



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# **TIBBIYOTDA YANGI KUN**

**Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal**



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**6 (80) 2025**

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:  
М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЪЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Б.Б. ХАСАНОВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**6 (80)**

**2025**

*июнь*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

[ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

УДК 618.14-002-085-092.4

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Холиев Баходир Олтибаевич <https://orcid.org/0009-0005-9841-9145>

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

### ✓ Резюме

*В эпидемической ситуации населения субъекта РФ отмечается рост пораженности ВИЧ-инфекцией и ВИЧ-ассоциированным туберкулезом (ВИЧ/ТБ). При наблюдении 73 больных ВИЧ/ТБ выявлены особенности клинического течения и изменений иммунологического статуса сравнительно с ВИЧ-инфицированными. Рассматривается вопрос о режимах проведения химиопрофилактики для предупреждения ВИЧ/ТБ. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Курской области, связанная с ВИЧ-инфекцией, ухудшилась за последние 15 лет. Уровень заболеваемости этой патологией, ее сочетание с гепатитом В и С среди местного населения увеличилось. Частота выявления новых случаев ВИЧ-ассоциированного диссеминированного туберкулеза легких составляет 39,8%, казеозной пневмонии - 6,8% и внелегочным туберкулезом - 10,3% случаев. Выделение *Mycobacteria tuberculosis* было обнаружено у 55,4% пациентов, а лекарственная устойчивость - у 12%. Туберкулез усиливает иммунодефицит у больных с развернутой клиникой ВИЧ-инфекции, что способствует быстрому прогрессированию заболевания. Контроль ситуации может быть достигнут благодаря превентивному лечению туберкулеза и более точной координации между туберкулезным диспансером и центром СПИДа*

*Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, ВИЧ-ассоциированный туберкулез, синдромы, показатели иммунитета, превентивная терапия*

## FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND TREATMENT IN HIV-ASSOCIATED TUBERCULOSIS

Kholiev Bakhodir Oltibayevich

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.  
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Resume

*The number of HIV infection and HIV-associated tuberculosis (HIV/TB) cases has increased in Russian Federation. 73 patients HIV/TB were under our supervision. The features of clinical finding and immunological status were detected. The need for chemoprophylaxis is being discussed at present. The epidemiological situation of tuberculosis associated with HIV infection has been declining in Kursk region during the last 15 years. Incidence rate of this pathology and its combination with hepatitis B and C among local population has increased. The rate of new cases of HIV-associated disseminated tuberculosis was 39.8%, caseous pneumonia was 6.8%, and extrapulmonary tuberculosis was 10.3%. *Mycobacteria* isolation has been revealed in 55.4%, drug resistance in 12% of the patients. Tuberculosis aggravates immunodeficiency in patients with the expressed clinical picture of HIV infection and promotes rapid disease progression. The control of situation can be achieved due to preventive treatment of tuberculosis and more accurate coordination between the TB clinic and the AIDS Center*

*Keywords: HIV infection, HIV-associated tuberculosis, syndromes, immunity signs, preventive therapy*



## OIV BILAN BOG'LIQ SIL KASALLIGINING KLINIK KECHISHI VA DAVOLASH XUSUSIYATLARI

*Kholiev Bakhodir Oltibayevich*

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh.

