



SOUTH KAZAKHSTAN  
MEDICAL  
ACADEMY



«ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ»

# ХАБАРШЫСЫ

«ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ»

# ВЕСТНИК

OF THE SOUTH-KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY

# VESTNIK

№2(96), 2022

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ  
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ  
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

REPUBLICAN  
SCIENTIFIC JOURNAL

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ, ХАБАРШЫ №2(96), 2022

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№2 (96), 2022

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ  
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medicina academy  
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

**Учредитель:**

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

Журнал перерегистрирован  
Министерством информации и  
коммуникаций Республики Казахстан  
Регистрационное свидетельство  
№17199-ж от 04.07.2018 года.  
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКМА» зарегистрирован в  
Международном центре по регистрации  
серийных изданий ISSN(ЮНЕСКО,  
г.Париж,Франция), присвоен  
международный номер ISSN 2306-6822

Журнал индексируется в КазБЦ; в  
международной базе данных Information  
Service, for Physics, Electronics and  
Computing (InspecDirect)

Адрес редакции:  
160019 Республика Казахстан,  
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1  
Тел.: 8(725-2) 40-22-08, 40-82-22(5113)  
Факс: 40-82-19  
www.ukgfa.kz, ukgma.kz  
E-Mail: medacadem@rambler.ru,  
raihaan\_ukgfa@mail.ru

Тираж 20 экз. Журнал отпечатан в  
типографии ИП «Қанағат»,  
г. Шымкент.

**Главный редактор**

Рысбеков М.М., доктор мед. наук., профессор

**Заместитель главного редактора**

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук,  
профессор

**Редактор научного журнала**

Шаймерденова Р.А., член Союза журналистов  
Казахстана

**Редакционная коллегия:**

Абдурахманов Б.А., кандидат мед.н., доцент  
Абуова Г.Н., кандидат мед.н., доцент  
Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент  
Кауызбай Ж.А., кандидат мед.н., доцент  
Ордабаева С.К., доктор фарм. наук, профессор  
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор  
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук,  
профессор

Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор  
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

**Редакционный совет:**

Бачек Т., асс.профессор(г.Гданьск, Республика  
Польша)  
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated  
Professor (Dudley, UK)  
Георгиянц В.А., д.фарм.н., профессор (г.Харьков,  
Украина)  
Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск,  
Россия)  
Корчевский А. Phd, Doctor of Science (г.Колумбия,  
США)  
Раменская Г.В., д.фарм.н., профессор (г.Москва,  
Россия)  
Халиуллин Ф.А., д.фарм.н., профессор (г.Уфа,  
Россия)  
Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK, Финляндия)  
Хеннеле Титтанен, (Университет LAMK,  
Финляндия)  
Шнитовска М., Prof., Phd., M.Pharm (г.Гданьск,  
Республика Польша)



**«Орта Азиядағы COVID-19 және басқа да өзекті инфекциялар»  
Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференция  
23-24 маусым 2022ж., Шымкент қ.  
Международная научно-практическая конференция  
«COVID-19 и другие актуальные инфекции Центральной Азии»  
23-24 июня 2022г., г. Шымкент  
International Scientific and Practical conference  
«COVID-19 and other topical infections of Central Asia»  
June 23-24, 2022, Shymkent**

Ұйымдастыру комитеті: «Жұқпалы аурулар және дерматовенерология» кафедрасы,  
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  
Организационный комитет: кафедра «Инфекционных болезней и дерматовенерологии»  
АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»  
Organizing committee: Department of Infectious Diseases and Dermatovenerology, «South  
Kazakhstan Medical Academy» JSC

УДК: 615.015.8:616.98:578.828-036

**Зубайдуллаева Максуда Турабджановна, Каримова Мавлюда Турабджановна, Ниязова Тожигул Ахмедовна**

Ташкентская медицинская академия м.н., доцент кафедры Внутренних болезней № 1  
к.м.н., доцент кафедры инфекционных и детских инфекционных болезней, г. Ташкент Узбекистан

## **ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ.**

### **Резюме**

В статье показано, что в настоящее время ВИЧ-инфекция представляет собой серьезную проблему как для инфекционистов, так и для врачей других специальностей. Благодаря внедрению в клиническую практику антиретровирусной терапии выживаемость ВИЧ инфицированных увеличивается, но при этом возрастают факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний таких как: артериальная гипертензия, сахарный диабет, ИБС. С другой стороны, недостаточное использование специфической терапии ВИЧ приводит к повышению частоты развития таких осложнений, как ДКМП, перикардальные выпоты, легочная гипертензия, эндокардиты, что свидетельствует о необходимости более широкого назначения антиретровирусной терапии и проведения регулярного обследования пациентов для раннего выявления у них сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: ВИЧ, сердечно-сосудистые заболевания, антиретровирусная терапия.

