

15. Асилова Саодат Убайевна., Акрамов Вохид Рустамович., Ахмедов Шамшод Шавкатович., Мирзамуродов Хабибжон Халимович (Ташкент, Узбекистан).// оценка результатов лечения применения обогащенной тромбоцитами плазмы при асептическом некрозе головки бедренной кости. Polish science journal., ISSUE 12(33) Part 2. WARSAW, POLAND Wydawnictwo Naukowe "iScience" 2020.
16. Mirzamurodov Habibjon Halimovich, Nurulloev Sukhrob Ozodovich. Improvement of surgical treatment of patients with combined degenerative-dystrophic pathology of the hip joint and spine with prevalence of manifestations of coxarthrosis// British Medical Journal Volume-1, No 2., 2021. P.180-187
17. Акрамов В.Р. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при анатомических нарушениях вертлужной впадины. "БЮЛЛЕТЕНЬ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ УЗБЕКИСТАНА" Узбекистан г.Ташкент № 3 – 2011 , Стр.94-97
18. Nurulloev S.O., Mirzamuradov Kh.Kh. Our experience in the treatment of degree i-ii gonarthrosis with drugs hyalouranic acid // Innovation in the modern education system. 2021. Part 5, Issue 1. P. 546-548. (in Russian).

УДК: 616.5+611.018.25]-002.828-07:616.98:579.828

**ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК У ВИЧ
ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

**У.Б. Нурматов, Б.С. Азизов, О.Д. Ибрагимов, С.С. Агзамходжаева, А.Х.Турдыев,
Ш.Т.Аюпова**

Ташкентский государственный стоматологический институт

РЕЗЮМЕ В статье представлена обзорная информация о частоте встречаемости грибковых инфекций как оппортунистических заболеваний при ВИЧ/СПИДе. Одним из важных факторов роста грибковой инфекции и усугубления течения вызываемых ею заболеваний является вторичный иммунодефицит, вызванный ВИЧ, сопротивление кожного слоя и влияние грибковой инфекции на иммунную систему. Поэтому изучение грибковых инфекций у пациентов с ВИЧ/СПИД, в частности определение видов грибов, вызывающих грибковые инфекции и определение их чувствительности к противогрибковым препаратам, может значительно снизить смертность этих пациентов от генерализованной грибковой инфекции.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, ВИЧ/СПИД, грибковые заболевания.

**ОИВ/ОИТС билан касалланган беморларда шиллик қаватлар ва терининг
замбуруғ касаллигини кечиши**

**У.Б. Нурматов, Б.С. Азизов, О.Д. Ибрагимов, С.С. Агзамходжаева, А.Х. Турдыев,
Ш.Т.Аюпова**

Тошкент давлат стоматология институти

Хулоса. Ушбу мақолада ОИВ/ОИТС да замбуруғ инфекциясининг оппортунистик касалликлар сифатида учраш даражаси хақида маълумот берилган. Замбуруғ инфекциясининг кўпайиши ва у чақирган касалликлар кечишини оғирлашувининг муҳим факторларидан бири бу ОИВ томонидан вужудга келган иккиламчи иммун танқислиги, тери қатламининг резистентлиги ва замбуруғ

инфекциясининг иммун тизимига таъсирдир. Шунинг учун ОИВ/ОИТС билан зарарланган беморларда микотик инфекцияларни ўрганиш, хусусан замбуруғ касалликларини кузгатувчи замбуруғлар турларини аниқлаш ва уларни замбуруғга қарши дори воситаларига сезгирлигини аниқлаш орқали бу беморларни тарқалган микотик инфекциясидан ўлимани анча камайтиришга имкон яратади.

Калит сўзлар: оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватлари, ОИВ/ОИТС, замбуруғ касаллиги кечиши.

Fungal lesions of the skin and mucous membranes in HIV-infected patients.

U.B. Nurmatov, B.S. Azizov, O.D. Ibragimov, S.S. Agzamkhodjaeva, A.Kh. Turdyev, Sh.T. Ayupova

Tashkent State Dental institute

SUMMARY.The article provides an overview of the incidence of fungal infections as opportunistic diseases in HIV / AIDS. One of the important factors in the growth of fungal infection and the aggravation of the course of diseases caused by it is secondary immunodeficiency caused by HIV, the resistance of the skin layer and the effect of fungal infection on the immune system. Therefore, studying fungal infections in patients with HIV / AIDS, in particular identifying the types of fungi that cause fungal infections and determining their sensitivity to antifungal drugs, can significantly reduce the mortality of these patients from generalized fungal infection.

