

УЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРКАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ
ЮКУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВА
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

Кулёзма хукукида
УДК.616.98.36-002.08

ЭРНАЗАРОВ АЗАМАТ МАХМУДОВИЧНИНГ

магистрлик илмий даражасини олиш учун

**ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ ВА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В
КАСАЛЛИГИНИНГ БИРГАЛИКДА КЛИНИК КЕЧИШ
ХУСУСИЯТЛАРИ**
мавзусидаги илмий иши

5 А 510107-Юкумли касалликлар

Илмий рахбар: доцент Ходжаев Н.И.

Тренер: доцент Ярмухаммедова Н.А.

Самарканд 2016

Мундарижа

Кискартирмалар руйхати.....	3
КИРИШ.....	4
1 БОБ: Адабиётлар тахлили.....	10
1.1. ОИВ инфекцияси тарихи. ОИВ инфекцияси этиологияси, юкиш йуллари ва юкиш омиллари.....	10
1.2. ОИВ ва СВГВ инфекцияси билан хасталанган беморларда сурункали гепатит клиник куруниши характеристикаси ва кечиш хусусиятлари.....	28
2 БОБ. Тадкикот усуллари ва материаллари	40
2.1. Кузатувдаги беморларнинг умумий характеристикаси.....	40
2.2. Кузатувдаги беморларни текшириш усуллари.....	40
3 БОБ. Текширувдаги беморларнинг клиник характеристикаси.....	53
3.1. ОИВ инфекцияси ва сурункали гепатит В минимал фаоллик даражаси билан хасталанган беморларнинг клиник характеристикаси.....	53
3.2. ОИВ инфекцияси ва сурункали гепатит В паст фаоллик даражаси билан хасталанган беморларнинг клиник характеристикаси.....	57
3.3. ОИВ инфекцияси ва сурункали гепатит В уртача фаоллик даражаси билан хасталанган беморларнинг клиник характеристикаси.....	63
3.4. ОИВ инфекцияси ва сурункали гепатит В юкори фаоллик даражаси билан хасталанган беморларнинг клиник характеристикаси.....	68
Мухокама.....	76
Хулоса.....	82
Амалий тавсиялар.....	83
Адабиётлар руйхати.....	84

КИСКАРТИРМАЛАР РУЙХАТИ

CD4	-	(инглизча суз булиб clusterofdifferentiation маъносини билдиради) CD4 рецепторга эга Т-лимфоцитлар
АЛАТ	-	аланинаминотрансфераза
АРВП	-	антиретровирус препаратлар
АсАТ	-	аспартатаминотрансфераза
ВГВ	-	вирусли гепатит В
ОИВ	-	одаммун танкислик вируси
ВЗ	-	вирус зурикиш
ЖССТ	-	Жахон согликни саклаш ташкилоти
ДНК	-	дезоксирибонуклеин кислота
ИБ	-	иммун блот
ИКХ	-	иммунокомпетент хужайралар
ИРИ	-	иммунорегулятор индекс
ИФТ	-	иммунофермент анализ
ТК	-	табий киллерлар
ОИ	-	оппортунистик инфекция
ПЦП	-	пнеумоцистли пневмония
ПЗР	-	полимераз занжирли реакция
РНК	-	рибонуклеин кислота
ЭЧТ	-	эритроцитлар чукиш тезлиги
ОИТС	-	ортирилган иммун танкислик синдроми
ТБ	-	туберкулез
УТТ	-	ультратовуш текширув
ЦИК	-	циркуляциядаги иммун комплекс хужайралар
МАТ	-	марказий асаб тизими
ЭКГ	-	электрокардиограмма
СВГВ	-	сурункали вирусли гепатит В

КИРИШ

Муаммонинг долзарблиги: ОИВ-инфекцияси ва гепатит В микст инфекцияси бутун дунё буйича кенг тарқалган. Бу ҳолат биринчи уринда ОИВ инфекция ва гепатит В касаллиги вируси эпидемиологик жихатдан бир хил тарқалиш йулларига эгаллиги билан боғлиқ (Журнал “Клиническая медицина особенности вирусного гепатита В у больных ВИЧ инфекцией” Авт. В.Г. Канестри., А.В., Кравченко 2011 г.).

ЖССТ маълумотларига кура, бутун дунё буйича ушбу микст инфекция билан касалланган беморлар сони уртача 4-5 млн.ни ташкил қилади. Европа худудларида ОИВ инфекцияси билан зарарланганлар орасида ВГВ касаллигининг тарқалиши жуда катта ва уртача 40 % ни ташкил қилади. Узок йиллар давомида ОИВ инфекция билан хасталанган беморлар оппортунистик хасталиклардан вафот этишганлиги боис, гепатит В касаллиги муҳим аҳамиятга эга эмасди (2,3,4).

1996 йилга келиб, вазият узгарди. Бу ҳолат антиретровирусли терапиянинг йулга қуйилганлиги ва ОИВ инфекция билан хасталанган беморларда оппортунистик касалликларининг ривожланиш хавфи камайиши билан боғлиқдир (4,5,6).

ОИВ инфекцияси оқибатида келиб чиққан иммунтанкислик ҳолати ВГВ кечишини тезлаштиради. ОИВ ва ВГВ микст инфекцияси булган беморларнинг жигар туқимасида яллигланиш ва фибротик жараёнлар жуда яққол намоён булади. Шунингдек, фиброзланиш факат ВГВ билан зарарланган беморларга нисбатан жуда тез ривожланади. Айни дамда ОИВ инфекцияси билан хасталанган беморларда касаллик кечишининг оғирлашувига олиб келувчи оппортунистик инфекциялар орасида сурункали гепатит В касаллиги биринчи уринга чиқди (1,2).

ОИВ вируси билан хасталанган беморларда ВГВ инфекцияси асосан сурункали гепатит шаклида учраб, беморларда касаллик клиник белгилари етарлича ифодаланмаган булади.

Аксарият ОИВ билан касалланган беморларда сурункали гепатит В касаллиги паст фаолликда ва яққол ифодаланмаган фиброз белгилари билан кечиши тадқиқотларда аниқланган (В.Г. Канестри, А.В. Кравченко, О.А. Тишкевич, Е.Л.Голохвастова, И.А. Симонова “Хронический гепатит В у ВИЧ инфицированных”).

ВГВ ва ОИВ микст инфекциясида ВГВ инфекциясининг манифест шакллари жуда тез ривожланади, бу касаллик жигар циррози ва жигар етишмовчилиги билан асоратланади, ОИВ инфекцияси прогрессив равишда ривожланиб, ОИТС касаллиги ривожланади. ОИТС касаллигининг этиологияси, эпидемиологияси, диагностикаси, клиникаси ва давоси тугрисида турли адабиётларда тулик маълумотлар берилган бўлса-да, ОИТС касаллигининг ВГВ билан кечиш хусусиятлари тулигинча урганилмаган. Шу боис, биз ОИВ инфекцияси ва ВГВ касаллигининг биргаликда кечиш хусусиятларини урганишни уз олдимизга мақсад қилиб қўйдик.

Тадқиқот мақсади:

Самарқанд вилояти ҳудудида ОИВ инфекцияси ва сурункали вирусли гепатит В касаллигининг биргаликда клиник кечиш хусусиятларини урганиш.

Тадқиқот вазифалари:

1. Самарқанд вилояти ҳудудида ОИВ ва СВГВ инфекцияси биргаликда кечишида беморларда сурункали вирусли гепатит В касаллиги клиник қуринишларини ва клиник кечиш хусусиятларини ёритиш;
2. Самарқанд вилояти ҳудудида ОИВ ва СВГВ инфекцияси биргаликда кечишида беморларда бу иккала касалликнинг бир-бирига узаро таъсирини аниқлаш;
3. ОИВ ва СВГВ инфекцияси биргаликда кечишида клиник ва лаборатор узгаришларга асосланиб, касалликка аниқ ва тугри таъхис қуйишда ёрдам берувчи омилларни амалиёт шифокорларига ёритиб бериш.

Текшириш объектлари ва усуллари: ОИВ ва ВГВ инфекцияси билан хасталанган 40 бемор текширилди. Текширув предмети-кон, сийдик, кон зардоби, текширилган беморларнинг протоколлари хисобланади.

Текшириш усуллари: клиник, биохимик, эпидемиологик, серологик, ПЗР, эпидемиологик, лаборатор-умумий кон тахлили, биокимёвий, ИФТ, УТТ, фиброскан, иммуноблот ва статистик.

Химояга куйилган асосий ҳолатлар:

1. Самарқанд вилояти ҳудудида ОИВ ва СВГВ инфекцияси биргаликда кечишида беморларда СВГВ касаллиги клиник қуринишларини тахлил этиш.
2. ОИВ ва СВГВ инфекцияси биргаликда кечишида беморларда СВГВ касаллиги клиник белгиларини аниқлаш.
3. ОИВ инфекцияси фонида беморларда СВГВ нинг клиник белгилари юзага чиқишида асосий касаллик ахамиятини аниқлаш.

Илмий янгилик:

1. Самарқанд вилояти мисолида илк бора ОИВ инфекцияси ва сурункали вирусли гепатит В касаллиги биргаликда кечишида касаллик клиник белгилари урганилди.
2. Самарқанд вилояти ҳудудида илк бора ОИВ инфекцияси ва сурункали вирусли гепатит В касаллиги биргаликда кечишида бу иккала касалликнинг бир-бирига узаро таъсири аниқланилди.
3. ОИВ ва СВГВ инфекцияси биргаликда кечишида клиник ва лаборатор узгаришларга асосланиб, касалликка аниқ ва тугри ташхис қуйишда ёрдам берувчи омиллар амалиёт шифокорларига ёритиб берилди.

Тадқиқотнинг амалий ахамияти:

1. ОИВ инфекцияси ва СВГВ касаллиги биргаликда кечишида СВГВ касаллигининг клиник қуринишлари ва кечиш хусусиятлари амалиёт шифокорларига ёритиб берилди ва ВЮККШ фаолиятига татбиқ этилди.

2. ОИВ инфекцияси ва СВГВ касаллигининг биргаликда кечишида иккала касалликнинг ҳам организмга салбий таъсири урганилди, шунингдек, уларда антиретровирусли терапиянинг гепатотоксик таъсири фонида СВГВ нинг кечиш хусусиятлари ёритиб берилди.
3. ОИВ инфекцияси ва СВГВ касаллиги биргаликда кечишида клиник ва лаборатор узгаришларга асосланиб, касалликка аник ва тугри ташхис куйишда ёрдам берувчи омиллар амалиёт шифокорларига ёритиб берилди ва ВЮККШ фаолиятига татбик этилди.

Натижаларнинг амалиётга татбик этилиши. Диссертация метариаллари юзасидан «ОИВ инфекциясининг сурункали вирусли гепатит В касаллиги билан биргаликда кечиш хусусиятлари» мавзусида укув услубий кулланма ишлаб чиқарилди ва Юкумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси укув жараёнига татбик этилди (Самарканд 2015). Диссертация иши натижалари куйидаги илмий нашрларда чоп этилди:

1. “Некоторые клиник-эпидемиологические показатели вирусного гепатита “В” по материалом областной инфекционной больницы”. 68 Материалы научной конференции тудентов медиков международным участием. “Актуальные вопросы медицинской науки”. Самарканд 5 апрель 2014г.
2. Некоторые клиничко-эпидемиологические показатели вирусного гепатита “В” в городе Самарканда. “ХИСТ”. Всеукраинский журнал студентов молодых учёных. Выпуск № 16, 2014.
3. Клинические проявления хронического вирусного гепатита В у больных ВИЧ инфекцией. Биология ва тиббиёт муаммолари. Халқаро илмий журнал №3. 2014 й.
4. “Клиническая и лабораторная диагностика хронического вирусного гепатит ”В” у ВИЧ инфицированных. Биология ва тиббиёт муаммолари. Халқаро илмий журнал №4. 2015 й.
5. “Сурункали вирусли гепатит В нинг ОИВ инфекцияси фонида клиник кечиш хусусиятлари». Ўзбекистон врачлар ассоциацияси бюллетени.

Натижаларнинг нашр этилганлиги. Диссертация иши юзасидан 2 та илмий макола, 2 та халқаро тезис, 1 та республика микёсида тезис, Тиббиёт олий укув юрти талабалари учун 1 та укув услубий кулланма чоп этилган.

Диссертация иши хажми ва структураси.

Диссертация иши 14 шрифтда, Times New Roman, каторлар оралиги 1,5 дан, структураси 94 варақдан иборат. Диссертация иши уз ичига титул варақ, икки тилда баён этилган аннотация, мундарижа, кириш қисми, асосий қисм, хулоса, фойдаланилган адабиётлар руйхатини камраб олади.

Амалий тавсиялар

1. Самарқанд вилояти худудида ОИВ инфекцияси ва СВГВ касаллиги биргалиқда кечишида СВГВ касаллигининг кечиш хусусиятларини аниқлаш ушбу касалликларга уз вақтида ташхис қуйиш ва даволашга олиб келади.
2. Шунингдек, ОИВ инфекцияси ва СВГВ касаллиги биргалиқда кечишида СВГВ касаллигининг кечиш хусусиятларини СВГВ касаллигининг узига хос кечиш хусусиятлари ва клиник қуринишлари аниқланди ва ВЮККШда амалиётга татбиқ этилди.
3. ОИВ инфекцияси сурункали вирусли гепатит В касаллиги билан биргалиқда кечишида ушбу касалликларга уз вақтида ташхис қуйилиши ташхис қуйилиши беморлар умрининг узайишига ва яшаш сифатининг яхшиланишига ёрдам беради.

1 БОБ: Адабиетлар тахлили

1.1. ОИВ инфекцияси тарихи. ОИВ инфекцияси этиологияси, юкиш йуллари ва юкиш омиллари

ОИВ инфекцияси хозирги вақтда узининг кенг тарқалганлиги, турли хилдаги юкиш йуллари борлиги, узок вақт мобайнида сурункали кечиши, охир оқибат летал оқибатга олиб келиши ва жамиятга жуда ҳам катта иктисодий ва ижтимоий зарар олиб келиши билан муҳим аҳамиятга эга.

ОИВ инфекцияси дунёда пандемия кўринишида тарқалган, ХХІ асрнинг ҳал қилиниши керак бўлган долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ)нинг маълумотларига кўра дунё бўйича ОИВ инфекциясини юқтирганлар сони 33,3 (31,4- 35,3) млн.дан ошди. Улардан 2,5 (1,6- 3,4) млн. ни болалар ташкил этади.

ОИВ инфекцияси эпидемиологик нуқтаи назардан антропоноз ҳисобланади, бу инфекциянинг юкиш манбаи фақат ОИВ юқтирган одамлар ҳисобланади. ОИВ инфекциясининг ер юзида кенг тарқалиши инсоният учун катта хавф туғдирмоқда, дунё тараққиётига жиддий таҳдид солмоқда.

Ер куррасида ОИВ инфекцияси қайд этилмаган бирорта ҳам мамлакат қолмади. Кейинги 5 йилда Шарқий Европа ва Марказий Осиё давлатларида ОИВ эпидемиясининг фаоллашуви кузатилмоқда.

ОИВ инфекцияли бемор умрининг охиригача вирусни юқтириш хавфини сақлаб қолиши, вируснинг генетик ўзгарувчанлиги (мутация)си туфайли дунё бўйича касалликнинг олдини олишга қодир, самарали вакцинациянинг (эм дорининг) йўқлиги, касаллик асосан хулқ-атвори бузуқ шахслар орасида тарқалишига мойиллиги ва улар билан самарали ишлаш имкони қийинлиги, ОИВ инфекциясининг тарқалишини бутунлай тўхтатиб қоладиган чора- тадбирларнинг дунё бўйича ишлаб чиқишнинг имкони йўқлиги, касалликни чақирувчи вирусга самарали таъсир этувчи даволаш воситаларининг ҳозирча топилмаганлиги ОИВ эпидемиясининг кенг тарқалишига замин яратмоқда.

Гиёҳвандликка берилиш, пала- партиш жинсий алоқага киришиш, касалликнинг юқиш йғллари ва ундан ҳимояланиш йўллари билмаслик, хулқ атвори бузук шахсларнинг жамиятда фаолият юритиши касалликнинг тарқалишида асосий роль ўйнамоқда.

Даволаш – профилактика муассасаларида санитария – гигиена, дезинфекция ва эпидемияга қарши кураш тадбирларига эътибор сусайганлиги, кўпчилик даволаш профилактика муассасаларининг санитария – гигиена қоида ва меъёрларига тўғри келмаслиги, тиббий ходимлар томонидан бу қоидаларни бузиш ҳолатлари, шифохона ходимларининг ОИВ инфекцияси ва унинг профилактикаси соҳасидаги билим савияларининг юқори эмаслиги, ОИВ инфекциясининг шифохона ичида тарқалишига замин яратмоқда.

Шарқий Европа ва Марказий Осиё буйича регионал вазият:

- Шарқий Европа ва Марказий Осиё мамлакатларида эпидемия йилдан – йилга кучайиб янги ҳудудларни қамраб олмоқда.
- ЮНЭЙДС маълумотлари бўйича 2008 йилда Шарқий Европа ва Марказий Осиё мамлакатларида ОИВ билан яшаётган инсонлар 1.5 миллион кишини ташкил этган.
- Зарарланганларнинг 70 фоизини 30 ёшгача бўлган ёшлар ташкил этади.
- Охирги 5 йил ичида Шарқий Европа ва Марказий Осиё ҳудудларида ОИВ билан зарарланганлар орасида аёллар салмоғи кескин ошмоқда.

80 – йилларнинг бошларида ОИВ – фақат гомосексуалистлар учунгина хос бўлган касаллик, деб гумон қилинган. Кейинчалик бу касаллик нафақат гомосексуалистларда, балки бир неча бор қон ва қон маҳсулотларини олган кишилар, тартибсиз жинсий алоқада бўлганлар, гиёҳванд моддаларни игна орқали қабул қилувчилар, яъни турли гуруҳдаги кишиларда учраши мумкинлиги аниқланди.

ОИВ вируси ретровируслар оиласи, лентивируслар туркумига мансуб бўлиб, одамларда ОИВ касаллигини кўзғатади. 1979 йилда Нью Йорк ва

Лос- Анджелес клиникаларида ётган бесоқолбозларда иммун тизимининг ғайри табиий бузилиши аниқланди, бу беморларда генитал герпес, қон томирларининг раки (Капоши Саркомаси) ва ўпканинг кам учрайдиган яллиғланиши (пневноцистли пневмония) нинг оғир кечиши кузатилди. ОИВ инфекциясини биринчи марта 1981 йили АҚШда бесоқолбоздан топилган. Бир йилдан сўнг бу касаллик Европа ва дунёнинг бошқа мамлакатларида ҳам қайд қилинган. Ҳозир ОИТС деярли барча давлатларда тарқалганлиги учун буни XX асрнинг вабоси ҳам деб аталади. 1983 йилда Парижда Пастер институтида доктор Люкс Монтано ва Америка Қўшма Штатлари соғлиқни сақлаш Миллий институтида доктор Роберт Галло раҳбарлигидаги гуруҳлар бир- бирдан беҳабар ҳолда одамнинг Т- лимфотроп вирусини аниқлади. Бу вирусга 1985 йил ЖССТ томонидан одамнинг иммунитет танқислиги вируси (ОИВ)деган ном берилди. Вирусни ўта кучли электрон микроскопларда кўриш мумкин, холос.

ОИВнинг келиб чиқиши хақида назариялар:

1. ОИВ инфекцияси табиий зооноз келиб чиқишга эга:
 - XX асрнинг 50- йиллари бошларида ҳайвонлар учун патоген бўлган вирусларнинг генетик рекомбинацияси содир бўлган ва бунинг натижасида улар инсонларда патогенлик хусусиятини намоён қилган;
 - Яшил мартишка (макакалар жинсига мансуб, узун думли кичик маймун)лар иммунотанқислик вируси (SIV)нинг мутацияси натижасида инсон учун патоген вирусга айланган;
2. ОИВ табиий шароитларда антропоген келиб чиқишга эга:
 - ОИВ – инсонларда узоқ вақт давомида касаллик чақирган ва инсоннинг Ер юзида тарқалиши жараёнида эволюцион мавжуд бўлган типик вирусдир;
 - Марказий Африкада ОИВ узоқ вақт давомида эндемик касаллик кўзгатувчиси с ИФТтида мавжуд бўлган, сўнгра Гаити ороллари

орқали АҚШга ўтган, шу ердан унинг эпидемик тарқалиши юзага келган;

- Бу вирус инсон организмида аввалдан мавжуд бўлиб, касаллик энгил шаклда ўтган, охири вақтларда вирус мутацияга учраган. Бу фикр 1968 йилда вафот этган Сент-Луис шаҳридаги бир бесоқолбознинг музлатиб қўйилган тўқималари намуналарида ушбу вируснинг бир тури аниқланганлигига асосланиб қўйилди.

3. Вирус таҳлилхоналарда, ген инженерия усулида, олимлар томонидан биологик қурол с ИФТтида сунъий яратилган, деган фикр тарафдорлари ҳам бор.

ОИВ ретровируслар оиласига кирувчи вирус булиб, «ретро» сузи тескари деган маънони англатади.

Ретровируслар оиласи 3 кичик оиладан иборат булиб, куйидаги гуруҳларга булинади:

- *Онковируслар*
- *Лентивируслар*
- *Одам ва маймуннинг купиксимон вируслари*

ОИВ инфекциясини лентивируслар чакиради. Ленти сузи узок давом этувчи, секин ривожланувчи маъносини билдиради.

ОИВнинг 2 тури мавжуд:

ОИВ-1 -Дунёда кенг тарқалган

ОИВ-2- Шаркий Африкада аниқланган.

ОИВ-1 нинг 3 та гуруҳи мавжуд.

М (major)- купчилик штамларни ташкил этади.

N (non-VnonO) – Камерунда оз микдорда тарқалган.

O (outlier) – Шаркий Африка ва Камерунда аниқланган.

М гуруҳи вирусининг жуда куп суб типлари мавжуд.

ОИВ инфекцияси 1981 йилдан бошлаб бутун дунё буйлаб тарқалиб бормокда. Биринчи булиб ОИВ инфекцияси хакидаги маълумотлар 1981 йилда CDC (США, Атланта-Centers for Disease Control, 1981) ташкилоти

томонидан чиқариладиган «Хасталаниш ва улим курсаткичи хафталиги» журналида курсатилганди. Айнан шу вақтда, бундан олдин иммун тизимнинг касалланиши кузатилмаган 5 та беморларда пневмоцистли пневмония ва 28 та беморда Капоши саркомаси касаллиги аниқланди. Шу ҳолатнинг узи олимларни ноаниқ этиологияли иммун танқислиги касаллигининг келиб чиқиш сабабларини урганишга ундади. Бу янги патология узининг эпидемиологияси билан ҳаммани ажаблантирди: беморларнинг 99 % 25 ешдан 49 ешгача булган эркаклар, улардан 94 % гомо ва бисексуаллар булиб, улардан 40% касаллик улим ҳолати билан яқунланди (Imagawa D.T. et. al., 1989).

Касалликнинг юқумли эканлиги хақидаги тахминлар 1982 йилнинг июнь ойида айтиб утилди, бунга асосий сабаб ОИВ инфекцияси билан касалланган беморлар гомосексуалист булиб, охириги 5 йил ичида бошқа айнан шундай беморлар билан жинсий алоқада булган. Уша вақтнинг узида бетартиб жинсий алоқа билан шугулланиш касалланиш курсаткичининг купайишига олиб келиши кайд килинганди (CDC, 1982).

1982 йилда АКШда Жахон Соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан 1979 йилдан бошлаб кайд этилган ОИВ инфекцияси хақидаги биринчи статистик маълумотлар кайд этилди (CDC, 1982). Беморлар сонининг йилдан йилга купайиб бориши (1979 йилда 7 та, 1980 йилда 46 та, 1982 йилда 249 та бемор кайд этилган) унинг эпидемик характерга эгаллигини ва беморлар орасида улим курсаткичининг юқорилиги (41%) бу муаммонинг ижтимоий ва иқтисодий жихатдан муҳимлигини тасдиқлади.

