РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

DERMATOVENEROLOGIYA VA ESTETIK TIBBIYOT

ILMIY-AMALIY JURNAL

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 2008 году

№ 1–2 / 2010

ТАШКЕНТ — 2010

Адрес редакции:
Узбекистан, г. Ташкент, 100109,
Сабир-Рахимовский район, ул. Фароби, д. 3.
Тел.: (8-998-71) 214-50-01
Факс: (8-998-71) 214-50-68
E-mail: niidiv@mail.ru

Редакционная коллегия

Главный редактор Ш.И. Ибрагимов
Зам. гл. редактора С.С. Арифов
Отв. секретарь А.И. Исмагилов
Редактор Г.Е. Полещикова

Абдуллаходжаева М.С., Абидов А.М., Абидова З.М., Ваисов А.Ш.,
Исмаилова Г.А, Кабулов Ш.М., Капкаев Р.А., Мавлянова Ш.З., Маннанов А.М.. Порсохонова Д.Ф.,
Рахматов А.Б., Камилов А.И., Набиев Т.А., Шодиев Х.К., Эшбаев Э.Х., Юлдашев К.А.

Редакционный совет

Абдуллаев М.И.	(Ташкент)	Кошевенко Ю.В.	(Россия)	Сергеев Ю.В.	(Россия)
Абдусаматов У.А.	(Ташкент)	Кубанов А.А.	(Россия)	Собиров У.Ю.	(Ташкент)
Алимов Б.Д.	(Ташкент)	Кубанова А.А.	(Россия)	Степаненко В.И.	(Украина)
Антонов В.Б.	(Россия)	Кунгуров Н.В.	(Россия)	Тилавбердыев Ш.А.	(Ташкент)
Бескровная Л.В.	(Ташкент)	Мавлянов И.Р.	(Ташкент)	Халидова Х.Р.	(Ташкент)
Болтабаев М. Б.	(Киргизстан)	Муталова З.Д.	(Ташкент)	Ходжиметов А.А.	(Ташкент)
Гафурахунов М.А.	(Ташкент)	Назаров О.А.	(Ташкент)	Шиманская И.Г.	(Белоруссия)
Даминов Т.А.	(Ташкент)	Пакирдинов А.Б.	(Андижан)	Якубович А.И.	(Россия)
Жуматова Г.Г.	(Казахстан)	Рознатовский К.И.	(Россия)		
Караев З.А.	(Азербайджан)	Рубинс А.Я.	(Латвия)		
Касымов О.И.	(Таджикистан)	Самсонов В.А.	(Россия)		

Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК при Кабинете Министров Республики Узбекистан при защите докторских и кандидатских диссертаций.

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации.
Регистрационный номер №0546 от 03.09.2008 г.
Журнал выходит 4 раза в год.

Редакция не несет ответственности за достоверность излагаемых фактов
и не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Подписано в печать 26.04.10. Формат 60×84 1/8. Печать офсетная.
Усл. п.л. 13,02. Тираж 500. Заказ №142.

ДП «Niso poligraf». 100182, Ташкент, ул. Х. Байкаро, 41.

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

Ш.И. Ибрагимов, А.М. Абидов. Совершенствование дерматовенерологической службы на современном этапе 6

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

С.С. Арифов. Клинические проявления, лечение и профилактика фотостарения 10

А.Б. Рахматов. Современные аспекты патогенеза и терапии псориаза 13

З.М. Абидова, Ф.В. Азимова. Микозы в структуре оппортунистических заболеваний при ВИЧ/СПИД. 20

П.П. Рыжко, В.М.Воронцов, Л.В. Рощенюк. Генетическое исследование ихтиоза 22

ОБМЕН ОПЫТОМ

К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров, С.С. Турсунов. Некоторые иммунологические показатели у больных с серорезистентностью при сифилисе 24

А.Б. Пакирдинов, У.А. Валиханов, И. Хван. Клинико-бактериологическая эффективность мегасефа у больных гонорейной инфекцией 26

У.Д. Джалалов, Б.Х. Абидов, Н.О. Абидова, О.А. Хегай. Новые подходы к ранней диагностике и контролю эффективности превентивной терапии бессимптомной бактериурии у беременных женщин 28

Л.В. Епишева, Р.В. Епишев, Н.Р. Расулева. Основы лечения красного плоского лишая 30