Key words: oral mucosa, HIV / AIDS, fungal diseases.

Микозы регистрируются у 58 - 81% больных СПИДом. Они могут наблюдаться не только в манифестном периоде, но и во время латентной стадии ВИЧ-инфекции. Мировая тенденция роста микозов кожи и ногтей среди населения сформировалась, в том числе, за счет увеличения доли иммуносупрессированных лиц, страдающих ВИЧ-инфекцией [2, 5, 23, 29, 9]. Структура поверхностных микозов у ВИЧ-инфицированных пациентов имеет особенности и отличается от таковой у иммунокомпетентных лиц [10, 12]. К настоящему времени ВИЧ-инфекция приобретает размах широкомасштабной эпидемии в развитых странах мира [1]. Бразильские исследователи установили, что наиболее распространенной клинической формой дерматомикозов был онихомироз (31%), микоз стоп – у 4%, в единичных случаях регистрировали микоз туловища и крупных складок, отрубевидный лишай [31] индийские исследователи показали, что у вич-инфицированных пациентов онихомироз стоп диагностировали у 26,5%, причем у 30% больных он был в ассоциации с микозом стоп микоз туловища – у 15%, микоз крупных складок и микоз стоп у 10% и 7% соответственно. В единичных случаях регистрировали отрубевидный лишай и микоз кистей (2%). Следует отметить, что у ВИЧ-инфицированных пациентов регистрируются сочетание двух и более микозов кожи и ногтей [2, 3, 4].

У ВИЧ-инфицированных больных факторы риска возникновения дерматомикозов изучены недостаточно. Единичные исследования показали зависимость частоты кожных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией от количества CD4+ клеток в крови [127], однако детального анализа влияния уровня CD4+ клеток на частоту развития дерматомикозов не проводили. Реальные масштабы распространенности в грибковых заболеваниях, так и ВИЧ носительство до сегодняшнего времени неизвестны в СВЯЗИ со сложностями массового диагностического охвата населения, разнообразием форм клинической манифестации грибковых заболеваний и ВИЧ/СПИДа, выходом групп риска за пределы социально неадаптированного контингента и связи с многообразием путей передачи инфекции.

Нарастающая несостоятельность иммунной системы (стадия III) приводит к развитию двух основных клинических проявлений СПИДа оппортунистических инфекций, вызванных условно патогенной флорой и новообразований. У 90%

больных ВИЧ в разные сроки заболевания регистрируются поражения кожи и слизистых покровов, вызванные инфекциями условно патогенной флоры. Чаще всего оппортунистические инфекции вызывают оппортунистические инфекции вызывают *Pneumocystis carinii* *Mycobacterium avium-intracellulare*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Cryptococcus neoformans*, *Candida spp*, *Toxoplasma gondii*, *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides immitis*, ДНК-содержащие вирусы, например цитомегеловирус, вирус гепатит В, вирус простого герпеса [5]. Одним из наиболее тяжело протекающих оппортунистических инфекций являются грибковые поражения (табл.1).

Таблица 1

Наиболее часто регистрируемые грибковые инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов

Возбудитель	Вызываемые заболевания
<i>Aspergillus spp</i>	Аспергиллезный трахеобронхит. Инвазивный легочный аспергиллез
<i>Candida spp</i> , (в основном) <i>C. albicans</i>	Оральный и/или вагинальный кандидоз. Кандидозный эзофагит. Кандидозная фунгемиа. Легочный кандидоз (в основном у детей)
<i>Coccidioides immitis</i>	Диссеминированный кокцидиомикоз.
<i>Cryptococcus neoformans</i>	Криптококковый менингит. Криптококковая пневмония. Диссеминированный криптококкоз.
<i>Histoplasma capsulatum</i>	Гистоплазмозная пневмония. Диссеминированный гистоплазмоз.
<i>Pneumocystis carinii</i>	Пневмоцистная пневмония; в завершающей стадии или на фоне профилактики — неспецифическая картина, в том числе — полиорганное поражение
<i>Penicillium marneffei</i>	Пенициллез кожи. Диссеминированный пенициллез (эндемичен для юго-восточного азиатского региона).