ОИВ инфекциясининг тахминий кузгатувчиси кашф килингандан сунг (Barre-Sinoussi F. et al., 1983), касалликка ташхис куйишда серологик усуллар кулланила бошлади. Бу ҳолат касалликнинг клиник ва эпидемиологик жихатлари урганилишига туртки булди.

ОИВ инфекцияси кузгатувчиси ретровируслар оиласи, лентавируслар гуруҳига киради (WHO, 1994). Кузгатувчининг узига хос хусусиятлари ОИВ инфекциясининг клиник ва эпидемиологик кечишини белгилайди.

ОИВ – ретровирус оиласига мансуб, коник еки таекчасимон нуклеотидга эга булиб, ташки кобик билан уралган (Хаитов Р.М., 1988, Покровский В.И. и др., 1992; Barre-Sinoussi F., 1983; Medougal J.S. et al., 1985; Fauci A.S., 1987; Scott G.B., 1989; Anastasio E.D. et al., 1992; Baltimore D., 1995; Clementi M. et al., 1996).

ЖССТ маълумотларига кура, Осиё ва Африка давлатларида бу касаллик буйича эпидемик жараён йилдан йилга усиб бормокда. Бу турдаги давлатларга Россия ва Марказий Осиё давлатлари хам киради.

Хозирги вақтга келиб ОИВ инфекцияси билан касалланганлар сони 42 миллион кишини ташкил қилади, шу билан бирга йилига 3 миллионга яқин инсонлар шу касаллик туфайли оламдан утади. Айнан шунинг учун ОИВ инфекцияси буйича эпидемик ҳолатни «пандемия» турига киритиш мумкин. (UNAIDS/WHO, 2002).

ОИВ инфекциясининг бундай тез тарқалишининг асосий сабаблари табиий йуллар билан бир қаторда, нотабиий яъни наркотикларнинг томир ичига юборилиши ва жинсий йуллар билан тарқалишидир (ВОЗ, 1997; Карабанов, 2000; инфекционный бюллетень 2001; Rhodes T. et al., 1999; UNATOS/WHO, 1999; Burrows D. et al., 2000).

Адабиётларда ёзилишича, Ўзбекистон ва хориж давлатлари орасида миграцион жараённинг мунтазам бўлиб туриши гиёмвандлик муаммосининг чуқурлашувига ва ОИВ инфекциясининг жинсий йуллар билан қупайишига олиб келмокда.

Ахолининг айникса ёшлар орасида наркотик моддалар истеъмоли натижасида ОИВ инфекцияси билан бир қаторда парентерал йул билан юкадиган гепатит (ВГВ ва ВГС) касаллигининг юкиши қупаймокда. Айнан шу ҳолат гепатит В ва С касаллигининг қупайишига олиб келмокда.

ОИВ инфекциясининг ривожланиши натижасида Т лимфоцитларнинг хелперлар тури зарарланади. Улар эса айни вақтда CD4+-лимфоцитлар индукторлари ҳисобланади (Drew W.V., 1989, 1994; Tong-Starksen S.E. et al., 1989, Connor S. 1995, Ho D.D., 1997). Вирус CD4 рецепторлари булган

хужайралар ичига киради. Бу рецепторлар асосан лимфа, тукима суюклиги ва асаб тизимининг носпецифик элементлари хужайраларида учрайди (Charman J.C. et al., 1987).

Хозирги кунда вируснинг структур ва антиген хусусиятлари билан фаркланадиган асосий 2 та типи ОИВ -1, ОИВ-2 фаркланади. Хозирги вақтда ОИВ инфекция билан касалланган беморларнинг 90 % да ОИВ-1 аниқланган. ОИВ – 2 ОИВ – 1 билан 50% генетик жихатдан ухшаш хисобланади. ОИВ – 2 купинча Африка ва Мозамбикда кенг тарқалган, энг куп эса Гвинеяда (8,9 % катта ешдаги аҳоли хасталанган) тарқалган. ОИВ вируси мутацияга тезда киришади. Бу узгаришлар натижасида узгарадиган штаммлар вужудга келади. Натижада ОИВ вирусиде вирусга қарши воситаларга ҳам сезувчанлик тезда узгаради (MacNicholl J.M. et al., 1997).

ОИВ инфекциясига инсонларнинг зарарланиш курсаткичи бир хилдир. Аммо охириги йилларда шимолий Европа аҳолисининг баъзи бир генетик гуруҳларида жинсий йуллар билан зарарланиш камрок эканлиги кузатилмоқда. Бу гуруҳларнинг мавжудлиги CCR5 гени билан боғлиқ. Бу ген гомозигот ҳолатда 1-2 % аҳолида учраса, гетерозигот ҳолатда 20% аҳолида кузатилади. Маълумотларга қара, гомозигот ҳолатда бўлган инсонларга, гетерозигот ҳолатдагилардан қара жинсий йул билан ОИВ – инфекциясининг юқиши камрок учрайди. Охириги маълумотларга қара бунинг асосий сабаби специфик иммуноглобулин А бўлиб, улар организм жинсий аъзоларининг шиллик қаватида аниқланган (Kaul R., 1999).

ОИВ инфекциясининг учоги ОИТС касаллигининг ҳар қандай давридаги зарарланган одам хисобланади, аммо энг зарарли даври бу яширин давр охири, бирламчи инфекция белгилари даври ва касалликнинг охириги давлари саналади. Бу давларда вируснинг концентрацияси жуда юкори бўлиб, антитаналар томонидан нейтралланиш кузатилмайди (Покровский В.В., 1996).

ОИВ инфекцияси асосан учта йул билан юкади: жинсий, парентерал ва вертикал (касалланган онадан болага). Бу юқиш йуллари 1980 йилларда

аникланган булиб, хали бошка юкиш йуллари кузатилмаган. ОИВ инфекциясининг хар кандай юкиш йуллари бутунжахон ОИВ инфекциясининг пандемиясига хисса кушиб келмоқда (Смольская Т.Т., 1997).

ОИВ инфекцияси асосан жинсий мулокот вақтида еки зарарланган инсоннинг биологик суюкликлари билан бевосита мулокот вақтида юкади. Юкорида айтиб утилган организм биологик суюкликлари жинсий мулокот вақтида микро ва макрожарохатлар пайдо булишига, шу жарохатлар оркали инфекцион материалнинг механик ишкालаниши хисобига касалликнинг ривожланиши кузатилади. Организм шиллик каватларининг зарарланган булиши, ҳамда сурункали касалликлар (масалан: эрозия) ОИВ инфекциясига чалиниш хавфини оширади (UNATOS/WHO, 1999).

Ривожланаётган давлатларда купчилик холларда балогат ешидаги беморларда ОИВ инфекцияси жинсий алоқа вақти юкади, жумладан гетеросексуал ва гомосексуаллар жинсий мулокот вақти юкиши ҳам эҳтимолдан холи эмас (Покровский В.В., 1993-1996; Смольская Т.Т., 1997; Imagawa D.T. et al., 1989; Smolskaya T.T. et al., 1997).

ОИВ инфекциясининг юкиш йулларидан яна бири гиехвандларнинг биргаликда ностерил шприцлардан умумий фойдаланишидир. Юктиришнинг бу тури Осиёда, Бразилияда, Аргентина ва Шаркий Европада ОИТС касаллиги юкишининг асосий тури хисобланади. ОИТС касаллиги юкишининг парентерал турида турли хирургик инструментлар асосий юкиш омили хисобланади. Бундан ташкари, турли хилдаги тиббий суюкликларнинг роли ҳам муҳимдир. Шифохона ичида беморларнинг ОИВ инфекциясини юктиришига ана шу зарарланган суюкликлар сабаб булади (Савченко И.Г. и др., 1993; Бузина Г.С. и др., 1996; Покровский В.В. и др., 2000; Смольская Т.Т. и др., 2000). Худди шу тарзда вена ичига юбориладиган наркотик моддалар солинган шприцлар ҳам зарарланади. Шу боис гиехвандларга бир марта ишлатиладиган шприцларни

ишлатишни тарғибот қилиш керак булади. (DesJarlaisD.C. etal., 1994,1998,2001).

Бугунги кунда тиббий муолажалар ва кон қуйиш орқали парентерал йуллар билан зарарланиш холлари камаймоқда. Замонавий тиббиетда кенг куламда тиббий воситаларни куллаш, беморга кон қуйиш, трансплантация қилиш каби муолажалар купгина юкумли касалликларнинг, жумладан, ОИВ инфекциясининг тарқалишига кенг йул очиб бермоқда. Шунини айтиб утиш керакки, тиббий ходимларнинг бир марталик тиббий воситалар билан муолажаларни бажариши пайтида беморнинг биологик суюкликлари билан контаминация булгани билан ОИВ инфекциясининг олдини олиш мумкин эмаслигини хаммамиз тушунишимиз керак, чунки тиббий ходимлар узлари турли хилдаги тиббий травмалар натижасида узлари хам зарарланиши мумкин (Покровский В.В. и др., 1990; Busch M.P. etal, 1991).

Касаллик юкишининг яна бир йули бу ОИВ инфекциясининг онадан болага утишидир. Онадан болага ОИВ инфекциясининг утиши қуйидаги холларда кузатилади: йулдошнинг зарарланиши, тугрук йулларининг ва боланинг тугрук вақтида шикастланиши.

Аммо адабиетларда боланинг зарарланиши кейинчалик вужудга қелиши ва инфирцирланган бемор онадан тугрук вақтида боланинг зарарланиши айтиб утилган (Кузнецова И.И. и др., 1993; Покровский В.В. и др., 1988; Покровский В.В., 1996; PokrovskyV.V. etal., 1990; KovacsA. etal, 1994).

Шунини тахмин қилиш мумкинки, ОИВ инфекцияси билан зарарланиш онадан болага зарарланган сут билангина эмас, балки боланинг оғзидаги ярачалардан онанинг яраланган курагига хам утиши мумкин. Инфекция бундай йул билан асосан Африка давлатида кузатилган. Бу ерда аёлларнинг 15–20 % дан ортиги айнан шундай йул билан ОИВ инфекцияси билан зарарланган (Покровский В.В, 2000).

Хозирда мавжуд булган адабиетларда ОИТС инфекциясининг тарқалишига асосий сабаб булиб гиехванд моддаларни перентерал йул билан қабул қилиш хисобланади. Булар: Бразилия, Аргентина, Мексика, Уругвай и

Чили (Bauer P.G., 2000; Gomes J.D.S., 2000; UNAIDS/WHO, 2000, 2001, 2002). Бу территорияларда худди Кариб денгизи хавзасидаги давлатлар каби кенг куламда кокаин кукун ва кокаин инъекциялар шаклида ишлатилади. Охири вақтда қора бозорларда инъекцион наркотик воситалар куплаб микдорда ишлаб чиқарилмоқда (Conference Drugs: Education, prevention and policy, 1999).

2002 йилда ривожланган давлатларда ОИВ инфекцияси билан касалланганлар сони 76 000 ни ташкил қилиб, умумий касаллар сони 1.6 млн. ташкил қилади. Мутахассисларнинг маълумотларига қараганда, 2002 йилда бу давлатларда 23 000 га яқин беморлар оламдан утган (UNAIDS/WHO, 2002).

Юкоридаги маълумотларга асосланиб шуни айтиш мумкинки, ОИВ инфекциясининг эпидемик қуранида тарқалишининг асосий сабаблари инъекцион гиёхванд моддаларни қабул қилиш ҳисобланади. Малайзия, Мьянма, Непал, Таиланд ва Хиндистоннинг баъзи бир штатларида гиёхвандларнинг 50 % ортиги ОИВ инфекцияси билан инфицирланган (Sarkar S. et al., 1994). Умумий игна ва шприцларни Бангладеш ва Вьетнамдаги гиёхвандларнинг қупчилиги ишлатилиши маълум бўлди. Шу билан бирга Вьетнам ва бошқа Осиё давлатларида фоҳишаларнинг жуда қупчилиги гиёхванд моддаларни инъекцион йул билан қабул қилиниши қузатилади (Linda C. et al., 1997; Ismail R., 1998; UNAIDS/WHO, 2002).

Гиёхвандлар орасида ОИВ инфекцияси билан зарарланган беморлар биринчи марта Таиланда, Бангкокда 1987 – 1988 йилда, Хитойда 1988 йилларда, Хиндистонда 1990 йилларда аниқланган (Weiniger B.G. et al., 1991; Htoon M.T. et al., 1994; Kitayaporn D. et al., 1994; Sarkar S. et al., 1994; Stimson G.V., 1997; Crofts N. et al., 1998; UNAIDS/WHO, 1998).

Хозирги кунда ОИВ инфекцияси билан зарарланганлар сонини қамайтириш бўйича профилактик чора – тадбирлар фақат Таиландда қузатилаётгани, айнан шу давлатда дунё бўйича ОИВ инфекцияси

профилактикаси масаласида етарлича чора – тадбирларлар утказилмоқда (UNAIDS/WHO, 1999).

ОИВ инфекцияси билан инфицирланганлар орасида аёллар 23 % ни ташкил килади, хомилдорлар орасида ОИВ инфекциясининг аникланиш курсаткичи 1995 йилга нисбатан 450 баравар ошганлиги эътиборга лойикдир. Масалан 1995 йилда хар 100000 хомилдор аёл текширилганда касалликнинг аникланиш курсаткичи 0,2 ни ташкил килган булса, 1999 йилга келиб, бу курсаткич 11,8%, 2000 йилга келиб бу курсаткич 23 % ни ташкил килди. Бу холатнинг натижасида ОИВ инфекцияси билан касалланган оналардан ОИВ билан зарарланган болалар тугилиши хам купайди. Россия ОИТС билан курашиш илмий методик марказининг маълумотларига кура 2001 йилнинг бошига келиб 1135 та ОИВ билан инфицирланганлар булиб, яна 427 та бола ОИВ га карши антитаналари булган оналардан тугилганлиги аникланилган (Покровский В.В., 2000). Шу йилнинг саккиз ойида ОИВ инфекцияси билан зарарланган аёллардан 1025 та бемор бола тугилди.

ОИВ инфекцияси эпидемиологик нуқтаи назардан антропоноз бўлиб, бу инфекциянинг юқиш манбаи ОИВ билан оғриган бемор ва вирус ташувчиси ҳисобланади. Эпидемиологик жиҳатдан вирус ташиб юрувчилар беморларга нисбатан хавфлироқдирлар, чунки улар касалликнинг латент даврида ҳеч қандай касаллик аломатларини сезмайдилар, хатто ўзини ОИВ билан зарарланганлигини ҳам билмайдилар; кўринишдан соғлом кўринадилар, улар касалликнинг яширин даврида (3-6 ойдан 10 ва ундан кўпроқ йиллар) бошқа шахсларга касаллик вирусини турли йўллар билан юқтириши мумкин

ОИВ юқтирганларнинг лимфоид ҳужайралари ташқи муҳитда куритилганда бир неча кунларда вируснинг фаоллиги йўқолади. Ҳужайрадан ташқари суяқликда одам қон зардоби қўшилган ҳолатда куритилганда вирус 23-27°C ҳароратда 7 кундан кейин фаолсизланади. Суяқ муҳитда 23-27°C ҳароратда вирус фаоллигини 15 кун, 36-37°C да –

11 кун давомида сақлайди. Қуйиш учун мўлжалланган қонда вирус йиллар давомида фаоллигини йўқотмайди, музлатилган зардобда эса унинг фаоллиги 10 йилгача сақланади. 56 градусгача кизитиш вирусни 30 минутда фаоллигини йукотади. 70 градусда 10 минут давомида вирус фаоллигини йукотади. Қайнатилганда 1-2 минутда ўлади. 0,5 фоизли хлорамин, гипохлорид натрий(кальций), хлорли охак эритмаси, 5 фоизли лизол, 3 фоизли перекис водород, 70 фоизли этанол, эфир, ацетон эритмаларида вирус 15 минут давомида ўз фаоллигини йўқотади. Ультрафиолет нурларига, ионли радиацияга, паст ҳароратга ўта чидамли. Донорлар қони ва унинг компонентларида йиллаб сақланади.

Вирус беморнинг қон хужайраларида, қон зардобда, лимфа тўқималарида, орқа мия суюқлигида, уруғ суюқлигида, қин ажратмаларида ва она сутида кўплаб учрайди. Орқа мия суюқлигининг чиқиш жойи бўлмаганлиги сабабли эпидемиологик жихатдан хавфли эмас. Кўз ёши, сўлак, тер, бурун суюқлиги ва кулоқ ажратмасида вирус миқдори (концентрацияси) кам бўлганлиги сабабли касалликни чақирмайди.

ОИВнинг юқиш йўллари қуйидагича:

Жинсий йўл (гомо- ва гетеросексуал контакт). Д 35 % га яқин инфекция жинсий йўл билан юққан. ОИВ инфекцияси юқтирган кишининг спермаси, ундаги лимфоцитлар ва моноцитлар, қин ажратмаси ва бачадон бўйнининг шиллик ажратмаларида кўп учрайди. Анал жинсий алоқаларда ОИВнинг юқиш хавфи анча юқори ҳисобланади. Бу жинсий алоқа вақтида тўғри ичак шиллик қаватининг шикастланиши мумкинлиги билан изоҳланади, бунда вирус бевосита қонга киради. Шу билан бирга вирус зарарланмаган тўғри ичакнинг нозик шиллик қавати орқали ҳам кириши мумкин, натижада у шиллик ва шиллик ости қаватида жойлашган Лангерганс хужайраларини зарарлайди. Жинсий аъзоларнинг тери ва шиллик қаватларидаги ярали зарарланишлар ОИВ юқиш хавфини оширади ва унинг учун кириш дарвозалари ҳисобланади. Жинсий аъзоларнинг ярасиз шикастланиши, шу билан бирга бачадон бўйни цилиндрсимон

эпителиларининг эктопияси ҳам ОИВни жинсий йўл билан юқиши учун шароит яратади. Ҳайз вақтидаги жинсий алоқаларда икки шерик учун ҳам ОИВ юқиш хавфи юқори бўлади. Орал жинсий алоқаларда ҳам инфекция юқиш хавфи мавжуд, лекин у анал ва вагинал алоқаларга нисбатан кам хавфга эга.

Парентерал йўл (қон ва бошқа биологик суюқликлар орқали). ОИВ инфекциясининг гиёҳванд моддаларни игна орқали қабул қилувчилар орасида тарқалиши бугунги кунда ОИВнинг асосий юқиш йўлларида бири ҳисобланади. Бу гуруҳда инфекция юқиш хавфининг юқорилиги қон билан зарарланган игна ва шприцлардан умумий фойдаланишга бевосита боғлиқ. Инфекция юқиш хавфи гиёҳванд моддаларни игна орқали узок вақт давомида қабул қилганлар ва ОИВ кенг тарқалган жойларда яшайдиганлар орасида анча юқори. ОИВ билан зарарланган қонни қуйиш 90-100% ҳолларда инфекция юқишига сабаб бўлиши мумкин. Нафақат қон, балки эритроцитар, тромбоцитар ва лейкоцитар массалар, янги музлатилган қон зардоби ҳам инфекция манбаи бўлиши мумкин. ОИВ юқиш хавфи, айниқса қоннинг VIII ва IX ивиш омилларини қуйганда анча юқори. Булар гемофилия билан оғриган беморларга ўрин босувчи даволаш тарзида қўлланилади. Бу мазкур препаратнинг кўп миқдордаги донор қони намуналаридан тайёрланиши билан боғлиқ. Термик ишловдан ўтказилганлиги боис иммуноглобулинлар орқали инфекция юқиш хавфи бирмунча кам.

Стерилланмаган шприц, игна ва тиббий буюмларнинг кўп марта ишлатилиши ОИВ инфекцияси тарқалишининг асосий сабабларидан ҳисобланади. Парентерал йўл орқали тиббий ва клиник лаборатория ходимлари инфекция юқтириши мумкин. Муолажа хоналари ёки лабораторияларни тозаловчи ходимлар ҳам ОИВ юққан материал билан контактда бўлиши мумкин. Иш ваз ИФТсини бажариш тешувчи ёки кесувчи буюмлар билан боғлиқ бўлса, инфекция юқиш хавфи ошади. Ўткир буюмлар билан ишланишнинг турли босқичлари- иш жараёнида

бевосита фойдаланиш, иш тугагандан кейин чиқиндиларни йўқ қилиш, зарарланган ёки мустаҳкам бўлмаган контейнерлардан фойдаланишда ҳам юзага келиши мумкин. Ичи тешик бўлган игна орқали ОИВнинг юқиш хавфи жуда юқори ҳисобланади. Бошқа игналар, масалан жарроҳлик игналари орқали инфекция юқиш хавфи нисбатан паст. Айниқса ОИТС босқичидаги беморнинг қони юқори вирусли юкламасига эгаллиги ва вирус вирулентлигининг баландлиги туфайли жуда юқумли ҳисобланади.

Тиббиёт ходимларининг инъекция хавфсизлиги қоидаларига риоя қилмасликлари, яъни муолажа вақтида тиббий резина қўлқоплардан фойдаланмаслик, ишда дезинфекция қоидаларига риоя қилмаслик, ишлатилган шприц ва игналарни тўғри усулда хавфсиз йўқ қилмаслик ва бошқалар уларнинг ўзлари ҳамда пациентларига инфекция юқишига сабаб бўлиши мумкин.

ОИВнинг онадан болага юқиши. ОИВ инфекция юқтирган онадан болага вертикал (ҳомиладорлик ва туғруқ вақтида) ва горизонтал (кўкрак сути билан ёки олинган кўкрак сути билан боқилганда) йўллар билан юқиши мумкин. ОИВнинг инфекция юқтирган онадан болага юқиш хавфи туғруқ жараёнида жуда юқори бўлади. Бу кўрсаткич ўртача 60 %ни ташкил қилади.

ОИВ юқишида онанинг соғлиғи ҳам катта аҳамиятга эга. Ҳомиладор аёлда хорионамнионит бўлганда мазкур инфекциянинг юқиш хавфи янада ошади. Чекиш ва гиёҳванд моддалар қабул қилиш фетоплацентар қон айланишининг бузилиши орқали инфекция юқишига билвосита таъсир кўрсатади. ОИВнинг вертикал юқиш даражаси плацентанинг вақтдан илгари ажралиши ва қон кетишда юқори бўлади. Чўзилувчан (12 соатдан ортиқ) туғруқларда ва узоқ (4 соатдан ортиқ) вақт давом этадиган сувсиз даврда ҳам инфекциянинг юқиш хавфи ошади. Туғруқ жараёнида ҳомиланинг она қони билан кўпроқ контактда бўлишига сабаб бўладиган инвазив муолажалар ва чақалоқни мониторинги, асорати ОИВ юқтириш хавфини оширади.

Барча ажратмалардаги каби инфекция юктирган онанинг оғизсути ва кўкрак сутида ҳам ОИВ аниқланган. Кўкрак билан овқатлантиришда ОИВ юқиш хавфи 7% дан 22% гача кузатилади. Узоқ (6 ойдан ортиқ) вақт кўкрак билан овқатлантириш, онада кучли иммунодепрессия ҳолати, юқори вирусли нагрузка ва А гиповитаминозда бу кўрсаткич янада ошади.

ОИВ инфекциясини юктирган кишиларнинг деярли барча ажратмаларида, жумладан сўлак, кўз ёши, сийдик, нажас ва терда учраши билан бирга, бу биологик суюқликларнинг зарарланмаган терига тушиши натижасида инфекция юқиши исботланмаган.

Турли биологик ажратмалар билан контактда бўлганда ОИВнинг юқиш хавфи.

