

КОЖНО-СЛИЗИСТЫЕ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМ СТАТУСОМ

Азизов Б. С.¹, Нурматова И. Б.², Аюпова Ш. Т.³

1. Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии, доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт, bsazizov9@gmail.com, +998(97)1318998, <https://orcid.org/0000-0003-3320-7406>

2. Кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, Ташкентская медицинская академия, iroda1074@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4243-5163>

3. Ассистент, Кафедра дерматовенерологии и косметологии, Ташкентский государственный стоматологический институт, ayupshoh@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8471-4358>

Аннотация. Актуальность. Во всем мире вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) считается осложняемой с каждым днем проблемой. Несмотря на проводимые мероприятия по проблеме ВИЧ/СПИДа, они представляют серьезную угрозу развитию человечества. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире инфицировано 36,9 миллиона человек и только в 2014 году от заболевших СПИДом умерло 1,6 миллиона человек. **Цель исследования.** Изучение дерматовенерологических болезней у ВИЧ-инфицированных больных. **Материал и методы.** Обследованы пациенты, находившиеся на обследовании и лечении в НИИ Вирусологии МЗРУз. Обследовано 956 пациентов. **Результаты и заключение.** Представлена структура поражений кожи и сопутствующих заболеваний. В социальном составе ВИЧ-инфицированных пациентов большинство составляют лица социально-дезадаптированного статуса (маргинальные группы), во 2–3–4 клинических стадиях ВИЧ-инфекции и множественными оппортунистическими инфекциями и сопутствующими заболеваниями (заболевания бронхов и легких, в том числе туберкулез, болезни лор-органов и др.). В большинстве случаев у больных наблюдаются кожно-слизистые поражения, среди которых наиболее распространены бактериальные, грибковые и вирусные дерматозы. Бактериальные поражения кожи чаще отмечаются у больных в 2–3–4 стадиях ВИЧ-инфекции, имеют рецидивирующее течение и атипичные проявления, могут осложнять течение других дерматозов, а также оказывают влияние на распространение и клинические проявления ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: ВИЧ – инфекция, дерматологические болезни, пиодермиты, грибковые и вирусные поражения кожи.

Для цитирования:

Азизов Б. С., Нурматова И. Б., Аюпова Ш.Т. Кожно-слизистые болезни у пациентов с ВИЧ-позитивным статусом. Передовая Офтальмология. 2023;5(5): 17-25.

OIV POZITIV STATUSLI BEMORLARDA TERI VA SHILLIQ QAVAT KASALLIKLARI

Azizov B. S.¹, Nurmatova I. B.², Ayupova Sh. T.³

1. Tibbiyot fanlari doktori, dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasini mudiri, dotsent, Toshkent davlat stomatologiya instituti, bsazizov9@gmail.com, +998 (97) 1318998, <https://orcid.org/0000-0003-3320-7406>

2. Tibbiyot fanlari nomzodi, dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasini dotsenti, Toshkent tibbiyot akademiyasi, iroda1074@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4243-5163>

3. Dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasini assistenti, Toshkent davlat stomatologiya instituti, ayupshoh@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8471-4358>

Аннотация. Долзарблиги. Dunyo bo'ylab inson immunitet tanqisligi virusi (OIV) va orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi (OITS) kundan kunga murakkablashayotgan muammo hisoblanadi. OIV/OITS bo'yicha olib borilayotgan chora-tadbirlarga qaramay, ular insoniyat taraqqiyotiga jiddiy tahdid solmoqda. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, dunyoda 36,9 million kishi yuqtirgan va faqat 2014 yilda OITS bilan kasallanganlardan 1,6 million kishi vafot etgan. **Tadqiqotning maqsadi.** OIV bilan kasallangan bemorlarda dermatovenerologik kasalliklarni o'rganishdir. **Materiallar va usullar.** O'RSSV Virusologiya ilmiy-tadqiqot institutida tekshiruv va davolanishda bo'lgan bemorlar tekshirildi. 956 bemor tekshirildi. **Natijalar va xulosa.** Teri zararlanishlari va boshqa yondosh kasalliklarning tuzilishi taqdim etilgan. OIV bilan kasallangan bemorlarning aksariyati ijtimoiy dezadaptatsiyalangan shaxslar (marginal guruhlar) bo'lib, OIV infeksiyasining 2–3–4 klinik bosqichlarida va ko'plab opporunistik infeksiyalar va qo'shma kasalliklar (bronxlar va o'pka kasalliklari, shu jumladan sil kasalligi, lor a'zolari kasalliklari va b.). Ko'pincha bemorlarda teri va shilliq qavatlarda bakterial, zamburug'li va virusli