A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ **Rezyume**

*Rossiya Federatsiyasida OIV infeksiyasi va OIV bilan bog'liq sil kasalligi (OIV/sil) holatlari ko'paygan. 73 bemor OIV / sil kasalligi bizning nazoratimiz ostida edi. Klinik topilma va immunologik holatning xususiyatlari aniqlandi. Hozirgi vaqtda kimyoprofilaktikaga ehtiyoj muhokama qilinmoqda. So'nggi 15 yil ichida Kursk viloyatida OIV infeksiyasi bilan bog'liq sil kasalligining epidemiologik holati pasaymoqda. Mahalliy aholi orasida ushbu patologiyaning kasallanish darajasi va uning gepatit B va C bilan kombinatsiyasi oshdi. OIV bilan bog'liq tarqalgan sil kasalligining yangi holatlari darajasi 39,8%, kazeoz pnevmoniya 6,8% va o'pkadan tashqari sil kasalligi 10,3% ni tashkil etdi. Mikobakteriyalar izolyatsiyasi 55,4% da, bemorlarning 12% da dori qarshiligi aniqlandi. Sil kasalligi OIV infeksiyasining klinik ko'rinishi ifodalangan bemorlarda immunitet tanqisligini kuchaytiradi va kasallikning tez rivojlanishiga yordam beradi. Vaziyatni nazorat qilish sil kasalligini profilaktik davolash va sil klinikasi va OITS markazi o'rtasida aniqroq muvofiqlashtirish tufayli amalga oshirilishi mumkin*

*Kalit so'zlar: OIV infeksiyasi, OIV bilan bog'liq sil kasalligi, sindromlar, immunitet belgilari, profilaktik terapiya*

### **Актуальность**

При стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу ВИЧ-инфицированные остаются группой повышенного риска по туберкулезу, вследствие чего актуальность проблемы предупреждения распространения сочетанной с туберкулезом ВИЧ-инфекции не вызывает сомнений [2,9,11]. Если заболеваемость туберкулезом за 2010 год снизилась на 6,3%, то количество больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом (ВИЧ/ТБ) выросло на 10,9% и составляет 11,4 на 100 000 населения [1,8]. Все чаще выявляются особенности в течение туберкулеза у больных ВИЧ инфекцией, особенно сочетание «тройственной» инфекции – туберкулеза, вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции [4,5,7]

Для ее решения при проведении большинства противоэпидемических мероприятий показано углубленное изучение как закономерностей развития, так и особенностей клинического течения и реабилитации больных ВИЧ/ТБ. Особую актуальность сейчас приобретает необходимость интегрированной работы в связи с угрозой развития эпидемии лекарственно устойчивого туберкулеза [3,6,10].

**Цель исследования:** Изучение особенностей распространения и течения ВИЧ-инфекции при сочетании ее с туберкулезом.

### **Материал и метод исследования**

Изучена эпидемическая ситуация при введении единого учета и координации мероприятий, проводимых центрами СПИД и фтизиатрами. В течение 15 лет наблюдали 73, включая находившихся в пенитенциарных учреждениях (система ФСИН), впервые выявленных и с рецидивом больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом, использовали общепринятые во фтизиатрической клинике методы обследования.

### **Результат и обсуждение**

Ранее ситуация по ВИЧ-инфекции была настолько благоприятной, что даже не анализировалась углубленно на федеральном уровне. Первый подъем заболеваемости ВИЧ-инфекцией отмечен в 2001 году, второй, резкий, через три года. Преобладают заболевшие мужчины – 60,9%, данные о пораженности населения представлены на рис. 2. Но если до 2004

года ее рост был обусловлен прежде всего за счет заболеваемости не местного населения, то в последние пять лет ситуация изменилась.

Контингенты ВИЧ-инфицированных по своей структуре практически полностью совпадает и с контингентами групп риска населения по туберкулезу, преобладают неработающие трудоспособного возраста (43%), рабочие (23%) и пенсионеры – 19%, мужчины в возрасте 20-29 – 59,2% и 30-39 лет – 17,4%. Отмечаются изменения в путях заражения: если в 1994-99 годах количество зараженных ВИЧ половым и путем при употреблении наркотиков было практически одинаковым, то через десять лет инфицирование половым путем составило 75,3% случаев. В клинической структуре заболеваемости ВИЧ-инфекцией в последние годы явно прослеживаются негативные тенденции (рис. 1).