Одним из важных факторов, способствующих грибковой контаминации и утяжелению течения, является наличие вторичного иммунодефицита вызванного ВИЧ, снижение резистентности кожных покровов и воздействие самой грибковой инфекции на иммунную систему.

Аспергиллез может быть подразделен на три категории: поверхностный — инфекции слухового прохода, роговицы глаза также первичное поражение кожи; неинвазивный — аллергический бронхит и аспергиллемы у пациентов с предшествующим кавернообразующим легочным заболеванием (в первую очередь, с туберкулезом); инвазивный обнаруживаемый, как правило, у пациентов с нейтропенией; различают лишь острую инвазивную и хроническую некротизирующую формы. Основными симптомами при легочном поражении являются кашель и постепенно нарастающая одышка; при поражении печени — увеличение уровня контролируемых ферментов в сыворотке. Без лечения хронический некротизирующий аспергиллез может привести к летальному исходу.

Кокцидиоидоз обычно встречается у ВИЧ-инфицированных, проживающих в местности с широким распространением *Coccidioides immitis*, например на юго-западе США. Заболевание проявляется поражением легких и менингитом.

Криптококкоз — повсеместно распространенный дрожжевой грибок. Он занимает второе место (после *Candida albicans*) среди возбудителей грибковых инфекций у ВИЧ-инфицированных. Криптококкоз наблюдается у 5-10 % ВИЧ-инфицированных и проявляется менингитом — самое частое проявление криптококковой инфекции у ВИЧ-инфицированных. Для криптококкового менингита характерны: головная боль, лихорадка, нарушения сознания, реже — эпилептические припадки и кома. Криптококкоз также может протекать с поражением легких, сетчатки, кожи, костей, предстательной железы и других органов.

Гистоплазмоз возникает у ВИЧ-инфицированных, проживающих в местности с широким распространением этого гриба. В США — это северо-восточные и северо-западные штаты. При СПИДе гистоплазмоз может возникнуть даже после кратковременного пребывания в такой местности. Клинические проявления обычно неспецифичны и включают головную боль, кашель, лихорадку, похудение, увеличение лимфоузлов и спленомегалию.

Пневмоцистная пневмония — самая распространенная оппортунистическая инфекция дыхательных путей ВИЧ-инфицированные больные. Пневмоцистная пневмония возникает у 60-80 % больных СПИДом, однако современные методы профилактики позволили снизить ее тяжесть. Риск пневмоцистной пневмонии особенно высок, когда число лимфоцитов CD4 опускается ниже 200 мкл^{-1} . Клинически характерна лихорадка, одышка и непродуктивный кашель. Лабораторное исследование выявляет гипоксемию. На рентгенограммах грудной клетки у большинства больных выявляются двусторонние ограниченные или обширные затемнения с некоторыми особенностями — поражение верхушек легких, образование полостей и пневмоторакс.

Кандидоз. В структуре микотических осложнений на долю кандидоза приходится 80—90% случаев. Считается, что кандидоз ротовой полости и пищевода является одним из “визитных карточек” СПИДа. (Т.Л. Лапина, В.Т. Ивашкин, 2001). В зависимости от стадии заболевания кандидоз ротовой полости регистрируются у больных на стадии ВИЧ в 21-32,7% случаях, на стадии СПИДа — в 74- 84,6% случаев [1,25]. Постертно диссеминированный кандидоз выявляется у 90% больных СПИДом. У ВИЧ-серопозитивных людей частота носительства грибов рода *Candida* на слизистой оболочке полости рта достигает 77,8%, причем почти у половины носителей (49,1% случаев) выявляются мицелиальные формы гриба без каких-либо клинических проявлений кандидоза (Кубась В.Г., Чайка Н.А., 1992).

Выделяют четыре формы поражения рта и глотки: молочницу (псевдомембранозный кандидоз), гиперпластический кандидоз (кандидозная лейкоплакия), атрофический кандидоз и заеду (кандидозный хейлит). Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов и легких развивается при выраженном иммунодефиците.