ВИЧ-инфекция является актуальной проблемой здравоохранения во всем мире. С повсеместным внедрением в клиническую практику комбинированной антиретровирусной терапии (кВАРТ) во многих странах мира ВИЧ-инфекция перешла в разряд длительно протекающих хронических заболеваний [5].

Параллельно с удлинением продолжительности жизни при ВИЧ-инфекции во многих странах зафиксирован рост частоты сердечно-сосудистой патологии, включая острый коронарный синдром (ОКС), коронарную болезнь сердца (КБС), атеросклероз сосудов, миокардиты, опухолевые поражения сердца, поражение клапанов сердца, аритмии, венозный тромбоз, легочная эмболия. [4,6,19].

Патология сердечно-сосудистой системы при ВИЧ-инфекции встречается как в качестве оппортунистических заболеваний, так и в качестве побочных эффектов АРВТ. Методы диагностики и подходы к лечению в обоих случаях стандартные. Возникновение сердечно-сосудистых осложнений может быть обусловлено не только наличием ВИЧ-инфекции, но и приемом АРТ. [3].

Основой лечения ВИЧ-инфекции являются средства, подавляющие репликацию вируса. Проведение антиретровирусной терапии снижает вероятность передачи ВИЧ от одного человека другому. Внедрение ВААРТ позволило снизить показатель летальности у больных ВИЧ/СПИДом более чем в 12 раз - с 25% до 2% [21].

Длительная ВААРТ может иметь ряд нежелательных побочных эффектов, в том числе нарушение липидного обмена, проявляющееся в виде гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии, липодистрофии (непропорциональное отложение жировой ткани на теле), что ведет к индукции атеросклероза и повышению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [2].

Перераспределение жировой ткани у ВИЧ-инфицированных возможно как на фоне АРВТ, так и без нее. Липодистрофия — это синдром, для которого характерно истощение периферического жира и центральный тип ожирения. По данным P. Freitas и др., 2013: «липидистрофия — хорошо известный побочный эффект АРВТ, ее распространенность у ВИЧ-инфицированных пациентов колеблется от 11 до 83%. [14].

Патогенез липидных нарушений при ВИЧ-инфекции и на фоне приема ВААРТ не вполне понятен. Предполагаемые механизмы включают повышенный печеночный липогенез, нарушение клиренса жиров из крови и эффекты измененного иммунного статуса. По литературным данным, снижение уровня ЛПВП происходит на ранних этапах ВИЧ в результате активации иммунной системы, которая провоцирует перекисное окисление липидов, выработку воспалительных цитокинов и изменения в системе обратного транспорта холестерина. В подкожной клетчатке у лиц с липоатрофией обнаружено повышенное содержание цитокинов и вырабатывающих их макрофагов. Данный процесс вызывает дисбаланс антиоксидантной системы и повышение уровня провоспалительных цитокинов. В результате воспалительного процесса, вызванного вирусом иммунодефицита человека, идет стимуляция эндотелиальной липазы, которая индуцирует фосфолипазу А2, которая, в свою очередь, снижает концентрацию ЛПВП [14].

Еще одним сильнодействующим провоспалительным медиатором является фактор некроза опухолей- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ). По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции он возрастает и вызывает перекисное окисление липидов и нарушения в обмене жирных кислот. ФНО- $\alpha$  вызывает выход свободных жирных кислот и супрессию липопротеинлипазы в культуре адипоцитов, ингибирует на уровне транскрипции глицерин-фосфатдегидрогеназу,

белок, связывающий жирные кислоты, угнетает синтез жирных кислот и ацетилКоАкар-боксилазу. Все это приводит к повышению уровня триглицеридов крови и истощению. [10,19].

Показано, что наличие абдоминального висцерального жира у женщин с ВИЧ-инфекцией повышает частоту выявляемый каротидного атеросклероза, однако наличие подкожного жира на животе уменьшает ее [14].

