%), а в подгруппах ТБ/ВИЧ и ВИЧ=ТБ соответственно 77,66% и 83,8% случаях.

В группе лиц ВИЧ-инфекцией без туберкулеза гепатомегалия (60,9%) отмечалась в 1,3 раза реже, чем в группе пациентов ВИЧ-инфекцией, сочетанной с туберкулезом - 80,9%, ($p<0,001$). Данный синдром более часто наблюдался у представителей подгрупп ВИЧ/ТБ (80,1%) и ТБ/ВИЧ (87,4%), чем у лиц подгруппы ВИЧ=ТБ (67,7%).

Потеря массы тела являлась типичным клиническим признаком, встречающимся в обеих группах больных, однако частота её развития была достоверно – в 4,9 раза выше у больных при сочетанном течении заболевания (70,6%), чем в группе пациентов ВИЧ-моноинфекцией - 14,3%, ($p<0,001$). Частота встречаемости потери массы тела выше у представителей подгрупп ВИЧ/ТБ (72,5%) и ВИЧ=ТБ (74,2%), чем у пациентов подгруппы ТБ/ВИЧ (64,1%).

Данные, представленные в табл. 2 показывают, что в структуре клинических форм у больных туберкулезной моноинфекцией (группа ТБ), преимущественно отмечались инфильтративный (62,0%), фиброзно-кавернозный (24,3%) и очаговый (10,5%) туберкулез легких. Диссеминированный туберкулез (1,2%), милиарные формы туберкулеза (1,2%) и казеозная пневмония (0,5%) были отмечены только в единичных случаях. Как следует из табл. 2, в структуре клинических форм у больных с ассоциированной инфекцией в целом (группа ВИЧ-ТБ), наиболее часто отмечались инфильтративный (41,2%), диссеминированный (18,6%) и очаговый (10,8%) туберкулез легких. В данной группе доля фиброзно-кавернозного туберкулеза в 2,1 раза ниже, чем у больных моноинфекцией и составила 11,5%, ($p<0,001$). Вместе с тем у пациентов сочетанной патологией частота милиарного ту-

Таблица 2.

Частота клинических форм туберкулеза и туберкулеза в сочетании ВИЧ-инфекцией.

Клинические формы	Туберкулез (n=411)		ВИЧ-ТБ						Всего ВИЧ- ТБ (n=425)	
			ВИЧ/ТБ (n=291)		ТБ/ВИЧ (n=103)		ВИЧ=ТБ (n=31)			
	абс	%±	абс	%±	абс	%±	абс	%±	абс	%±
Внутригрудных лимфоузлов	1	0,2±0,2	11	3,8±1,1	2	1,9±1,3	-	-	13	3,0±0,8
Очаговый	43	10,5±1,5**	25	8,6±1,6	21	20,4±3,3	-	-	46	10,8±1,5**
Инфильтратив- ный	255	62,0±2,3*	111	38,1±2,8	43	41,7±4,8	21	67,7±8,3	175	41,2±2,3*
Казеозная пневмония	2	0,5±0,3*	17	5,8±1,3	11	10,7±3,0	-	-	28	6,6±1,2*
Милиарный	5	1,2±0,5*	17	5,8±1,3	12	11,6±3,1	3	9,7±9,3	32	7,5±1,2*
Фиброзно- кавернозный	100	24,3±2,1*	35	12,0±1,3	13	12,6±3,2	1	3,2±3,1	49	11,5±1,5*
Туберкулезный плеврит	-	-	2	0,7±0,4	-	-	1	3,2±3,1	3	0,7±0,4
Диссеминиро- ванный	5	1,2±0,5*	73	25,1±2,5	1	0,9±0,3	5	16,1±8,6	79	18,6±1,8*

Примечание: достоверность разницы между группами ОГ и ГС1: ($p < 0,001$)*; ($p > 0,05$)**

беркулеза (7,5%) и казеозной пневмонии (6,6%) существенно выше, чем в группе ТБ, ($p < 0,001$). У пациентов сочетанной патологией были отмечены случаи туберкулезного плеврита (0,7%), данная клиническая форма не была зарегистрирована при моноинфекции туберкулезом.

В подгруппе ВИЧ/ТБ чаще встречался инфильтративный ТБ – 38,1% и диссеминированный туберкулез 25,1%. Милиарный ТБ - 5,8% и казеозная пневмония - 5,8% встречались с одинаковой частотой. Частота очагового ТБ составила 8,6%, фиброзно-кавернозного туберкулеза - 12,0%, туберкулеза внутригрудных лимфоузлов - 3,8% и туберкулезного плеврита – 0,7%.

В подгруппе ТБ/ВИЧ инфильтративный туберкулез встречался почти с одинаковой частотой с подгруппой ВИЧ/ТБ и составил 41,7%. В сравнении с остальными подгруппами в подгруппе ТБ/ВИЧ значительно чаще встречался очаговый туберкулез – 20,4%, фиброзно-кавернозный - 12,6%, милиарный ТБ – 11,6% и казеозная пневмония - 10,7%. Частота туберкулеза внутригрудных лимфоузлов составила 1,9%, а диссеминированного туберкулеза - 0,9%.

В подгруппе ВИЧ=ТБ преобладал инфильтративный – 67,7%, диссеминированный туберкулез - 16,1% и милиарный - 9,7%. Туберкулезный плеврит - 3,2% и фиброзно-кавернозный туберкулез (3,2%) встречались с одинаковой частотой. Следует отметить, что туберкулез внутригрудных лимфоузлов, очаговый ТБ и казеозная пневмония не были диагностированы у пациентов в подгруппе ВИЧ=ТБ.

