

## **ОПОРТУНІСТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА СУПУТНЯ ПАТОЛОГІЯ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ**

*Проаналізувавши структуру та частоту супутніх захворювань при ВІЛ-інфекції встановили, що найчастішими коінфекціями були вірусні гепатити, передусім хронічний гепатит С; інфекція, зумовлена герпесвірусами I-IV типів; рецидивні й тяжкі бактерійні інфекції органів дихання; ураження шкіри та слизових оболонок; а також урогенітальні інфекції (хламідіоз, уреоплазмоз, мікоплазмоз, трихомоніаз, у т.ч. їх поєднання). Причому з прогресуванням імунодефіциту клінічна маніфестація перерахованих недуг закономірно частішала, а їх ступінь тяжкості наростав.*

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція, опортуністичні захворювання, коінфекція.

Загальновідомо, що ВІЛ-інфіковані хворі часто помирають від порушень у системі гемостазу. Серед патогенетичних механізмів, які зумовлюють порушення гемостазу при ВІЛ-інфекції важливе місце має безпосереднє ураження не тільки CD4-лімфоцитів, але й багатьох інших клітин (макрофаги, нейрони, ендотелій судин та ін.) ВІЛом і збудниками опортуністичних інфекцій, які характеризуються цитотоксичним ефектом відносно зазначених клітин (віруси гепатитів В і С, герпесвіруси, мікобактерії туберкульозу та ін.) [1-3].

Відомо, що будь-яка недуга, що супроводжує ВІЛ-інфекцію, змінює епідеміологічні й клінічні особливості кожної хвороби. Так, коінфекція з вірусом гепатиту С (HCV) проявляє себе по-іншому і вимагає інших підходів до скринінгу, діагностики і тактики ведення хворих. Зокрема, частота хронічного гепатиту С серед осіб з ВІЛ/СНІДом варіює від 7 % (статевий шлях передачі) до 90 % (ін'єкційні наркотики). Неконтрольована ВІЛ-інфекція прискорює прогрес HCV-індукованого склерозу печінки. Тому коінфекція ВІЛ і HCV є окремим станом (HCV-інфекцію можна розглядати як опортуністичну), що відрізняється

від ВІЛ- або HCV-моноінфекції. Поглиблене розуміння унікальної патофізіології, характеру взаємин між цими повсюдно поширеними вірусами і оптимальною клінічною тактикою при цих двох недугах є украй важливим для досягнення максимальної ефективності існуючих схем лікування пацієнтів зі змішаною ВІЛ- і HCV-інфекцією [4].

Усе більшого значення у світі набуває й проблема поєднання ВІЛ-інфекції і туберкульозу. У ВІЛ-інфікованих осіб вірогідність захворювання туберкульозом протягом 1 року складає 50 %, а в імунокомпетентних людей – всього 10 % протягом життя.

Туберкульоз є однією з найчастіших причин смерті у ВІЛ-інфікованих хворих на СНІД [5].

Однак, погляди багатьох дослідників на частоту й клініко-епідеміологічні особливості інших захворювань, що супроводжують ВІЛ-інфекцію/СНІД, дуже різняться, що не дає можливості уніфікувати підходи до діагностики й лікування таких пацієнтів.

Мета роботи – встановити частоту супутніх захворювань при ВІЛ-інфекції/СНІДі залежно від ступеня імунодефіциту.

### **Пацієнти і методи**

В основу роботи покладено комплексне обстеження 139 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, яке включало ретельне вивчення скарг, анамнестичних даних, у тому числі даних епідеміологічного анамнезу, проведення фізикального об'єктивного обстеження. Серед зазначених осіб було 78 чоловіків і 61 жінка віком від 19 до 49 років. Середній вік становив  $(30,3 \pm 0,6)$  року. У I клінічній стадії перебувало 26 (18,7 %) хворих, у II – 68 (48,9 %), у III – 24 (17,3 %), і в IV – 21 (15,1 %). Використані загальноклінічні, лабораторно-інструментальні, серологічні та імунологічні методи дослідження.

Дослідження проводили на базі кафедри внутрішньої медицини та інфекційних хвороб Буковинського державного медичного університету, обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом м. Чернівці.

Діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений на підставі епідеміологічного анамнезу, клінічних даних і підтверджений виявленням специфічних антитіл до ВІЛ у реакції імуноферментного аналізу (ІФА) і в реакції імуноного блотингу.

При встановленні діагнозу брали до уваги клініко-епідеміологічні дані та результати лабораторних методів дослідження: серологічного та імунологічного (у т.ч. визначення вмісту CD4<sup>+</sup>-лімфоцитів). Первинне обстеження ВІЛ-інфікованих проводили при взятті їх на диспансерний облік.

У ВІЛ-інфікованих і пацієнтів з герпесвірусними хворобами на тлі ВІЛ-інфікування разом із загальноприйнятим набором загальноклінічних методів дослідження здійснювали обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом, для визначення частоти змішаних недуг.

### **Результати досліджень та їх обговорення**

У 26 хворих на ВІЛ-інфекцію I клінічної стадії недуга перебігала зазвичай безсимптомно. У кожного з них єдиним клінічним проявом захворювання була «персистуюча генералізована лімфаденопатія», що характеризується збільшенням задньошийних, потиличних, і пахвових лімфатичних вузлів. Типовим було їх симетричне двобічне збільшення, від 1,0 до 2,0-3,0 см у діаметрі, вони були еластичні, безболючі, не злучені з навколишніми тканинами і шкіра над ними не була змінена. З анамнезу захворювання 21 (80,8 %) пацієнта було відомо, що лімфаденопатія тривала понад 3 місяці.

Всі 68 хворих з II клінічною стадією ВІЛ-інфекції скаржились на слабкість, розбитість, адинамію. У 37 (54,4 %) осіб виникало ураження центральної нервової системи, що проявлялось болем голови, запамороченням, порушенням сну, емоційною лабільністю.

У 39 (57,4 %) пацієнтів на фоні підвищення температури тіла до субфебрильних цифр спостерігалась лімфаденопатія та збільшення печінки. У 12 пацієнтів (17,6 %) спостерігалася помірна «немотивована» втрата маси тіла протягом 6 місяців до 10 % маси.

Як видно з даних, наведених у таблиці 1, у хворих з I та II клінічними стадіями нерідко діагностували супутні захворювання.

Так, у 29 (30,9 %) пацієнтів одним із супутніх діагнозів була хронічна HCV-інфекція і рідше – у 12 (12,8 %) осіб – хронічна HBV-інфекція, що перебігали здебільшого без клінічних проявів. Важливо, що у 8 (8,5 %) хворих були виявлені маркери обох згаданих вірусів, що стало підставою для встановлення гепатиту мікст. Частина таких пацієнтів скаржилася на відчуття тяжкості у правому підребер'ї, гіркоту в роті та поганий апетит. При пальпації у цих осіб відмічали збільшення розмірів печінки на 1-2 см.

Таблиця 1

Частота супутніх захворювань у хворих з I та II стадією ВІЛ-інфекції

Захворювання	n=94	
	абс. число	%
Хронічна HCV-інфекція	29	30,9
Хронічна HBV-інфекція	12	12,8
у т.ч. мікст-гепатит В+С	8	8,5
Рецидивні бактерійні інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит, середній отит, тонзиліт, фарингіт – 2 або більше епізодів протягом 6 міс.)	9	9,6
Клінічна маніфестація лабіального герпесу	4	4,3
Клінічна маніфестація генітального герпесу	2	2,1
Оперізувальний герпес	4	4,3
Інфекційний мононуклеоз	3	3,2
Мінімальні ураження шкіри та слизових оболонок:		
грибкові ураження нігтів	9	9,6
папульозний сверблячий дерматит	1	1,1
себорейний дерматит	1	1,1
рецидивний афтозний стоматит (два або більше епізодів протягом 6 міс.)	3	3,2
ангулярний хейліт	2	2,1

Урогенітальні інфекції (хламідіоз, уреаплазмоз, мікоплазмоз, трихомоніаз, у т.ч. їх поєднання)	7	7,4
--	---	-----

У 9 (9,6 %) хворих були хронічні синусити та інші рецидивні інфекції верхніх дихальних шляхів, а також середній отит і хронічний бронхіт. Недуга в більшості осіб перебігала типово. Виникали бронхолегеневі симптоми та симптоми інтоксикації, що тривали понад 2 тижні. Хворі скаржилися на кашель з виділенням мокротиння, біль у грудній клітці. Майже в усіх таких пацієнтів відзначали субфебрилітет, пітливість вночі. Діагноз підтверджували рентгенографічно.