Ряд исследований показал, что ВИЧ-ассоциированная липодистрофия характеризуется равномерной потерей подкожного и периферического жира на фоне относительной сохранности или даже увеличения количества висцерального жира. Это приводит к относительному «центральному» ожирению, к накоплению жировой ткани в области шеи и ее перехода в верхние отделы спины (дорсоцервикальная область). Липодистрофия у пациентов с ВИЧ, как правило, сочетается с рядом признаков, характерных для метаболического синдрома (МС): инсулинорезистентность, нарушение толерантности к глюкозе натошак, гипертриглицеридемия, уменьшение уровня ЛПВП, артериальная гипертензия. Выраженность снижения ХС ЛПВП непосредственно связана с атеросклерозом и может определять прогрессирование воспалительного процесса у ВИЧ-инфицированных. Низкие значения ХС ЛПВП связаны с низким уровнем CD4-лимфоцитов и высокой вирусной нагрузкой [17]

У пациентов с ВИЧ, получающих ингибиторы протеазы, отмечено возникновение гиперлипидемии, которая характеризуется тяжелым течением, характеризуется гипертриглицеридемией, гиперхолестеринемией У пациентов с ВИЧ-инфекцией, принимающих АРТ, в некоторых случаях происходит эктопическое отложение жира в миокарде, приводящее к заболеванию сердечной мышцы, кардиостеатозу, липодистрофии, приводящей к повышенному содержанию триглицеридов в миокарде и сопровождающейся левожелудочковой дисфункцией [16,18].

Повышенные концентрации триглицеридов наблюдаются при использовании комбинаций ритонавир-саквинавир или ритонавир-лопинавир. Атазанавир – относительно недавно синтезированный ИП, который, вероятно, имеет наименьшее влияние на уровень триглицеридов [7].

По данным ряда авторов, антиретровирусные препараты, используемые для лечения ВИЧ (в частности, зидовудин), также могут вызывать развитие ДКМП за счет ингибции репликации митохондриальной ДНК и гибели митохондрий в кардиомиоцитах. Однако в исследовании S.E. Lipshultz et al. [9], в которое входили дети с ВИЧ, за 5 лет наблюдения наличия такой взаимосвязи не установлено. На данном этапе нет исследований, подтверждающих эффективность использования антиретровирусных препаратов у пациентов с ВИЧ и ДКМП. Тем не менее было показано, что применение препаратов данной группы способствует уменьшению риска развития ДКМП на 30 % [12]

Были предложены рекомендации в отношении скрининга у ВИЧ-инфицированных пациентов, например IDSA/HIVMA (The Infectious Diseases Society of America HIV Medicine Association). Согласно документу, до начала ВААРТ и через 4-6 недель после инициации следует определять липидный профиль, гликемию натошак – до начала и во время терапии; кроме того, необходим динамический контроль массы и формы тела. Эхокардиография является достаточно информативным исследованием для диагностики левожелудочковой дисфункции, гипертрофии миокарда, кардиомиопатии любого генеза. Учитывая, что это неинвазивная и не очень трудоемкая процедура, она может выполняться всем пациентам с ВИЧ-инфекцией, особенно людям с уже имеющейся сердечно-сосудистой, легочной и другой патологией, причем неоднократно. Электрокардиография также является доступным исследованием и информативна для выявления нарушений возбудимости, проводимости и автоматизма, которые часто регистрируются у ВИЧ-инфицированных [9,12]

В настоящее время по причине ограниченных данных клинических исследований тактика лечения лиц с ИБС и ВИЧ должна основываться на существующих рекомендациях для неинфицированных пациентов. Тем не менее, существуют два аспекта терапии у ВИЧ-инфицированных лиц, которые стоит упомянуть: потенциальное влияние ВААРТ в свете существующей кардиоваскулярной патологии и лечение гиперлипидемии при ВИЧ-инфекции. В современных рекомендациях Международного общества СПИДа (США) говорится, что терапию следует инициировать у асимптомных лиц при уровне CD4<sup>+</sup>-лимфоцитов < 350 клеток/мл, а если данный показатель ≥ 350 клеток/мл, то назначают индивидуализированную терапию. Несмотря на то, что некоторые авторы сообщают об отсутствии отрицательного влияния ВААРТ на структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы ВИЧ-инфицированных пациентов в возрасте до 40 лет при своевременном назначении правильно подобранной схемы высокоактивной антиретровирусной терапии [8] до сих пор неизвестно, уменьшает ли кардиоваскулярный риск более ранняя инициация ВААРТ. Тем не менее, упомянутые рекомендации поддерживают идею о раннем начале терапии у лиц с высоким кардиоваскулярным риском и при наличии других факторов высокого риска (вирусная нагрузка более 100 тыс. копий на 1 мл, быстро снижающееся число CD4<sup>+</sup>-клеток > 100/мл в год, гепатит В или С в активной фазе или наличие ВИЧ-ассоциированной нефропатии), так как пациенты, начавшие лечение при снижении абсолютного уровня CD4<sup>+</sup> лимфоцитов менее 100 клеток в 1 мкл демонстрируют худшие показатели состояния сердечно-сосудистой системы на фоне ВААРТ по сравнению с теми, кто начал ВААРТ при более высоком уровне CD4<sup>+</sup> лимфоцитов [9,12]