dermatozlar ko'p kuzatiladi. Bakterial teri o'zgarishlari OIV infeksiyasining 2–3–4 bosqichida bo'lgan bemorlarda tez-tez uchraydi, atipik namoyon bo'ladi, boshqa dermatozlarning kechishini murakkablashtirishi mumkin, shuningdek OIV infeksiyasining tarqalishi va klinik ko'rinishlariga ta'sir qiladi.

Kalit so'zlar: OIV infeksiyasi, dermatologik kasalliklar, pyodermatit, zamburug'li va virusli teri shikastlanishlari.

Iqtibos uchun:

Azizov B. S., Nurmatova I. B., Ayupova Sh. T. OIV bilan kasallangan bemorlarda teri va shilliq qavat kasalliklari. Ilg'or oftalmologiya. 2023;5(5): 17-25.

SKIN AND MUCOUS DISEASES IN PATIENTS WITH HIV-POSITIVE STATUS

Azizov B. S.¹, Nurmatova I. B.², Ayupova Sh. T.³

1. Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Associate Professor, Tashkent State Dental Institute, bsazizov9@gmail.com, +998(97)1318998, <https://orcid.org/0000-0003-3320-7406>

2. Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Tashkent Medical Academy, iroda1074@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4243-5163>

3. Assistant, Department of Dermatovenerology and Cosmetology, Tashkent State Dental Institute, ayupshoh@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8471-4358>.

Annotation. Relevance. Throughout the world, the human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) are considered to be a problem that is becoming more complicated every day. Despite the ongoing activities on the problem of HIV/AIDS, they pose a serious threat to the development of mankind. According to the World Health Organization, 36.9 million people are infected in the world and 1.6 million people died of AIDS in 2014 alone. **Purpose of the study.** The aim is to study dermatovenerological diseases in HIV-infected patients. **Material and methods.** Materials and methods, examined patients who were examined and treated at the Research Institute of Virology of the Ministry of Health. 956 patients were examined. **Results end conclusion.** The structure of skin lesions and concomitant diseases is presented: in the social composition of HIV-infected patients, the majority are persons of socially maladapted status (marginal groups), in 2–3–4 clinical stages of HIV infection and multiple opportunistic infections and concomitant diseases (bronchial and lung diseases, including tuberculosis, diseases of ENT organs and all.). In most cases, patients have skin-mucous lesions, among which bacterial, fungal and viral dermatoses are most common. Bacterial skin lesions are more common in patients in stages 2–3–4 of HIV infection, have a recurrent course and atypical manifestations, can complicate the course of other dermatoses, and also affect the spread and clinical manifestations of HIV infection.

Key words: HIV infection, dermatological diseases, pyoderma, fungal and viral skin lesions.

For citation:

Azizov B. S., Nurmatova I. B., Ayupova S. T. Skin and mucous diseases in patients with HIV-positive status. Advanced Ophthalmology. 2023;5(5): 17-25.

Актуальность. Во всем мире вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) считается осложняемой с каждым днем проблемой [2, 3, 11]. Несмотря на проводимые мероприятия по проблеме ВИЧ/СПИДа, они представляют серьезную угрозу развитию человечества. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире инфицировано 36,9 миллиона человек и только в 2014 году от заболевших СПИДом умерло 1,6 миллиона человек. Эпидемия ВИЧ/СПИД – уникальное явление в истории человечества из-за скорости распространения, масштабов и глубины последствий. Она представляет собой новый вид кризиса, являясь одновременно и чрезвычайной ситуацией и долговременной проблемой [49]. Начиная с 1981 года, когда был диагностирован

первый случай СПИДа, мир прилагает немалые усилия по организации ответных мер, ставших объединяющими и согласованными. Однако эпидемия сохраняет чрезвычайно динамичный, растущий и изменчивый характер, так как возникают новые возможности для передачи вируса [1, 6, 8]

Цель исследования. С целью решения поставленных в работе задач исследовали возрастную и гендерную характеристики, особенности социального и клинического статуса 956 пациентов с ВИЧ-инфекцией с разной давностью заболевания.