Лабіальний рецидивний герпес був відмічений у 4 (4,3 %) пацієнтів. Клінічно він проявлявся продромальними симптомами (печінням, свербінням у ділянці ураженої ділянки), тривалим перебігом, везикулярними висипаннями. Морфологічні елементи еволюціонували у такій послідовності: папула → пухирець → ерозія → кірочка і локалізувалися на губах, щоках. Пацієнти приймали ацикловір по 200 мг 5 разів на добу курсом 10 днів до усунення вогнищ ураження. Клінічне поліпшення наставало протягом 5-7 днів.

Клінічну маніфестацію генітального герпесу діагностували у 2 (2,1 %) осіб. Його клінічні прояви були досить типовими і включали екстрагенітальні (загальноінфекційні прояви) і генітальні симптоми (везикулярні висипання на промежині, шкірі зовнішніх статевих органів, у піхві). Розмір везикул – 2-3 мм, вони були оточені ділянкою гіперемійованої набряклої слизової оболонки. Через 2-3 дні вони розкривалися, утворюючи ерозовані поверхні, вкриті сіро-жовтим гнійним нальотом. Хворі скаржились на біль, свербіж, печіння в місці ураження, відчуття важкості внизу живота, дизурію. Частота рецидивів коливалася від 1 разу в рік до 1 разу кожен місяць. Пацієнти приймали ацикловір по 200 мг 5 разів на добу курсом 10 днів до зникнення вогнищ ураження.

На перенесений оперізувальний герпес, останній епізод якого був протягом останніх 3 років, вказували 4 (4,3 %) пацієнти. Спочатку захворюванню

передував продромальний біль в ділянці ураженого дерматому, де через декілька днів з'являлися типові везикулярні висипання за ходом гілок запаленого нерва. Діагноз встановлювали на підставі типового зовнішнього вигляду висипань. У всіх пацієнтів був яскравий больовий синдром. Підтвердженням непоодиноких епізодів цієї недуги слугувала відповідна клінічна ознака – формування ділянок стоншеної та склерозованої шкіри на місці колишніх висипань – «герпетична мітка». Такі хворі отримували ацикловір по 800 мг 5 разів на добу курсом 10 днів. Клінічне поліпшення наставало на 7-10-у добу.

У 3 (3,2 %) хворих на підставі анамнестичних (гострий початок хвороби з підвищення температури тіла до 38,0 °С, болів у горлі при ковтанні, закладеності носа), клінічних (гострий лакунарний тонзиліт, гепатоспленомегалія) і лабораторних даних (лейкопенія, що змінилася лейкоцитозом з лімфоцитозом, наявність атипівних мононуклеарів, що перевищували 10 % усіх лейкоцитів) був діагностований супутній ВІЛ-інфекції інфекційний мононуклеоз.

У 16 (17,0 %) осіб виявлені мінімальні ураження шкіри, нерідко з уртикарною висипкою, що супроводжувалася свербіжем і печією (папульозний сверблячий і себорейний дерматит), грибкові ураження нігтів та рецидивні виразки слизової оболонки ротової порожнини, що у 2 пацієнтів поєднувалися з ангулярним хейлітом.

У 7 (7,4 %) пацієнтів на підставі лабораторних досліджень (ІФА та/або пряма імунофлюоресценція чи ПЛР з мазком зі слизової оболонки геніталій) діагностовано уrogenітальні інфекції: по 1 випадку – хламідіоз, мікоплазмоз і трихомоніаз; у 2 – уреapлазмоз; ще у 2 – поєднання цих інфекцій (уреapлазмоз + мікоплазмоз, а також хламідіоз + уреapлазмоз + трихомоніаз). Лише в одиничних випадках ця патологія проявлялася болем при сечовипусканні та знизу живота, виділеннями з уретри чи піхви.