Основной целью инициальной ВААРТ является вирусная супрессия. Тем не менее, следует учитывать метаболические профили назначаемых препаратов у пациентов с высоким кардиоваскулярным риском. Ограничениями традиционной ВААРТ могут быть вирусная резистентность и непереносимость. В будущем новые антиретровирусные препараты, такие как ингибиторы интегразы и ингибиторы слияния («вирусного входа») могут обеспечить лучшие терапевтические опции касательно профилей сердечно-сосудистого риска.

Американское общество инфекционных болезней (The Infectious Disease Society of America, IDSA) и ААСТГ (Adult AIDS Clinical Trials Group) разработали рекомендации по диагностике и ведению пациентов с гиперлипидемией, обусловленной ВААРТ. Современные рекомендации по лечению гиперлипидемии у ВИЧ-инфицированных лиц включают модификацию образа жизни, диету и повышение физической активности – все это позволяет снизить холестеринемию на 11-25% в этой группе пациентов. Если показана гиполипидемическая терапия, то средствами первой линии у пациентов, принимающих ИП или делавирдин, являются правастатин или аторвастатин. Ниацин может вызывать инсулинорезистентность, поэтому его не рекомендуют как средство первой линии на фоне сопутствующей терапии ИП или при наличии липодистрофии. В целом, у пациентов с ВИЧ-инфекцией не рекомендуют применять секвестранты желчных кислот. Безопасным и эффективным препаратом считается эзетимиб, который добавляют к максимально переносимым дозам гиполипидемической терапии, хотя его гиполипидемический эффект при монотерапии является умеренным [1]

В заключении можно утверждать, что в настоящее время ВИЧ-инфекция представляет собой серьезную проблему как для инфекционистов, так и для врачей других специальностей. Благодаря внедрению в клиническую практику антиретровирусной терапии выживаемость ВИЧ инфицированных увеличивается, но при этом возрастают факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний таких как: артериальная гипертензия, сахарный диабет, ИБС. С другой стороны, недостаточное использование специфической терапии ВИЧ приводит к повышению частоты развития таких осложнений, как ДКМП, перикардальные выпоты, легочная гипертензия, эндокардиты, что свидетельствует о необходимости более широкого назначения антиретровирусной терапии и проведения регулярного обследования пациентов для раннего выявления у них сердечно-сосудистых осложнений. Вместе с тем, необходимо как можно раньше назначать АРВТ таким больным и до назначения антиретровирусной терапии всем следует проводить эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ). При иницировании ВААРТ следует определять липидный профиль, гликемию натощак – до начала и во время терапии; кроме того, необходим динамический контроль массы и формы тела.