<i>Концентрацияси</i>	<i>Суюқликлар ва ажратмалар</i>
ОИВнинг концентрацияси юқори (юқиш хавфи юқори)	Қон Уруғ суюқлиги (сперма) Қин суюқлиги (ажратмаси) Кўкрак сути
ОИВнинг концентрацияси паст (юқиш хавфи паст)	Сийдик Сўлак Кўз ёши
ОИВнинг концентрацияси жуда паст (юқиш хавфи жуда паст)	Тер Нажас Қулоқ ажратмаси (олтингугурт)

ОИВнинг маиший – контакт йўл билан ва ҳашаротларнинг чақиши орқали юқишини тасдиқловчи маълумотлар йўқ. Маиший хизмат кўрсатиш жойларида оддий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик натижасида ва оилада тароқ, тиш чўткаси, устара ва бошқалардан умумий фойдаланганда инфекция юқиш хавфи сақланади. ОИВ/ОИТС беморлар тишлаганда ОИВ юктириш ҳолатлари кўп қонайдиган милклардан ёки оғиз бўшлиғи шиллик

пардаларининг ярали шикастланишларида жароҳатга қон тушиши билан боғлиқ.

ОИВ юқтириш хавфи юқори бўлган гуруҳлар.

1. Хавфли жинсий мулоқотларда бўлган кишилар:

- жинсий алоқада бўладиган шериклари кўп бўлган кишилар;
- жинсий йўл билан юқадиган касалликлари бўлган, айниқса жинсий йўлларнинг шиллиқ пардаларида ярали ўзгаришлар бўлган кишилар;
- алкоголь ва гиёҳванд моддалар қабул қиладиган кишилар;
- ҳайз вақтида жинсий алоқа қиладиган аёллар;
- ҳомиладорлик вақтида жинсий алоқа қиладиган аёллар;
- анал жинсий алоқа қиладиган кишилар;
- презервативлардан фойдаланиш кўникмасининг йўқлиги;

2. Қон, қон маҳсулотлари, тана аъзолари ва бошқа биологик материаллар реципиентлари.

3. Гиёҳванд моддаларни игна орқали қабул қилувчилар.

4. Пирсинг ва татуировкага ружу қўйган кишилар.

5. Ўзаро қон аралаштириш удумларидан фойдаланадиган кишилар.

6. ОИВ инфекцияси кўп тарқалган ҳудудлардаги тиббиёт ходимлари.

Қуйидаги ҳолларда ОИВ инфекцияси юқмайди:

- Қўл бериб кўришганда, кучоқлашганда;
- Йўталганда, аксирса;
- Умумий телефондан фойдаланганда;
- Хашаротлар чакқанда;
- Бассейн, ҳаммом, хожатхонадан;
- Умумий идиш-товокдан умумий фойдаланилганда;
- Кийим кечак ва кўрпа - тушак орқали.

Бошқа вируслар қаторида ОИВ тирик хужайраларни ичида кўпаядиган паразит ҳисобланади. Вирус хужайрага киришдан олдин хужайра юзасига бирикиши лозим. Бу биринчи зарурий шарт ҳисобланади. Олимларнинг аниқлашича, ОИВ фақат юзасида махсус CD4- рецепторлари бўлган

хужайраларгагина бирика олади. Бу рецептор ва вируснинг gp120 антигени кулф- калитдай бир- бирига мос келади.

Вируснинг хужайра билан муносабати бир неча поғонадан иборат:

1. Вируснинг хужайрага боғланиши;
2. Вируснинг ечиниши ва хужайра ичига кириши;
3. Вирус геномининг хужайра геноми ичига жойлашуви;
4. Вируснинг кўпайиши (вирус таркибидаги модда ва антигенларни ҳосил қилиши ва улардан вирус парчаларини йиғиши);
5. Вирусни хужайранинг қобиғидан фойдаланган ҳолда қобиқ ҳосил қилиши ва хужайра ичидан чиқиши.

Вирус организмга тушгандан кейин у орқали бутун организмга тарқалади ва кўп хужайраларни жароҳатлайди. (репликация)

Инфекция патогенезида 2 та омилни ажратиш мумкин:

1. Вируснинг организмга бевосита таъсирини,
2. Вируснинг зарарланган хужайралар фаолиятини ишдан чиқариш таъсирини:
 - а) Вируснинг организмга бевосита таъсири қўйидаги клиник белгиларни пайдо бўлишига олиб келади:

- лимфа безларининг катталашиши ва оғриши;
- одамнинг ноаниқ сабабларга кўра озиб кетиши;
- тана хароратининг бир неча хафталар давомида юқори бўлиши;
- узоқ вақт ич кетиши;
- бир ойдан ортиқ йўтал;
- нерв системаси фаолиятининг бузилиши.

б) ОИТС касаллигини ривожланишига олиб келадиган омил – бу вируснинг зарарланган хужайраларга таъсиридир.

ОИВ- инфекциясини ОИТС босқичига ўтишида асосий омил – бу лимфоцитлар Т-хелпер турининг жароҳатланиши ва камайиб кетишидир. Вирус ушбу хужайраларда кўп миқдорда ҳосил бўлади ва уларни ўлимига олиб келади. Т-лимфоцитлар бутун иммун системани ишини бошқариб

туради. Нормада одамнинг 1 мм³ конида 500-1000ча Т-лимфоцитлар аниқланади. Уларнинг сони 200 гача ёки ундан камайиб кетса касаллик ОИТС боскичига ўтади.

ОИВ инфекциясида эпидермис юзасида ОИВ билан зарарланган CD4-рецепторлари бўлган Лангерганс хужайралари аниқланади. ОИВнинг *in vitro* юқишига фолликуляр дендрит хужайралар, мегакариоцитлар, эозинофиллар, астроцитлар, олигодендроцитлар, микроглия хужайралари, CD8-Т- лимфоцитлар, В- лимфоцитлар, буйрак каналчаларидаги ва бачадон бўйни эпителиал хужайралари, хазм йўлларидаги шиллик пардалар хужайралари, ўпка фибробластлари, кардиомиоцитлар, сўлак безлари эпителиал хужайралари, кўз тўр пардасининг пигмент эпителийси, простата беши, буйрак усти безлари хужайралари ва бошқалар мойилдир.

Шундай қилиб, CD4- рецептор ва gp120нинг боғлиқлиги вирионлар қобиғининг ва CD4- хужайралар мембранасининг структурали ўзгаришлар силсиласини ташкил қилади. Бу ўзгаришлар вирионлар қобиғи ва хужайра мембранасининг рНга боғлиқ бўлмаган ҳолда қўшилишига олиб келади.

ОИВ инфекциясида ривожланадиган асосий иммунологик асорат – бу бемор организмнинг CD4- хужайраларини йўқотишидир. CD4- хужайраларнинг йўқолишига уларнинг регенерацияси (тикланиши) ва хужайралар етилишининг бузилиши ҳам сабаб бўлади. ОИВ учун асосий нишон ҳисобланган CD4-Т- лимфоцитлар билан бир қаторда инфекцияга моноцитар- макрофагал тизими хужайралари – периферик қон моноцитлари ва тўқима макрофаглари ҳам сезгирдир.

ОИВ инфекциясида оғир иммунотанқислик асосида одатда, CD4-Т- лимфоцитлар сонининг кескин камайиши ётади. Бу бир томондан, узоқ муддат давомида хужайраларнинг бузилишини кўрсатса, бошқа томондан, уларнинг ўрни хужайралар билан адекват бўлмаган тарзда тўлдирилишини билдиради. CD4-Т- лимфоцитларнинг шикастланиши ва улар ваз ИФТларининг издан чиқиши бевосита ва билвосита механизмлар таъсирида юзага келади.

Вирус хужайра сатхига жойлашгандан сўнг унинг «ечиниш» жараёни бошланади. Махсус ферментлар ёрдамида вируснинг қобиғи парчаланadi ва унинг РНКси хужайра ичига киради. Тескари транскриптаза ферменти ёрдамида вируснинг РНК нусхаси асосида бир занжирлик ДНК ҳосил бўлади, кейин унга ўхшаган ДНКни иккинчи занжири ҳосил бўлиб улар бир бири билан уланади. Натижада икки занжирли ДНК пайдо бўлади. Бу ДНК махсус код орқали хужайраларнинг рибосомасида юз минглаб янги вирус парчаларини ҳосил қилади ва қонда 1 кунда 1млрд. гача пайдо бўлади.

Нормал ҳолатда иммун система рак хужайраларга, замбуруғларга, паразитларга қарши курашади ва организмда уларнинг кўпайишига йўл қўймайди. Иммун системанинг фаолияти бузилиши натижасида ОИТС касаллигида турли ўсмалар, оппортунистик инфекциялар пайдо бўлади ва организм уларга қарши курашиш хусусиятини йўқотганлиги сабабли оддий инфекциялар ҳам организмда тўхтовсиз кўпаяди, касаллик сурункали шаклга ўтади ва пировардида ўлим билан тугайди.

1.2. СВГВинфекцияси клиник куруниши характеристикаси ва кечиш хусусиятлари

Гепатит В касаллиги соғликни саклаш ташкилотининг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу ҳолат касалликнинг бутун дунё бўйлаб тарқалиши билан боғлиқ. Айрим муаллифларнинг маълумотларига қура, сурункали гепатит В касаллигининг тарқалиши дунё бўйлаб уртача 3% ни ташкил қилади. Вирусли гепатит В билан зарарланганлар дунё бўйича тахминан 150 миллионни ташкил қилади. АКШда бу курсаткич 4 млн.ни, Европада 5 млн.ни ташкил қилади. Гепатит В касаллиги 20 % ҳолларда уткир гепатит, 80 % ҳолда сурункали гепатит шаклида утади. Сурункали гепатит В касаллиги 40 % ҳолда жигар циррози, 60 % гепатоцеллюлар карцинома билан асоратланади. Гепатит В бўйича жигар трансплантацияси барча органлар трансплантациянинг 30% ни ташкил қилади [30].

Вирусли гепатит В касаллиги Соғликни саклаш вазирлиги олдида катта муаммо тугдирган. У асосан посттрансфузион йул билан жуда куп микдорда юкади. Каердаки кон ва унинг компонентлари олиб текшириб курилганда, 60-90% холларда вирусли гепатит В вируси аникланади. Барча уткир гепатитлар орасида вирусли гепатит В нинг учраши 6 % дан то 48,5% гача, шимолда эса 15-20 % гача учраши мумкин. Узбекистонда бу курсаткич 5,1% ни ташкил этади. Тадкикотлар шуни курсатадики, купчилик беморларда гепатит В вирус сурункали гепатитга, у уз навбатида касаллик асоратига, жумладан, жигар циррозига олиб келади. Беморларнинг айримларида жигар саратони кузатилиши мумкин. М. Марголис вирусли гепатит В билан касалланувчи беморларнинг гурухини тузиб чикди. Гомосексуалистлар 1-4 %, гетеросексуалистлар 1-10%, гемотрансфузиядан сунг вирусли гепатит В билан касалланувчилар 80 % ни ташкил киладилар. Касаллик таркатувчиси касал одам ва вирус ташувчилардир. Фибриноген ва коннинг бошка кисмларини ажратувчи онкологик холатлар, гематологик патология ва гиехвандларнинг кони жуда хавфли хисобланади. Вирусли гепатит В касаллиги 60-65% холда посттрансфузион гепатит чакиради. Купинча симптомсиз кечувчи гепатит касаллиги аникланади. 50 % холларда уткир гепатит В касалликнинг сурункали шаклига ва циррозга айланиши мумкин. Гепатит В касаллиги факат трансфузион йул билан берилмасдан, дориларни парентерал киритилганда, кон урнини босувчи препаратлар куйилганда ва гемодиализ натижасида юзага келиши мумкин. Гепатит В вируси организмда сперма суюклиги, сийдик, ахлат, сулак, вагинал секретлардан ажралиб чикади. Гепатит В касаллиги асосан сурункали шаклда кечади ва беморлар узок муддат ташувчи булиб колади. Гепатит В касаллиги морфологиясида гепатоцит хужайраларнинг некрози характерлидир. Портал сохада яллигланиш ва некроз учоги кам ривожланган булади. Специфик холларда ут йуллари яллигланиши ва эпителийсининг узгариши юзага келади.

Гепатит В касаллиги ташхиси асосан клиник ва эпидемиологик маълумотларга ва кон зардобининг HbsAg реакцияси мусбатлигига караб куйилади. 85% беморларда сариклик олди даврида температура нормал холатда булади, 10,4 % беморларда субфебрил, 4,3% беморларда температура 38-40°C гача кутарилади. Айрим холларда, яъни 30,4 % беморларда касаллик сариксиз шаклда кечади. Бунда беморларда интоксикация турли хил даражада ифодаланеди: холсизлик, бош огриги, уйкучанлик, иштаханинг йуклиги, кусиш, унг ковурга ости сохасида ва бугимларда кучли огрик, йутал, акса уриш кузатилади.

Касалликнинг сариклик даврида интоксикация белгилари кучаяди. Юкорида айтиб утилган белгилар ривожланиб боради, тери кичишади, температура юкори булади. Сариклик турли даражада булади. Биохимик курсаткичлар 18-20 кундан сунг нормал холатга келади. Билирубинемия 17,7-172,2 мкмоль-/лгача ва ундан хам ошиши мумкин. АлАТ 2.02 ± 1.09 . Барча беморларда гипоальбуминемия, глобулинемия кузатилади. Иммунологик текширганда кондаги анти HbsAg титри юкори булади.

Сурункали вирусли гепатит В нозологик верификацияси

Хозирги вақтда вирусли гепатит В касаллигини аниқлашда кон зардобини ИФТ да 3- авлод тест системаси кулланилади. Ундан фойдаланиш 3-та антиген билан олиб борилади. HbcAg, HbsAg, HbeAg.

Вирусли гепатит В касаллигининг уткир фазасида (касаллик бошлангандан 2-2,5 ой утгач) анти HbcAgIgM пайдо булади, озгина кечрок эса HbcAgIgG пайдо булади. Кейинчалик анти HbcAgIgM нинг микдори камая бошлайди (лекин вирусли гепатит В касаллиги сурункали кечганда унинг реактивацияда антигеннинг микдори яна ошиши мумкин), HbcAgIgG сакланиб қолиб, 4-6 ой утгач бирданига анти HbsAg микдори ошиб кетади. Вирусли гепатит В нинг специфик диагностикасида касалликка эртарок ташхис куйиш учун, коннинг таркибидаги ДНК ни аниқлаш мухим ахамиятга эга. Бу курсаткич зарарланган одамлар конидан вирус конга тушгач 1-3 хафта утиб пайдо булади (яъни инкубацион

даврда). ДНК бутун касаллик давомида конда сакланиб қолади ва унинг концентрацияси «Вирусли зуриқишга боғлиқ» бўлиб, ВГВ инфекциянинг активлик даражасини аниқлаб беради.

1.3. ОИВ инфекцияси билан хасталанган беморларда сурункали вирусли гепатит В касаллиги клиник характеристикаси ва кечиш хусусиятлари

Юқумли касалликлар фани олдида қатор муаммолар мавжуд. Шулардан бири, ОИВ-инфекция билан вирусли гепатитлар бирга кечиши муаммосидир. 15-20% ОИВ-инфекциясига қалинган беморларда касаллик ОИТС шаклига ўтиб, уларда летал оқибат муқаррардир [6,14,19,50].

ОИВ инфекцияси натижасида ривожланаётган иммунодефицит фонида латент ривожланаётган инфекциялар қузғалади, касалликни қузғатувчи микробларнинг патоген хусусияти қучаяди ва улар касалликларнинг атипик кечишини белгилайди (Лысенко А.Я., 1994; Смольская Т.Т., 1999; Kovacs J. et.al., 1988; Sande M.A. et.al., 1990; Litwin M.A. et. al., 1992; Klatt E.C. et.al., 1994; Centers for Disease Control and Prevention, 1995). Юқумли касалликлар беморнинг ҳаётига ҳавф солган ҳолда жуда ҳам тез ривожланади. Бундан ташқари оппортунистик инфекцияларнинг асосий хусусияти қузғатувчига специфик жавобнинг сустлигидир.

ОИВ инфекция билан организм таъсирланиши натижасида иммун тизимдаги ҳужайралар зарарланади ва ОИТС касаллиги ривожланади. Носоглом иммун тизими натижасида беморда турли хилдаги инфекциялар, паразитар ва онкологик касалликлар ривожланади (Рахманова А.Г. и др., 1993; Лысенко А.Я. и др., 1996).

ОИВ – инфекция қуп йиллик давом этадиган, бемор соғлиғига узғармас кечадиган, унинг социал ва биологик саломатлиғига таъсир қилмайдиган касаллик саналади. Касалликнинг иккиламчи инфекцияларнинг қушилиши даврдан бошлаб турли хилдаги вирусли, бактериал ва қузғатувчилар қушила бошлайди, лекин бу даврга қелиб терапевтик муолажалар бемор

ахволини яхшилайти ва яхши таъсир килади (Рахманова А.Г., 1997; Редфилд Р.Р. и др., 1988; DikmanS., 1990; Quinn T. et.al., 1994; CentersforDiseaseControlandPrevention, 1994-1995).

Кейинчалик тез ривожланиб бораётган иммунодепрессия натижасида, соғлом ва яхши ривожланган иммун тизими булган одамларда учрамайдиган оғир ва жадал ривожланувчан оппортунистик инфекциялар ривожланади. Бундай оппортунистик касалликларни Бутун дунё Соғликни Саклаш Ташкилоти ОИВ – маркерлари деб номлади (Ермак Т.Н. и др., 1997; Кравченко А.В. и др., 1997; DikmanS., 1990).

ОИВ-инфекция ва парентерал вирусли гепатитлар биргаликда кечганида ВГВ клиникаси ва эпидемиологиясига оид айрим муаммолар уз ечимини топгани йук (Д.К. Львов с соавт. 1996-2000 и др.).

Вирусли гепатит «В» касаллиги ривожланган давлатларда гепатотроп вируслар орасида биринчиликни эгаллайди. Дунё ахолисининг 1-2% вирусли гепатит В касаллигига чалинган. Россияда гепатит В касаллигига чалинган беморларнинг сони 2 млн. ни ташкил этади [37, 53,71].

ОИВ инфекция билан хасталанган купчилик беморлар, шунингдек гепатит В касаллиги билан хам хасталанишган. Бу холбу иккала вируснинг юкиш йули бир хиллиги билан боғлиқдир. Иккала инфекциянинг биргаликда кечиши микст инфекция деб аталади. Гепатит В – сурункали жигар касалликлари орасида салмокли уринни эгаллаб, ОИВ билан касалланган беморлар соғлигига катта зарба беради.

Россия Федерациясида ВГВ-инфекциясига чалинган беморлар сони бошка инфекцияларга нисбатан ортиб бормокда: касалланиш курсаткичининг юкорилиги, хасталанганлар орасида вирус ташувчилар сонининг юкорилиги, касаллик кузгатувчиси узатилиш механизмининг узгариши ва ВГВ га чалинган беморлар ёш диапазонининг узгариши (ёшлар сонининг куплиги) касаллик таркалишига асос булмокда [8,37, 53, 71].

ОИВ инфекцияси организм иммун тизимини издан чиқаради. Натижада гепатит В касаллигининг жадал ривожланишига сабаб булади. Шу боис ОИВ инфекцияси билан касалланган беморларда гепатит В касаллиги уткир шаклининг сурункали турга утиши тезда юз беради. Сурункали гепатит В касаллиги фиброз, циррозга олиб келади. ОИВ инфекциясининг гепатит В касаллиги билан биргаликда кечиши асосий касалликнинг чуқурлашувига оппортунистик инфекциялар келиб чиқишига олиб келади. ОИВ+ СВГВ микст инфекция курилишида кечиши бемор иммун тизимининг янада пасайишига олиб келади. ОИВ+ ВГВ билан инфицирланган беморларда интерстициал лимфоид пневмотит, пулмонал лимфа тугунлари гиперплазияси, иккиламчи бактериал инфекциялар купрок учрайди. Бу беморларда усмалар, айниқса Капоши саркомаси кам учрайди. ОИВ+ СВГВ микст инфекция курилишида инфекция жараённинг ривожланиши леталликка юкори хавфи булган диссеминация ва генерализация билан характерланади. Маълумки касалликнинг сунгги боскичларида ва ВГВ инфекция билан оғриган аёллардан тугилган болаларда касаллик жадаллик билан ривожланади. Бола вертикал йул билан зарарланганда инфекция икки хил вариантда кечиши мумкин. Тахминан 10-15 % холатларда дастлабки ойлardan чуқур иммунодефицит холатлар – пневмоцистли пневмония, оғир энцефалопатия, органомегалия ривожланади. Икки ёшгача булган болаларнинг купчилиги шубҳасиз халок булишади. ОИВ билан инфицирланган онадан тугилган болада касалликнинг дастлабки клиник маркери унинг клиник картинаси кечишида иммун етишмовчилик синдромининг намоён булишидир (Масковева Е.В. 2007). ОИВ+ СВГВ инфекцияси асосан репродуктив ёшдаги ахолининг меҳнатга лаёқатли катламини зарарлайди. Натижада бу холат мамлакат учун нафакат ижтимоий муаммо, балки иктисодий муаммо хам хисобланади. ОИВ+ ВГВ инфекциясининг биргаликда кечиши жигарда кечаётган жараёнларни оғирлаштиради, касаллик оқибатига салбий таъсир килади (Г.Г. Онищенко 2002; M.S. Sulkowski, D.L.Thomas

2003 и др.). Бутун дунёда СВГВ ва ОИВ-инфекция иккаласи ҳам дунё бўйлаб тарқалган жиддий касаллик ҳисобланади, бу ҳолат аҳоли орасида ҳасталаниш ва улим сонининг ортишига олиб келади. Дунё бўйича 40 миллионга яқин инсонлар ОИВ инфекцияси билан касалланган, 170-200 миллионга яқин инсонлар - ВГВ инфекциясига чалинган. 10 миллион инсонлар ВГВ/ОИВ микст инфекцияси билан касалланишган. Бу келажак ёшлар учун жиддий муаммога айланиб бормокда (А. Alberti et al. 2005; V. Soriano 2004). ВГВ ва ОИВ инфекцияси биргаликда кечганида вирусли гепатит вирусининг перинатал утиши охиригача аниқланилмаган (И.В. Шахгильдян, О.Н. Ершова 2006; S. Ferrero et al. 2003; G.Dore et al. 2005; E. Marine-Barioanetal. 2005 и др.). Маълумотларга кура, ОИВ инфекция билан ҳасталанган беморлар орасида ВГВ касаллиги тарқалиши 33 - 59% ни ташкил қилади [5,6,7], инъекцион наркоманлар орасида эса бу курсаткич 80% [8] гача етади. ОИВ инфекцияси ВГВ касаллиги лаборатор ташхисотини қийинлаштиради. Бундай беморларда гепатит В вирусига қарши ИФТ усулида сохта манфий натижаларнинг олиними (HbsAg(-) манфий) ОИВ инфекцияси билан боғлиқдир [9,10]. Беморлар қонида СД4+ хужайралар микдорининг < 100/мкл паст бўлиши тугридан тугри ОИВ билан ҳасталанганларда HbsAg нининг манфийбўлиши билан боғлиқдир.Шу боис, ОИВ инфекцияси билан ҳасталанган беморларда жигарда яллигланиш белгилари кузатилса-да, бироқ ИФТ усулида HbsAg қон зардобиде топилмаса, ПЦР усулини қуллаш мақсадга мувофиқдир. ПЦР усули организмда сурункали гепатит В касаллиги бор ёки йуқлигини аниқлашга ёрдам беради.ОИВ-инфекцияси ВГВ касаллигининг хомилага утиш хавфини оширади. Ҳозирда ОИВ инфекцияси ва ВГВ микст инфекция тарзида кечаётган беморлардан тугилган болаларда ВГВ касаллигининг перинатал утиши факатгина ВГВ билан касалланган оналардан тугилган болаларга нисбатан нисбатан юкиш хавфи 3 марта қуп. Zanetti A.R., [11], Thomas D.L.,[12], Tovo P.A. кузатувларида, ОИВ ва ВГВ микст инфекциясида ВГВ касаллигининг перинатал юкиш курсаткичи 15-

36% ни ташкил килади. Уларнинг тадқиқотларида назорат гуруҳида фақат ВГВ билан касалланган аёллар булиб, уларда касалликнинг юқиш эҳтимоллиги 0 - 5% ни ташкил қилди. ОИВ-инфекция ВГВ билан микст инфекция тарзида кечганда асосий касаллик беморлар қонида ВГВ виремиясининг кучайишига олиб келади. ОИВ ва ВГВ билан хасталанган беморлар қонида антитеталар титри юқори булади. ОИВ инфекциясида гепатит В касаллигининг кечиши тезлашади [16,17,18,19]. ОИВ ва ВГВ микст инфекциясида жигар туқимасида яллигланиш ва фибротик жараёнлар кузатилади [20,21]. Испан олимлари фикрига қура, 25% ОИВ инфекциясига чалинган беморларда ВГВ касаллиги микст инфекция тарзида кушилганда, жигар циррози 15 йил ичида келиб чиқади. ОИВ инфекциясига чалинмаган беморларда бу курсаткич 6,5% ни ташкил қилади. ОИВ ва ВГВ микст инфекцияси билан хасталанган беморларда леталлик юқори курсаткичга эга. Шунингдек, гемофилия билан касалланган беморларда бу иккала касалликнинг микст инфекция тарзида учраши юқори леталликка олиб келади. 1990 йилларда ОИВ ва ВГВ микст инфекциясига чалинган беморларда жигар етишмовчилик ривожланиш эҳтимоллиги юқори эканлиги хақида маълумотлар бор эди. Кейинчалик Darby S.C. ва ҳаммуаллифлар уз ишларида ОИВ ва ВГВ микст инфекциясида беморларда оғир жигар касалликлари келиб чиқишини исботлашди. 2001 йилда Віса І. ва бир қатор муаллифлар ОИВ инфекциясидан вафот этган беморлар улим сабабини тахлил этишди. Уларнинг фикрича, охирги 10 йил ичида бу беморларда асосий улим сабаби оғир жигар касалликлари булиб келган. Охирги йилларда АКШ, Испания, Италия олимлари томонидан, юқоридаги гоё илгари сурилмоқда. ОИВ билан хасталанган беморларда гемофилия касаллиги булмаса-да, уларда асосий улим сабаби сурункали жигар касалликлари хисобланади (24). Клиник амалиётда ОИВ/ВГВ микст инфекциясига чалинган беморлар диагностикасида бир қатор қийинчиликлар кузатилади: ВГВ-инфекцияси лаборатор диагностикаси қийинлашди, ОИВ инфекцияси билан

хасталанган беморларда ВГВ-инфекция асосий оппортунистик касаллик хисобланади.