Материалы и методы исследования. Мужчин было – 529 (55,3%), женщин – 427(44,7%). Среди пациентов преобладали лица молодого и зрелого возраста, дети до 14 лет составляли 13,18%, 11% – подростки.

Таблица 1.
Возрастная структура больных

Всего	До 14 лет	15-19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50 лет и старше
956	126 (13,18%)	104 (10,9%)	239 (25,0%)	243 (25,4%)	175 (12,8%)	69 (3,03%)

Продолжительность болезни составляла от 1 до 15 лет. 135 больных неоднократно получали стационарное лечение по поводу ВИЧ инфекции.

Половой путь инфицирования установлен у 434 больных, инъекционный – у 117, не установлен – у 405 больных (Рис. 2).

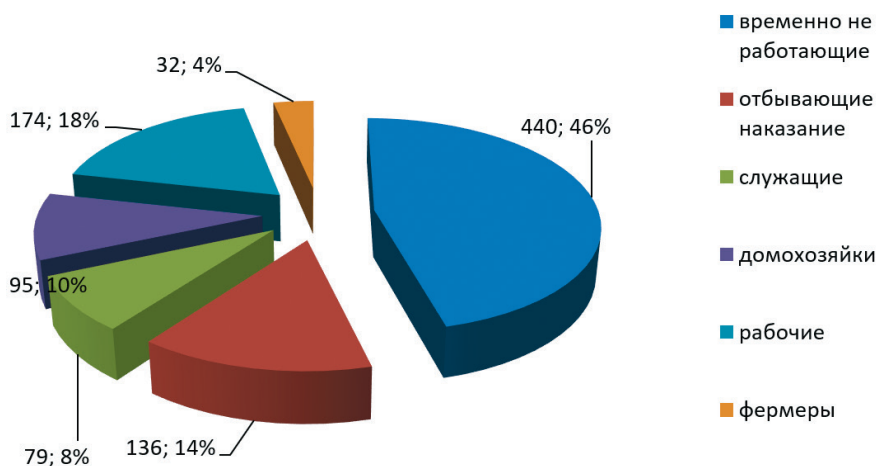


Рис. 1. Социальный состав ВИЧ-инфицированных пациентов (абс.показатели и % от числа больных в группе)

Большинство больных – 566 (59,2%) относились к маргинальным группам, среди них 430 (44,97%) не имели постоянной работы, 136 (14,22%) человек отбывали наказание в исправительных учреждениях, 178 (18,6%) пациентов ранее употребляли психотропные препараты, 390 пациентов имели постоянную работу из них 79 (8,26%) служащие, 95 (9,93%) домохозяйки, 174 (18,2%) рабочие, 32 (3,35%) фермеры. Сельских жителей было 54 (5,6%), городских- 902 (94,35%). 127 состояли в браке, разведенных было – 35, 22-вдов, остальные – холостые (незамужние) (Рис. 1).

Результаты и обсуждение. Первая клиническая стадия ВИЧ-инфекции была установлена у 20 (2,09%) обследованных, вторая – у 227 (23,7%), третья – у 566 (59,2%), четвертая – у 143 (14,96%) больных. Клинические симптомы ВИЧ-инфекции были разнообразны. У большинства пациентов наблюдались сочетанные общие симптомы: потеря веса более 10% отмечалась у 628 (46,8%), до 10% – 135 (10%), кахексия – 130 (9,7%). Диарея неясной этиологии была установлена у 458 (47,9%), анемия – у 460 (48,11%), персистирующая, рецидивирующая лихорадка – у 518 (54,2%), лимфоаденопатия – у 282 (29,5%), у большинства