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Н.В. Мирхамидова. Угревая болезнь: патогенез и современные методы лечения 35

ТЕЗИСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ», ПОСВЯЩЕННОЙ «ГОДУ ГАРМОНИЧНО РАЗВИТОГО ПОКОЛЕНИЯ»

Дерматология

А.С. Абдрахманова. Состояние обмена гомоцистеина у больных псориазом 40

А.С. Абдрахманова. Взаимосвязь тяжести течения псориатического процесса с концентрацией гомоцистеина в сыворотке крови 40

М.И. Абдуллаев, А.М. Маннанов, А.В. Пак. Врожденный ихтиоз и гипотиреоз, диагностическая ошибка 40

М.И. Абдуллаев, У.Ш. Рихсиев. Аминокислотный спектр крови у детей, больных витилиго, в зависимости от активности кожно-патологического процесса 41

З.М. Абидова, Н.Б. Байназаров. Псориаз касаллигида полифит мойининг қўлланилиши 42

М.А. Адылов. Значение вегетативной нервной системы в клиническом течении витилиго 42

Н.П. Айдарова. Диагностика респираторной аллергии у больных атопическим дерматитом 43

С.С. Арифов, Ф.В. Азимова, Н.Д. Икрамова. Исследование цитокинового статуса у больных витилиго 43

С.С. Арифов, Б.Т. Саатов, А.И. Исмагилов. Микроэлементный состав кожи больных витилиго 44

С.С. Арифов, О.А. Бабаджанов. Анамнез больных розовыми угрями 45

С.С. Арифов, К.А. Абдуллаходжаев, М.С. Абдуллаходжаева, Ж.М. Хакбердиева,А.И. Исмагилов. Содержание иммуноглобулинов в коже при витилиго 45

Ш.К. Ахмедов, Р.А. Орипов, Н.Х. Исломов. Персен-форте капсуласининг псориазни даволашда кулланилиши ... 46

Ш.К. Ахмедов, Р.А. Орипов, Н.Х. Исломов. Депресс препаратининг нейродермитни комплекс даволашда кулланилиши 47

Н.Э. Баратов, Н.С. Шомуродова. Тери лейшманиози билан касалланган беморларда Fargais препаратини таъсири 48

М.Р. Баратова. Количество микроэлементов в цельной крови у больных экземой 48

Г.Р. Батпенова, Т.В. Таркина. Опыт применения пеллоидотерапии в реабилитации больных акне 49

Н.И. Боймурзаев, Д.А. Тешабоева. Атопик дерматит хасталигида даво муолажаларидан кейинги St.aureus нинг колониязация ҳолати 49

У.А. Валиханов, А.Б. Пакирдинов, И.К. Каримова. Некоторые эпидемиологические и клинические особенности зоофильной трихофитии 50

У.А. Валиханов, А.Б. Пакирдинов, Р.М. Киличев. Клинические особенности опоясывающего лишая в современных условиях 50

Д.С. Джалилов, Т.П. Рахматов, Б.А. Исабаев, Ф.Ю. Меметов. Лакто-флор в лечении больных кератодермиями 52

Д.С. Джалилов, Т.П. Рахматов, Б.А. Исабаев, З.М.Сулакадзе. Состояние показателей цитокинового статуса в зависимости от клинической формы ладонно-подошвенных кератодермий 52

З.С. Джетписбаева. Этиопатогенетические и клинико-диагностические аспекты гнездной алопеции 53

З.С. Джетписбаева, Г.Р. Батпенова, Г.З. Садыкова. Применение препаратов линии «gernetic» в трихологии и в антиэйджинговой терапии 53

Е.В. Есионова. Дерматологический индекс шкалы симптомов в оценке клинических проявлений атопического дерматита 54

Ш.И. Ибрагимов, Т.У. Абдуллаев. Оценка применения фемастона у женщин с климактерической кератодермией 55