ВГВ-инфекцияси билан касалланган беморларда ОИВ инфекцияси нохуш окибатларга олиб келади. Уларда СД4+ хужайраларнинг камайишига олиб келади [251].

Охирги йилларда утказилган тадқиқотларда ВГВ касаллиги ОИВ инфекциясининг ривожланишига олиб келишини ва охир-окибат летал окибат билан тугалланишини тасдиқлашди.

Daar E.S. ва муаллифлар [26] ВГВ ОИВ-инфекцияси кечишига қандай таъсири борлигини аниқлашди. Олинган маълумотларга қура, ОИВ-микст инфекцияси билан хасталанган беморларда вирус концентрацияси тугридан тугри ОИВ инфекцияси прогрессияси билан боғлиқдир.

Sabin C.A. ва ҳаммуаллифлар [27] ВГВ генотиби ва ОИВ прогрессияси гемофилия билан хасталанган беморларда бу касалликнинг летал окибат билан тугаллашини исботлашди. ВГВ вирусининг 1 генотибида 2 ва 3 генотипларига нисбатан ОИВ инфекциясининг жадаллик билан ривожланиши кузатилади. Бу ҳолат гемофилия билан касалланмаган беморлар учун хос хусусият хисобланади [26].

Охирги 10 йиллар ичида ОИВ инфекциясини даволашда фаол антиретровирусли терапиянинг (ВААРВТ) қулланилиши окибатида бу дори воситаларининг қучли гепатотоксик таъсири келиб чиқишига асос бўлди [28].

Антиретровирусли дори воситаларидан ташқари, беморлар қонида трансаминаза микдорининг ошиши ВГВ-инфицирланган беморларда гепатоцитларнинг парчаланиши билан боғлиқдир [29].

Шунингдек, ВГВ-инфекцияси митохондриял дисфункция чакиради [30], натижада ОИВ билан хасталанган беморларда жигар етишмовчилик келиб чиқиш хавфи юқори бўлади. ОИВ-инфекциясига қалинган беморларда ВГВ касаллиги антиретровирус терапиянинг салбий таъсири ошишига сабаб

булади. Melvin D.C. ва [31] хаммуаллифлар кузатувларида ОИВ ва ВГВ микст инфекциясида гепатоцитларнинг парчаланиши ВГВ якка холда кечишига нисбатан жадаллик билан юз бериши исботланган. Бундан ташқари, ОИВ билан хасталанган беморларда ВГВ инфекцияси даволанишга кийин берилади. Greub G. ва хаммуаллифлар ишларида [32] касаллик микст инфекция куринишида кечганда ВГВ касаллигининг антиретровирус терапияга салбий таъсир килиши аниқланган. ВГВ-инфекция билан хасталанган беморларда специфик давога нисбатан иммун жавобнинг йуклиги ОИВ инфекцияси билан боғлиқдир. Бу беморларда CD4+ хужайралар микдори даволанишдан сунг биров ошиши кузатилган. ОИВ билан хасталанган беморларда гепатит В касаллиги цирроз ва гепатоцеллюляр карциноманинг тезда ривожланишига олиб келади. Сурункали вирусли гепатит В касаллигини даволаш жараёнида доимий равишда биокимёвий, вирусологик, иммунологик ва умумий клиник контаҳлилини текшириб туриш лозим. Гепатит В касаллигининг ОИВ инфекцияси билан бирга кечиши даволаш самарадорлигига ҳам салбий таъсир килади. 1999 йилдан бошлаб, гепатит В касаллиги ОИВ инфекцияси билан хасталанган беморлар учун оппортунистик инфекция булиб келмоқда. ОИВ инфекция билан хасталанган беморларда гепатит В касаллигини уз вақтида аниқлаш ва даволаш онадан болага вируслар утишига тускинлик килади, шунингдек, жигар касалликлари ривожланишини секинлаштиради. Хориж олимларининг фикрича, ОИВ инфекциясини даволаш олдидан гепатит В касаллигини даволаш лозим. Чунки гепатит В касаллигининг силлик кечиши ОИВ инфекциясида антиретровирус терапиянинг кулланилишига ижобий таъсир килади. ОИВ инфекция билан хасталанган беморларда гепатит В касаллигини уз вақтида аниқлаш ва диагностикасини мукаммаллаштириш беморлар яшаш с ИФТтининг яхшиланишига ва умрининг биров узайишига сабаб булади. ОИВ касаллигига чалинган беморлар гепатит В касаллигига текширилганда сохта манфий натижага эга булишади. Чунки уларда CD 4

хужайралар титри паст булади. Бу холат гепатит В касаллигига нисбатан иммун жавобнинг пастлиги билан изохланади. Шунинг учун ОИВ касаллиги фонида вирусли гепатит В касаллиги кечишида ПЦР диагностика усули кулланилиши махсадга мувофиқдир. ОИВ инфекцияси гепатит В касаллигининг кечишига кандай таъсир килиши етарлича урганилишига карамасдан, гепатит В касаллигининг ОИВ инфекцияси кечишига таъсири етарлича урганилмаган. Юкорида айтиб утилган фактлар, ВГВ ва ОИВ инфекцияси биргаликда кечиш хусусиятларини урганиш лозимлигини таъкидлайди.

2 БОБ. ТАДКИКОТ УСУЛЛАРИ ВА МАТЕРИАЛЛАРИ

Тадкикотда асосан Самарканд вилоят юкумли касалликлар клиник шифохонасига 2010-2015 йилларда мурожаат этган 40 беморда утказилган кузатув натижалари асос килиб олинган (2.1-жадвал).

ОИВ инфекцияси ва СВГВ билан касалланган беморларнинг йиллар буйича солиштира курсаткичи

2.1-жадвал.

Йиллар	ОИВ ва СВГВ билан хасталанган беморлар умумий сони		ЖАМИ
	Эркак	Аёл	
2010	2	-	2
2011	2	-	2
2012	3	2	5
2013	5	4	9
2014	6	5	11
2015	6	5	11
ЖАМИ	24	16	40

ОИВ инфекциясининг гепатит В клиник кечишига таъсирини урганиш мақсадида биз гепатит В билан хасталанган 40 беморни кузатув остига олдик. Беморларда ОИВ инфекцияси ташхисини куйишда ЖССТ томонидан 1997 йилда тавсия этилган классификация кулланилди.

ОИВ –инфекциясининг ЖССТ томонидан 1997 йилда тавсия этилган классификацияси:

I клиник босқичи:

1. Асимптоматик
2. Персистирловчи таркалган лимфаденопатия.

II клиник боскичи:

3. Тана вазнининг <10 % дан кам булиши;
4. Тери ва шиллик каватлардаги сезиларсиз узгаришлар (себореяли дерматит, пруриго, тирнокларнинг замбуругли касаллиги, огиз бушлигининг такрорий ярали шикастланишлари, огиз учбурчагида хейлит булиши).
5. Охирги 5 йилда Herpes zoster касаллигининг кузатилиши.
6. Юкори нафас йуллари яллигланиш касалликларининг тинимсиз такрорланиши (масалан, бактериал синусит).

III клиник боскичи:

7. Тана вазнининг >10 % дан кам булиши.
8. Сабабсиз бир ойдан зиёд сурункали диарея.
9. Сабабсиз бир ойдан зиёд иситма давом этиши
10. Огиз бушлиги кандидози.
11. Огиз бушлиги лейкоплакияси;
12. Охирги йилда упкалар сили аникланиши;
13. Огир бактериал инфекция (масалан, пневмония, пиомиозит).

IV клиник боскичи:

14. Астенизация синдроми (тана вазнининг >10 % дан кам булиши, сабабсиз бир ой давомида сурункали диарея кузатилиши ва бир ой давомида сабабсиз иситма кузатилиши, сурункали чарчок синдроми).

A боскичи:

15. *Pneumocystis Carinii*. Томонидан кузгатилган пневмония;
16. Бош мия токсоплазмози.
17. Бир ойдан зиёд давом этган криптоспоридиозли диарея;
18. Упкадан ташкари криптококкоз;
19. Цитомегаловирусли инфекция;

B боскичи:

20. Тери ва шиллик каватларнинг ёки ички аъзоларнинг 1 ойдан зиёд муддат давомида *Herpes Simplex* инфекцияси билан зарарланиши;

21. Прогрессирловчи мультифокал лейкоэнцефалопатия.
22. Диссеминирланган эндемик микоз (масалан, гистоплазмоз, кокцидиомикоз).
23. Кизилунгач, трахея, бронхлар ва упкалар кандидози.
24. Атипик микобактериоз.
25. Нетипик сальмонеллезли септицемия.
26. Упкалардан ташкари сил.
27. Лимфома.
28. Капоши саркомаси.
29. Бош мия энцефалопатияси;

ОИВ касаллиги фонида гепатит В кечишида классификация буйича аксарият беморларда, яъни 61,7% изида ОИВ касаллигининг III боскичи кайд этилди. 38,3% беморларда ОИВ касаллигининг IV А даражаси кайд этилди. Беморларда ОИВ ташхиси иммуноблоттинг усулида ОИВ танкислиги вирусига нисбатан антитела топилиши асосида куйилди.

Вирусли гепатит В инфекцияси ташхиси беморларнинг кон зардобиди ИФТ усулида гепатит В вирусига нисбатан антителаларнинг топилиши ва ПЦР усулида ДНК ни аниклаш оркали тасдикланди. Барча беморларга стандарт текширув усуллари утказилган: барча беморларда умумий кон, сийдик ва ахлат тахлиллари килинган.

Конда билирубин ва унинг фракцияларини аниклаш, АЛТ ва АСТ фаоллигини аниклаш, зарурият тугилганда протромбин индекси, кон ивиш тизими, оксил ва оксил фракциялари, ишкорий фосфотаза ва холестерин микдорини аниклаш утказилди.

Инструментал текширувлардан – жигар ва корин бушлиги бошка аъзоларини УТТ текшируви, фиброскан буюрилди.

Олинган маълумотлар статистик тахлил этилди. Текширувдаги беморларда куйидаги хамрох касалликлар: сурункали холецистит, гепатохолецистит, Жильбер гепатози, ут-тош касаллиги, сурункали пиелонефрит, полидефицит камконлик ва бошка соматик касалликлар аникланилди.

Кузатув остига олинган беморлар асосан Самарканд шаҳри ва Самарканд вилояти туманларидан мурожаат этишган (Каттакургон шаҳар, Нарпай тумани, Нуробод тумани, Самарканд тумани, Тайлок тумани, Ургут тумани). Беморларга клиник ва лаборатор текширувлар асосида ташхис куйилган (2.2-жадвал).

ОИВ+ ВГВ микст инфекцияси касаллигига чалинган беморларнинг манзилгохлари тахлил этилганда куйидагилар маълум булди.

Беморларнинг асосий қисмини Самарканд шаҳридан (32,5 %) ва туманларидан келган беморлар ташкил этди. Жумладан, аксарият беморлар шаҳар фуқаролари булиб, 20 % Каттакургон туманидан мурожаат этишган (2.2-жадвал).

Беморларнинг манзилгохларига кура тақсимланиши

2.2-жадвал.

№	Шаҳар ва туманлар номи	ОИВ+ВГВ билан касалланганлар сони	
1	Самарканд шаҳар	13	32, 5%
2	Каттакургон шаҳар	8	20 %
3	Каттакургон тумани	4	16 %
4	Нарпай тумани	2	5 %
5	Нуробод тумани	2	5 %
6	Самарканд тумани	4	16 %
7	Тайлок тумани	3	7,5 %
8	Ургут тумани	4	16 %
	Жами	40	100 %

Мазкур беморлар даволаш муассасаларига куйидаги ташхислар билан муурожаат этишган. Жумладан, «Уткир респиратор вирусли инфекция. Кушимча равишда текширилсин!», «Номаълум этиологияли иситма, кушимча текшириш – 2(16,7%)», «Вирусли гепатит? Номаълум этиологияли иситма – 1(8,3%)».

ОИВ+ ВГВ инфекциясига чалинган беморларни уларнинг ёшига караб таксимланиши 5-жадвалда келтирилган. Беморларнинг ёшларини куриб чикканимизда, турли ёшдаги беморларнинг ушбу касалликка чалинганлиги аникланилган (2.3-жадвал).

Беморларнинг ёши буйича таксимланиши

2.3-жадвал.

№	Беморнинг ёши	эркаклар	аёллар
1	15-25 ёш	1	-
2	26-35 ёш	7	5
3	35-40 ёш	7	8
4	40-50 ёш	6	2
5	50 ёшдан катталар	3	1
	Жами	24	16

Жадвалдан куришиб турибдики, касаллик 26-50 ёш орасида булган беморларда куп учраган – 90%. Беморларнинг уртача ёши – 25-40 ёшни ташкил килди.

Беморларнинг жинси буйича таксимланиши

2.4-жадвал.

№	Шахар ва туманлар номи	эркаклар	аёллар
1	Самарканд шахар	8	5
2	Каттакургон шахар	4	4
3	Каттакургон тумани	3	1
4	Нарпай тумани	2	-
5	Нуробод тумани	1	1

6	Самарканд тумани	2	2
7	Тайлок тумани	2	1
8	Ургут тумани	2	2
	Жами	24	16

ОИВ+ВГВ микст инфекцияси касаллигига чалинганлардан 24 тасини (60,0%) эркаклар ташкил килди ва уртача ёши 25,6 ёшни, улардан 16 таси аёллардан иборат булиб, уртача– ёш 23,3 атрофида (2.4- жадвал).

Беморларнинг эпидемиологик анамнези тахлил килинганда куйидагилар маълум булди. Эпидемиологик анамнезда беморларнинг инъекцион муолажаларни қачон қабул қилганлиги, охириги 6 ой ичида бошидан утказилган операциялар, турмуш уртогининг касалликлари, иш жойи сураб суриштирилди (2.5-жадвал).

ОИВ+ СВГВ инфекцияси юкиш йуллари

2.5-жадвал.

№	Шахар ва туманлар номи	жинсий алоқа йули ва Хорижда ишлаб келганлар	инъекцион гиёхванд	кон қуйилган	тиббий муолажа вақти	юкиш йули номаълум	ЖАМИ
1	Самарканд шаҳар	3	7		1	2	
2	Каттакургон шаҳар	2	2	2	2		
	Каттакургон тумани	1	1	1	1		
3	Нарпай тумани		1	1			
4	Нуробод тумани		1		1		
5	Самарканд тумани	1	1		2		

6	Тайлок тумани		2	1			
7	Ургут тумани	1		1	1	1	
	Жами	8	15	6	8	3	40

ОИВ+СВГВ микст инфекцияси касаллигига чалинган беморларнинг касб-корларини тахлил қилганимизда, беморларнинг асосий қисмини вақтинча ишсизлар (асосан хорижда ишлаб келиш ҳисобига кун қурувчилар), маълум сабабларга қура камалганлар ташкил этиши аниқланди (2.6 жадвал).

Беморларнинг касб-қорига қура тақсимланиши

2.6-жадвал.

Текширилган беморларнинг касб-корлари	Сони	%
Тиббиёт ходимлари	2	5 %
Уқитувчилар	1	2,5 %
Ҳисобчилар	2	5 %
Бошкалар:		
Вақтинча ишсизлар	12	30 %
Хорижда ишлаб келганлар	16	40 %
Турмуш уртоғи касалланганлар	3	7,5 %
Камалганлар	4	10 %
Жами	40	100 %

Текширилган беморларнинг қон зардобини ИФТ (ELISA) усули орқали текширилганда иммуноглобулин М фракциясининг 40 беморда топилиши «Вирусли гепатит В» ташхисини серологик тасдиқлайди. Шунингдек, ушбу беморларга иммуноблот усулида ОИВ инфекцияси ташхиси ҳам тасдиқланган.

Олдимизга куйилган мақсад ва ваз ИФТларга асосан кузатув остидаги беморларнинг объектив статуси тулик тахлил этилди. Жумладан, тери копланлари холати (тери иктериклиги, теридаги тошмалар, тери куруклиги), суяк-бугим тизими (мушаклар тонуси, бугимлардаги огриклар), нафас олиш тизими (нафас олиш сони, катарал ва упкадаги узгаришлар), юрак кон томир тизими (юрак уришлар сони, АКБ, юрак тонлари), овкат хазм килиш тизими (тилнинг караш билан копланганлиги, ошкозон сохасидаги узгаришлар, жигар ва талок катталашганлиги, ахлат рангининг узгариши), сийдик ажратиш тизимидаги узгаришлар (сийдик рангининг узгариши, буйрак сохасидаги огриклар), асаб тизими (бош огриги, бош айланиши, тез чарчаш, уйқунинг бузилиши, асабийчанлик) урганилди.

ОИВ инфекциясининг сурункали вирусли гепатит В касаллиги билан хасталанган беморларда касалликнинг клиник ва лаборатор кечиш хусусиятларини урганиш мақсадида кузатув остига 40 та бемор ва назорат гурухига 40 та бемор олинди. Назорат гурухидаги беморларга стандарт асосида “Сурункали вирусли гепатит В” ташхиси куйилган.

ССБ 05.01 2012 йилда чиқарилган № 5 сонли буйругига асосан кузатув остига олинган 40 бемор куйидаги гурухларга булиб урганилди. Буйрук асосида сурункали гепатит В ташхиси фиброз ва жигар ферментларидан асосан АЛТ курсаткичига асосан даражаларга булинган:

1. Сурункали гепатит В, минимал фаоллик даражаси

Бу холатда фиброз кузатилмайди, АлАт ферменти меъёрга нисбатан 1,5-2 баравар ошган.

2. Сурункали гепатит В, паст фаоллик даражаси

Бу холатда кучсиз ривожланган перипортал фиброз, АлАт ферменти меъёрга нисбатан 2-3баравар ошган.

3. Сурункали гепатит В, уртача фаоллик даражаси

Бу холатда уртача ифодаланган фиброз, порто-портал септалар билан кузатилади. АлАт ферменти меъёрга нисбатан 3-5баравар ошган.

4. Сурункали гепатит В, юкори фаоллик даражаси. Бу холатда яккол ифодаланган фиброз порто-централ септалар билан кузатилади. АлАт ферменти меъёрга нисбатан 5 баравардан зиёд ошган.

Сурункали вирусли гепатит В касаллигида жигардаги фибротик жараёнлар жигарни морфологик текшириш ва УТТ натижаларига асосан белгиланади.

ОИВ ва сурункали вирусли гепатит В билан хасталанган ва назорат гуруҳидаги беморларнинг таксимланиши

2.7 жадвал.

	Асосий гуруҳда	Назорат гуруҳида
1	Сурункали вирусли гепатит В минимал фаоллик даражаси ва ОИВ инфекцияси билан хасталанган беморлар – 5 бемор	Сурункали вирусли гепатит В минимал фаоллик даражаси хасталанган беморлар-10
2	Сурункаливирусли гепатит В паст фаоллик даражаси ва ОИВ инфекцияси билан хасталанган беморлар-6 бемор	Сурункаливирусли гепатит В паст фаоллик даражаси билан хасталанган беморлар-10
3	Сурункаливирусли гепатит В уртача фаоллик даражаси ва ва ОИВ инфекцияси билан хасталанган беморлар-12 бемор	Сурункали вирусли гепатит В уртача фаоллик даражаси билан хасталанган беморлар-10
4	Сурункаливирусли гепатит В юкори фаоллик даражаси ва ОИВ инфекцияси билан хасталанган беморлар-17 бемор	Сурункаливирусли гепатит В юкори фаоллик даражаси билан хасталанган беморлар-10

Изох: Сурункали вирусли гепатит В билан хасталанган беморлар кузатувга олинган йилларда купчиликни ташкил этганлиги боис, биз назорат гурухида 10 тадан беморни саралаб олдик ва шулар асосида ургандик.

2.2. ОИВ ва СВГВ касаллиги биргаликда кечишида кулланиладиган диагностик усуллар

ОИВ – инфекциясининг энг аниқ ва самарали диагностика методи с ИФТтида иммунофермент анализи (ИФТ) саналади, бунда вирусга қарши антителолар аниқланади. Серонегатив даврда ва ОИВ инфекциясининг терминал даврида антителолар булмаслиги ИФТ – усулининг камчилиги саналади (Кульберг А.Я., 1991; Покровский В.В., 1996; WardJ.W. etal., 1989; HansonI.C. etal., 1995).

ОИВ касаллигининг лаборатор диагностикаси уч йуналишда олиб борилади. Биринчиси - вируснинг узини ёки булакчаларини топиш. Иккинчиси - вирусга қарши организмда хосил булган антителоларни (антижисмларни) аниқлаш. Учинчиси - организмдаги иммунологик узгаришларни текшириш.

Иммун танқислиги вируси билан зарарланган барча кишиларда 3 ойдан сўнг ушбу вирусга қарши антитело (иммуноглобулинлар) пайдо бўлади.

ОИВ инфекциясида лаборатория текширувларининг боскичлари:

- * Бирламчи иммунофермент анализи (ИФТ);
- * Қайта иммунофермент анализи;
- * Иммуноблот тахлили;
- * Полимераз занжир реакцияси;
- * СД4 хужайралари сонини аниқлаш.

ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВИ УСУЛЛАРИ

Лаборатория текшируви усуллари специфик (махсус) ва носпецифик (махсус булмаган) турларига бўлинади.

*Специфик текширув усуллари*га қўйидаги текширишлар киради:

- Иммунофермент тахлили;
- Экспресс (тезкор) тест тахлили;
- Иммуноблот тахлили;
- Полимераз занжир реакцияси.
- УТТ

- Фиброскан усули

Носпецифик текшириш усулларига кўйидаги текширишлар киради:

- СД4 хужайралари сонини аниқлаш;
- Умумий қон тахлилини аниқлаш.

ОИВ инфекциясининг серологик диагностикаси икки боскичда утказилади. Биринчи боскичда ИФТ усули ёрдамида вируснинг барча антигенларига хосил булган антителалар аниқланади. ИФТ-мусбат олинган натижалар буйича ОИВ-инфекция ташхиси куйишга асос етарли эмас, чунки ОИВ таркибида специфик антигенлардан ташқари, бошқа инфекцияларда ҳам аниқланадиган носпецифик антигенлар ҳам бор. Лекин ИФТ усулида антителаларнинг қайси антигенларга қарши ишлаб чиқарилганлигини аниқлаб булмайдди. Шунинг учун ИФТ усули дастлабки тахминий усул хисобланади.

Иккинчи боскичда ИФТ-мусбат булган зардоблар иммуноблот усулида текширилади. Бу тасдиқловчи усул хисобланади. Иммуноблот усулида вирус оксилларини ҳар бирига хосил булган антителаларни алоҳида аниқласа булади ва олинган натижалар буйича текширилган шахсларда ОИВ касаллиги борлиги ёки йуклиги тугрисида хулоса чиқариш мумкин.

Лаборатория текшируви усуллари

- Иммунофермент анализиди – қон зардоби ёки қон плазмасида ОИВ антителаларини аниқлашга асосланган;
- Бугунги кунда ИФТ усулида текшириш учун тест-системаларнинг 3-4 авлодидан фойдаланилмокда;
- Тест системаларнинг **1-авлодида** сезувчанлик ва спецификлик 95% дан кам. Қондаги антитела ОИВ юққандан кейинги 27 кундан бошлаб аниқланади, фақат ОИВ – 1 ни аниқлайди;
- Тест системаларнинг **2-авлодида** сезувчанлик 95% дан кам, спецификлик 95% дан кўп. Антитела ОИВ юққандан кейинги 27 кундан бошлаб аниқланади, ОИВ 1 ва 2 ни аниқлайди;

- Тест системаларнинг **3-авлодида** сезувчанлик ва спецификлик 97% дан ортиқ. Антитела ОИВ юққандан кейинги 21 кундан бошлаб аниқланади, ОИВнинг 1 ва 2 турларини аниқлайди;
- Тест системаларнинг **4-авлодида** сезувчанлик ва спецификлик 97% дан ортиқ. Антитела ОИВ юққандан кейинги 12 кундан бошлаб аниқланади, ОИВнинг 1 ва 2 турини аниқлайди.

Иммуноблот усули.

- **Иммуноблот (вестерн-блот) усули** қон зардобида ОИВнинг турли оксилларида специфик антителаларни аниқлайди;
- Бошқа усулларга нисбатан ўта сезгирлик ва спецификлик хусусиятига эга.
- ИФТ мусбат натижаларни тасдиқлаш усули бўлиб, якуний ташхис қўйишда ишлатилади.

Иммунофермент таҳлил – ушбу усул билан организмдаги ОИВга қарши пайдо бўлган антителоларнинг умумий миқдори аниқланади. Бу усулнинг сезгирлиги 99,5 % гача боради, бироқ, унинг спецификлиги юқори эмас. Шунинг учун бу усул ишончли ижобий натижа бермаслиги ҳам мумкин. Стандарт диагностик тизимларда вируснинг ҳар иккала – ОИВ-1 ва ОИВ-2 типларини аниқлаш имконини берувчи табиий ёки рекомбинант антигенлар мавжуд. Таҳлил натижаси ижобий, салбий ва гумонли бўлиши мумкин.

Таҳлил бир марта бўлса ҳам ижобий натижа берса зардоб ушбу таҳлил натижаларини тасдиқлаш учун ОИТС Марказининг диагностик лабораториясига юборилади.

Бугунги кунда иммунофермент таҳлил ўтказиш учун 4 авлод тест-тизим мавжуд:

- Тест-тизимнинг биринчи авлоди антиген с ИФТтида планшетнинг каттик фазасига суртиладиган ОИВ-1нинг тозаланган лизати ҳисобланади. Тест-тизим специфик G иммуноглобулинни аниқлашга мўлжалланган. Ушбу тизимнинг сезгирлиги ва спецификлиги 95%дан ошмайди.

Антителолар ОИВ юқтирилгандан 27 кун ўтгандан сўнг аниқлана бошланади.

- Тест-тизимнинг иккинчи авлоди антиген с ИФТтида планшетнинг қаттиқ фазасига суртиладиган рекомбинант оқсил ёки ОИВ-1 ва ОИВ-2ларнинг синтетик пептидларидан фойдаланишга асосланган. Тест-тизим G специфик иммуноглобулинни аниқлашга мўлжалланган. Ушбу тизимнинг сезгирлиги 95%дан ошмайди, аммо спецификлиги 95%дан юқори. Антителолар ОИВ юқтирилгандан 27 кун ўтгандан сўнг аниқлана бошланади.

- Тест-тизимнинг учинчи авлоди антиген с ИФТтида планшетнинг қаттиқ фазасига суртиладиган рекомбинант оқсил ёки/ва ОИВ-1 ва ОИВ-2ларнинг пептидларидан фойдаланишга асосланган. Тест-тизим нафақат G, балки M специфик иммуноглобулинларни аниқлашга мўлжалланган. Сезгирлиги ва спецификлиги 97%дан юқори. Антителолар ОИВ юқтирилган кундан 21 кун ўтгандан сўнг аниқлана бошланади.

- Тест-тизимнинг тўртинчи авлоди ОИВ антителоларинигина эмас, балки ОИВ-p24 антигенини ҳам аниқлашга йўналтирилган. Бу 97% сезгирлик ва спецификликдан ташқари ташхисни анча эрта, яъни юқтирилгандан 12-кун ўтгандан сўнг қўйиш имконини беради.

Экспресс тестлар сўлакда, қонда, зардоб ва плазмада иммун танқислиги вирусига нисбатан пайдо бўлган антителоларни аниқлашга асосланган. Уларнинг тайёрланиш технологияларига қараб агглютинацион, иммунофилтрацион, иммунохроматографик (латераль хроматографиядан фойдаланилган ҳолда) ва нуктали хроматографик тестлар фарқ қилинади. Улар сезгирлиги ва спецификлигига кўра иммунофермент таҳлилларнинг 3- авлодига мос келади. Экспресс тестлар натижалари кўз билан кўриб баҳоланиши сабабли улар билан ишлашда ўлчов асбоблари талаб қилинмайди, ходимларни узок вақт ўқитишга эҳтиёж қолмайди. Уларни ўтказиш муддати иммунофермент таҳлилга нисбатан анча қисқа. Экспресс

тестларни махсус жиҳозлар билан жиҳозланмаган лабораторияларда ҳам ўтказиш имконияти мавжуд.

Иммун блот. ИФТда антителоларни текширишдаги мусбат натижани тасдиқловчи асосий тест ҳисобланади ва у ОИВнинг алоҳида молекуляр оғирлиги бўйича тақсимланган протеинлар асосида уларга нисбатан антителоларни аниқлашга имкон беради. Вируснинг маълум протеини (антигени)га антителоларнинг мавжудлиги мембрананинг мазкур антиген жойлашган бўлагидан бўялган (рангли) йўллар пайдо бўлиши бўйича аниқланади. Иммун блотнинг манфий натижаси ИФТнинг мусбат ёки гумонли натижаларини сохта мусбат натижалар эканлигини билдиради.

СДСга мувофиқ, агар ОИВнинг учта асосий антигенлари – p24, gp41 ва gp120 (ёки gp160)дан исталган иккитасига антитело аниқланса иммун блот натижалари мусбат ҳисобланади. Турли генлар- gag, pol ва env маҳсулотларига мос равишда мембрананинг уч йўлида аниқланиши ИФТдаги мусбат натижанинг абсолют тасдиғи ҳисобланади. Иммун блотда ОИВ антигенларидан фақат битта антигенига антителолар аниқланса гумонли натижа деб ҳисобланади. Кўпинча p24 ва p55ларга антителоларни аниқлаш гумонли натижа ҳисобланади. Соғлом одам қон зардобидан мазкур протеинларга ишлаб чиқилган антителоларни бир-бирига кесишган ҳолда сезувчи антигенлар бўлиши мумкин. Иммуноблотнинг гумонли натижаси беморнинг клиник текширувлари натижалари билан солиштирилади ва зарурат бўлганда 1 ойдан кейин текшириш такрорланади.

ИФТнинг манфий натижасида, ОИВ инфекциясининг клиник белгилари ва анамнезида олдинги 3 ой мобайнида инфекция юктириш эҳтимолига кўрсатмалар бўлмаганда, “ОИВ инфекцияси” ташхиси қўйилмайди. Беморда “серонегатив ойна” даври бўлиши мумкинлигига гумон қилинганда ва мусбат натижада текширишни такрорлаш зарур. ИФТда кетма-кет текширилганиккита манфий натижа биринчи натижанинг сохта мусбатлигини кўрсатади. Иммун блотингда иккита ва ундан ортиқ ОИВ

антигенларига антителоларни аниқлашда мусбат натижа ОИВ инфекцияси ташхисини тасдиқлайди.

Диссертация ишини бажаришда беморларга иммунофермент (ELISA) текширув усулидан ташкари, умумий клиник, биохимик текширув усуллари утказилди. Кон умумий тахлили, сийдик умумий, ахлат умумий тахлиллари утказилди. Серодиагностик усул- иммунофермент (ELISA) текширув усули оркали Вирусли гепатит В касаллиги гурухига хос иммуноглобулин М (Ig M) аникланди.

Биокимёвий тахлил

Биокимёвий текширувлар уз ичига билирубин микдори ва унинг фракциясини Ендрассик – Клегерн – Грофф усули ёрдамида аниқлаш, Райман – Френкел буйича кон ферментларини (АсТ, АлТ) аниқлаш, Хуэрг– Поппер жигар синамаларини текшириш (тимол ва сулема синамалари) ни уз ичига олади.

Бундан ташкари, ОИВ-касаллигининг лаборатория диагностикасида иммунологик ва микробиологик текширувлар хам олиб борилади. Иммунологик текширувда Т-хелперлар сонининг Т-супрессорлар сонига нисбати ва бошқалар аникланади. ОИВ-касаллигида куйидаги иммунологик узгаришлар кузатилади:

1. Лимфоцитлар сонининг камайиши (меъёрда 2500 та булса бемор булган шахсда - 1500 та).
2. Т-хужайралар сонининг камайиши (меъёрда 70 фоиз булса, бемор булган шахсда эса 50 фоиз).
3. Хелперлар сонининг супрессорлар сонига нисбатан камайиши (меъёрда Т-хелперлар сони 2, бемор булган шахсда 0,5 дан оз).
4. Иммуноглобулинлар сони ошади (меъёрда - 1000 мг%, бемор булган шахсда - 2000 мг%).

ОИВ-касаллигида микробиологик текширувлар хам мухим уринни эгаллайди. Бу текширувлар касаллик туфайли келиб чиқадиган иккиламчи

касалликларни диагностика килиш ва уларни даволашни оптимал равишда олиб боришга ёрдам беради.

ФИБРОСКАН УСУЛИ МОХИЯТИ

Фиброскан усули (эластография, эластометрия) замонавий, янги, неинвазив усул ҳисобланади. Бу усулда эластик тулқинлар орқали жигарда фиброзланиш даражаси аниқланади. Фиброскан усули бирлиги кПА ҳисобланади (кРа). Жигардаги фиброзланиш даражаси F0-F4 оралигида аниқланади.

F0 - кРа (6.2 дан паст)-жигарда фиброз туқима аниқланмайди;

F1 - кРа (6.2-8.3 атрофида) – жигар туқимасида минимал узгаришлар аниқланади;

F2 – кРа (8.3-10.8 атрофида) – жигар туқимасида яққол ифодаланган портосептал фиброз учоклари аниқланади;

F3 – кРа (10.8-14 атрофида) –жигарда яққол ифодаланган фиброз аниқланади;

F4 - кРа (14) – жигар циррози

3 БОБ. ХУСУСИЙ ТАДЖИКОТЛАР

ОИВ инфекцияси ва сурункали вирусли гепатит В касаллиги билан хасталанган беморларда касаллик клиник характеристикаси

3.1. ОИВ инфекцияси ва сурункали гепатит В касаллиги минимал фаоллик даражаси билан хасталанган беморларда касаллик клиник характеристикаси

Мазкур боб ОИВ инфекцияси ва сурункали вирусли гепатит В минимал фаоллик даражаси билан хасталанган беморларнинг касаллик тарихи тахлилини уз ичига олади. Касалликнинг минимал фаоллик даражаси 5 беморда аникланиб, бу умумий беморлар сонидан 12,5 % ни ташкил килади. Ёш буйича беморлар куйидагича таксимланди:

Беморларнинг ёш буйича таксимланиши

3.1.1.-жадвал.

Беморларнинг ёши	Беморларнинг сони	Фоизда
25-30 ёш	2	40
30-35 ёш	2	40
35-40 ёш	1	20
40-50 ёш	-	-
50 ёшдан катталар	-	-
Жами	5	100

Беморларда касалликнинг минимал фаоллик даражасида деярли клиник белгилар кузатилмаган. Уларда кузатилган асосий клиник белгилар 3.1.1-жадвалда келтирилган.

Касалликнинг минимал фаоллик даражасида беморларни холсизлик, дармон куриши, кунгил айниши, иштахасининг пастлиги, ошқозон соҳасидаги огриклар, меҳнат қобилиятининг сусайиши, уйқусизлик безовта қилган.

**Сурункали вирусли гепатит В минимал фаоллик даражаси ва
ОИВ инфекцияси микст курунишида кечганда кузатилган
симптомлар**

3.1.2-жадвал.

Симптомлар	Минимал фаоллик даражаси	
	n	%
Холсизлик	5	100
Дармон куриши	3	60
Кунгил айниши	1	20
Иштахасининг пастлиги	3	60
Ошқозон соҳасидаги огриклар	2	40
Мехнат қобилиятининг сусайиши	2	40
Гепатомегалия	1	20
Уйқусизлик	2	40

Беморларнинг тери қопламлари тоза, тери иктериклиги аниқланилмади. Беморларнинг терисида тошмалар кузатилмади. Об'ектив куриқда суяк-бугим тизимида деформация ва бошқа узғаришлар аниқланилмади.

Нафас олиш тизими томонидан беморларда патологик узғаришлар кузатилмади. Упкаларда хириллашлар ва шовкинли нафас аниқланилмади.

Юрак қон томир тизимини текширганимизда барча беморларда юрак қон томирининг бугиклиги, юрак уришлар сонининг тезлашганлиги аниқланди. Артериал қон босими 100/70 мм. с.м. уст. га тенг эди. Гипертензия, гипотония ҳолати ҳеч қайси беморда аниқланилмади.

Овқат ҳазм қилиш аъзолари томонидан иштахасининг пастлиги, бир беморда қунгил айниши аниқланди. Об'ектив куриқда 60 % беморларда тилнинг оқ қараш билан қопланганлиги, 20 % беморларда жигар улчамлари катталашганлиги аниқланди. Жигар улчамлари Курлов буйича белгиланди. Курлов буйича жигар улчамлари уртача:

1. parasternalis-1,5 см.
1. medioclavicularis-1,5 см.
1. axillaris anterior-1,5 см.

Шунингдек, УТТ да барча беморларда жигар улчамлари катталашганлиги аникланилди. Жигар улчамлари беморлар шифохонадан жавоб берилаётган вақтда ҳам ҳамроҳ касалликлар ҳисобига меъёрига келмаганлиги аникланилди. Беморларнинг аксариятида ич қотиш кузатилди 3(60%). Касалликнинг минимал фаоллик даражасида марказий асаб тизими томонидан деярли узгаришлар аникланилмади. Фақатгина 2 (40%) беморда уйқусизлик кузатилди. Бизнинг кузатувларимизда барча беморларда холсизлик, дармон қуриши, меҳнат қобилиятининг пасайиши аникланди. Бу узгаришлар уртача 10-15 кун давом этди. Клиник соғайиш даври беморлар умумий ахволининг яхшиланиши ва лаборатор курсаткичларнинг меъёрлашуви билан характерланади. Кузатувдаги беморлар учун гепатомегалия, холсизлик, иштахасининг пастлиги, дармон қуриши хос белги ҳисобланди (60%).

Лаборатор курсаткичлар: умумий қон таҳлилида барча беморларда Нв микдорининг пасайганлиги 85-72 г/л атрофида, лейкоцитлар микдорининг меъёрий курсаткичлари сакланиб қолганлиги (4,7-10,9 г/л), эозинофиллар микдорининг биров ошганлиги аникланди. Қон биокимёвий таҳлилида билирубин микдори -12,8 мк/моль/л гача ошганлиги, В-липидлар-6,4, тимол синамаси-6 мк/моль/л гача ошганлиги, сулема синамаси-1,60 мк/моль/л гача пасайганлиги, АСТ-0,70, АЛТ-1,20 гача ошганлиги микдорининг ошганлиги, холестерин микдорининг узгармасдан қолганлиги қайд этилди. 60 % беморларда АлАт фаоллиги меъёрида эканлиги кузатилди (3.1.3-жадвал).

**Сурункаливирუსли гепатит В минимал фаоллик даражаси ва
ОИВ инфекцияси микст курунишида кечганда аникланилган
лаборатор узгаришлар**

3.1.3-жадвал.

№	Лаборатор курсаткичлар	Узгариши	Беморлар сони	%
1.	Нв микдори	пасайган	5	100
2.	Тромбоцитлар	камайган	5	100
3.	Эритроцитлар микдори	камайган	5	100
4.	Лейкоцитлар	камайган	5	100
5.	ЭЧТ	тезлашган	5	100
6.	Сулема синамаси пасайиши	пасайган	5	100
7.	Тимол синамаси	кутарилган	4	80
8.	Альбуминлар	пасайган	5	100
9.	Глобулинлар	кутарилган	5	100
10.	Кон ивиш вакти (Сухарев буйича)	узайган	3	60
11.	Протромбин вакти ва индекси	пасайган	4	80
12.	АлАт микдори	узгармаган	3	60
13.	АлАт микдори	ошган	3	60

Сийдик тахлилида деярли узгаришлар кузатилмади.

Барча беморларга УТТ текшируви утказилган. УТТ натижаси куйидагича: ОИВ ва СВГВ касаллиги биргаликда кечишида гепатомегалия (60%) аникланилди. Барча беморларга ИФТ текшируви утказилган. ОИВ/ОИТС ташхиси ИФТ ва иммуноблот усулида тасдиқланган.

Фиброскан текшируви кузатувдаги 5 бемордан 2 тасига утказилган. Уларда F0-F1=6,2 атрофида эди.

Шуни алохида таъкидлаш лозимки, касалликнинг минимал фаоллик даражаси асосий касаллик томонидан салбий узгаришлар кузатилмади.

3.2. ОИВ инфекцияси ва сурункали вирусли гепатит В паст фаоллик даражаси билан хасталанган беморларда касаллик клиник характеристикаси

Мазкур боб “Сурункали вирусли гепатит В паст фаоллик даражаси ва ОИВ инфекцияси микст кечган беморларнинг касаллик тарихи тахлилини уз ичига олади. Касалликнинг бу шакли 6 беморда аникланиб, бу умумий беморлар сонидан 15 % ни ташкил килади. Ёш буйича беморлар куйидагича таксимланди:

Ёш буйича беморларнинг таксимланиши

3.2.1-жадвал.

Беморларнинг ёши	Беморларнинг сони	Фоизда
20-25 ёш	-	-
25-30 ёш	1	16,6
30-35 ёш	2	33,3
35-40 ёш	1	16,6
40-50 ёш	1	16,6
50 ёшдан катталар	1	16,6
Жами	6	100

Барча беморларда касаллик секин-асталик бошланган.

Касалликнинг асосий клиник белгилари 3.2.1.-жадвалда келтирилган.

Касалликнинг паст фаоллик даражасида касаллик давомийлиги 10-12 кунни ташкил килди. Беморларда холсизлик, дармон куриши, иштахасининг пастлиги, ич котиши, корин дамлаши, кунгил айнаши, ошқозон сохасидаги огриклар, жигар сохасидаги огриклар, сийдик ранги узгариб туриши, вазн йукотилиши, лохаслик, меҳнат қобилиятининг сусайиши, ун қовурга остида тумтоқ огриклар, бош айланиши, меҳнат қобилиятининг пасайиши, хотира пасайиши, асабийчанлик, депрессия

холати, огиз куриши ва чанкаш, ёгли овкатни кутара олмаслик, бурундан кон кетиши кузатилган.

ОИВ инфекцияси ва сурункаливирусли гепатит В паст фаоллик даражаси билан хасталанган беморларда кузатилган симптомлар

3.2.2-жадвал.

Симптомлар	Паст фаоллик даражаси	
	n	%
Дармон куриши	6	100
Холсизлик	6	100
Иштахасининг пастлиги	6	100
Ланжлик	6	100
Тез чарчаш	5	83,3
Юрак тонларининг бугиклиги	3	50
Гепатомегалия	5	83,3
Тилдаги ок карашлар	4	66,6
Уйкусизлик	3	50
Бош айланиши	2	33,3
Мехнат қобилиятининг пасайиши	3	50
Вазн йукотилиши	3	50
Хотира пасайиши	4	66,6
Асабийчанлик	5	83,3
Депрессия холати	3	50
Унг қовурга остида тумток оғриқлар	6	100
Огиз куриши ва чанкаш	4	66,6
Ёгли овкатни кутара олмаслик	4	66,6
Бурундан кон кетиши	3	50
Ич кетиши	3	50
Корин дамлаши	4	66,6
Қусиш	4	66,6
Қунгил айниши	4	66,6
Сийдик ранги узғариб туриши	3	50

Беморларнинг тери қопламлари тоза, терисида тошмалар кузатилмади.

Объектив қуриқда суяк-бугим тизимида деформация ва бошқа узғаришлар аниқланилмади. Нафас олиш тизими томонидан беморларда патологик узғаришлар кузатилмади. Томоқнинг билинар билинмас гиперемияси 2 (33,3%) беморда аниқланилди. Упкаларда хириллашлар ва шовкинли нафас аниқланилмади. Юрак қон томир тизимини текширганимизда барча

беморларда юрак тонларининг бугиклиги, юрак уришлар сонининг тезлашганлиги аникланди. Артериал кон босими 90/60-90/70 мм. сим. уст. га тенг эди. Гипертензия холати хеч кайси беморда аникланилмади. Беморларнинг 3(50%) тасини гипотония безовта килди.

Овкат хазм килиш аъзолари томонидан иштахасининг пастлиги, кунгил айниши аникланди. Объектив курикда барча беморларда тилнинг ок караш билан копланганлиги, томок гиперемияси, жигар катталашганлиги аникланилди. Жигар пайпаслаб курилганда четлари текис, юзаси силлик, уртача зичликда эканлиги маълум булди. Жигар улчамлари касалликнинг паст фаоллик даражасида ковурга равогидан 2,0-2,5 см. пастга тушиб турганлиги аникланди. Жигар улчамларининг интоксикация симптомлари йуколиши билан меъёрга келиши кузатилмади. Тилнинг ок караш билан копланиши реконвалесценция бошланганидан 8-12 кун утиб йуколишни бошлади. Касалликнинг уртача давомийлиги 30-35 кунни ташкил килди. Касалликнинг авжга чикиш даврида барча беморларда иштаханинг пасайиши кузатилди. Уларда кунгил айниш кучайиши кузатилди. Беморларнинг аксариятида ич котиши кузатилди. Ич кетиши эса 3 (50 %) беморда кузатилди. Бу беморларнинг ахлат таркибида патологик аралашмалар топилмади. Сийдик ажратиш тизими томонидан 3 (50 %) беморда Пастернацкий симптоми мусбатлиги аникланди. Касалликнинг паст фаоллик даражасида марказий асаб тизими томонидан деярли узгаришлар аникланилмади. Бизнинг кузатувларимизда барча беморларда холсизлик, уйкусизлик, дармон куриши аникланди. Бу узгаришлар уртача 10-15 кун давом этди. Клиник согайиш даврида беморлар умумий ахволининг яхшиланиши ва касаллик асосий белгиларининг суниши билан характерланди.