Так, сейчас стадия первичных проявлений диагностирована в 2,8% (ранее также 2,8%); вторичных - 24,8% (12,8%); субклиническая - 71,7% (80,7%) и терминальную стадию наблюдали в 0,8% случаев (ранее не отмечено). Количество пациентов с четвертой стадией ВИЧ-инфекции (стадия вторичных проявлений), выросло с 3,6% в 2000 году до 39,2% в 2010 году, они зарегистрированы у 16% и туберкулез диагностирован у 6,8% пациентов. Из сопутствующей патологии у 77,0% больных были гепатиты В и С. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных лиц остается основной причиной их смерти – в предыдущем году в 35,7%, через год – до 50% летальных исходов.

Рост пораженности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией не мог не отразиться на сочетанной патологии ВИЧ/ТБ, заболеваемость туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных в расчете на 1000, при сопоставимом исчислении на два порядка выше заболеваемости туберкулезом всего населения (рис. 2).

Особенностью клинического течения сочетанной патологии является преобладание среди больных мужчин (2/3), более 50% из всех больных в возрасте 30-39 лет, единичные случаи в возрасте старше 60 лет. Контакт с больным туберкулезом в семье отмечали 11,1%, с друзьями и сослуживцами - 7,4%, кроме того, 29,6% ранее находились в местах лишения свободы. Заражение ВИЧ парентеральным путем при введении наркотиков у 74,1% больных, у 14,8% - половым и у остальных 11,1% путь заражения установить не удалось.

Одна из особенностей: женщины составляют 1/3 больных, более 50% из всех больных в возрасте 30-39 лет, единичные случаи в возрасте старше 60 лет. Контакт с больным туберкулезом в семье отмечали 11,1%, с друзьями и сослуживцами - 7,4%, кроме того, 29,6% больных ранее находились в местах лишения свободы. Заражение ВИЧ парентеральным путем при введении наркотиков у 74,1% больных, у 14,8% - половым и у остальных 11,1% путь заражения установить не удалось.

Сопутствующей патологией у 77,0% больных были гепатиты В и С. Хотя определить точно время инфицирования ВИЧ зачастую не представляется возможным, больных с наиболее вероятным сроком первичного инфицирования ВИЧ до 3 лет было 72,5%.

В клинической структуре заболеваемости сочетанной патологией очаговая форма диагностирована у 3,4%, инфильтративная - 27,6%, фиброзно-кавернозная - 12,1%, диссеминированная - 39,8%, казеозная пневмония - 6,8% и внелегочные формы (включая менингит и плеврит) у 10,3% больных, а фаза распада в целом определялась в 56,9% случаев. Бактериовыделение обнаружено у 55,4%. Конечно, особенностью сочетанной патологии возможно считать высокую частоту фиброзно-кавернозного туберкулеза и казеозной пневмонии (в два раза выше сравнительно с остальным населением), что неудивительно в связи с социальной структурой.

Лекарственная устойчивость МБТ выявлена у 12% больных, или в 21,8% случаев бактериовыделения, как и среди больных только туберкулезом, но при этом необходимо отметить, что это была первичная моно- и полирезистентность не более чем к двум АБП и при отсутствии случаев МЛУ.

У всех больных через 5-9 лет инфицирования ВИЧ и при выявлении туберкулеза отмечались клинические проявления иммунодефицита и вторичных заболеваний: персистирующая генерализованная лимфаденопатия (14,8%), кандидозный стоматит (7,4%), гнойничковые заболевания (3,7%), опоясывающий герпес - у 3,7%. Саркома Капоши и цитомегаловирусная инфекция констатированы в 6,7% случаях.

Особенности клинического течения сочетанной патологии изучены при наблюдении 42 больных ВИЧ/ТБ, впервые выявленных и с рецидивом процесса (без учета выявленных в системе ФСИН) в регионе. Из них III стадия ВИЧ-инфекции диагностирована у 14, IVA – 9, IVB – 16 и IVB – 3. В контрольной группе наблюдали 52 ВИЧ-инфицированных, в том числе в III стадии ВИЧ-инфекции 34, IVA – 7, IVB – 7 и IVB – 4.