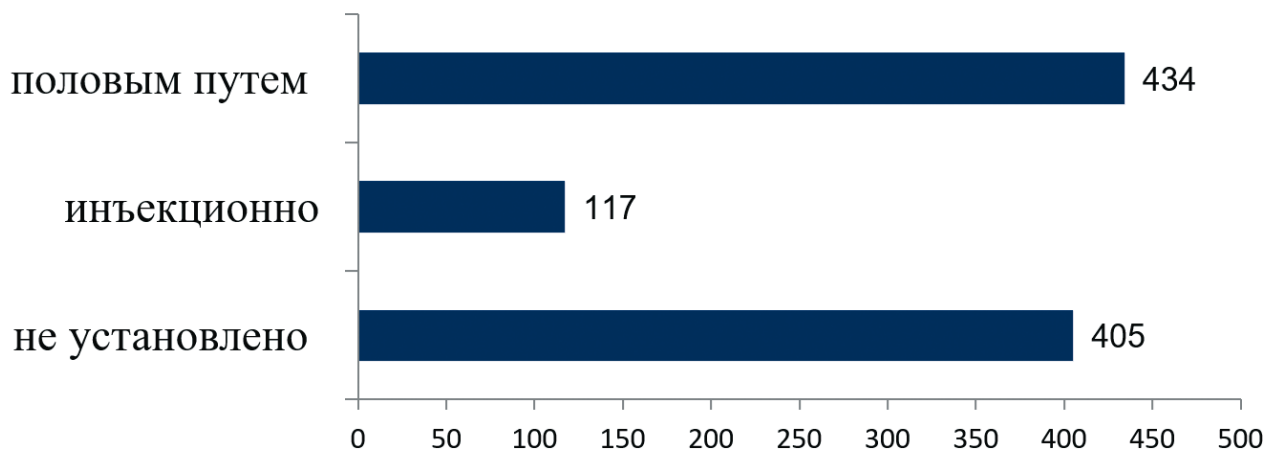


Рис. 2. Пути заражения пациентов ВИЧ-инфекцией (абс. зн)

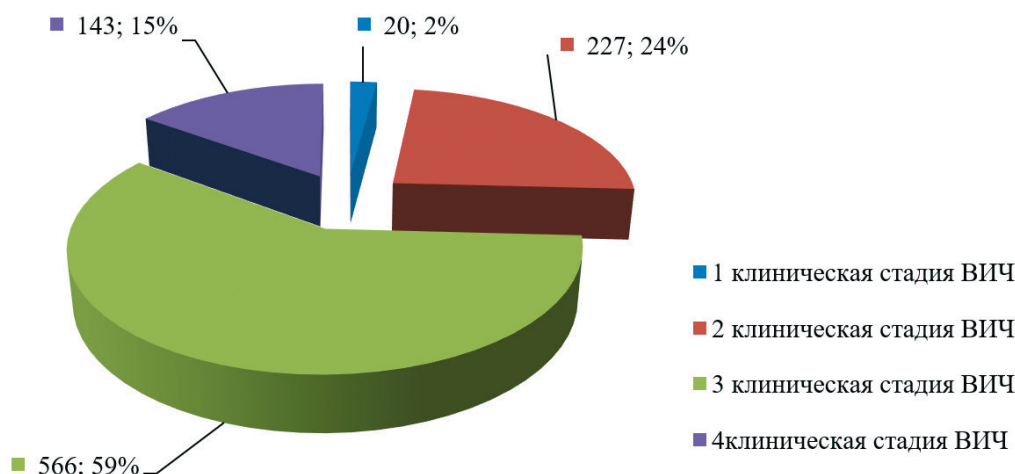


Рис. 3. Распределение ВИЧ-инфицированных пациентов в соответствии с клиническими стадиями болезни (абс. показатель и % от числа больных в группе) (классификация ВОЗ,2000)

пациентов отмечалась соматическая патология (рис. 3).

Чаще всего были диагностированы болезни органов пищеварения (хронический гастрит и гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, цирроз печени, хронический гепатит, холецистит и гепатохолецистит, желчекаменная болезнь) у 759 (79,4%) больных. Болезни органов дыхания (пневмоцистная пневмония бронхит, ХОБЛ, бронхопневмония, пневмония, плеврит, астма, туберкулез легких, частые ОРВИ и другие) в целом отмечались у 483(50,5%). Болезни нервной системы (туберкулезный менингит и менингоэнцефалит, полинейропатия, НЦД, церебральный арахноидит, энцефалопатия, невралгии, ДЦП, эпилепсия, абстинентный синдром) – у 105 (10,98%). Туберкулез легких был установлен у 137 (14,3%), вне-