Стойкий кандидоз слизистой оболочки полости рта и кожи перианальной области является ранним симптомом ВИЧ-инфекции и при отсутствии других предрасполагающих факторов (терапия глюкокортикостероидами и цитостатиками, эндокринопатии) относится к типичным маркерам СПИДа. Чаще всего у больных СПИДом отмечается кандидоз слизистой оболочки полости рта и кандидозный эзофагит, реже наблюдаются кандидоз на интертригоперианальной складки, онихии и паронихии, вульвовагинит и баланит. В целом клиническая картина всех этих поражений соответствует типичным тяжелым проявлениям поверхностного кандидоза кожи и слизистых оболочек, наблюдаемым у больных выраженными иммунодефицитными состояниями (злокачественными лимфомами, получающими массивную терапию глюкокортикостероидными гормонами или цитостатиками и т. п.). Выделяют, однако, ряд

особенностей кандидоза у больных СПИДом: поражение лиц молодого возраста, особенно мужчин, преимущественное вовлечение в процесс слизистых оболочек полости рта, гениталий и перигенитальной области, тенденция к образованию обширных очагов, сопровождающихся болезненностью, склонностью к эрозированию и изъязвлению.

Кандидозный эзофагит является второй по частоте клинической разновидностью кандидоза при СПИДе и также входит в число основных СПИД-маркерных заболеваний. Клиническими признаками кандидозного поражения пищевода являются дисфагия и боли за грудиной, боли во время приема пищи, затруднение глотания. Кандидозные поражения пищевода, как правило, сочетаются с кандидозом слизистых оболочек полости рта. Описан бессимптомный кандидозный эзофагит без сопутствующего кандидоза слизистых оболочек.

При кандидозе ротовой полости, глотки и пищевода возбудитель активно размножается, но не диссеминирует во внутренние органы. При поражении пищевода пленчатые налеты характерны, что приводит к сужению и даже полной закупорке просвета пищевода. У больных возникают анорексия, рвота. Появление кандидоза является неблагоприятным клиническим симптомом ВИЧ-инфекции. Некоторые компоненты гриба (гликопротеин клеточной стенки) обладают иммуносупрессивной активностью, вследствие чего кандидоз усугубляет иммунодефицитное состояние больных. Полагают также, что кандидоз слизистой оболочки полости рта является промежуточной стадией между СПИД-связанным комплексом и периодом вторичных осложнений основного заболевания (пневмоцистной пневмонии, криптококкоза, токсоплазмоза, вирусных и опухолевых заболеваний).

Отрубевидный лишай. Клинически проявляется в виде небольших, с четкими границами, пятен или слегка приподнятых над поверхностью кожи папул. Пятна могут быть от желтовато-розового до коричневого цвета разных оттенков, часто сливаются, образуя крупные очаги с фестончатыми краями. На поверхности очагов можно заметить легкое «отрубевидное» шелушение. Цвет пятен отличается от цвета окружающей кожи. Также можно наблюдать депигментированные пятна (псевдолейкодерма). Типичная локализация высыпаний при разноцветном лишае – богатые сальными железами участки кожи – грудь, спина, плечи, шея. Реже вовлекаются в патологический процесс подмышечные, паховые области, предплечья, голени и живот. Изменения на коже, как правило, не сопровождаются какими-либо субъективными ощущениями. Для заболевания характерно длительное, рецидивирующее течение (К.И. Разнатовский, А.Н. Родионов Л.П., Котрехова 2006). Отрубевидный лишай может возникать в любом периоде ВИЧ-инфекции. Характерны диссеминированные поражения кожи с тенденцией к развитию в области пятен отрубевидного лишая инфильтрации и лихенизации кожи.

Микозы, вызываемые *дерматофитами*. Распространенные грибковые заболевания этой этиологии сравнительно часто возникают при инфицировании ВИЧ. Дерматомикозы выявляют у 8-29% ВИЧ – инфицированных больных и не намного чаще, чем у ВИЧ – негативных лиц [7, 13, 14]. Заболевания могут протекать в виде типичных для микозов поражений кожи стоп, кистей, голеней и других участков тела, а также атипично.

У ВИЧ-инфицированных больных факторы риска возникновения дерматомикозов изучены недостаточно. Единичные исследования показали зависимость частоты кожных заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией от количества CD4+ клеток в крови [12, 20, 21], однако детального анализа влияния уровня CD4+ клеток на частоту развития дерматомикозов не проводили.