Клінічними ознаками III стадії ВІЛ-інфекції, встановленої у 24 осіб, стали прояви загальноінтоксикаційного синдрому, у зв'язку з чим пацієнти змушені

були лежати до 50 % денного часу. Втрата маси тіла понад 10 % від початкової встановленої у всіх хворих; «немотивована» хронічна діарея з частотою понад 3 рази на добу, яка тривала більше 1 місяця, – у 9 (37,5 %); рецидивний кандидоз ротової порожнини (два або більше епізодів протягом 6 міс.) – у 8 (33,3 %); гострий некротизуючий виразковий стоматит – у 3 (12,5 %); а також тяжкі бактерійні інфекції (пневмонія – у 2, флегмона підшкірно-жирової клітковини та піоміозит – по 1 випадку). В усіх осіб спостерігали персистуючу генералізовану лімфаденопатію. Збільшені лімфатичні вузли мали такі ж ознаки, що й у хворих на ВІЛ-інфекцію в I і II клінічних стадіях, щоправда зазвичай вони набували щільної консистенції.

Підвищення температури тіла до субфебрильних і фебрильних значень спостерігалось в 15 осіб (62,5 %). Гарячка тривала більше одного місяця в 10 осіб (41,7 %). У хворих, крім гарячки та лімфаденопатії, виникали ознаки, що свідчили про пригнічення імунної системи. Всі хворі відзначали схильність до простудних захворювань із затяжним перебігом. Супутні захворювання при III клінічній стадії ВІЛ-інфекції представлені в таблиці 2.

Як і в попередніх аналізованих групах ВІЛ-інфікованих, у III клінічній стадії хвороби притаманними виявилися супутні гепатотропні вірусні ко-інфекції, передусім хронічні гепатити С, В як у вигляді моно-, так і мікст-інфекції, що реєструвалися відповідно у 7 (29,2 %), 4 (16,7 %) і 2 (8,3 %) пацієнтів. Супутні вірусні гепатити зазвичай також перебігали без особливих клінічних проявів. Щоправда пальпаторно в цих осіб, як правило, відзначали збільшення розмірів печінки і селезінки до 1-2 см, а у 3 (12,5 %) пацієнтів і їх ущільнення, яке поряд з ознаками портальної гіпертензії свідчило про формування цирозу печінки.

Особливо частою була супутня герпетична інфекція, зокрема клінічна маніфестація лабіального й генітального герпесу – відповідно у 5 (20,8 %) і 7 (29,2 %) осіб. Ефективним у таких випадках також був ацикловір, який пацієнти приймали по 200 мг 5 разів на добу курсом 10 днів до усунення вогнищ ураження.

Герпетична інфекція, зумовлена вірусом варіцелла-зостер – причинним фактором часто рецидивного оперізувального герпесу з формуванням «герпетичної мітки», встановлена у кожного другого (50,0 %) хворого на ВІЛ-інфекцію у III клінічній стадії. Таким пацієнтам також призначали ацикловір по 800 мг 5 разів на добу протягом 10 днів.

Таблиця 2

Частота супутніх захворювань у хворих з III клінічною стадією ВІЛ-інфекції

Захворювання	n=24	
	абс. число	%
Хронічна HCV-інфекція	7	29,2
Хронічна HBV-інфекція	4	16,7
у т.ч. мікст-гепатит В+С	2	8,3
Немотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 міс.	9	37,5
Клінічна маніфестація лабіального герпесу	5	20,8
Клінічна маніфестація генітального герпесу	7	29,2
Часті рецидиви оперізувального герпесу з формуванням «герпетичної мітки»	12	50,0
Інфекційний мононуклеоз	2	8,3
Ураження слизових оболонок:		
рецидивний кандидоз ротової порожнини (два або більше епізодів протягом 6 міс.)	8	33,3
гострий некротизуючий виразковий стоматит	3	12,5
некротизуючий виразковий періодонтит	1	4,2
Тяжкі бактерійні інфекції:		
пневмонія	2	8,3
флегмона підшкірно-жирової клітковини	1	4,2
піоміозит	1	4,2
Урогенітальні інфекції (хламідіоз, уреоплазмоз,	5	20,8



мікоплазмоз, трихомоніаз, у т.ч. їх поєднання)		
--	--	--

У 2 (8,3 %) осіб виявляли клінічні та лабораторні ознаки інфекційного мононуклеозу.