Ш.И. Ибрагимов, Г.Т. Мансурова. Влияние озонотерапии на показатели ПОЛ-АОС у больных псориазом 55
Ш.И. Ибрагимов, С.Собиров. Вопросы психосоматических нарушений у больных псориазом..... 56
Н.Д. Икрамова. Иммунокорригирующая терапия препаратом «Вобэнзим» у больных микозом стоп 57
Г.А. Исмаилова, Б.С. Азизов. Спектр возбудителей гнойничковых заболеваний кожи у пациентов с ВИЧ/СПИД... 58
Р.С. Исматов. Изучение эффективности применения препарата «Омакор» у больных псориазом 58
Ш.М. Кабулов, Ш.Б. Турсунов, Б.Ш. Турсунов, Н.Ш. Кабулов. Антибиотик воситалари билан беморларни даволаш самарадорлигини ошириш..... 59
З.Р. Камолов. Проблемы лечения кожного лейшманиоза..... 60
И.Т. Карабаева. Применение рибомунила в комплексной терапии микроспории у детей 60
О.И. Касымов, Б.М. Салимов, А.О. Касымов. Орунгал в терапии больных онихомикозами 61
А. Б. Пакирдинов, Р. М. Киличев, О. Д. Курбонов, М.А. Екубова, К.З. Ботиров. Особенности течения чесотки у детей..... 62
К.К. Куанова, Т.В. Таркина. Ультразвуковой пилинг в терапии демодекса..... 63
Н.К. Курбанова, Н.В. Мирхамидова, Ф.Ю. Меметов, Л.Д. Ходжаева,С.А. Шураева, Г.А. Нуритдинова. Влияние Лакто-Флора на течение псориатического процесса..... 64
Ш.З. Мавлянова. Дерматологический индекс шкалы симптомов у больных экземой, получавших полифитовое масло..... 64
Ш.З. Мавлянова, Г.Ш. Гулямова, А.Ш. Иноятов. Превалирование сиптомокомплексов у больных с атопическим дерматитом при оценке качества жизни 65
У.А. Маматкулов, М.Р. Махсудов, К.А. Абдуллаходжаев, Х.Р. Халидова. Роль некоторых цитокинов у больных витилиго..... 66
А.М. Маннанов, С.М. Ходжаева, К.Н. Хаитов, М.А. Мукаррамов, Д.Д. Рихсиева, Л.Г. Шаяхметова. Гнездная алопеция и наследственная предрасположенность..... 66
А.М. Маннанов, С.М. Ходжаева, А.А. Маннанов. Алгоритм мультифакториальности гнездной алопеции у детей ...67
Н.В. Мирхамидова, Н.К. Курбанова, Л.Д. Ходжаева, С.А. Шураева, Г.А. Нуритдинова. Характер клинического течения псориаза в зависимости от состояния показателей цитокинового статуса 68
С.Р. Муминова. Оценка степени тяжести атопического дерматита с помощью индекса SCORAD 69
Л. Николаева, О.И. Касымов, А.О. Касымов. Изучение липидного обмена у больных псориазом 70
Р.А. Орипов, Л.А. Саламова, Н.Х. Исламов. Применение препарата «Кандидерм» в лечении эритразмы 71
А.Б. Рахматов. Использование специального драже «МЕРЦ» в дерматокосметологии.....71
Б.А. Исабаев. К вопросу лечения больных опоясывающим лишаем 72
А.Б. Рахматов, З.Р. Камолов. Контрактубекс в лечении рубцов различной этиологии.....72