Обсуждение. Данные, полученные при сравнительном анализе клинических показателей у больных свидетельствовали о более тяжелом течении заболевания при сочетанной патологии. Активный туберкулез является одним из ведущих факторов прогрессирования ВИЧ-инфекции. Течение ВИЧ-инфекции сочетанной с туберкулезом отличается от ВИЧ-инфекции без туберкулеза целым комплексом дополнительных воздействий, утяжеляющих общее состояние больных. К ним относятся показатели, более продолжающиеся воспалительного процесса, сопровождающегося признаками инфекционно-токсического, астеновегетативного синдромов. В целом в клинике ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулезом, ведущими синдромами заболевания были астеновегетативный, поражения кожи и слизистых оболочек, бронхолегочный синдромы, лимфоаденопатия, гепатомегалия и потеря массы тела. В клинике ВИЧ-инфекции без туберкулеза на первый план выступали синдром поражения кожи и слизистых, гепатомегалия и лимфоаденопатия.

Проведенный анализ показывает, что в структуре клинических форм туберкулеза, у больных сочетанной патологией выявлены различия в зависимости от первичности инфицирования ТБ и ВИЧ. Полученные данные свидетельствуют о более тяжелом течении заболевания в первой подгруппе - ВИЧ/ТБ. Тяжесть во многом определялась со стадией ВИЧ-инфекции, на которую происходило присоединение туберкулеза. Тяжесть течения туберкулеза была напрямую связана с формами заболевания. При развитии активного туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции, превалировал инфильтративный и диссеминированный формы туберкулеза. У пациентов, заразившихся ВИЧ-инфекцией на фоне активного туберкулеза, чаще встречался инфильтративный, очаговый и фиброзно-кавернозный туберкулез легких. При одновременном выявлении обеих инфекций чаще, чем в других подгруппах встречался инфильтративный, диссеминированный туберкулез и туберкулезный плеврит.

Таким образом, в результате проведенного исследования определены основные факторы риска и их влияние на развитие туберкулезной инфекции у лиц, инфицированных ВИЧ, а также особенности клинико-эпидемиологических проявлений туберкулеза в зависимости наличия смешанной инфекции и от первичности инфицирования ВИЧ или МБТ. Наличие туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией является одним из ведущих факторов прогрессирования ВИЧ-инфекции. В зависимости от первичности инфицирования ТБ или ВИЧ значительно отличаются структура клинических форм туберкулеза и его клиническое проявление. Своевременная диагностика ВИЧ-ТБ коинфекции и адекватная тактика ведения пациентов замедляют темпа развития инфекционного процессов обеих инфекций, и позитивно влияют на снижении интенсивности эпидемического процесса, как ВИЧ-инфекции, так и туберкулеза, а также других вторичных заболеваний.

Выводы.

1. В настоящее время основным фактором увеличения заболеваемости туберкулезом является рост частоты ВИЧ-инфекции, а не социально-экономические условия. Рост численности ВИЧ-инфицированных лиц в популяции и одновременное течение ВИЧ-инфекции с туберкулезом способен оказывать неблагоприятное влияние на течение эпидемического и инфекционного процессов обеих инфекций.

2. В клинике ВИЧ-инфекции, сочетанной с туберкулезом, ведущими синдромами заболевания являются астеновегетативный, поражения кожи и слизистых оболочек, бронхолегочный синдромы, лимфоаденопатия, гепатомегалия и потеря массы тела.

3. При развитии активного туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции, превалирует инфильтративный и диссеминированный формы туберкулеза. У пациентов, заразившихся ВИЧ-инфекцией на фоне активного туберкулеза, чаще встречается инфильтративный, очаговый и фиброзно-кавернозный туберкулез легких. При одновременном выявлении обеих инфекций чаще, чем в других подгруппах встречается инфильтративный, диссеминированный туберкулез и туберкулезный плеврит.

Использованная литература:

1. Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. 2012.- М.: «Р.Валент», 2012.- 531 с.
2. Доклад ЮНЭЙДС в 2021 г., Глобальные обобщенные данные об эпидемии ВИЧ в 2020 г. ВИНДХУК/Женева.- На сайте unaid.org. 33 p.
3. Зими́на В.Н., Кравченко А.В., Зюзя Ю.Р., Васильева И.А. Диагностика и лечение туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2015.- 231 с.
4. Мавлянова Н.Т., Ризаев Ж.А., Хасанова Л.Э. Поражение полости рта у ВИЧ-инфицированных // Проблемы биологии и медицины 2020, №2 (118). - С. 184-189.
5. Покровский В.В. с соавт. Лекции по ВИЧ-инфекции. – М.:«ГЭОТАР-Медиа», 2018.-847 с.
6. Тиляшайхов М. И., Белоцерковец В. Г., Парпиева Н. Н. и др. Лечение больных с сочетанной инфекцией ВИЧ-и/туберкулез // Туберкулез и болезни легких, 2011-№5-С.185-193.
7. Умиров С.Э. ОИВ инфекциясининг донорли эпидемиологик назорати // Ўқув қўлланма. –Т.: 2021-155 бет
8. Худойкулова Г.К., Ризаев Ж.А., Хайдаров А.М. Поражения слизистой полости рта у детей с перинатальной ВИЧ-инфекцией // «Актуальные вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку» Материалы научно-практической конференции Санкт-Петербург, Россия - |April 10-11| 2015. – С. 289-290
9. Global report tuberculosis, 2018-World Health Organization 2019- 211p.