У кожного третього представника III клінічної стадії ВІЛ-інфекції був рецидивний кандидоз ротової порожнини (два або більше епізодів протягом 6 міс.), що проявлялося темно-червоним забарвленням слизових оболонок, потім з'являлися сироподібні нашарування білого кольору на язиці, яснах, щоках, внутрішній поверхні ротоглотки, оточені вузькою зоною гіперемії. Налюти легко знімалися шпателем, а після видалення визначалися ерозії. Хворі отримували флуконазол по 100 мг на добу перорально протягом 7-10 днів до вирішення вогнищ ураження. Клінічне поліпшення наставало протягом 7-10 днів. У 3 випадках спостерігали гострий некротизуючий виразковий стоматит і в 1 – некротизуючий виразковий періодонтит.

Деколи (у 4 – 16,7 % осіб) ВІЛ-інфекцію супроводили й тяжкі бактерійні інфекції (пневмонія, флегмона підшкірно-жирової клітковини та піоміозит).

У 5 (20,8 %) пацієнтів на підставі лабораторних досліджень діагностували уrogenітальні інфекції: 2 випадки хламідіозу, 1 – уреapлазмозу, у решти 2 – поєднання уреapлазмозу, мікоплазмозу та трихомоніазу.

При IV клінічній стадії, встановленій у 21 хворого на ВІЛ-інфекцію, найбільш показовим був синдром виснаження (немотивована втрата ваги (понад 10 % протягом 6 міс.), що примушував їх перебувати в ліжку більше 50 % денного часу (табл. 3).

Таблиця 3

Частота супутніх захворювань у хворих з IV клінічною стадією ВІЛ-інфекції

Захворювання	n=21	
	абс. число	%
Хронічна HCV-інфекція	6	28,6
Хронічна HBV-інфекція	4	19,0
у т.ч. мікст-гепатит В+С	2	9,5

Безперервно рецидивуючий лабіальний герпес	6	28,6
Безперервно рецидивуючий генітальний герпес	6	28,6
Часті рецидиви оперізувального герпесу з формуванням «герпетичної мітки»	11	52,4
Інфекційний мононуклеоз	2	9,5
Гострий некротизуючий виразковий стоматит	4	19,0
Тяжка рецидивна бактерійна пневмонія (декілька епізодів протягом одного року)	4	19,0
Туберкульоз легень	3	14,3
ВІЛ-асоційована енцефало- та кардіоміопатія	3	14,3
Немотивована втрата ваги (понад 10 % протягом 6 міс.)	21	100,0
Урогенітальні інфекції (хламідіоз, уреаплазмоз, мікоплазмоз, трихомоніаз, у т.ч. їх поєднання)	5	23,8

Маркери гепатиту С виявлено у 6 (28,6 %) хворих, гепатиту В – у 4 (19,0 %), одночасно двох вірусів (мікст-гепатит В+С) – у 2 (9,5 %) пацієнтів.

Безперервно рецидивуючий лабіальний та/або генітальний герпес турбував 12 (57,2 %), а часті рецидиви оперізувального герпесу з формуванням «герпетичної мітки» – 11 (52,4 %) осіб. У 2 (9,5 %) хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД були клінічні та лабораторні дані на користь супутнього інфекційного мононуклеозу.

Гострий некротизуючий виразковий стоматит і тяжку рецидивну бактерійну пневмонію, що супроводжувалась 2-3 епізодами протягом одного року, діагностували у 4 (19,0 %) людей.

Інфільтративний туберкульоз легень виник у 3 (14,3 %) пацієнтів і характеризувався тяжким перебігом, атипичним – в 1 випадку. У цих осіб спостерігали бронхолегеневі симптоми (кашель, кровохаркання, задишка, біль у грудях) та симптоми інтоксикації, що тривали понад 2 тижні. При аускультатії легень вислуховували жорстке дихання, в 1 хворого – сухі хрипи. В усіх

пацієнтів з туберкульозом легень відзначали субфебрилітет, пітливість вночі, схуднення, втрату апетиту. Діагноз підтверджували шляхом проведення лабораторних (туберкулінова проба) та інструментальних (рентгенографія органів грудної порожнини) досліджень.