А.Б. Рахматов, Е.М. Баклыкова. Вопросы изучения качества жизни у больных псориазом 73
А.Б. Рахматов. К вопросу о наружной терапии дерматозов 74
А.Б. Рахматов. Применение гепатотропного препарата «ГЕПА-МЕРЦ» у больных псориазом.....75
Р.А. Садретдинов, Х.М. Галимзянов, Д.Н. Рассказов. Ранняя диагностика кожных проявлений лихорадки Западного Нила.....76
У. А. Ташкенбаева. Иммунокомплексный тип повреждения тканей при аллергических васкулитах..... 77
Ш.А. Тилавбердыев. Оптимизация методов терапии кандидоза слизистой полости рта у иммунокомпрометированных больных 78
Ф.В. Тураходжаева, К.Н. Хаитов, М.А. Мукаррамов, Ш.М. Ходжаева,Н.Б. Бобобекова, М.И. Мухиддинова. Взаимосвязь изменений микрофлоры кишечника и индекса PASI при детском псориазе.....78
К.Н. Хаитов, Ф.В. Тураходжаева, М.А. Мукаррамов. Иммунологические нарушения у детей, больных псориазом.....79
Х.Р. Халидова, М.А. Мирсаидова, А.А. Очилов. Сочетание различных герпесвирусов в клетках периферической крови больных саркомой Капоши 80
Х.Р. Халидова, М.З. Шахабутдинова, И.Т. Карабаева, Н.А. Абдурахманова. Диагностика активной цитомегаловирусной инфекции у больных саркомой Капоши 80
Х.Р. Халидова. Определение герпесвируса, ассоциированного с саркомой Капоши (KSHV), в периферической крови ВИЧ-инфицированных больных 81
Ф.Ш. Хамидов, Ш.А. Хамидов, Р.С. Мамадалиев. Влияние препарата «Форкал» на монооксигеназную функцию печени у детей, больных псориазом 81
Ф.Ш. Хамидов, Ш.А. Хамидов, К.З. Ботиров, Б. Саримсаков, В. Набиев. Новый растительный препарат в лечении простого пузырькового лишая..... 82
Л.Д. Ходжаева. К вопросу об эндогенной интоксикации у больных красным плоским лишаем..... 82
Т.К. Холиков, Ф.С. Жалилов, Ш.М. Мустафаев. Диагностические особенности иммуногистохимических исследований при раке кожи..... 83
Х.К. Шадиев, Т.Т. Шахабиддинов, М.А. Юлдашев. Микомакс в терапии атопического дерматита у детей..... 84
Х.К. Шадиев, В.Ф. Сиразитдинова, А.Д. Джагарян. Особенности течения герпетической инфекции у детей 84
Х.К. Шадиев, Т.Т. Шахабиддинов, М.А. Юлдашев, Е.В. Булычева, Ж.И. Хотамов. Эффективность применения препарата «Локатоп» при лечении атопического дерматита у детей..... 85
У.Х.Шадыев, М.Р. Баратова. Случай из практики: недержание пигмента Брока-Сульцбергера..... 85
У.Х. Шадыев. Применение «Плацентоля» при лечении витилиго..... 86
Г.И. Шамсиева. «Экдистен» в терапии больных онихомикозами. 87
И.Б. Шукуров. Состояние NO-эргической системы в коже больных витилиго.....87