#### Литература

1. Барлетт Дж, Д. Галлант Клинические аспекты ВИЧ-инфекции, Москва, 2007.
2. Белозеров Е.С., Змушко Е.И. ВИЧ-инфекция / Изд. 2-е, перераб., доп.- СПб.: Питер, 2003. 368.
3. Горячева О. Г., Козиолова Н. А., Терехина Н. А. ВИЧ-ассоциированная патология сердечно-сосудистой системы. Российский кардиологический журнал. 2019;24(11):148–154.
4. Зубайдуллаева М.Т., Каримова М.Т., Ниязова Т.А., Мирзажонова Д.Б., Султанова Г.Ю. Изменения сердечно-сосудистой системы у вич-инфицированных больных, Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы хабаршы №1-2 (82) 2018 жыл.
5. Матиевская Н.В., Снежицкий В.А., Токунова И.О. ВИЧ-инфекция и патология сердечно-сосудистой системы Медицинские новости. – 2015. – №6. – С. 6–12.
6. Матиевская Н.В., Снежицкий В.А., Токунова И.О. ВИЧ-инфекция и патология сердечно-сосудистой системы Медицинские новости. – 2015. – №6. – С. 6–12 15.
7. Хоффман К., Ю.К. Рокштро. Лечение ВИЧ-инфекции/ Москва, 2010. Стр. – 276.
8. Черноусова А.Р. Структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы ВИЧ-инфицированных пациентов на фоне высокоактивной антиретровирусной терапии. Автореферат дисс. канд. мед. наук 2007г. Москва.
9. Якушин С.С., Филиппов Е.В. ВИЧ-инфекция и сердечно-сосудистые осложнения. Клиницист. Научно-практический журнал 2011, №2.- стр.6.
10. Azovtseva O.V., Belous M.K. RUDN Journal of Medicine, 2018, 22 (1), 50—56 Причины развития липодистрофии у вич/спид больных.
11. Baker J., Ayenew W., Quick H., Hullsiek K.H., Tracy R., Henry K., Duprez D., Neaton J.D. High-density lipopro-tein particles and markers of inflammation and throm-botic activity in patients with untreated HIV infection. J Infect Dis. 2010; 201: 285—292.
12. Barbaro G.Heart and HAART: Two sides of the coin for HIV-associated cardiology issues. World J Cardiol 2010; 2(3):53.
13. Voccara F., Lang S., Meuleman C. et al. // J. Amer.Coll. Cardiol. – 2013. – Vol.61, N5. – P.511–523.
14. Glesby MJ, Hanna DB, Hoover DR, et al. Abdominal Fat Depots and Subclinical Carotid Artery Atherosclerosis in Women With and Without HIV Infection. J Acquir Immune Defic Syndr. 2018;77(3):308-16
15. Lipshultz S.E., Fisher S.D., Lai W.W., Miller T.L. Cardiovascular risk factors, monitoring and therapy for HIV-infected patients. AIDS 2003; 7 (Suppl 1): 96 –122.
16. Nelson MD, Szczepaniak LS, LaBounty TM, et al. Cardiac Steatosis and Left Ventricular Dysfunction in HIV-Infected Patients Treated With Highly Active Antiretroviral Therapy. JACC Cardiovasc Imaging. 2014;7(11):1175-7.
17. Tort O, Escribà T, Egaña-Gorroño L. Cholesterol efflux responds to viral load and CD4 counts in HIV+ patients and is dampened in HIVexposed. J Lipid Res. 2018;59(11):2108.
18. Tsiodras S, Mantzoros C, Hammer S, et al. Effects of protease inhibitors on hyperglycemia, hyperlipidemia, and lipodystrophy: a 5-year cohort study. Arch Intern Med 2000;160:2050-6.
19. Vaidya S.A., Korner C., Sirignano M.N., Amero M., Bazner S., Rychert J., Allen T.M., Rosenberg E.S., Bosch R.J., Altfield M. Tumor necrosis factor  $\alpha$  is asso-ciated with viral control and early disease progression in patients with HIV type 1 infection. J Infect Dis. 2014; 210: 1042—1046.

АИТВ ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ АНТИРЕТРОВИРАЛДЫ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ АСКЫНУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ.

Мақалада АҚТҚ-ассоцирленген оппортунистік аурулар мен жүрек-қантамыр жүйесінің зақымдалуы туралы қазіргі деректер берілген. Сонымен қатар, біріктірілген антиретровирустық ем қабылдау кезіндегі АҚТҚ жұқтырған науқастарда атеросклероз, жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) липодистрофиясының патогенезі туралы ақпарат,

сонымен қатар антиретровирустық терапияның асқинуларын диагностикалау, емдеу және алдын алу бойынша ұсыныстар беріледі.

Кілт сөздер: АҚТҚ, жүрек-қан тамырлары аурулары, антиретровирустық терапия, липодистрофия, статиндер, профилактика.

**Summary**

1. Зубайдуллаева Максуда Турабжановна, 2. Каримова Мавлюда Турабжановна 3. Ниязова Тождигуль Ахмедовна

1. Zubaydullaeva Maksuda Turabzhanovna, 2. Karimova Mavlyuda Turabzhanovna, 3. Niyazova Tozhigul Akhmedovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Internal Medicine No. 1

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Infectious and Children's Infectious Diseases, Tashkent

Key words: HIV, cardiovascular disease, antiretroviral therapy, lipodystrophy, statins, prevention.