Астеновегетативный синдром встречался достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) сравнительно с инфекционно-токсическим и у больных ВИЧ/ТБ, за исключением стадии IVB. Выраженность АВС в виде слабости, недомогания, повышенной утомляемости, потливости, нарушения сна тесно связана с тяжестью туберкулезного процесса. Та же закономерность характерна для частоты и степени выраженности БЛС у больных ВИЧ/ТБ ( $p < 0,01$ ), ведущими жалобами больных ВИЧ/ТБ являлись кашель и одышка при не выраженных аускультативно изменениях в легких.

Признаки лимфаденопатии и гепатомегалии обнаруживались достаточно часто у больных ВИЧ-инфекцией уже в III стадии заболевания, однако их частота была значительно выше у больных с ВИЧ/ТБ ( $p < 0,05$ ) и по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции постепенно уравнивалась (табл. 1).

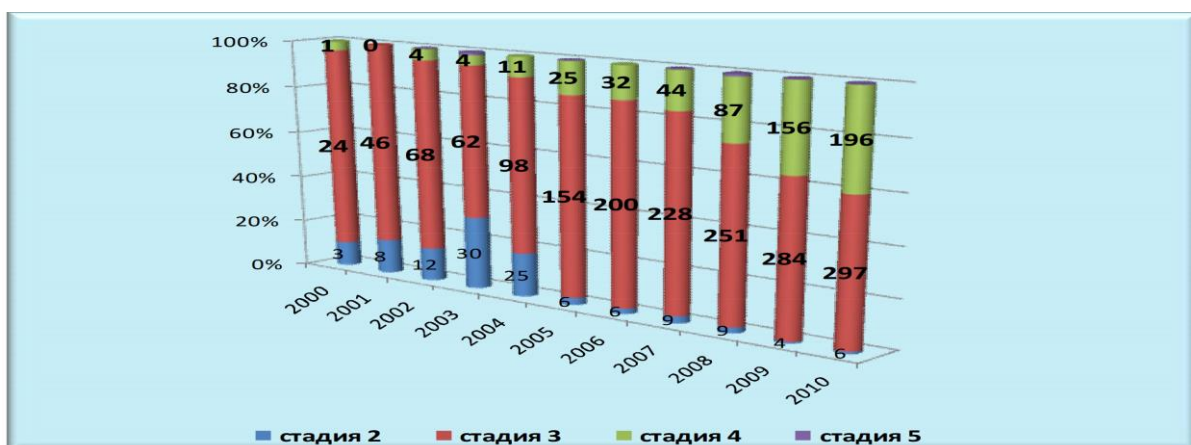


Рис. 1. Стадии заболевания у ВИЧ-инфицированных пациентов.



Рис. 2. Пораженность и заболеваемость ВИЧ-инфекцией.

Для больных ВИЧ/ТБ была характерна потеря веса, вплоть до кахексии в стадии вторичных заболеваний, которая наблюдалась более чем у 80% пациентов из наблюдаемой группы, начиная с IVA стадии ВИЧ-инфекции ( $p < 0,01$ ). И опять-таки разница по динамике потери веса постепенно сравнивалась в обеих группах к IVB стадии ВИЧ-инфекции.

При сравнительном анализе основных гематологических показателей выявлены характерные проявления воспалительного характера (лейкоцитоз, увеличение СОЭ) для ВИЧ/ТБ, при ВИЧ-

инфекции же, особенно по мере увеличения длительности заболевания, прослеживается тенденция к лейкопении. При наличии вторичных проявлений эти показатели в группах не имели достоверной разницы. Анемия более часто обнаруживалась у больных ВИЧ/ТБ.

Синдром поражения кожи и слизистых у больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом бактериальной этиологии выявлен у 23,1% и у 30,7% только у ВИЧ-инфицированных, вирусной одинаково часто – у 14,3% и 19,2%, но грибковой этиологии значительно чаще у ВИЧ-инфицированных – 47,6% и 23,1%.