мочеполовой системы (хронический цистит, пиелонефрит, простатит, гломерулонефрит, острая нефропатия, мочекаменная болезнь, гинекологические заболевания) наблюдались у 69 (7,2%). Болезни эндокринной системы (сахарный диабет, гипертиреоз) были у 6(0,6%), отставание в физическом развитии, рахит- у 23(2,4%). Болезни ССС и крови (ХСН, ИБС, врожденный порок сердца миокардит и миокардиодистрофия, ревмакардит, васкулиты, тромбоцитопеническая пурпура, лимфогангулематоз, хронический миелолейкоз) были выявлены у 55(5,75%). Хронические заболевания лор.органов и суставов были у 15 (1,6%). Диарея неясной этиологии была у 458 (47,9%). Анемия – у 460(48,11%). Персистирующая, рецидивирующая лихорадка наблюдалась у518(54,2%), лимфоаденопатия – у 282(29,5%) (Рис. 4).

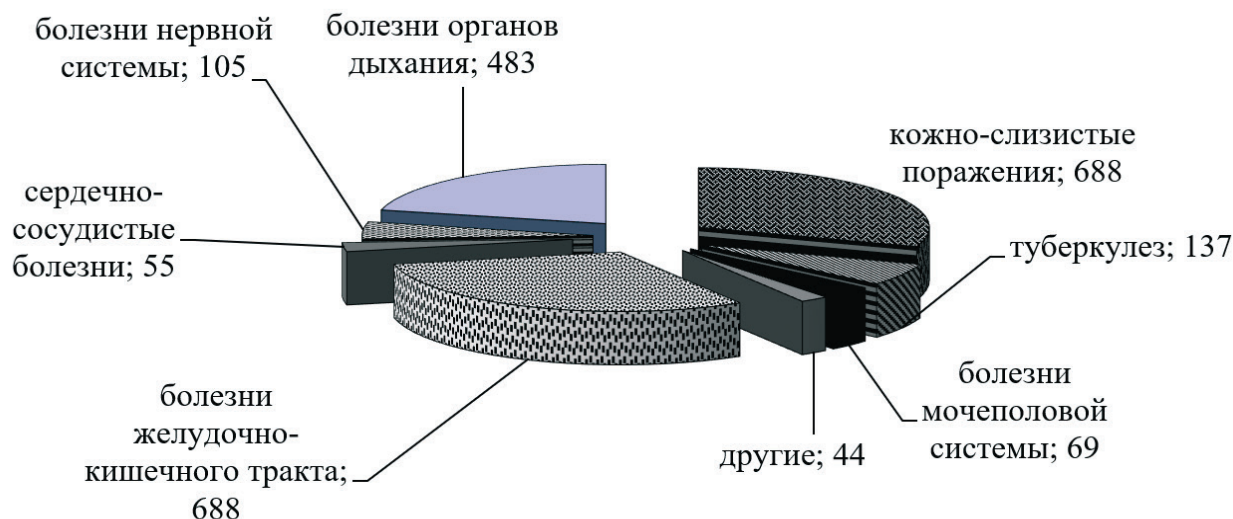


Рис. 4. Структура и частота сопутствующих заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией

гочные формы (поражения костей и суставов, лимфатических узлов) – у 19 (1,98%). Болезни

Частота выявления клинических симптомов сопутствующих заболеваний увеличивалась

Таблица 2. Частота выявления клинических симптомов и заболеваний внутренних органов у ВИЧ-инфицированных пациентов.