The article presents current data about HIV-associated opportunistic diseases and damages of the cardiovascular system. In addition, it gives information about the pathogenesis of the formation of atherosclerosis, lipodystrophy of coronary heart disease (CHD) in HIV-infected patients while receiving combined antiretroviral therapy, as well as recommendations for the diagnosis, treatment and prevention of antiretroviral therapy complications.

Сведения об авторах:

1. Зубайдуллаева Максуда Турабжановна, к.м.н., доцент кафедры Внутренних болезней № 1 - maksuda.zubaydullaeva@mail.ru +998977620622
2. Каримова Мавлюда Турабжановна, к.м.н., доцент кафедры инфекционных и детских инфекционных болезней +998946194535
3. Ниязова Тождигуль Ахмедовна к.м.н., доцент кафедры инфекционных и детских инфекционных болезней

**МРТИ 76.29.57**

**УДК : 616.517 : 615.38 -036**

**Г.У. Жанабаева\*, З.И. Ахмеджанова\*\*, доктор медицинских наук, А.А. Джумагалиева\*\*\***

\*Республиканский КВД г. Нукус, Республика Каракалпакстан

\*\*Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, г. Ташкент, Узбекистан.

\*\*\*Республиканский КВД г. Нукус, Республика Каракалпакстан

### **ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА**

**Резюме.** Псориаз как системное заболевание, формируется из многочисленных факторов, приводящие к развитию и обострению псориаза. Пандемия коронавируса, может вызвать необратимые повреждения различных систем организма, в частности на сердечно-сосудистую и мочеполовую. Несмотря на множество разносторонних исследований, до сих пор нет единого мнения об этиологии и патогенезе данного заболевания нет эффективного алгоритма лечения, что часто приводит к инвалидности. Это наблюдение демонстрирует, как присоединение инфекции, меняет развитие, течение псориаза.

**Ключевые слова.** Псориаз, коморбидные заболевания, инфекция, псориазная артропатия, COVID, эритродермия.

Псориаз как системное заболевание, формируется из многочисленных факторов, где процессы нарушения обмена веществ сочетаются со специфическими изменениями внутриклеточной регуляции, воспаления и различных иммунных изменений [1]. По литературным данным в структуре заболеваний в дерматологических клиниках псориаз составляет до 40% [2]. В последнее время наблюдается омоложение возраста страдающих псориазом, увеличилось число тяжелых, осложненных клинических форм в 1,4-2 раза, на фоне этого увеличилось число инвалидов II - III групп по данному заболеванию [3,4]. Псориаз редко приводит к гибели больных, в тоже время значительно ухудшает качество жизни пациентов, социальную и трудовую адаптацию [5]. Финансовые затраты на лечение, обычно достаточно продолжительны и существенны. Дополнительно возникают нарушения со стороны желудочно-кишечной, сердечно-сосудистой и нервной систем, патология которой выявляется у 42-71% обследованных больных [6]. Значение иммунных механизмов в развитии псориаза подтверждено исследованиями многих авторов [7,8,9]. Они выявляются во всех звеньях иммунологической защиты гуморальном, клеточном, неспецифической резистентности и в формировании иммунного ответа принимают участие клеточные элементы кожи [10,11,12]. Факторы, приводящие к развитию и обострению псориаза, разнообразны, определены ведущие провоцирующие факторы, оказывающие влияние на распространенность псориаза: возраст, пол, этническая принадлежность, географическое место проживания, инфекционные агенты: инфекции, вызванные чаще стрептококками и вирусами, аллергические состояния, нервно-психическое травмы, стрессы. Эти и другие воздействия,