Оценка функционального состояния иммунной системы показала, что в связи с однотипными изменениями количественных показателей содержания CD4 и CD8-Т-лимфоцитов в исследуемых группах, прежде всего выраженным снижением числа CD4 на фоне значительного увеличения числа CD8, происходило многократное снижение иммунорегуляторного коэффициента, величина которого снижалась максимально в стадии IVB ВИЧ-инфекции (табл. 2). Количественные изменения в динамике NK- клеток (CD16), выполняющих функцию естественных киллеров, имели отрицательный характер в случаях ВИЧ/ТБ, хотя эти изменения не имели достоверности по сравнению с уровнем NK- клеток в группе ВИЧ-инфицированных ( $p > 0,05$ ).

В отличие от этого степень выраженности активации лимфоцитов оказалась максимальной у больных ВИЧ/ТБ, при этом она значительно пре вышала не только нормальные показатели, но и уровень активации у больных ВИЧ-инфекцией без туберкулеза. Соответственно уровню активации лимфоцитов было отмечено 3-кратное увеличение спонтанной фагоцитарной активности нейтрофилов по уровню увеличения спонтанной НСТ-активности, который опятьтаки у больных с ВИЧ/ТБ был максимальным и не имел тенденции к снижению даже в IVB стадии ВИЧ. Следовательно, обнаруженные выраженные изменения возможно считать достоверным признаком поликлональной активации лимфоцитов и выраженной стимуляции функциональной активности нейтрофилов.

Таким образом, и при ВИЧ-инфекции, и при ВИЧ/ТБ в случаях длительно тянущегося воспалительного процесса отмечается резкая стимуляция неспецифического звена иммунитета. Туберкулез усиливает иммунодефицит у больных с развернутой клиникой ВИЧ-инфекции, что способствует быстрому прогрессированию заболевания.

Наконец, для фтизиатров важным вопросом является проведение специфической профилактики среди ВИЧ-инфицированных. Вопрос иммунизации не представляется сложным, так как за весь период от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 72 ребенка и лишь в 3 случаях отмечена перинатальная передача ВИЧ-инфекции (4,1%, по РФ – 10,8%). Однако в отношении химиопрофилактики ВИЧ-инфицированных нет ясности. За исключением больных СПИД, где довольно трудно интерпретировать результаты определения чувствительности к туберкулину, в остальных случаях, по нашим данным, инфицированность туберкулезом ВИЧ-инфицированных достигает 96% у взрослых.

Исходя из рассматриваемой сейчас концепции о латентной туберкулезной инфекции, не исключается проведение химиопрофилактики двумя антибактериальными препаратами как минимум всем впервые инфицированным детям и подросткам. Но так как состояние ВИЧ-инфицирования является постоянным фактором риска туберкулеза, то необходимо принципиальное решение вопроса о показаниях к проведению и режимах химиопрофилактики. При этом учитывая, что даже на уровне ВОЗ этот вопрос предпочитают не рассматривать [3].

Большинство исследователей полагают, что основной риск заболевания туберкулезом у больных ВИЧ-инфекцией, не зависимо от ее стадии, возникает при контакте с больными туберкулезом, хотя на поздних стадиях он, несомненно, увеличивается. В условиях иммунодефицита вероятность развития туберкулеза повышается при снижении иммунитета до числа CD4 ниже 200, на стадиях ВИЧ-инфекции IVB, IVB, V и длительности течения ВИЧ-инфекции 7 лет и более.

Учитывая данный патогенетический аспект на ранних стадиях ВИЧ-инфекции, химиопрофилактику туберкулеза целесообразно назначать при выявлении нового случая ВИЧ-инфекции или при контакте с больным туберкулезом, на поздних же стадиях ВИЧ-инфекции – при снижении числа CD4 до 200 мкл, появлении клинических проявлений ВИЧ-инфекции (соответствующих стадиям 4Б, 4В, 5) и течении ВИЧ-инфекции 7 лет и более.