	Диагноз	Число случаев	Клинические стадии ВИЧ-инфекции			
			I	II	III	IV
Болезни органов дыхания	пневмоцистная пневмония бронхит,ХОБЛ,бронхопневмония, пневмония, плеврит, астма, туберкулез легких, частые ОРВИ и другие	483	35	112	192	176
Болезни органов пищеварения	Хронический гастрит и гастродуоденит, язвенная болезнь, цирроз печени, хронический гепатит, холецистит и гепатохолецистит, желчекаменная болезнь	759	20	185	283	271
Диарея неясной этиологии		458	2	71	234	151
Болезни МПС	хронический цистит, пиелонефрит, простатит, гломерулонефрит, острая нефропатия, мочекаменная болезнь, гинекологические заболевания	69	4	20	29	16
Болезни эндокринной системы	сахарный диабет, гипертиреоз	6		3	1	2
отставание в физическом развитии, рахит		23		11	12	
Болезни нервной системы	туберкулезный менингит и менингоэнцефалит, полинейропатия, НЦД,церебральный арахноидит, энцефалопатия, неврастения, ДЦП, эпилепсия, абстинентный синдром	105		6	39	60
анемия		460	16	97	234	113
Болезни ССС и крови	ХССН, ИБС, врождённый порок сердца миокардит и миокардиодистрофия, ревмакардит, васкулиты, тромбоцитопеническая пурпура, лимфогангулематоз, хронический миелолейкоз	55		8	25	22
персистирующая, рецидивирующая лихорадка		518	16	127	303	72
лимфоаденопатия		282	16	88	118	60
Другие заболевания	хронический отит, паротит, полиартрит и ревматоидный артрит, ангиопатия сетчатки глаз и другие	15		2	13	

в зависимости от тяжести иммунодефицитного состояния, что определяло клиническую стадию ВИЧ-инфекции (таблица 2). Структура и частота кожно-слизистых поражений также зависели от тяжести клинических симптомов ВИЧ-инфекции (таблица 2).

Кожно-слизистые поражения у больных ВИЧ/СПИД отмечались у 688 (71,97%) больных, среди них саркома Капоши (рис 4) у 23 пациентов,

волосатая лейкоплакия – у 6, лимфома кожи – у 1.

Мы наблюдали клинический случай эпидемической формы саркомы Капоши, впервые диагностированной в Узбекистане у пятилетнего ребенка, инфицированного вертикальным путем от ВИЧ-инфицированной матери, который был диагностирован в позднем возрасте (рис 5).

Представляет интерес случай распространенной формы эпидемической ВИЧ-ассоци-

Таблица 3. Структура кожно-слизистых поражений у ВИЧ инфицированных больных

Этиологические группы, абс.значения и % от общего числа больных с ВИЧ(п=956)		Абс. значения
Кожные проявления ВИЧ Всего -30(3,14%)	Саркома Капоши Волосатая лейкоплакия лимфома	23 6 1

Бактериальные поражения кожи Всего - 124(12,97%)	Остиофолликулиты и фолликулиты	15
	сикоз	11
	Фурункулы	18
	Карбункулы	6
	гидраденит	7
	Импетиго стрептококковое	15
	Панариций	5
	Ангулярный стоматит	6
	Эктима стрептококковая	9
	Рожистое воспаление	5
	Импетиго обыкновенное	19
	Эктима вульгарная	5
	Язвенная пиодермия	3
иппп	сифилис	5
Вирусные дерматозы Всего 88(9,2%)	Простой пузырьковый лишай	32
	Опоясывающий лишай	33
	Контагиозный моллюск	18
	Остроконечные кондиломы	5
Микозы Всего- 302(31,6%)	Кандидоз полости рта орофарингеальный	86
	кандидоз	52
	Генерализованный кандидоз	12
	Урогенитальный кандидоз	14
	Микозы крупных складок	71
	Онихомикоз	23
	Разноцветный лишай и эритразма	44
Паразитарные дерматозы Всего 24(2,5%)	Чесотка	19
	лейшманиоз	5
Дерматозы разной этиологии Всего 110 (11,5%)	Нейродермит	11
	Токсикодермия	26
	Аллергодерматиты	21
	Красный плоский лишай	4
	Псориаз	5
	Почесуха детская	5
	Почесуха взрослых	3
	Себорейный дерматит	30
	Троф. язва голени	4
	Лимфома кожи	1



Рис. 5. Больной Р., 5 лет диагноз: Эпидемическая форма саркомы Капоши.
ВИЧ-инфекция 2 стадия (ВОЗ)



Рис. 6. Больной И., 25 лет. Опоясывающий лишай. Токсикодермия. ВИЧ-инфекция 2 стадия.



Рис. 7. Больная Б., 22 г. Остроконечные кондиломы. ВИЧ-инфекция 2 стадия.