Атипичные проявления микозов, вызываемых дерматофитами, у больных СПИДом обычно возникают на лице и шее и по клинической картине могут напоминать многоформную экссудативную эритему, себорейный дерматит, фолликулиты. Микоз, обусловленный *T. rubrum*, на коже ладоней и подошв нередко приобретает

признаки ладонно-подошвенной или гонорейной кератодермии. Микоз стоп у ВИЧ-инфицированных пациентов на фоне иммуносупрессии протекает по типу «мокасин» с вовлечением в патологический процесс тыльной поверхности стопы или в хронической гиперкератотической форме (Ю.А. Иванова, О.В. Райденко, 2010). У иммунокомпетентных пациентов в микотический процесс, как правило, вовлекаются обе стопы и одна кисть.

Микоз кистей у пациентов с ВИЧ-инфекцией протекает с двухсторонним поражением [10, 18, 19, 22].

Онихомикозы больных СПИДом возникают изолированно или в сочетании с поражениями кожи ладоней и подошв. Причиной их чаще всего является *T. rubrum*.

У иммунокомпетентных лиц чаще всего поражаются ногтевые пластины I пальцев стоп [14, 15, 25]. Однако, у пациентов с ВИЧ-инфекцией в патологический процесс могут вовлекаться ногти II, III, IV, V пальцев стоп без поражения I ногтевой пластины. Так же наиболее характерно тотальное поражение ногтей (Ю.А. Иванова, О.В. Райденко, 2012). Характерная особенность этих онихомикозов - нередко развитие паронихий.

Спектр возбудителей микозов кожи и ногтей у ВИЧ-инфицированных пациентов на фоне иммунодефицита может существенно отличаться от возбудителей дерматомикозов у иммунокомпетентных пациентов [3, 11, 23]. Исследование этиологии дерматомикозов у ВИЧ-инфицированных больных проводили на разных территориях (Индия, Европа, Северная и Южная Америка), однако опубликованные данные разнятся. Основными возбудителями дерматомикозов у больных ВИЧ-инфекцией выступают *T. rubrum*, вместе с тем наряду с дерматомицетами причиной дерматомикозов довольно часто выступают дрожжи и нитчатые недерматомицеты [3, 4, 6, 7, 8, 14, 18, 24]. Так, Surjushe A. et al. описали, что возбудителями поверхностных микозов у ВИЧ-инфицированных пациентов выступают: около 40% дерматофиты (*Trichophyton rubrum* – 84,6%, *Trichophyton mentagrophytes* – 15,4%) и 59,4% недерматомицеты (*Candida* spp., *Aspergillus niger*, *Cladosporium* spp., *Scytalidium hyalinum*, *Penicillium* spp. и *Gymnoascus dankaliensis*) [14]. Украинские исследователи выявили, что у 67,6% больных возбудителем дерматомикозов являлся *T. rubrum*, у 8,8% - *T. mentagrophytes*, у 5,9% - *E. floccosum*. У 87,3% пациентов с поражением кожи и слизистых обнаружена *Candida* spp. [13].

Исследования, проведенные в клиниках Канады и Бразилии, показали следующее соотношение этиологических факторов микозов стоп и онихомикоза: дерматофиты/дрожжевые грибы/недерматофитные формы как 73/2/2 соответственно, причем в Канаде дерматофиты – 95,5% против 90,9% в Бразилии, дрожжевые виды 3% против 0%, а недерматомицетные плесени 1,5% против 9% [17]. По данным Arenas R. et al. основным возбудителем онихомикоза у ВИЧ-инфицированных больных выступил *T. rubrum* (74%), *Candida* spp. – 13%, *T. rubrum* + *Candida* spp. – 6%, *Acremonium* spp. – 2%, *Trichophyton* spp. – 2%, *E. floccosum* – 0,8%, *T. tonsurans* – 0,8%, *T. mentagrophytes* – 0,8%. Микоз туловища был обусловлен *T. rubrum* (92%), *M. canis* – 8%. Микоз кистей был обусловлен в 50% случаев ассоциацией *T. rubrum* и *T. mentagrophytes*, а в 50% - *M. canis* [16]. У ВИЧ-инфицированных пациентов микозы кожи и ногтей регистрируют у лиц в возрасте от 21 до 40 лет [13, 15, 16].

Таким образом, вышеуказанные клинические проявления грибковых инфекций у больных ВИЧ-инфекцией имеют существенные различия распространенности, характере течения в зависимости от биологически популяционных, климато-географических особенностей.