Наиболее целесообразно химиопрофилактику в любых случаях проводить двумя противотуберкулезными препаратами 3 месяца (пиразина- мид/этамбутол/рифампицин и изониазид). При этом на поздних стадиях применяются те же препараты, но курс их приема завершается, только когда иммунитет начинает восстанавливаться (решается индивидуально, но число СД4 не должно быть менее 200 мкл). Однако в настоящее время в большинстве случаев показания к химиопрофилактике выявляются слишком поздно и поэтому при высоком риске возникновения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза показано превентивное лечение не менее четырьмя препаратами под контролем показателей адаптивного иммунитета.

### Заключение

1. ВИЧ-инфицированные составляют одну из приоритетных групп повышенного риска по туберкулезу среди населения, среди них туберкулез является основным вторичным заболеванием и основной причиной смерти.
2. При ВИЧ-ассоциированном туберкулезе высокая частота распространенных форм, отмечается рост частоты первичной лекарственной устойчивости МБТ, сравнительно с ВИЧ- инфицированными достоверно преобладают интоксикационно-токсический, астеновегетативный и бронхолегочный синдромы, более выражены лимфаденопатия и гепатомегалия.
3. При ВИЧ/ТБ отмечается резкая стимуляция неспецифического звена иммунитета и усиливается иммунодефицит у больных с развернутой клиникой ВИЧ-инфекции, что способствует быстрому прогрессированию заболевания.
4. Химиопрофилактика туберкулеза приоритетно показана впервые и по показаниям, ВИЧ-инфицированным более 7 лет.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Ресурсы И Деятельность Противотуберкулезных Учреждений. Основные Экономические Показатели За 2008-2010 Годы (Статистические Материалы). – М., 2011. – 156 С.
2. Фролова О.П., Шинкарева И.Г., Новоселова О.А. Эпидемиологическая Ситуация По Туберкулезу, Сочетанному С Вич-Инфекцией, В Российской Феде- Рации // Проблемы Туберкулеза У Больных Вич- Инфекцией. – 2009. – №7. – С. 56-57. 3. Harries A. Туберкулез: Выявление, Лечение И Мониторинг По К. Томену. Вопросы И Ответы. – Geneva, 2004. – 584 С.
3. Alekseeva L. P. Features of detection, clinical course and treatment of patients with tuberculosis and hiv infection. Abstract of the thesis. ... Candidate of medical sciences, moscow, 2008; 43 p.
4. Belyakova N. V. Improvement of tuberculosis prevention in hiv-infected patients in penitentiary institutions. Abstract of the thesis. ... Candidate of medical sciences, moscow, 2011; 26 p.
5. Borovitsky V. S. Roentgenological Picture Of Pulmonary Tuberculosis Combined With Hiv Infection In Patients In A Medical Institution Of The Federal Penitentiary Service. – 2018; 1: 66–7.
6. Abdulloev Mukhriddin Ziyodulloevich. (2023). Modern Therapy of Viral Hepatitis. Texas Journal of Medical Science, 26, 66–69. Retrieved From <https://www.zienjournals.com/index.php/tjms/article/view/4636>
7. A., Abdulloev M. Z. To Study the Effectiveness Of direct-Antiviral Drug in the treatment of chronic viral hepatitis c, your act //web of scholars: multidimensional research Journal. – 2022. – Т. 1. – №. 5. – С. 201-206.
8. Ziyodulloyevich A. M. In Chronic Viral Hepatitis and Cirrhosis of the Liver, The Study of cytokine levels //barqarorlik va yetakchi tadqiqotlar onlayn ilmiy jurnali. – 2022. – т. 2. – №. 12. – Pp. 784-787.
9. Ziyodulloevich A. M. Efficiency of Etiotropic Treatment in Chronic Viral Hepatitis //Galaxy International Interdisciplinary Research Journal. – 2023. – Т. 11. – №. 4. – С. 450-454.
10. Ziyodulloyevich A. M. Studies on the determination of cytokines in patients with chronic hepatitis c with criglobulinemia //american journal of pediatric medicine and health sciences (2993-2149). – 2023. – т. 1. – №. 10. – с. 487-495.

Поступила 20.05.2025