СОДЕРЖАНИЕ

АКЫЛБЕКОВА Д.Б., ЖУМАГАЛИЕВА Ж.С., ТОЛЫКБАЕВА Б.К., УАЗИРХАНОВА Н.Д., МАУКАЕВА С.Б. ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ	3
АХМЕДОВА М.Д., РУЖЕНЦОВА Т.А., ИМАМОВА И.А., МИРЗАДЖАНОВА Д.Б., НАЗИРОВ Ш.А., БОБОЖОНОВ Ш.Ж. ИЗУЧЕНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ COVID-19	4
АХМЕДОВА М.Д., АБЗАМОВ О.Ф., МАГЗУМОВ Х.Б., АНВАРОВ Ж.А., ГАЙБУЛЛАЕВ Ф.Х., ТАШПУЛАТОВА Ш.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗАПОЗДАЛОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА	12
ЖУМАГАЛИЕВА Г.Д., ШАЛЕКЕНОВА С.К., БАЙГУЛИЕВА А.Б. КОКЛЮШ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА	16
ЖУМАГАЛИЕВА Г.Д., АБДУГАЛИЕВА Н.Ш., АСТРАХАНОВ А.Р., СИСЕНОВ А.Ж. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	17
ЖУМАГАЛИЕВА Г.Д., АСТРАХАНОВ А.Р., МАМЫРБАЕВА М.А. К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННОГО ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОГО ГЕПАТИТА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	21
MIRKHAMIDOVA S.M., KHUDAJKULOVA G. K. THE IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON HIV	27
ХУДАЙКУЛОВА Г.К., ЮЛДАШЕВА Ф.У. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ МОБИЛЬНЫХ БРИГАД В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СИСТЕМЫ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	30
ТУЙЧИЕВ Ж.Д. ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ПАТОГЕННОЙ КОИНФЕКЦИИ У ТЯЖЕЛЫХ БОЛЬНЫХ С COVID-19	34
ХАСАНОВА Ш.А., ТАДЖИЕВ Б.М. КАК ОЦЕНИВАТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19). ШКАЛА ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ	35
ТАДЖИЕВ Б.М., ИБРАГИМОВА Х.Н., ТОЙЧИЕВ А.Х., ШАМСУТДИНОВА М. И., ОСИПОВА С.О. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИПРОТОЗОЙНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ЗАРАЖЕННЫХ BLASTOCYSTIS SP.	36
ТОЙЧИЕВ А.Х., ГАФНЕР Н.В., БЕЛОЦЕРКОВЕЦ В.Г., РАХМАТОВА Х.А., ОСИПОВА С.О. РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1В В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО АСПЕРГИЛЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ	41
TUYSHIEV L.N., KHUDAJKULOVA G.K., SADIKOV KH.M.A. FACTORS AFFECTING ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY IN CHILDREN	41
ТУЙЧИЕВ Л.Н., ХУДАЙКУЛОВА Г.К., МУМИНОВА М.Т., ЭРАЛИЕВ У.Э., МИРХОШИМОВ М.Б., ХОЛМАТОВ С.И. НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ	45
TUYSHIEV L. N., RAKHMATULLAYEVA SH.V., MUMINOVA M.T. ASSESSMENT OF THE STATE OF INTESTINAL MICROBIocenosis IN CHILDREN WITH ACUTE INFECTIOUS DIARRHEA DEPENDING ON THE VIRAL LOAD IN HIV INFECTION	47
ТАДЖИЕВ Б.М., ДИНМУХАММАДИЕВ Н.А., ФАЙЗУЛЛАЕВА Д.Б. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ	50
ЗУБАЙДУЛЛАЕВА М.Т., КАРИМОВА М. Т., НИЯЗОВА Т. А. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ	51
ЖАНАБАЕВА Г.У., АХМЕДЖАНОВА З.И., ДЖУМАГАЛИЕВА А.А. ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА	54
ТАДЖИЕВ Б.М., ШАИСЛАМОВА М.С., ЗАЛЯЛИЕВА М.В., КАРИМОВА М.Т., ОСИПОВА С.О. ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОВ НА СЕНСИБИЛИЗАЦИЮ К ПИЩЕВЫМ ПРОДУКТАМ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	58
ШАИСЛАМОВА М.С., ЗАЛЯЛИЕВА М.В., ОСИПОВА С.О. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И КРАПИВНИЦЫ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ	63
АЛАДОВА Л.Ю., ШУКУРОВ Б.В., БАБАДЖАНОВА Ф.У., КАСЫМОВА М.Б., ЭРГАШЕВ Б.М. КАНДИДОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	64
ЖОЛДЫБАЙ Ж.Ж., ЖАКЕНОВА Ж.К., АШИМБЕКОВ С.Ж., ФИЛИППЕНКО Е.В., АМАНКУЛОВА Ж.Б., КЛУШКУЖИЕВА А.М., ТУСУПОВА А.У. КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ	64