Лаборатор курсаткичлар: умумий кон тахлилида барча беморларда Нв микдорининг пасайганлиги 82-56 г/л атрофида, лейкопения-лейкоцитлар микдорининг 3,6 гача пасайганлиги, эозинофиллар микдорининг биров ошганлиги аникланилди.

Кон биокимёвий тахлилида билирубин миқдори 12,8-29,9 мк/моль/л, В-липопротеидлар-6,4-4,8 атрофида, тимол синамаси-8,8 мк/моль/лгача ошганлиги, сулема синамаси-1,6 дан 1,42 мк/моль/лгача пасайганлиги, АСТ-1,50, АЛТ-2,40 мк/моль/л миқдорининг ошганлиги, холестерин миқдорининг биров ошганлиги қайд этилди (3.2.3-жадвал).

Сурункали вирусли гепатит В паст фаоллик даражаси ва ОИВ инфекцияси микст курунишида кечганда кузатилган симптомлар

3.2.3-жадвал.

№	Лаборатор курсаткичлар	Узгариши	Беморлар сони	%
1.	Нв миқдори	пасайган	6	100
2.	Тромбоцитлар	камайган	6	100
3.	Эритроцитлар миқдори	камайган	5	83,3
4.	Лейкоцитлар	камайган	5	83,3
5.	ЭЧТ	тезлашган	5	83,3
6.	Сулема синамаси пасайиши	пасайган	5	83,3
7.	Тимол синамаси	кутарилган	6	100
8.	Альбуминлар	пасайган	5	83,3
9.	Глобулинлар	кутарилган	5	83,3
10.	Кон ивиш вакти (Сухарев буйича)	узайган	6	100
11.	Протромбин вакти ва индекси	пасайган	4	66,7
12.	АлАт миқдори	узгармаган	1	16,6
13.	АлАт миқдори	ошган	5	83,3

Сийдик тахлилида лейкоцитлар, донадор ва ясси эпителий, оксил миқдорининг 0,33 г/л гача ошганлиги кузатилди.

Барча беморларга ИФТ текшируви утказилган.

ОИВ инфекцияси таъхиси ИФТ ва иммуноблот усулида тасдиқланган. Даволаш муассасасидан чиқиш пайтида беморларнинг жигар улчамлари меъёрдан +2,0 см. катталигича колганди. Кузатувдаги беморлар учун гепатомегалия хос белги хисобланди.

Барча беморларга УТТ утказилган. УТТ натижаси куйидагича: гепатомегалия (83,3%) аниқланди. Шунингдек, ошқозон ости беши ва ут йуллари патологияси (66,6%) аниқланди.

Фиброскан текшируви 3 беморга утказилган. Уларда ушбу текширув натижаси куйидагича: F1-F2=7,7 атрофида эди.

Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, касалликнинг паст фаоллик даражасида асосан 30-50 ёшларда учрайди. Шунингдек, сурункали гепатит В касаллигининг ОИВ инфекцияси билан биргаликда кечиши беморларда иммун тизим фаолиятининг пасайишига олиб келди.

Мисол тариқасида касалликнинг паст фаоллик даражаси ва ОИВ микст инфекцияси билан касалланган бемор касаллик тарихидан кучирма келтирамиз.

Бемор О., 33 ёшида (№ 7381), Ургут туманидан. 06/08/2013 й Самарканд вилоят Юқумли касалликлар клиник шифохонасига беҳоллик, иштаханнинг йуқолиши, уйқусизлик, унғ ковурга равоғи остида оғрик, сийдик рангининг узғариши, ахлатининг суюқ утиши шикоятлари билан тушган.

Эпидемиологик анамнезидан: Бемор 15 ёшида ВГ таъхиси билан ётиб даволанган. Бирок қайси гепатит тури эканлигини билмайди. 2006 йилдан буён бемор Россия давлатида гастербайтерлик қилади. 2001 йилда Россияда юрган вақти хусусий стоматолога мурожаат этган. 2013 йилнинг апрел ойида вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасига аэропортдан келтирилган. Уша вақтда «Лақунар ангина. Урта оғир шакли» таъхиси билан даволанган. Шу йилнинг май ойида СамМИ клиникасининг терапия булимида «Сурункали гепатит. Паст фаоллик даражаси. Сурункали гипертрофик гастрит. Оғиз бушиги кандидози» таъхиси билан ётиб даволанган. Беморнинг сузига қараганда, 04/08/2013 й.да касаллик дармонсизлик, иштахасизлик, қорин дамлаши билан бошланган. 06/08/2013 й. да сийдик ранги туклашган. Шу қуни ахлатининг суюқ утиши ҳам қушилган.

Куйидаги текширувлар утказилган: УТТ, ИФТ, қон биохимик таъхили, умумий қон таъхили, умумий сийдик таъхили.

Беморга «Сурункали гепатит В минимал фаоллик даражаси» ва «ОИВ инфекцияси» хамрох таъхиси куйилган. Бемор Самарканд вилояти Юкумли касалликлар клиник шифохонасига даволаниши мақсадида ётқизилган. Куриқдан утказиши вақтида тана харорати $37,5^{\circ}\text{C}$, оғирлиги-62 кг, буйи 170 см.

Ахволи урта оғир. Хуши узиди. Тери қоплами ранги тоза, қуз склераси тоза, тошмалари йук. Периферик лимфа тугунлари катталашмаган. Тери ости ёғ клетчаткаси уртача ривожланган. Упкада везикуляр нафас эшитилади. Юрак тонлари бугик. Пульс-74 та 1 дақиқада, уртача тарангликда ва туликликда. Артериал қон босими 130/80 мм сим уст. га тенг. Тили нам, оқ қараши билан қопланган. Томок гиперемияси қузатилади. Томок безлари катталашмаган. Жигар қовурга равоги рупарасида пайпасланади.

Беморнинг сийдиги туклашган, ахлати одатдаги рангда. Эшитиши ва куриши қобилияти узгаришсиз.

Вирусли гепатит маркерларига текширилганда лаборатория тахлиллари: HbsAg мусбат.

Қон биохимик тахлили: Билирубин 29,9 боғланган билирубин 8,5- боғланмаган билирубин-21,4. В-липопротеидлар-5,20. Тимол синамаси-7,24 Аст 0,60 Алт 1,50. Холестерин-3,77

Қон умумий тахлили: Hb-60,0 г/л, эритроцитлар- $2,62 \times 10^{12}$ л, лейкоцитлар- $3,8 \times 10^9$ л, СОЭ-8 мм/с, с/я-50, лимфоцитлар-41, эозинофиллар-4.

Сийдик тахлили узгаришларсиз.

ИФТ: HbsAg – мусбат.

Даволанилди: Пархез стол № 5. Глюкоза эритмаси 5%-400,0 мл Аскорбин кислотаси 2% 2,0 мл вени ичига томчилаб юборилди. Витамин В₁₂ ва витамин В₁ мушак орасига юборилди. Даволаниши жараёнида бемор умумий ахволи 20-25 кунда меъёрга келди (қасалликнинг 30 кунда).

3.3. ОИВ инфекцияси ва сурункали вирусли гепатит В уртача фаоллик даражаси билан хасталанган беморларда касаллик клиник характеристикаси

Мазкур боб ОИВ инфекцияси ва сурункали гепатит В уртача фаоллик даражаси билан хасталанган беморларнинг касаллик тарихи тахлилини уз ичига олади. Касалликнинг уртача фаоллик даражаси 12 беморда аникланиб, бу умумий беморлар сонидан 30 % ни ташкил килади. Ёш буйича беморлар куйидагича таксимланди:

Ёш буйича беморларнинг таксимланиши

3.3.1-жадвал.

№	Беморнинг ёши	Сони	Фоизларда
1	14-25 ёш	-	
2	26-35 ёш	5	42%
3	35-40 ёш	4	33,1%
4	40-50 ёш	2	16,6%
5	50 ёшдан катталар	1	8,3%
	Жами	12	100%

Беморларнинг барчасида касаллик секин-асталик билан бошланган. Касалликнинг асосий клиник белгилари 3.3.2-жадвалда келтирилган.

Касалликнинг уртача фаоллик даражаси уртача 20-25 кун давом этди. Касаллик бошланишида беморларни холсизлик, дармон куриши, иситма, уйқунинг бузилиши, бош огриги, бош айланиши, асабийчанлик, унги ковулга остида тумток огрик, огиз куриши, чанкаш, озиб кетиш. иштахасининг пастлиги, бугимлар ва мушаклардаги огриклар, ич котиши, кусиш, тинимсиз кунгил айнаши, зарда кайнаши, кекириш, ошқозон сохасидаги огриклар, жигар сохасидаги огриклар, корин дамлаши, бадандаги тошмалар, огиз бушлигидаги кандидоз тошмалар безовта килган. Бизнинг кузатувларимизда беморларнинг 34 % да иситма аникланган. Тана хароратининг уртача курсаткичи $37,8 \pm 0,8^{\circ}\text{C}$ ташкил

килди. Бунда тана харорати кутарилишининг минимал курсаткичи $37,5^{\circ}$ ва максимал курсаткичи $37,8^{\circ}\text{C}-38,7^{\circ}$ Сга тенг булган. Иситма давомийлиги уртача $4,3\pm 0,4$ кунни ташкил этди. Бунда айрим беморларда иситма 4-5 кун, айрим беморларда 9 кунгача чузилди.

ОИВ инфекцияси ва сурункали вирусли гепатит В уртача фаоллик даражаси билан хасталанган беморларда кузатилган симптомлар

3.3.2-жадвал.

Симптомлар	Уртача фаоллик даражасида	
	n	%
Иситма	7	58,3
Кунгил айнаши	12	100
Кусиш	12	100
Тери саргайиши	8	66,6
Куз склераларининг саргайиши	12	100
Баданда кичиш	12	100
Уйкучанлик	12	100
Милклар конаши	12	100
Ланжлик	12	100
Тез чарчаш	12	100
Юрак тонларининг бугиклиги	8	66,6
Иштаханинг бузилиши	8	66,6
Гепатомегалия	12	100
Спленомегалия	7	58,3
Тилдаги ок карашлар	12	100
Корин огриги	6	50
Уйкусизлик	8	66,6
Бош айланиши	8	66,6
Бош огриги	8	66,6
Сийдик кизариши	12	100
Брадикардия	6	50
Систолик шовкин	12	100
Огир даражали камконлик	80	66,6
Бурун конаши	12	100
Бадандаги тошмалар	4	33,3
Огиз бушлигидаги кандидоз тошмалар	4	33,3
Гипотония	3	25
Ич кетиши	3	25

Пастернацкий симптоми мусбатлиги	3	25
Йутал	3	25

Иситма билан биргаликда беморларда дармон куриши, холсизлик, уйкусизлик, бош огрик, асабийчанлик, кузгалувчанлик аникланди. Беморларнинг тери копланлари тоза, тери иктериклиги (++) ни ташкил килди. Беморларнинг терисида аллергик турдаги тошмалар кузатили (40%).

Беморлардан учтасида анамнезидан артралгия, миалгия аникланди. Уларнинг давомийлиги $1,9 \pm 0,2$ кунни ташкил килган. Объектив курикда суяк-бугим тизимида деформация ва бошка узгаришлар аникланилмади. Нафас олиш тизими томонидан 3 беморда пневмония белгилари аникланилди. Уларни изтиробли йутал, иситма, упка сохасидаги огриклар безовта килди. Упкаларда аускультатив курук хириллашлар ва крепитация безовта килди. Юрак кон томир тизимини текширганимизда барча беморларда юрак тонларининг бугиклиги, юрак уришлар сонининг тезлашганлиги, юрак чуқкиси сохасида систолик шовкин 5 беморда (50%) аникланилди. Бу холат миокарднинг токсик зарарланиши билан боғлиқдир. Шунингдек, юрак нисбий чегараларининг бироз кенгайганлиги ҳам кузатилди. Брадикардия 6 (60%) беморда кузатилди. Артериал кон босими 90/60-105/70 мм. Сим. уст. га тенг эди. Гипертензия холати хеч кайси беморда аникланмади. Беморларнинг учтасини (30%) гипотония безовта килди.

Овкат хазм килиш аъзолари томонидан иштахасининг пастлиги, кунгил айниши, кусиш, кекириш, зарда кайнаши, укчиш аникланилди. Объектив курикда барча беморларда тилнинг ок караш билан копланганлиги, томок гиперемияси, жигар ва талок катталашганлиги аникланилди. Жигар улчамларининг барча беморларда катталашганлиги аникланилди.

Жигар улчамларининг меъёрга келиши чузилди ва уртача бу муддат

35-40 кун давом этди. Тилнинг ок караш билан копланиши реконвалесценция бошланганидан 15-16 кун утиб йуколишни бошлади. Касалликнинг авжга чиқиш даврида барча беморларда иштаханинг пасайиши, куп маротаба кусиш, тинимсиз кунгил айниш, зарда кайнаши кузатилди. Беморларда ич кетиш ич котишдан устунлик килди. Ич кетиши эса 3 (30%) беморда кузатилди. Бу беморларнинг ахлат таркибида патологик аралашмалар топилмади. Сийдик ажратиш тизими томонидан 3 (30%) беморда Пастернацкий симптоми икки томонлама мусбатлиги аникланилди. Айрим беморларда касалликнинг уртача фаоллик даражасида сурункали пиелонефрит касаллигининг кузгалиши кузатилди. Бунда сийдик тахлилида чуқмалар, альбуминурия, лейкоцитурия, цилиндрурия кузатилди. Бу узгаришлар УТТ томонидан ҳам тасдиқланди.

Касалликнинг уртача фаоллик даражасида марказий асаб тизими томонидан барча беморларда уйқунинг бузилиши, кундузи уйқу босиши, кечаси уйқусизлик безовта килиши аникланди. Бизнинг кузатувларимизда барча беморларда холсизлик, уйқусизлик, дармон куриши аникланилди. Бу узгаришлар уртача 10-15 кун давом этди. Клиник соғайиш даври беморлар умумий ахволининг яхшиланиши ва касаллик асосий белгиларининг сунуши, бироқ лаборатор узгаришларнинг сакланиб қолиши, жигар ва талок улчамларининг катталшган холда қолиши билан характерланди.

Беморларда куйидаги хамрох касалликларнинг биргаликдаги кечиши кузатилди: огир даражали камқонлик, сурункали пиелонефрит, герпетик инфекция, огиз бушлиги кандидози, токсик энтерит ва б.

Лаборатор курсаткичлар: умумий кон тахлилида барча беморларда Нв микдорининг пасайганлиги 66-46 г/л атрофида, лейкопения-лейкоцитлар микдорининг 3,2 гача пасайганлиги, эозинофиллар микдорининг ошганлиги аникланилди. Кон биокимёвий тахлилида билирубин микдори 205 мк/мол/л гача ошганлиги, В-липопротеидлар-12,6 гача ошганлиги, тимол синамаси-21,0 гача ошганлиги, сулема синамаси-1,32 гача пасайганлиги, АСТ-2,70, АЛТ-2,90 микдорининг ошганлиги,

холестерин микдорининг ошганлиги кайд этилди. Беморларда вазн йукотилиши 4-7 % ни ташкил килди. Касалликнинг бу шаклида беморларга АРВТ терапияга тайёргарлик буюрилди. Беморларда СД4-хужайраларнинг 0,05—0,07x10⁹/л эканлиги аникланди.

Сурункали вирусли гепатит В уртача фаоллик даражаси ва ОИВ инфекцияси микст куринишида кечганда кузатилган симптомлар

3.3.3-жадвал.

№	Лаборатор курсаткчилар	Узгариши	Беморлар сони	%
1.	Нв микдори	пасайган	12	100
2.	Тромбоцитлар	камайган	12	100
3.	Эритроцитлар микдори	камайган	12	100
4.	Лейкоцитлар	камайган	12	100
5.	ЭЧТ	тезлашган	12	100
6.	Сулема синамаси пасайиши	пасайган	12	100
7.	Тимол синамаси	кутарилган	12	100
8.	Альбуминлар	пасайган	12	100
9.	Глобулинлар	кутарилган	12	100
10.	Кон ивиш вакти (Сухарев буйича)	узайган	12	100
11.	Протромбин вакти ва индекси	пасайган	12	100

Сийдик тахлилида лейкоцитлар, донадор ва ясси эпителий, оксил микдорининг 1,0 г/л дан ошганлиги кузатилди. Барча беморларга ИФТ текшируви утказилган. ОИВ инфекцияси тапхиси ИФТ ва иммуноблот усули оркали куйилган.

УТТ: ОИВ ва СВГВ касаллиги биргаликда кечишида корин бушлиги абзоларини ультратовуш текширувида жигарнинг диффуз узгаришлари

(90%) ва гепатомегалия (100%), спленомегалия (58,3%) аникланилди. Шунингдек, ошкозон ости беши ва ут йуллари патологияси (58,3 %) аникланилди.

Фиброскан текшируви 7 беморга утказилган. Уларда ушбу текширув натижаи куйидагича: F2-F3=11 атрофида эди.

Шуни алохида таъкидлаш лозимки, касалликнинг уртача фаоллик даражасида хамрох касалликлар: огир даражали камконлик, сурункали пиелонефрит, герпетик инфекция, огиз бушлиги кандидози, токсик энтерит, пневмония кузатилди. Беморларда Нв нинг 66 г/л- 46 г/л гача тушганлиги аникланди. Даволаш муассасасидан чикиш пайтида беморларнинг жигари ва талоклари улчамлари меъёрига келмаганди. Кузатувдаги беморлар учун гепатоспленомегалия хос белги хисобланди (100%).

3.4. ОИВ инфекцияси ва сурункаливирусли гепатит В юкори фаоллик даражаси билан хасталанган беморларда касаллик клиник характеристикаси

Мазкур боб ОИВ инфекцияси ва сурункали вирусли гепатит В юкори фаоллик даражаси билан хасталанган беморларнинг касаллик тарихи тахлилини уз ичига олади. Касалликнинг юкори фаоллик даражаси 17 беморда аникланиб, бу умумий беморлар сонидан 42,5 % ни ташкил килади. Ёш буйича беморлар куйидагича таксимланди:

Ёш буйича беморларнинг таксимланиши

3.4.1-жадвал.

Беморларнинг ёши	Беморларнинг сони	Фоизда
20-25 ёш	-	-
25-30 ёш	3	17,6
30-35 ёш	5	29,4
35-40 ёш	4	23,5
40-50 ёш	3	17,6
50 ёшдан катталар	2	11,7
Жами	17	100

Беморларнинг барчасида касаллик секин-асталик билан бошланган. Касалликнинг асосий клиник белгилари 3.4.1-жадвалда келтирилган.

Касалликнинг юкори фаоллик даражаси уртача 14-15 кун давом этди. Касаллик бошланишида беморларни холсизлик, дармон куриши, иситма, иштахасининг пастлиги, бугимлар ва мушаклардаги огриклар, ич котиши, кусиш, тинимсиз кунгил айниши, зарда кайнаши, кекириш, ошкозон сохасидаги огриклар, жигар сохасидаги огриклар, корин дамлаши, бадандаги тошмалар, иситма безовта килган. Бизнинг кузатувларимизда беморларнинг 62 % да иситма аникланган. Тана хароратнинг уртача курсаткичи $37,8 \pm 0,8^{\circ}\text{C}$ ташкил килди. Бунда тана харорати кутарилишининг минимал курсаткичи $37,5^{\circ}$ ва максимал курсаткичи

38,8°C-39,2°C га тенг булган. Иситма давомийлиги уртача 4,3±0,4 кунни ташкил этди. Бунда айрим беморларда иситма 7-8 кун, айрим беморларда 10-15 кунгача чузилди.

**ОИВ инфекцияси ва сурункаливирუსли гепатит В юкори
фаоллик даражаси билан хасталанган беморларда кузатилган
симптомлар**

3.4.2-жадвал.

Симптомлар	Огир шаклида	
	n	%
Иситма	8	47
Кунгил айнаши	10	58,8
Кусиш	17	100
Тери саргайиши	17	100
Куз склераларининг саргайиши	17	100
Баданда кичиш	5	29,1
Уйкучанлик	7	41,1
Милклар конаши	3	17,6
Ланжлик	5	29,4
Тез чарчаш	8	47
Юрак тонларининг бугиклиги	17	100
Иштаханинг бузилиши	17	100
Гепатомегалия	17	100
Спленомегалия	10	35,2
Тилдаги ок карашлар	17	100
Корин огриги	17	100
Уйкусизлик	3	17,6
Бош айланиши	4	23,5
Бош огриги	6	35,2
Сийдик кизариши	17	100
Брадикардия	3	17,6
Систолик шовкин	4	30,7
Огир даражали камконлик	2	11,7
Хотиранинг пасайиши	3	17,6
Асабийчанлик	5	29,1
Унг ковурга остида тумток огрик	8	47
Огиз куриши ва чанкаш	6	35,2
Ёгли овкатни кутара олмаслик	9	52,9
Озиб кетиш	17	100
Бурундан кон кетиши	7	41,1
Телеангиоэктазиялар	4	23,5

Депрессия	17	100
Йутал	17	100
Курук хириллалашлар	8	47
Стоматит	8	47
Куп терлаш	7	41,1
Лимфа тугунларининг катталашиси	6	35,2
Бадандаги тошмалар	8	47
Огиз бушлигидаги кандидоз тошмалар	7	41,1
Лаб атрофидаги герпетик тошмалар	3	17,6
Йутал	4	23,5
Гипотония	4	23,5

Иситма билан биргаликда беморларда дармон куриши, холсизлик, уйкусизлик, бош огрик, асабийчанлик, кузгалувчанлик аникланди. Беморларнинг тери копламлари тоза, тери иктериклиги (+ +) куз склералари иктериклиги (+++) ни ташкил килди. Айрим беморларнинг терисида тошмалар кузатилди. Беморлардан 4 (30,7%) тасида тери кон томирларида телеангиоэктазиялар кайд этилди. Бурундан кон кетиш 7 (53,8%) беморда, милклар конаши 3 (23 %) беморда кузатилди. Беморлардан учтасида артралгия, миалгия аникланилди. Уларнинг давомийлиги $1,9 \pm 0,2$ кунни ташкил килган.

Объектив курикда суяк-бугим тизимида деформация ва бошка узгаришлар аникланмади.

Нафас олиш тизими томонидан беморларда упкасида аускультатив дагал нафас фонида курук хириллалашлар ва крепетация эшитилади. Упка абсолют чегараси кенгаймаган, нисбий чегарасининг бироз кенгайганлиги кузатилади. Бу беморларда хамрох касалликлардан «Пневмония» ташхиси аникланилди.

Юрак кон томир тизимини текширганимизда барча беморларда юрак тонларининг бугиклиги, юрак уришлар сонининг тезлашганлиги, юрак чуқкиси сохасида систолик шовкин 4 беморда (30,7 %) аникланилди. Бу холат миокарднинг токсик зарарланиши билан богликдир. Шунингдек,

юрак нисбий чегараларининг биров кенгайганлиги хам кузатилди. Брадикардия 3 (23 %) беморда кузатилди. Артериал кон босими 90/60-105/70 мм. сим. уст. га тенг эди. Гипертензия холати хеч кайси беморда аникланмади. Беморларнинг 4 тасини (30,7%) гипотония безовта килди.