ированной саркомы Капоши у пациента из группы риска (ПИН - потребители инъекционных наркотиков), инфицированного вирусом иммунодефицита в результате использования нестерильных шприцев. Вирусные заболевания кожи были установлены у 88 (9,2%) пациентов, из них наиболее часто отмечались простой пузырьковый лишай (с локализацией на красной кайме губ – 26, генитальный герпес – у 6 больных), опоясывающий лишай был у 33 больных (Рис. 6), contagiозный моллюск – у 18 больных, остроконечные кондиломы – у 5 (Рис. 7).

Герпетические высыпания характеризовались множественными очагами и крупными везикулезно-буллезными высыпаниями, часто содержали геморрагический и гнойно-геморрагический экссудат. Отмечалось недомо-

гание, слабость, повышение температуры, болезненные ощущения и парестезии.

Генитальные кондиломы также имели некоторые отличия от аналогичных проявлений, наблюдаемых у неинфицированных пациентов. Отмечалась, как правило, большая площадь поражения, обильные, крупные вегетации и папилломатозные разрастания в виде бляшек, с сочными грануляциями, часто эрозированные с обильным отделяемым и легко кровоточащие. Генитальные кондиломы часто сочетались с урогенитальным кандидозом, трихомониазом и сифилисом, а также осложнялись вторичной пиококковой инфекцией.

У 302 (31,6%) больных были выявлены различные грибковые поражения кожи и слизистых оболочек. Чаще всего были диагно-



Рис. 8. Больная К., 37 лет. Кожный лейшманиоз, остронекротизирующий тип. ВИЧ-инфекция 2 стадия (ВОЗ).





Рис. 9. Больной Д., 40 лет. Сифилис вторичный свежий, экстрагенитальный язвенный шанкр и папулы на ладонях. ВИЧ-инфекция, 3 стадия (ВОЗ).

стированы различные формы кандидозной инфекции: кандидоз полости рта (86 больных), орофарингиальный кандидоз (52 больных), генерализованный кандидоз был установлен — у 12 пациентов, урогенитальный кандидоз — у 34 пациентов. Микозы стоп, крупных складок и гладкой кожи были выявлены у 71 пациентов, онихомикоз — у 23.

Хронические рецидивирующие и аллергические дерматозы отмечались у 110 (11,5%), из них — токсикодермии (26 больных), себорейный дерматит (у 30 больных), аллергический дерматит (у 21 больного), нейродермит (у 11 больных), красный плоский лишай (4), псориаз (5) почесуха детей и взрослых (8 больных), трофические язвы голеней (4), лимфома (1 больной).

Паразитарные заболевания кожи (чесотка, лейшманиоз) были диагностированы у 24 пациентов и протекали чрезвычайно бурно. Чесотка характеризовалась атипичным течением и локализацией. Преобладали распространенные высыпания на туловище, конечностях, ягодицах, в области локтевых сгибов. Множественные корковые наслоения на кистях, импетигинозные элементы на локтях (корковая «норвежская» чесотка) с положительным симптомом Горчикова-Арди.

Мы наблюдали случай остронекротизирующего типа кожного лейшманиоза, при котором клинические проявления характеризовались многочисленными глубокими язвами с грубыми корками и вегетациями, выраженной аллергической реакцией, что в течение длительного времени затрудняло клинику и привело к ошибочным диагнозам (Рис. 8).

Сифилис был у 5 больных, в том числе первичный был установлен у одного больного, вторичный рецидивный — у 1, в остальных случаях диагностировали ранний скрытый сифилис. При манифестных стадиях сифилиса отмечались множественные язвенные шанкры генитальной



Рис. 10. Больной Ш., 29 лет. Сифилис первичный, множественные шанкры на лице (экстрагенитальные). ВИЧ-инфекция, 2 стадия.

и экстрагенитальной локализации на красной кайме губ (Рис. 9–10), на коже лица, на указательном пальце кисти, с выраженной воспалительной реакцией, болезненностью, осложненной вторичной инфекцией.