В связи с этим, изучение микозов при ВИЧ-инфекции в рамках узбекской папуляции является актуальной проблемой и представляет огромный интерес, в частности, определение видового состава возбудителей грибковых заболеваний с усилением их чувствительности к различным микотическим препаратам, что безусловно тормозит смертность от генерализованных микозов.

Литература/References

1. Абидова З.М., Ф.В. Азимова.// Микозы в структуре оппортунистических заболеваний при ВИЧ/СПИД. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. Научно – практический журнал. // 2010 -№ 1-2.
2. Абидова З.М., Ф.В. Азимова.// Определение видового состава возбудителей орофаренгиального кандидоза у больных ВИЧ-инфекции.// Дерматовенерология и эстетическая медицина. Научно – практический журнал.- 2011(10) - № 1-2.
3. Баринаева А.Н., Плавнинский С.П., Зайцева Е.Е. // Микозы у ВИЧ- инфицированных больных. Проблемы мед.микологии. – 2012 - 14 (2) - С. 34- 38.
4. Горячкина М. В., Белоусова Т.А., Потекаев Н.Н. // Сертоконазол в местном лечении поверхностных микозов кожи. // Клиническая дерматология и венерология. – 2012. – № 5. – С. 46-51.
5. Котрехова Л. П., Разнатовский К.И., Вашкевич А.А. // Особенности течения микозов кожи на современном этапе и их рациональная терапия. // Consiliummedicum. – 2014. – № 1. – С. 3-6.
6. Кравченко А.В., Потекаев Н.Н., Груздев Б.М. // Дерматомикозы на фоне ВИЧ.// Вестник дерматологии и венерологии. – 2003. – № 2. – С.17-20.
7. Макарова Н.Ю., Покровский В.В. // Оценка колонизации условно-патогенными бактериями и грибами рук медицинского персонала в стационаре для больных ВИЧ-инфекцией / // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2003. – № 3. – С. 22-24.
8. Райденко О.В., Иванова Ю.А. // Распространенность микозов кожи и ее придатков у ВИЧ – инфицированных пациентов. // Проблемы медицинской микологии. — 2010. — Т.12, №2. — С.129-130.
9. Райденко О.В. Клинические особенности поверхностных микозов у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от этиологического фактора. // Материалы XV Юбилейной всероссийской медико-биологической конференции молодых исследователей (с международным участием) «Фундаментальная наука и клиническая медицина – человек и его здоровье», 2012 - С. 245-246
10. Райденко О.В., Иванова Ю.А. Дерматомикозы у ВИЧ-инфицированных пациентов в Алтайском крае. // Проблемы медицинской микологии. — 2013. — Т.15 -№2. — С.115.
11. Тертышников, В. В. Клинико-эпидемиологическая характеристика некоторых микозов у ВИЧ-инфицированных женщин, находящихся в условиях пенитенциарной системы . // Фундаментальные исследования. – 2009. – № 5. – С. 113- 117.
12. Чемич, Н. Д., Поддубная Н.Д., Чемич, А. И. // Грибковые поражения у ВИЧ-позитивных лиц в Северо- Восточном регионе Украины. // Мат. научно- практической конференции с международным участием (XIV Кашкинские чтения). Санкт-Петербург. Проблемы медецинической микологии. – 2011. – Т. 13, № 2. – С. 102.
13. Чернова, Т. А., Гордеева Г.В., Гималиева Г.Г., Краснова Н.В., Зольникова Л.Г. //ВИЧ-СПИД в сочетании с инфекциями, передаваемыми половым путем и некоторыми дерматозами.// Здравоохранение Чувашии. – 2009. – № 1. – С. 53-58.
14. Arenas R., Bonifaz A., Arce M., Padilla M. C., Atoche C., Barba J., Campos P., Fernández R., Mayorga J., Nazar D., Ocampo J. // Onychomycosis // Eur J Dermatol. – 2010. – Vol. 20, № 5. – P. 611-614.
15. Blanes, M., Belinchón, E. Merino, J. Portilla, J. Sánchez- Payá, I. Betloch Current Prevalence and Characteristics of Dermatoses Associated with Human Immunodeficiency Virus Infection. // Actas Dermosifiliogr. – 2010. – Vol. 101, №8. – P. 702-709
16. Cambuim I.I., D.P. Macêdo, M.Delgado, M.K. Lima, M. Souza-Motta // Clinical and mycological evaluation of onychomycosis among Brazilian HIV/AIDS patients. // Revista Da Sociedade Brasileira De Medicina Tropical. – 2011. – Vol. 44, № 1. – P. 40-42.
17. Rupp J., E. Kramme, H. Schultz, B. Schaaf Diagnostics for fungal infections of the lungs. // Pneumologie. – 2010. – Vol. 64, № 5. – P. 300-310.
18. Schaeffer L., R. Teixeira de Sousa, K. S. Cruz, L. O. Santos, R. M. Lins, J. V. Mucocutaneous mycoses in acquired immune deficiency syndrome (AIDS) patients hospitalized in a tertiary healthcare centre in the state of Amazonas Brazil. // Scientific Research and Essays. – 2012. – Vol. 7, № 42. – P. 3621- 3624.
19. Azizov, B., Ismailova, G., Nabiev, F., Nurmatova, I., & Usmanov, A. Clinical characteristics of