Овкат хазм килиш аъзолари томонидан иштахасининг пастлиги, кунгил айниши, кусиш, кекириш, зарда кайнаши аникланилди. Объектив куриқда барча беморларда тилнинг ок караш билан копланганлиги, томок гиперемияси, жигар ва талок катталашганлиги аникланилди. Шунингдек, 7 та беморда огиз шиллик каватида ярали стоматит аникланди. Жигар улчамларининг УТТ да катталашганлиги аникланди.

Жигар улчамлари интоксикация симптомлари ва сарикликнинг йуколиши билан меъёрга келмади ва касаллик уртача 40-45 кун давом этди. Тилнинг ок караш билан копланиши реконвалесценция бошланганидан 15-16 кун утиб йуколишни бошлади. Бу белгининг уртача давомийлиги 35-40 кунни ташкил килди. Касалликнинг авжга чикиш даврида барча беморларда иштаханинг пасайиши, куп маротаба кусиш, тинимсиз кунгил айниш, зарда кайнаши кузатилди. Беморларда ич котиш ич кетишдан устунлик килди. Ич кетиши 3 (23%) беморда кузатилди. Бу беморларнинг ахлат таркибида патологик аралашмалар топилмади.

Сийдик ажратиш тизими томонидан 7 (53,8%) беморда Пастернацкий симптоми икки томонлама мусбатлиги аникланилди. Уларда касалликнинг юкори фаоллик даражасида сурункали пиелонефрит касаллигининг кузгалиши кузатилди. Бунда сийдик тахлилида чукмалар, альбуминурия, лейкоцитурия, цилиндрурия кузатилди. Бу узгаришлар УТТ томонидан хам тасдикланди.

Касалликнинг юкори фаоллик даражасида марказий асаб тизими томонидан барча беморларда уйкунинг бузилиши, кундузи уйку босиши, кечаси уйкусизлик безовта килиши аникланди. Бизнинг кузатувларимизда барча беморларда холсизлик, уйкусизлик, дармон куриши аникланилди. Бу

узгаришлар уртача 10-15 кун давом этди. Бош огрик 6 (46%) беморларда аникланиб, $6,5 \pm 0,6$ кун

давом этди. Беморлардан 6 (46%) тасида лимфа тугунларининг катталашганлиги аникланилди. Лимфа тугунлари пайпасланганда эластик, огриксиз, атроф тукумалар билан бирикмаган, юзасидаги тери узгармаган. Беморларда куйидаги хамрох касалликларнинг биргаликдаги кечиши кузатилди: огир даражали камконлик, сурункали пиелонефрит, ярали стоматит, пневмоцистли пневмония, герпетик инфекция, токсик энтерит, лимфаденит ва б.

Беморларда вазн йукотилиши 6-8 % ни ташкил килди. Касалликнинг бу шаклида беморларга АРВТ терапия буюрилди. Беморларда СД4-хужайраларнинг $0,05 \times 10^9$ /л. паст эканлиги аникланди.

Лаборатор курсаткичлар: умумий кон тахлилида барча беморларда Нв микдорининг пасайганлиги 46-36 г/л атрофида, лейкопения-лейкоцитлар микдорининг 2,9 гача пасайганлиги, эозинофиллар микдорининг ошганлиги аникланилди. Кон биокимёвий тахлилида билирубин микдори 205 мк/мол/л гача ошганлиги, В-липопротеидлар-12,6 гача ошганлиги, тимол синамаси-21,0 гача ошганлиги, сулема синамаси-1,02 гача пасайганлиги, АСТ-2,70, АЛТ-3,90 микдорининг ошганлиги, холестерин микдорининг ошганлиги кайд этилди.

Сурункали вирусли гепатит В юкори фаоллик даражаси ва ОИВ инфекцияси микст куринишида кечганда лаборатор курсаткичлар

3.4.3-жадвал.

№	Лаборатор курсаткичлар	Узгариши	Беморлар сони	%
1.	Нв микдори	пасайган	17	100
2.	Тромбоцитлар	камайган	17	100
3.	Эритроцитлар микдори	камайган	17	100
4.	Лейкоцитлар	камайган	17	100

5.	ЭЧТ	тезлашган	17	100
6.	Сулема синамаси пасайиши	пасайган	17	100
7.	Тимол синамаси	кутарилган	17	100
8.	Альбуминлар	пасайган	17	100
9.	Глобулинлар	кутарилган	17	100
10.	Кон ивиш вакти (Сухарев буйича)	узайган	17	100
11.	Протромбин вакти ва индекси	пасайган	17	100

Сийдик тахлилида лейкоцитлар, донатор ва ясси эпителий, оксил микдорининг 1,0 г/л дан ошганлиги кузатилди.

Барча беморларга ИФТ текшируви утказилган.

ОИВ инфекцияси ташхиси ИФТ ва иммуноблот усули оркали тасдиқланди.

УТТ: ОИВ ва СВГВ касаллиги биргаликда кечишида корин бушлиги аъзоларини ультратовуш текширувида жигарнинг диффуз узгаришлари (100%) ва гепатомегалия (100%) аниқланилди. Камрок холларда портал гипертензия (41,1%), спленомегалия (58,8%) ва асцит (23,5%) кузатилди. Шунингдек, ошқозон ости беши ва ут йуллари патологияси (76,4 %) аниқланилди.

Фиброскан текшируви 9 беморда утказилган. Уларда текширув натижалари куйидагича: F3=18,5 атрофида аниқланилди.

Шунингдек, бу гуруҳдаги беморларда куйидаги хамроҳ касалликлар: огир даражали камконлик, сурункали пиелонефрит, ярали стоматит, пневмоцистли пневмония, герпетик инфекция, токсик энтерит, лимфаденит кузатилди. Беморлардан 20% да Нв нинг 36 г/л- 26 г/л гача тушганлиги аниқланилди.

Шуни таъкидлаш лозимки, касалликнинг юкори фаоллик даражасида беморларнинг барчасида пневмония, пиелонефрит, аксарият беморларда эса замбуругли стоматит кузатилди.

Касалликнинг юкори фаоллик даражаси асосан 30-40, 40-50 ёшлар орасидаги гуруҳларда кайд этилди. Касалликнинг юкори фаоллик даражасида 7 беморда бурундан кон кетиши, 4 беморда телеангиоэктазиялар аникланди. Уларга «Сурункали гепатит В. Юкори фаоллик даражаси. Циррозга утиш даври» ташхиси куйилган.

Даволаш муассасасидан чикиш пайтида беморларнинг жигари ва талоклари улчамлари меъёрига келмаганди. Кузатувдаги беморлар учун гепатоспленомегалия хос белги хисобланди (100%).

Мисол тариқасида касалликнинг юкори фаоллик даражаси билан касалланган бемор касаллик тарихидан кучирма келтирамиз.

Бемор Б., 44 ёшда (№ 6227), Самарканд шаҳри, Темирйул туманидан. 16/07/2013 й Самарканд вилояти Юкумли касалликлар клиник шифохонасига беҳоллик, иштаханнинг йуқолиши, уйқусизлик, унғ ковурга равоги остида оғрик, сийдик рангининг узғариши, тана хароратининг кутарилиши ваража, дармонсизлик билан тушган.

Беморнинг сузига караганда, бемор бир ойдан буён касал. 16/07/2013 кун иштахасининг пастлиги, унғ ковурга равоги остида оғрик, иситма кузатилди. Кейинги кунларда ушбу белгилар сакланиб колди. Биринчи марта стационарга 10/07/2013 йилда мурожаат этган. 12/07/2013 йил текширувлардан утиб, 16/07/2013 йилда вилоят юкумли касалликлар клиник шифохонасига мурожаат этган ва даволаниш учун ётқизилган.

Куйидаги текширувлар утказилган: УТТ, ИФТ, кон биохимик тахлили, умумий кон тахлили, умумий сийдик тахлили.

Беморга «Сурункали гепатит В уртача фаоллик даражаси» ва «ОИВ инфекцияси» хамрох ташхиси куйилган. Бемор Самарканд вилояти юкумли касалликлар клиник шифохонасига даволаниш мақсадида ётқизилган. Куриқдан утказиш вақтида тана харорати 39,5°С, оғирлиги-60 кг, буйи 170 см.

Ахволи оғир. Хуши узиди. Тери коплами ранги тоза, куз склераси субиктерик, тошмалари йук. Периферик лимфа тугунлари катталашган. Тери ости ёғ клетчаткаси суст ривожланган. Упкада дагал нафас фониди курук хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари бугик. Пульс-84 та I дақиқада, уртача тарангликда ва туликликда. Артериал кон босими 100/70 мм сим уст. га тенг. Тили нам, ок караш билан копланган. Томок гиперемияси кузатилади. Томок безлари катталашган. Жигар ковурга равогидан:

l. parasternalis-2,0 см.

l. medioclavicularis-2,0 см.

L.axillaris anterior-2,0 см. настра тушиб турибди.

Уртача зичликда, юзаси силлик, четлари текис.

Беморнинг сийдиги туклашган, ахлати одатдаги рангда. Эшитиши ва куриши кобилияти узгаришсиз.

Вирусли гепатит маркерларига текиширилганда лаборатория тахлиллари: HbsAg мусбат.

Кон биохимик тахлили: Билирубин 29,9,0, боғланган билирубин -. боғланмаган билирубин 29,9. В-липопротеидлар-3,40. Тимол синамаси-19,70 . Сулема-1,10 Аст 1,20. Алт 2,60. Холестерин-2,61

*Кон умумий тахлили: Hb-116.0 г/л, эритроцитлар-3,70 x 10¹² л, лейкоцитлар-5,0 x10⁹ л, СОЭ-7 мм/с, с/я-64, лимфоцитлар-20, эозинофиллар-6. Тромбоцитлар-178*10⁹*

Сийдик тахлили узгаришларсиз.

ИФТ: IgHbsAg –мусбат.

Даволанилди: Пархез стол№ 5. Глюкоза эритмаси 40%-10,0 мл Аскорбин кислотаси 2% 2,0 мл вена ичига томчилаб юборилди. Эссенциале 5,0 в/и юборилди. Витамин В₁₂ ва витамин В₁ мушак орасига юборилди. Даволаниши жараёнида бемор умумий ахволи 35 кунда меъёрга келди (касалликнинг 30 кунда).

МУХОКАМА

ОИВ ва сурункали вирусли гепатит В инфекцияси биргаликда кечишида узига хос клиник кечиш хусусиятлари

Мазкур боб ОИВ инфекцияси ва сурункали гепатит В микст куриниши билан касалланган беморлар ва назорат гуруҳидаги беморларда касаллик кечиш хусусиятларини урганишга багишланган. Шу мақсадда биз сурункали гепатит В билан касалланган 40 беморни назорат гуруҳига киритиб кузатдик.

Назорат гуруҳидагиларда беморларнинг тақсимланиши куйидагича кузатилди.

Сурункали гепатит В билан касалланган беморларнинг ёш буйича тақсимланиши(назорат гуруҳи)

4.1 жадвал.

Беморларнинг ёши	Касалликнинг минимал фаоллик даражаси	Касалликнинг паст фаоллик даражаси	Касалликнинг уртача фаоллик даражаси	Касалликнинг юкори фаоллик даражаси
25-30 ёш	1	1	1	1
30-35 ёш	2	2	2	3
35-40 ёш	2	3	2	1
40-50 ёш	2	2	3	3
50 ёшдан катталар	3	2	2	3
Жами	10	10	10	10

Шу йиллар давомида Самарканд вилояти юқумли касалликлар шифохонасида «Сурункали вирусли гепатит В» ташхиси билан 290 бемор даволанган. Кузатувдаги беморлар умумий сурункали гепатит В билан касалланган беморлардан 13,7 % изини ташкил килади. ОИВ инфекцияси сурункали вирусли гепатит В микст инфекцияси билан хасталанган

инсонларда иккала касаллик клиник курунишлари касаллик даврига ва касаллик огирлик даражасига асосан урганилди.

1. ОИВ инфекцияси ва сурункали гепатит В минимал фаоллик даражаси билан хасталанган беморларда касалликклиник характеристикасида шуни айтиш лозимки, касалликнинг минимал фаоллик даражаси асосий касаллик томонидан салбий узгаришлар кузатилмади. Касалликнинг бу огирлик даражасида ОИВ инфекцияси касаллиги латент даври аникланиб, беморларда абстинент синдромга хос узгаришлар кузатилди: умумий холсизлик, уйқунинг бузилиши, субфебрилитет, бош оғриқ, мушакларда ва бугимларда оғриқ аникланган. 69% беморларда иштаханинг пасайиши, 51,7% беморларда унғ ковурга равоғи остида даврий равишда кузатилувчи оғриқ, 13,8% беморларда тери копламлари ва шиллик пардаларнинг иктериклиги аникланилди. Барча беморларда (93,1%) катталашган уртача зичликдаги жигар пайпасланади.

Фиброскан текшируви кузатувдаги 5 бемордан 2 тасига утказилган. Уларда F0-F1=6,2 атрофида эди. Назорат гурухидагиларда касалликнинг минимал фаоллик даражасида беморларнинг деярли шикоятлари булмаган. Улар мунтазам кузатув остида булишган. Назорат гурухидагиларнинг барчасида фиброскан текшируви утказилган булиб, уларда фиброскан текшируви F0=5,3 атрофида эди. Сурункали вирусли гепатит В ОИВ инфекцияси фонида кечишида жигарда фиброзланиш жараёни тез ривожланиши кузатилди.

2. ОИВ инфекцияси ва сурункали гепатит В паст фаоллик даражаси билан хасталанган беморларда касалликклиник характеристикасида шуни айтиш лозимки, касалликнинг паст фаоллик даражасида асосан 30-50 ёшларда учрайди. Шунингдек, сурункали гепатит В касаллигининг ОИВ инфекцияси билан биргаликда кечиши беморларда иммун тизим фаолиятининг пасайишига олиб келди. Касалликнинг бу огирлик даражасида ОИВ инфекциясининг латент даври аникланиб, асаб тизимининг шикастланиши асаб-рухий бузилишлар курунишида намоён

булди. Бунда тез чарчаш, уйкусизлик, кайфиятнинг узгариб туриши кузатилди. ОИВ инфекциясининг бош мия структураларига таъсир килиши натижасида интеллектнинг пасайиши, хотира сустлашиши, эътиборнинг сустлашиши, эмоцияларнинг тутмтоклашиши кузатилди. Касалликнинг паст фаоллик даражасида фиброскан текшируви 3 беморга утказилган. Уларда ушбу текширув натижаси куйидагича: $F1-F2=7,7$ атрофида эди. Назорат гуруҳидагиларда касалликнинг паст фаоллик даражасида беморларнинг шикоятлари холсизлик, иштахасининг пастлиги, унгуковурга равоги остида огрик билан боғлиқ булган. Улар мунтазам кузатув остида булишган. Назорат гуруҳидагиларнинг барчасида фиброскан текшируви утказилган булиб, уларда фиброскан текшируви $F0-F1=5,9$ атрофида эди. Назорат гуруҳидагиларнинг иммун тизим пасайиши билан боғлиқ холатлар кузатилмаган.

3. ОИВ инфекцияси ва сурункали гепатит В уртача фаоллик даражаси билан хасталанган беморларда касалликнинг клиник характеристикасида шуни айтиш лозимки, уртача фаоллик даражасида хамрох касалликлар: огир даражали камконлик, сурункали пиелонефрит, герпетик инфекция, огиз бушлиги кандидози, токсик энтерит, пневмония кузатилди. Беморларда Нвнинг $66 \text{ г/л} - 46 \text{ г/л}$ гача тушганлиги аникланди. Даволаш муассасасидан чиқиш пайтида беморларнинг жигари ва талоклари улчамлари меъърига келмаганди. Кузатувдаги беморлар учун гепатоспленомегалия хос белги хисобланди (100%). Фиброскан текшируви 7 беморга утказилган. Уларда ушбу текширув натижаи куйидагича: $F2-F3=11$ атрофида эди. Назорат гуруҳидагиларда касалликнинг уртача фаоллик даражасида беморларнинг шикоятлари дармон куриши, иситма, уйқунинг бузилиши, бош огриги, бош айланиши, асабийчанлик, унгуковурга остида тумток огрик, огиз куриши, чанкаш, иштахасининг пастлиги, бугимлар ва мушаклардаги огриклар, ич котиши, қусиш, зарда кайнаши, кекириш, ошқозон сохасидаги огриклар, жигар сохасидаги огриклар, корин дамлаши билан боғлиқ булган. Бизнинг кузатувларимизда

назорат гуруҳидагиларда касаллик огирлик даражаси асосий касаллик хисобига, асосий гуруҳидагиларда эса ОИВ инфекцияси кушилиши хисобига аниқланди. Фиброскан текшируви нозарт гуруҳидагиларнинг 6 тасида утказилган булиб, уларда ушбу текширув натижаси куйидагича: F1-F2=9,1 атрофида эди.

3. ОИВ инфекцияси ва сурункали гепатит В юкори фаоллик даражаси билан хасталанган беморларда касалликнинг характеристикасида шуни айтиш лозимки, уларда куйидаги хамроҳ касалликлар фонида касалликнинг огирлашиши аниқланди: огир даражали камконлик, сурункали пиелонефрит, ярали стоматит, пневмоцистли пневмония, герпетик инфекция, токсик энтерит, лимфаденит кузатилди. ОИВ инфекцияси ва сурункали гепатит В уртача фаоллик даражаси биргаликда кечишида ОИВ инфекциясининг III босқичи аниқланиб, касалликнинг клиник курилишлари яққол кузга ташланади: холсизлик (94,4%), иштаханнинг пасайиши ва кунгил айнаиши, сариклик (44,4%). Шу билан бирга унгуковурга равоги остидаги огрик 27,7% беморларни безовта қилди. Аксарият беморларда (77,8%) иккиламчи касалликлар фонида иситма аниқланди: субфебрил курсаткичларда 71,5% беморларда, 37 – 38° С даражада 28,5% беморларда, қолган беморларда иситманинг 39° С гача ошиши кузатилди.

Беморлардан 20% да НВ нинг 36 г/л- 26 г/л гача тушганлиги аниқланди. Шуни таъкидлаш лозимки, касалликнинг юкори фаоллик даражасида беморларнинг барчасида пневмония, пиелонефрит, аксарият беморларда эса замбуругли стоматит кузатилди. Уларда фиброскан текширув натижалари куйидагича: F3=18,5 атрофида аниқланди.

Касалликнинг юкори фаоллик даражаси асосан 30-40, 40-50 ёшлар орасидаги гуруҳларда қайд этилди. Касалликнинг юкори фаоллик даражасида 7 беморда бурундан қон кетиши, 4 беморда телеангиоэктазиялар аниқланди. Уларга «Сурункали гепатит В. Юкори фаоллик даражаси. Циррозга утиш даври» ташхиси қуйилган. Сурункали вирусли гепатит В касаллигининг юкори фаоллик даражасида ОИВ

инфекциясининг IV боскичи аникланди. Бунда барча барча ко-инфекцияга чалинган беморларда гепатомегалия ва 52,2% беморларда – спленомегалия кузатилди. Сурункали вирусли гепатит В ва ОИВ инфекцияси биргаликда кечишида гепатит В касаллик специфик симптомларига ҳамроҳ касалликлар белгилари кушилди. Ҳамроҳ касалликлар белгиларининг қай даражада намоён булиши беморнинг иммун танқислик ҳолатига боғлиқ эди. Даволаш муассасасидан чиқиш пайтида беморларнинг жигари ва талоклари улчамлари меъёрига келмаганди. Кузатувдаги беморлар учун гепатоспленомегалия ҳос белги ҳисобланди (100%). Назорат гуруҳидагиларда ҳам касаллик асосан 30-50 ёшлар орасида учради. Шунингдек, назорат гуруҳида беморларни ҳолсизлик, дармон қуриши, иштаҳасининг пастлиги, бугимлар ва мушаклардаги оғриқлар, ич қотиши, қусиш, зарда қайнаши, кекириш, ошқозон соҳасидаги оғриқлар, жигар соҳасидаги оғриқлар, қорин дамлаши, бадандаги тошмалар безовта қилган. Сурункали вирусли гепатит В ОИВ инфекцияси фонида кечишида тери ва шиллик пардаларнинг шикастланиши аксарият беморларда кузатилди: касалликнинг II боскичида 20,7%, касалликнинг III боскичида – 72,4%, IV боскичида – 96,5% ҳолатда учради. Сурункали гепатит ко инфекциясида ОИВ инфекциясига чалинган беморларда тери шикастланиши орасида кандидоз касаллиги энг қуп учради (45,2%). Кандидоз ҳолати аксарият ҳолларда ОИВ касаллигининг III боскичида учраса-да, бироқ касалликнинг IV боскичида барча беморларда аникланилди. Беморларда кандидозли касалликлардан қуйидаги узғаришлар кузатилди: терининг кандидозли шикастланиши, ангуляр хейлит, оғиз бурчаги терисининг емирилиши, томок шикастланиши, халқумда узғаришлар, кейинчалик кизилунгачнинг зарарланиши учрарди. Аёлларда кандидозли вульвовагинит кузатилди. Ошқозон ичак тизими томонидан замбуругли зарарланишлар тилнинг оқ қараш билан қопланиши, лаб атрофининг қизил ранга буялиши билан ифодаланди. Беморларда герпетик инфекция ҳам аникланилди: оддий герпес вирусидан тери ва шиллик пардаларнинг

шикастланиши 29,3% беморларда кузатилди. Уларда назолабиал ва генитал сохада везикулез тошмалар аникланади. 11,2 % беморларда ураб олувчи герпес кузатилиб, яккол ифодаланган огрик ва теридаги куп микдордаги везикулез ва пустулез тошмалар билан характерланади. Иммуно танкислик холати ривожланиши билан герпетик инфекциянинг рецидивланишга мойиллиги кузатилди.

Бундан ташкари беморларда иммуно танкислик холатида аникланувчи инфекциялардан стафилококкли ва стрептококкли пиодермиялар, фурункулез, фолликулит, пост инъекцион абсцесс, сарамаслар кузатилди.

Нафас олиш аъзолари томонидан асосан бактериал инфекциялар кузатилди: бронхит, пневмония, сил кузатилди. 74,5% беморларда ОИВ инфекциясининг иккиламчи ктринишлари даврида бактериал пневмония ривожланди. Сурункали бронхитлар асосан касалликнинг IV боскичида аникланди. ОИВ инфекцияси сурункали гепатит В касаллиги билан микст инфекция тарзида кечганда беморларнинг аксарият кисмида (51,4%) сил касаллиги ривожланди. Иммуно танкислик холати ривожланиши билан беморларда ошкозон ичак тракти тизимидан томонидан касалликлар келиб чикиши кучайди. Касалликнинг латент даврида ошкозон ичак тизими томонидан 10,3% беморларда турли касалликлар, касалликнинг иккиламчи даврида 88,8% беморларда ошкозон ичак тизими томонидан узгаришлар аникланди. Ошкозон ичак тизими томонидан ОИВ касаллигининг IV боскичида 58,3% беморларда диарея келиб чикди. Ушбу беморларда келиб чиккан диарея асосан бактериал инфекциялар билан боглик эди (шигелла, сальмонелла), Шу тарика беморларда иккиламчи инфекцион диарея ва ичак девори морфофункционал узгаришлари натижасида хазм килиш ва сурилишнинг бузилиши окибатида тана вазни етишмаслиги келиб чикди.

Сийдик ажратиш тизими аъзоларининг шикастланиши 51,9% беморларда аникланиб, сурункали пиелонефрит, аднексит, простатит ва хламидияли инфекция, герпетик инфекция, захм ва трихомониазли инфекция натижасида жинсий фаолиятнинг пасайиши аникланади.