При вторичном сифилисе у пациентов на фоне ВИЧ-инфекции отмечалось «злокачественное» течение сифилиса с распространенными и необычными пустулезными проявлениями. Среди пустулезных элементов преобладали эктимы и рупии с локализацией на разных участках кожи, подмышечных впадин, на конечностях. Реже встречались оспеноподобные и фурункулоподобные пустулезные высыпания на лице, в области век, ушных раковин, а также воспалительные фликтеноподобные высыпания на пальцах стоп и в межпальцевых промежутках, имитирующие грибковые и бактериальные паранихии)

Заключение. В социальном составе ВИЧ-инфицированных пациентов большинство составляют лица социально-дезадаптированного статуса (маргинальные группы), во 2–3–4 клинических стадиях ВИЧ-инфекции и множественными оппортунистическими инфекциями и сопутствующими заболеваниями (заболевания бронхов и легких, в том числе туберкулез, болезни лор-органов и др). В большинстве случаев у больных наблюдаются кожно-слизистые поражения, среди которых наиболее распространены бактериальные, грибковые и вирусные дерматозы. Бактериальные поражения кожи чаще отмечаются у больных в 2–3–4 стадиях ВИЧ-инфекции, имеют рецидивирующее течение и атипичные проявления, могут осложнять течение других дерматозов, а также оказывают влияние на распространение и клинические проявления ВИЧ-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Гиясова Г. М. Структура инфекций, передаваемых половым путем у ВИЧ-инфицированных женщин. Инфекционные болезни. 2010; 1(9):77–79.
2. Туйчибаева Д. М. Основные характеристики динамики показателей инвалидности вследствие глаукомы в Узбекистане. Офтальмология. Восточная Европа. 2022;12.2:195–204. [Tuychibaeva D. M. Main Characteristics of the Dynamics of Disability Due to Glaucoma in Uzbekistan. «Ophthalmology. Eastern Europe», 2022;12.2:195–204. (in Russian)]. <https://doi.org/10.34883/Pl.2022.12.2.027>
3. The prevalence and pattern of skin diseases in relation to CD4 counts among HIV-infected police officers in Dar es Salaam. / Muhammad B, Eligius L, Mugusi F, Aris E, Chale S, et al.//Trop Doct. 2003 Jan;33(1):44–8.
4. Tumour necrosis factor α -induced migration of human Langerhans cells: the influence of ageing /Bhushman B., Cumberbatch M., Daerman R. J. et al. // Br. J. Dermatol., 2002, Vol.146, p. 32–40
5. Vitous A, Hobstová J. Infectious diseases in problem drug users hospitalized in the infectious ward of the Motol University Hospital in 2002–2005 Klin Mikrobiol Infekc Lek. 2007 Apr;13(2):70–5.
6. Wadhwa A, Kaur R, Agarwal SK, Jain S, Bhalla P. AIDS-related opportunistic mycoses seen in a tertiary care hospital in North India. J Med Microbiol. 2007 Aug;56(Pt 8):1101–6.
7. Waldman T.A., Dubois S, Tagaya Y. Immunity, 2001, Vol.14, p.104–110
8. Залялиева, М.В., Ярулина Г. Д., Юлдашева Н. Ю. Роль факторов в устойчивости к ВИЧ-инфекции // Медицинская иммунология. 2005.-Т. 7, № 2–3.-С. 158.
9. Зигаленко Д.П., Волжанин В. М., Болехан В. Н., Чабаненко А. И. Сопутствующие заболевания у ВИЧ – инфицированных лиц молодого возраста // Материалы VI Российского съезда врачей-инфекционистов. Санкт-Петербург, 2003. С. 149.
10. Азизов, Б., Алиев, А., Агзамходжаева, С., Нурматова, И., & Солметова, М. (2018). К диагностике бугоркового кожного лейшманиоза. Stomatologiya, 1(2(71)), 79–83. <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/1756>
11. Капкаев Р.А., Нурматова И. Б., Байбеков И. М. Ультраструктурные характеристики твердого шантра и широких кондилом и их изменения при лечении бензатин бензилпенициллином (экстенциллином) Вестник дерматологии и венерологии, 2001, № 3
12. Azizov, B., Ismailova, G., Nabiev, F., Nurmatova, I., & Usmanov, A. Clinical characteristics of patients with HIV/AIDS. 000 «Maxliyo-shifo» & V, 46. 2013
13. Нурматова И.Б., Азизов Б. С. Случай атрофического фолликулита голени при у пациента С ВИЧ/СПИД. 2022 URI: <http://repository.tma.uz/xmlui/handle/1/3272>