У 3 хворих спостерігали ураження центральної нервової системи, що проявлялося прогресуючою деменцією, клінічними ознаками якої були порушення поведінкових реакцій і рухів, розлади пам'яті та концентрації уваги, а також ураження міокарда, що супроводжувалось тахіаритмією, ознаками хронічної серцевої недостатності.

У 5 (23,8 %) пацієнтів діагностовано урогенітальні інфекції: по 1 випадку – хламідіоз і трихомоніаз; у решти 3 осіб – комбінація уреаплазмозу з мікоплазмозом, чи ще й з хламідіозом. Підставою для діагностики зазначених інфекцій були лише лабораторні дослідження (ІФА та/або пряма імуофлюоресценція чи ПЛР з мазком зі слизової оболонки геніталій), оскільки ця патологія зазвичай не проявлялася клінічними симптомами.

## **Висновки**

1. Клінічна симптоматика обстежених хворих свідчить про типовий перебіг ВІЛ-інфекції на сучасному етапі.

2. Одними з найчастіших супутніх захворювань при усіх клінічних стадіях ВІЛ-інфекції був хронічний гепатит С (реєстрували у 28,6-30,9 % осіб), хронічний гепатит В (діагностували у 12,8-19,0 % пацієнтів), а також гепатит мікст, що перебігали здебільшого без клінічних проявів.

3. З прогресуванням імунодефіциту частішала клінічна маніфестація герпетичної інфекції: лабіального та генітального герпесу – від 4,3 і 2,1 % осіб відповідно при I-II до 28,6 % при IV клінічній стадії недуги. Причому в останньому випадку герпес набував безперервно рецидивуючого перебігу.

Оперізувальний герпес реєстрували у 4,3 % ВІЛ-інфікованих у I-II та у 50,0-52,4 % осіб у III-IV стадіях недуги, причому з прогресуванням імунодефіциту часті рецидиви оперізувального герпесу призводили до формування «герпетичної мітки».

Інфекційний мононуклеоз діагностували у 3,2 % пацієнтів при I-II і 8,3-9,5 % дорослих осіб при III-IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції.

4. Такою ж динамікою характеризувалися рецидивні й тяжкі бактерійні інфекції органів дихання, ураження шкіри та слизових оболонок, а також уrogenітальні інфекції (хламідіоз, уреapлазмоз, мікоплазмоз, трихомоніаз, у т.ч. їх поєднання). Туберкульоз легень і ВІЛ-асоційована енцефало- та кардіоміопатія супроводжували лише СНІД.

## Література

1. Кузник Б. И. Иммуногенез, гемостаз и неспецифическая резистентность организма / Б. И. Кузник, Н. В. Васильев, Н. Н. Цыбиков // Москва: Медицина, 1999. – 568 с.
2. Попова И. А. Сочетание у больной с ВИЧ-инфекцией энцефалита и распространенного васкулита / И. А. Попова, Н. В. Бурова // Клин. мед. – 2000. – № 5. – С. 53-56.
3. Системный цитомегаловирусный васкулит у ВИЧ-инфицированного больного / [О. А. Тишкевич, В. И. Шахгильдян, С. В. Морозова, В. Г. Канестри] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – № 1. – С. 31-36.
4. Международные рекомендации по лечению коинфекции ВИЧ и гепатита С [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.roche.ua/ru-UA/home/healthy/viruses/ghepatit3.html>
5. Туберкулёз и ВИЧ. – 07.12.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.helpme.com.ua/ru/tb/article/id.10/cid.7/default.html>

## CONCOMITANT DISEASES AT HIV-INFECTIION/AIDS

M.O. Sokolenko

*SUMMARY. On the basis of concomitant diseases at HIV-infection/AIDS frequency and structure analysis set that most frequent coinfections had been viral*

*hepatitis, foremost chronic hepatitis C; infection, predefined herpesviruses of I-IV types; recurrent and heavy bacillosiss of breathing organs; defeat of skin and mucous membranes; and also urogenital infections (chlamidiosis, ureaplasmosis, mycoplasmosis, trichomoniasis, in thereby their combination). Thus with progress of immunodeficit clinical manifestation of the transferred illnesses became more frequent appropriately, and their degree of weight grew.*

**Key words:** *HIV-infection/AIDS, concomitant diseases, diagnostics.*