Хулоса

1. Кузатувдаги беморларда сурункали вирусли гепатит В моноинфекциясига нисбатан ОИВ ва гепатит В коинфекциясида сурункали вирусли гепатит В инфекциянинг узок муддат клиник белгиларсиз утиши, фиброз жараёнининг фаоллашиб, жадал тусда авж олиши, касалликнинг огир утиши кузатилди.
2. ОИВ инфекцияси билан сурункали вирусли гепатит В коинфекция тарзида кечишида сурункали вирусли гепатит В касаллигининг асосан урта фаол даражада (30%) ва юкори фаоллик (42.5%) даражасида кечиши аникланилди.
3. ОИВ инфекцияси ва сурункали вирусли гепатит В касаллиги биргаликда кечишида клиник жихатдан гепатит касаллигига хос яккол клиник белгилар кузатилмайди, касаллик хамрох касалликлар белгилари фонида кечади. ОИВ инфекцияси сурункали вирусли гепатит В инфекцияси кечишини огирлаштиради. Шу боис, ОИВ инфекцияси сурункали вирусли гепатит В ташхисотини кийинлаштиради. Шу боис, ОИВ инфекцияси билан хасталанган беморлар жигарида узгаришлар кузатилганда ИФТ усулида антитаначалар аникланилмаганда, ПЦР усулини куллаш максадга мувофикдир.

Амалий тавсиялар

Самарканд вилояти худудида ОИВ инфекцияси ва СВГВ касаллиги биргаликда кечишида СВГВ касаллигининг клиник кечиш хусусиятларини аниқлаш ушбу касалликларга уз вақтида ташхис қўйилишига ва касаллик клиник белгиларининг жадаллашувининг олдини олишга олиб келади. ОИВ ва СВГВ коинфекцияси асосан репродуктив ёшдаги меҳнатга лаёқатли аҳоли катламини зарарлаганлиги боис, бу иккала инфекциянинг бир-бирига узаро таъсирини амалиёт шифокорларига ёритиб бериш касаллик асоратларининг камайишига олиб келади. Шунингдек, ОИВ инфекцияси сурункали вирусли гепатит В касаллиги билан биргаликда кечишида ушбу касалликларга уз вақтида ташхис қўйилиши беморлар умрининг узайишига ва яшаш сифатининг яхшиланишига ёрдам беради. ОИВ ва СВГВ коинфекцияси асосан инъекцион гиёхвандларда учраганлиги сабабли инъекцион гиёхвандларни гепатит В га қарши эмланиши ВГВ инфекциясига қалинганлар сонининг камайишига олиб келади.

Кулланилган адабиётлар руйхати

1. Апросина З.Г., Серов В.В. Хронические вирусные заболевания печени: пато- и морфогенез, клиническая характеристика. // Терапевтический архив. 1995. - №5, - т. 67.- С.-77-80.
2. Alter M. Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection. J Hepatol 2006; 44:6-9.
3. Avila C, Karwowska S, Lai C, Evans T. Telbivudine has no in vitro activity against laboratory and clinical HIV-1, including 5 clades and durgresistant clinical isolates. Abstract 813b, 16 CROI 2009, Montreal.
4. Alter H.J. Hepatitis B: Epidemiology and clinical course.// X International Congress of Liver Disease, Basel, Switzerland.-1995.-Abstracts of Invited lectures.- P. 19
5. Alvarez-Munoz M. T., Vazquez-Rosales J.G., Torres-Lopez F. et al. Infection of pregnant women with hepatitis B and C viruses and risk for vertical transmission. // Arch. Med. Res. 1997.- №28. -P. 415-419.
6. Abrignahi S. Cellular immune reactions against hepatitis B core antigen in chronic hepatitis B. // Gastroenterology. 1995. -Vol.108. - №6.- P.1957-1958.
7. Agha S, Sherif L. S., Allam M. A., Fawzy M. Transplacental transmission of hepatitis B virus in HIV-negative mothers. // Res. Virol. -1998, Jul-Aug.-№ 149.- P. 229-234
8. Ahmed S.D., Cuevas L.E., Brabin B.J. et al. Seroprevalence of hepatitis B and C and HIV in Malawian pregnant women. // J. Infect. -1998 , Nov. -№37. P. 248251.
9. Alter MJ. Epidemiology of viral hepatitis and HIV coinfection. Journal of Hepatology, 2006, 44, Suppl 1:S6–S9.
10. Allavena C et al. Efficacy and tolerability of a nucleoside reverse transcriptase inhibitor–sparing combination of lopinavir/ritonavir and efavirenz in HIV-1 infected patients. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 2005, 39(3):300–306.
11. Aaron L et al. Tuberculosis in HIV-infected patients: a comprehensive review. Clinical Microbiology and Infection, 2004, 10(5):388–398

12. Беляева Н.М. Вирусные гепатиты прошлое и будущее. // Русский медицинский журнал. -2002. - т. 4.- №2. - С. 39-41.
13. Буеверов А. О. Современная терапия хронических гепатитов. // Русский медицинский журнал. 1997. т. 5. - №22. - С. 1442-1445.
14. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. Под общ. Ред. В.В. Покровского. – М., ГЭОТАР МЕДИЦИНА,2000.
15. Balogun M.A., Ramsay M.E., Parry J.V. et al. The Prevalence and genetic diversity of hepatitis B infection in antenatal clinic attenders in two regions of England. // Epidemiol. Infect.- 2000 Dec.-№ 125.-P. 705-712.
16. Battegay M., Fikes J., Di Bisceglie A.M. et al. Patients with chronic hepatitis B have circulating cytotoxic T cells which recognize hepatitis B virus-encoded peptides binding to HLA-A2.1 molecules. // J. Virol.- 1995.-№ 69. -P. 2462-2470.
17. Bonino F, Brunetto MR. Chronic hepatitis B e antigen (HBeAg) negative, anti-HBe positive hepatitis B: an overview. Journal of Hepatology, 2003, 39(Suppl. 1):S160–163.
18. Bedossa P, Poynard T, METAVIR Comparative Group. Inter- and intra-observer variation in the assessment of liver biopsy of chronic hepatitis B. Hepatology, 1994, 20:15–20.
19. Bani-Sadr F et al. Ninety-six week efficacy of combination therapy with lamivudine and tenofovir in patients coinfecting with HIV-1 and wild type hepatitis B virus. Clinical Infectious Diseases, 2004, 39:1062–1064.
20. Bang L, Scott L. Emtricitabine. Drugs, 2003, 63:2413–2424
21. Bessesen M et al. Chronic active hepatitis B exacerbations in HIV-infected patients following development of resistance to or withdrawal of lamivudine. Clinical Infectious Diseases, 1999, 28:1032–1035.
22. Benhamou Y et al. Long-term incidence of hepatitis B virus resistance to lamivudine in HIV-infected patients. Hepatology, 1999, 30:1302–1306.
23. Bekkering F., Brower J., Leroux-Roels G. et. al. Ultrarapid hepatitis B virus clearance by daily high dose interferon in non-responders to standard therapy.// Hepatology.-1997.-Vol.26.-№ 4.-P. 415.

24. Bertolotti A., Elios M. M., Boni C. et al. Different cytokine profiles on intrahepatic T cells in chronic hepatitis B and C virus infection. // Gastroenterology. 1997.- Vol.112. - №1.- P. 193-200.
25. Blam H. E. Variants of hepatitis B, C and D viruses: Molecular biology and clinical significance. // Digestion.- 1995. Vol. 56. - №2.- P. 85-95.
26. Bohman V.R., Stetter R.W., Little B.B. et al. Seroprevalence and risk factors for hepatitis B virus antibody in pregnant women. // J. Obstet. Gynecol. -1992 Oct.-Vol. 80.-№4.- P.609-13.
27. Bonino F. Влияние терапии альфа-интерфероном на прогрессирование цирроза печени до печеночно-клеточной карциномы: ретроспективное исследование. //Lancet .-1998.-№351.-P. 1535-1539 .
28. Bonis P.A.L., Ionnidis J.P.A., Capelleri J.C. et al. Correlation of biochemical response to interferon alfa with histological improvement in hepatitis B:a metaanalysis of diagnostic test characteristics. // Hepatology.-1997.-Vol.26-P. 103 51044.
29. Burns D.N., Mincoff H. Hepatitis B: screening in pregnancy. // Obstet. Gynecol.-1999, Dec.-Vol.94.-№6.-P. 1044-1048.
30. Bodsworth NJ, Cooper Da, Donovan B. The influence of human immunodeficiency virus tyupe 1 infection on the development of the hepatitis B virus carrier state. JInfectDis 1991, 163: 1138-1140.
31. В.Г. Канестри., А.В., Кравченко “Клиническая медицина особенности вирусного гепатита В у больных ВИЧ инфекцией” Журнал 2011 г
32. В.Г. Канестри, А.В. Кравченко, О.А. Тишкевич, Е.Л. Голохвастова, И.А. Симонова “Хронический гепатит В у ВИЧ инфицированных” 2001 г.
33. Gish R et al. Dose range study of pharmacokinetics, safety and preliminary antiviral activity of emtricitabine
34. De Ledinghen V et al. Diagnosis of hepatic fibrosis and cirrhosis by transient elastography in HIV/hepatitis B virus-coinfected patients. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 2006, 41(2).
35. Dore G et al. Efficacy of tenofovir disoproxil fumarate in antiretroviral therapy-naive and experienced patients coinfectd with HIV-1 and hepatitis B virus. Journal of Infectious Diseases, 2004, 189:1185–1192

36. Donahue I.G., Nelson K.E. Munoz A. et al. Antibody to hepatitis B virus among cardiac surgery patients, homosexual men and intravenous drug users in Baltimore. // American Journal of Epidemiology.-1991.-Vol.134.-№10.-P.1206-1211.
37. Кристиан Хоффман. Юрген К. Рокштро. Лечение ВИЧ-инфекции. Москва 2012
38. Konopnicki D, Mocroft A, de Wit S, et al. Hepatitis B and HIV: prevalence, AIDS progression, to highly active antiretroviral therapy and increased mortality in the EuroSIDA cohort. AIDS 2005; 19: 593-601.
39. Кравченко А.В. Сочетанное лечение ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов / А.В. Кравченко // Медицинская кафедра. - 2003. - №1 (5). - 30-40.
40. Крель П.Е. Клиническое значение полимеразной цепной реакции при лечении хронических гепатитов В и С. // Российский журнал г
41. Konopnicki D et al. Hepatitis B and HIV: prevalence, AIDS progression, response to highly active antiretroviral therapy and increased mortality in the EuroSIDA cohort. AIDS, 2005, 19(6):593–601.
42. Conjeevaram HS, Suk-Fong Lok A. Management of chronic hepatitis B. Journal of Hepatology, 2003, 38:S90–S103.
43. Contreras M., Barbara LA. et al. Low incidence of поПА, поВposttransfusion hepatitis in London confirmed by hepatitis B virus serology. // Lancet.-1991.-Vol.337.-P.753-757.
44. Cosserat J. et al. Immunological disorders in B virus chronic hepatitis. // Nephrol. Dial. Transplant.- 1996. Vol.11.- P. 31-36
45. Carithers R.L., Emerson S.S. Therapy of hepatitis B: meta-analysis of interferon alfa-2b trials.// Hepatology.- 1997.-Vol.26 (Suppl.1).-P.83-88.
46. Custer B et al. Global epidemiology of hepatitis B virus. Journal of Clinical Gastroenterology, 2004, 38(10 Suppl):S158–S168.
47. Low E, Cox A, Atcins M, Nelson M. Telbivudine has activity against HIV-1. AIDS 2009 23: 546-547.
48. Levine OS et al. Seroepidemiology of hepatitis B virus in a population of injecting drug users; association

49. Lok AS, McMahon BJ. Chronic hepatitis B. *Hepatology*, 2001, 34(6):1225–1241.
50. Lucas GM et al. Longitudinal assessment of the effects of drug and alcohol abuse on HIV-1 outcomes treatment in an urban clinic. *AIDS*, 2002, 16:767–774.
51. Liaw YF. Impact of YMDD mutations during lamivudine therapy in patients with chronic hepatitis B. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 2001, 12 Suppl 1:67–71.
52. Liaw YF. Management of YMDD mutations during lamivudine therapy in patients with chronic hepatitis B. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2002, 17 Suppl 3:S333–S337.
53. Lada O et al. In vitro susceptibility of lamivudine-resistant hepatitis B virus to adefovir and tenofovir. *Antiviral Therapy*, 2004, 9:353–363.
54. Майер К. -П. Гепатит и последствия гепатита. Москва, ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 423 с.
55. Маннс Михаэль. Вирусные гепатиты: реалии и перспективы лечения. // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2001.- №4.- С. 47-49.
56. Myers R et al. Prediction of liver histological lesions with biochemical markers in patients with chronic hepatitis B. *Journal of Hepatology*, 2003, 39:222–230.
57. Marcellin P et al. Adefovir dipivoxil for the treatment of hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B. *The New England Journal of Medicine*, 2003, 348:808–816.
58. Mommeja-Marin H et al. Serum HBV-DNA as a marker of efficacy during therapy for chronic hepatitis B infection: analysis and review of the literature. *Hepatology*, 2003, 37:1309–1319.
59. Martinez E et al. Hepatotoxicity in HIV-infected patients receiving nevirapine-containing antiretroviral therapy. *AIDS* 2001, 15:1261–1268
60. Нетесова И.Г., Ярославцева О.А., Дрыга С.А. и др. Частота встречаемости маркеров вирусных гепатитов А, В и С у коренного населения Северо-Западной Сибири.// Вопросы вирусологии.-1995.-N4.- С. 172-174.

61. McMahon MA, Jilek BL, Brennan TP, et al. The HBV drug entecavir- effects on HIV-1 replication and. *N Engl J Med* 2007; 356: 2614-2621.
62. Niederau K et al. Long-term follow-up of HBeAg-positive patients treated with interferon alfa for chronic hepatitis B. *The New England Journal of Medicine*, 1996, 334:1422–1427.
63. Nunes D et al. HIV infection does not affect the performance of non-invasive markers of fibrosis for the diagnosis of hepatitis B virus-related liver disease. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2005, 40(5).
64. Nelson M, Portsmouth S, Stebbing J. An open-label study of tenofovir in HIV-1 and hepatitis B virus coinfecting individuals. *AIDS*, 2003, 17:F7–F10.
65. Nunez M et al. Activity of tenofovir on hepatitis B virus replication in HIV-coinfecting patients failing or partially responding to lamivudine. *AIDS*, 2002, 16:2352–2354.
66. «ОИВ-ИНФЕКЦИЯЛИ БЕМОЛЛАРИНИНГ ДИСПАНСЕР НАЗОРАТИ БУЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ» ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ САКЛАШ ВАЗИРЛИГИНИНГ 2015 ЙИЛ 04 МАРТДАГИ 81-СОНЛИ БУЙРУГИ
67. О мерах по совершенствованию профилактики парентеральных вирусных // *Фармацевтический вестник*. 2000. - №5 – С. 14-16.
68. Онищенко Г.Г., Щахгильдин И.В. Актуальные вопросы эпидемиологии и профилактики вирусных гепатитов В и С в Российской Федерации // *ЖМЭИ*, 2000. №1. – с.50-54.
69. Онищенко Г.Г., Наркевич М.И. Новые стратегии в предупреждении распространения ВИЧ инфекции в России // *ЖМЭИ*, 2000. №4. – с.5-9.
70. Puoti M, Cozzi-Lepri A, Arici C, et al. Impact of lamivudine on the risk of liver-related death in 2,241 HBsAg-and HIV-positive individuals: results from an inter-cohort analysis. *Antivir Ther* 2006, 11; 567-574.
71. Puoti M et al. Hepatocellular carcinoma in HIV-infected patients: epidemiological features, clinical presentation and outcome. *AIDS*, 2004, 18(17):2285–2293.
72. Pugh RNH et al. Preoperative assessment of patients with liver disease. *British Journal of Surgery*, 1973, 60:646–649.

73. Pol S, Lebray P, Vallet-Pichard A. HIV infection and hepatic enzyme abnormalities: intricacies of the pathogenic mechanisms. *Clinical Infectious Diseases*, 2004, 38 Suppl 2:S65–S72.
74. Pan L et al. Effect of anti-tuberculosis therapy on liver function of pulmonary tuberculosis patients infected with hepatitis B virus. *WorldJournalofGastroenterology*, 2005, 11(16):2518–2521.
75. Парентеральные гепатиты // Журнал «Медицина». 1991. - №4 - С.17
76. Популярно о ВИЧ-инфекции // Журнал «Медицина». 2001. - №3 - С.14
77. Профилактика парентеральных гепатитов // Бюллетень «Вакцинация». 1997-№10-С.15
78. Подымова С.Д. Острый вирусный гепатит: эпидемиология, клинические проявления, диагностика различных этиологических вариантов. // РМЖ.-1998.- №3.-С. 25-29
79. Покровский В.В. Эпидемия ВИЧ-инфекции в России - куда идешь? / В.В. Покровский //Эпидемиология и инфекционные болезни. -2004. - №4. - 4-6.
80. Rosental E, Salmon-Geron D, Lewden C, et al. Liver-related deaths in HIV-infected between 1995 and 2005 in the French GERMIVIC Joint Study Group Network. *NIV Med* 2009,10:282 289
81. Rockstroh JK, Bhagani S, Benhamou Y, et al. European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of chronic hepatitis B and C coinfection in HIV-infected adults. *HUIV MED* 2009, 10:282-289.
82. Soriono V, Puoti M et al. Care of patients with chronic hepatitis B and HIV co-infection: recommendations from an HIV-HBV international panel. *AIDS* 2005,19:221-240.
83. Sulkowski MS et al. Hepatotoxicity associated with nevirapine or efavirenz-containing antiretroviral therapy: role of hepatitis C and B infections. *Hepatology*, 2002, 35(1):182–189.
84. Sulkowski MS. Hepatotoxicity associated with antiretroviral therapy containing HIV-1 protease inhibitors. *Seminars in Liver Disease*, 2003, 23(2):183–194.

85. Sulkowski MS et al. Hepatotoxicity associated with antiretroviral therapy in adults infected with human immunodeficiency virus and the role of hepatitis C or B virus infection. *JAMA*, 2000, 283(1):74–80.
86. Schildgen O et al. Successful therapy of hepatitis B with tenofovir in HIV-infected patients failing previous
87. Soriano V et al. Care of patients with chronic hepatitis B and HIV coinfection: recommendations from an
88. S. Hadziyannis et al. Long-term adefovir dipivoxil treatment induces regression of liver fibrosis in patients with HBeAg-negative chronic hepatitis B: results after 5 years of therapy. Paper to the American
ГепатитВиВИЧ-инфекция:
тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией 333 Association for the Study of Liver Diseases, 11–15 November, 2005, San Francisco, California. Poster Number LB14.
89. Sandrin L et al. Transient elastography: a new non-invasive method for assessment of hepatic fibrosis. *Ultrasound in Medicine & Biology*, 2003, 29:1705–1713.
90. Simmonds et al. Epidemiological, clinical and therapeutic associations of hepatitis C types in western European patients. *Journal of Hepatology*, 1996, 24(5):517–524.
91. Tho CL, Seaberg EC, Skolasky R Jr, et al.; Multicenter AIDS Cohort Study. HIV-1, hepatitis B virus, and risk of liver-related mortality in the Multicenter Cohort Study (MACS). *Lancet* 2002; 360:1921–1926.
92. Thio C. Hepatitis B in the HIV-infected patient: epidemiology, natural history and treatment. *Seminars in Liver Disease*, 2003, 23:125–136.
93. Thio CL et al. HIV-1, hepatitis B virus, and risk of liver-related mortality in the Multicenter Cohort Study (MACS). *The Lancet*, 2002, 360(9349):1921–1926.
94. Torbenson M, Thomas DL. Occult hepatitis B. *The Lancet Infectious Diseases*, 2002, 2(8):478–486.
95. Токарева О.В. Риск инфицирования вирусами гепатитов В и С лиц, оказывающих платные сексуальные услуги // Мир вирусных гепатитов, 1999. 4. – с.2-4

96. «ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА –ТАДБИРЛАРИ ВА ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ЭТИШНИ ЯНАДА ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ТУГРИСИДА» ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ САКЛАШ ВАЗИРЛИГИНИНГ 2015 ЙИЛ 25 МАРТДАГИ 123-СОНЛИ БУЙРУГИ Тошкент-2015 й.

97. Умиров С.Э., Миртазаев А.М., Буриев А .Я. и авт. Маркеры гепатитов С и В среди различных групп населения Южного Узбекистана. // Эпид. и инф. болезни. 1997,- №3.- С. 44-45.

99.Fonseca MO, Pang LW, de Paula Cavalheiro N, et al. Randomized trial of recombinant hepatitis B vaccine in HIV-infected patients comparing a standard dose to a double dose. Vaccine 2005;23:2902-2908.

100. Fung SK, Lok AS. Hepatitis B virus genotypes: do they play a role in the outcome of HBV infection? Hepatology, 2004, 40(4):790–792.

101. Ferenci P, Formann E, Romeo R. Successful treatment of chronic hepatitis D with a short course of peginterferon alfa-2a. American Journal of Gastroenterology, 2005, 100(7):1626–1627.

102. Chang M.N. Mother-to- infant transmission of hepatitis B virus. // Clin. Invest. Med.-1996, Oct. -Vol.19.-№5.-P. 368-372.

103. Chayama K., Kobayashi M., Tsubota et al. Molecular analysis of intraspousal transmission of hepatitis B virus. //Journal Hepatology.-1995.- Vol.22.-P.431-439.

104. Chemello L., Bonetti P., Cavaletto L. Et al. Randomized trial comparing three different regiments of alfa-2a-interferon in chronic hepatitis B. // Hepatology.-1995.- Vol.22.- P.700-706.

105.Choo Q-L., Kuo G., Weiner A.J. et al. Isolation of a c DNA clone derived from blood-borne поА, поВ viral hepatitis genome. // Science.-1989.- Vol.244.-P.359-362.

106. Chutaputti A. Adverse effects and other safety aspects of the hepatitis B antivirals. // J. Gastroenterol. Hepatol.-2000.-№ 15.-P. 156-163.

107. Хоронжевская-МулярИ.С., МартынюкГ.А., ШахгильдинИ.В. и др. Широта инфицирования вирусами гепатитов различных групп населения Северо-Западной Украины // ЖМЭИ, 2000. №5. – с.35-39

108. Hassan MM et al. Risk factors for hepatocellular carcinoma: synergism of alcohol with viral hepatitis and diabetes mellitus. *Hepatology*, 2002, 36:1206–1213.
109. Что такое ВИЧ-инфекция? // Журнал «Медицина». 1999. - №8 - С.20-22
110. Шахгильдян И.В., Хухлович П.А., Савин Е.А. и др. Риск инфицирования вирусами гепатита В и С медицинских работников, больных отделений гемодиализа и вакцинопрофилактика у них гепатит В - вирусной инфекции. // Вопросы вирусологии.- 1994.-№.-С. 226-229
111. Schildgen O et al. Successful therapy of hepatitis B with tenofovir in HIV-infected patients failing previous adefovir and lamivudine treatment. *AIDS*, 2004, 18 (17):2325–2327.
112. Эпидемиология парентеральных гепатитов // Бюллетень «Вакцинация». 1991 - №1 – С.12
113. Ю.Ермолаева Л. Г., Масевич Ц. Г. Особенности клинико-лабораторных и морфологических показателей при хронических гепатитах и циррозах печени. // Гастробюллетень. 2001. - №1. - С. 15.
114. Яковленко Э.П., Григорьев П.Я., Яковенко А.В., Агафонова Н.А. Хронические вирусные гепатиты. // Практикующий врач.-2000.-№17.-С.11-16.
115. World Health Organization. Hepatitis B. Geneva, WHO, 2002 (<http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/>)
116. Справочник по гепатиту В для людей живущих с ВИЧ. Мартину Делани 2009г.
117. «Клиника, диагностика и лечение вирусных гепатитов» приказ №5 от 05.01.2012г. Минздрава Р Уз.