patients with HIV/AIDS. *ООО «Maxliyo-shifo» & V, 46.*

20. Latipov, I. I., Axmedovich, M. F., & Hamza o'g'li, O. J. (2021). CLINICAL AND IMMUNOGYCAL ASPECTS OF PATHOGENESIS AND COMPLEX THERAPY OF VITILIGO. *Academicia Globe: Inderscience Research*, 2(11), 14-20.

21. Latipov, I. I., Axmedovich, M. F., & Hamza o'g'li, O. J. (2021). Evaluation of the quality of life of vitiligo patients by the effectiveness of combination therapy using the dermatology life quality index (dlqi). *Web of Scientist: International Scientific Research Journal*, 2(10), 55-63.

22. Sh, V. A., Saipova, N. S., & Azizov, B. S. (2021). CLINICAL CASE OF PAPULONECROTIC TUBERCULOSIS OF THE SKIN. *Innovative Technologica: Methodical Research Journal*, 2(11), 48-55.

23. Azizov, B., Ismailova, G., Nabiev, F., Nurmatova, I., & Usmanov, A. Clinical characteristics of patients with HIV/AIDS. *ООО «Maxliyo-shifo» & V, 46.*

24. Nurmatova, I. B., Hashimov, F. F., & Abbosxonova, F. X. (2021). Husnbuzar kasalligi etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.

25. Азизов, Б. С., Алиев, А. Ш., Агзамходжаева, С. С., Нурматова, И. Б., & Солметова, М. А. (2018). К ДИАГНОСТИКЕ БУГОРКОВОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА. *Stomatologiya*, (2), 79-82.

UDC: 616.314-647.258

PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF NURSES WORKING IN DENTAL INSTITUTIONS

J.A.Rizaev., S. Yu.Ruzieva., F. A. Marufi

Tashkent State Stomatological Institute

РЕЗИОМЕ

Эта статья посвящена работающим медсестрам в стоматологической поликлинике. Мы проанализировали литературные данные по трудовой мотивации и психоэмоциональному состоянию медицинских сестер. Этот вид деятельности включает в себя все важные качества, которыми должен обладать человек, хочет помочь больному, нуждающемуся и слабому человеку. Особенно важно психоэмоциональное состояние медсестер, которое помогают больного и человеку.

Ключевые слова: Медицинская сестра, стоматология, психоэмоциональное состояние, трудовая мотивация.

Цель исследования: влияние сильные и слабые стороны медицинских сестер в стоматологической поликлинике.

Методы исследования: Данные анкетного опроса медсестер стоматологической поликлинике.

Результаты и обсуждение: теоретически проанализировать психоэмоциональное состояние медицинских сестер в стоматологических поликлиниках. Найти корень проблемы в моральном состоянии медсестер. Именно эти качества помогут в такой сложный и ответственной работе. Ведь от каждого сотрудника зависит жизнь пациента. У 93 % медсестёр испытывают чувство патриотизма к своей профессии, им нравится их работа. На 7 % чаще не нравится профессия и хотелось бы попробовать себя в другой специальности, 45% оценили уровень профессионализма как высокий, 55 % так средний. 78 % имеют квалификационную категорию Высшего уровня, 9 %- Первого уровня, -6 % Второго уровня, а 15 %-не имеют категории. По степени значимости психоэмоциональное состояние медсестры 10 %- за участие в санитарно-просветительской работе с пациентом,