Э.Х. Эшбоев, Я.М. Файзиев. Наманган вилоятида мохов касаллиги бўйича эпидемик жараённинг ўзига хос хусусиятлари ... 88
Э.Х. Эшбоев, М.Р. Махсудов, У.А. Маматкулов, Ш.З. Мавлянова. Состояние микрофлоры кишечника у больных разноцветным лишаем ... 89
F.Sh. Xamidov, A.I. Ismoilov, N. Kosimov, V. Nabiev. Gepatop-rotektor gepanorm preparatining vulgar psoriazli bemorlarning qon zardobidagi aminokislotalar spektriga ta'siri ... 89
F.Sh. Xamidov, Sh.A. Xamidov, A. Saloxiddinov, K.Z. Botirov, V. Nabiev, Sh. Mirzabuvaev. Psoriaz bilan og'rigan bemorlarda lipidlarni perekisli oksidlanishiga forkal va gepanorm preparatlarini ta'siri ... 90
Sh.A. Xamidov, F.Sh. Xamidov, M.X. Saloxiddinova, K.Z. Botirov, V. Nabiev, Sh. Mirzabuvaev. Psoriazli bemorlarning qon zardobidagi aminokislotalar spektriga polijen preparatini ta'siri ... 90

Венерология

А.М. Абидов, Ш.И. Ибрагимов, К. К. Юлдашев. Взаимосвязь показателей эндотелиальной функции и спермограммы в семенной жидкости у мужчин с эректильной дисфункцией, отягощенной хламидиозом ... 91
А.М. Абидов, К.А. Юлдашев, Н.Р. Исамухамедова, К.А. Агаханян. Некоторые урогенитальные ИППП у больных с репродуктивными нарушениями. ... 91
А.М. Абидов, У.Ю. Сабиров, Б.Ш. Фаттахов. Лечение больных хроническим простатитом, ассоциированным с урогенитальным хламидиозом и уреамикаплазмозом ... 91
Б.Д. Алимов. Осведомленность учащихся средних общеобразовательных школ города Ташкента по вопросам эпидемиологии ИППП ... 93
Б.Д. Алимов. Оценка уровня информированности родителей учащихся средних общеобразовательных школ по основным вопросам эпидемиологии ИППП ... 94
Н.М. Ахмедова, Ш.К. Мамажонова, Ш.К. Муфтайдинова, Д. Мамарасулова. Ведение беременности у женщин с генитальным герпесом ... 95
Г.М. Бишманова. Вопросы лечения урогенитального кандидоза ... 96
Ш.И. Ибрагимов, А.М. Абидов, Б.Т. Таджибаев, К. К. Юлдашев. Использование препарата «Импаза» для лечения эректильной дисфункции на фоне урогенитального хламидиоза ... 96
Х.Т. Исроилов Генитал учуқнинг клиник кечиши ... 97
О.М. Каримов, Г.А. Исмаилова. Состояние иммунной реактивности у пациентов с генитальнойгерпетической инфекцией ... 97
Р.М. Киличев, У.А. Валиханов, К.З. Ботиров. Плоскоклеточный рак, симулировавший первичную сифилому ... 98
Т.А. Набиев, К.И. Файзиев. Изучение клинических проявлений генитального герпеса у ВИЧ-инфицированных пациентов ... 99
Р.А. Орипов, Н.Х. Исломов, Л.А. Саламова. Эффективность применения препарата «Азитромицин» при лечении урогенитального уреаплазмоза ... 100
А.Б. Пакирдинов, У.А. Валихонов, Р.М. Киличев. Частота нейросифилиса у больных ранними формами сифилиса ... 100
Д.Ф. Порсохонова, А.М. Абидов. Клинико-анамнестические особенности уреамикоплазменной инфекции у женщин ... 101
У.Ю. Сабиров, Д.Ф. Порсохонова, А.М. Абидов, К.А Агаханян., Б.Ш. Фаттахов, Г.Р. Ибрагимова. Урогенитальные инфекции у жителей города Ташкента ... 102
К.А. Собиров. Яриш-Герксгеймер реакцияси кузатилган захм беморларида жигар ферментлари-трансаминазалар холати ... 102
К.А. Собиров. Яриш-Герксгеймер реакцияси кузатилган захм беморларидаумумий оксил курсаткичлари ... 103
Б.Т. Таджибаев, К.К. Юлдашев, Л.Ф. Золоторевская, Р.Т. Камалова, Ш.М. Шотемиров. Выявляемость урогенитальных инфекций среди больных Хамзинского района города Ташкента за три года (2007–2009). ... 103
У.А. Таджибаев, О.И. Касымов, А.О. Касымов Иммунологические показатели у мужчин, больных урогенитальным хламидиозом ... 104
Т.М. Усманов. Некоторые аспекты сифилиса у лиц, страдающих наркоманией ... 105
Ф.Ш. Хамидов, Ш.А. Хамидов, К.З. Ботиров, А.К. Салохиддинов, У.Ю. Дадажонов, Н.Д. Абдусалямов Эффективность препарата «Секнидокс» у больных трихомониазом ... 106
Ж.Р. Хошимов, Ш.Б. Ахмедова. Сўзак касаллигини даволашда «Цефтриаксон» препаратининг эффективлиги ... 107
У.Х. Шадыев. Острая язва вульвы Липшютца-Чапина ... 107
К.А.Юлдашев., К.М.Абзоиров., С.С.Турсунов. Иммунологические показатели у больных с серорезистентностью при сифилисе ... 108
К.А. Юлдашев, Н.С. Атабеков, А.К. Мангитов. Ортирилган иммун танқислиги (ОИТ) мавжуд бўлган хомиладорларда айримиммунологик ва биохимик кўрсаткичлар ... 109
К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров, С.С. Турсунов. Показатели синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) у больных с серорезистентностью при сифилисе ... 110
К.А. Юлдашев, Б.Т. Таджибаев, Ш.А. Джалилова, В.Д. Цой Д.С. Мухиддинова, Н.К. Курбанова, З.В. Мирзанеметов. Значение обследования женщин, относящихся к группе риска ... 110
К.А. Юлдашев, Н.К. Курбанова, К.К. Юлдашев. К причинам развития раннего скрытого сифилиса ... 111
К. К. Юлдашев, А.М. Абидов. Оценка состояния купулятивной функции мужчин, отягощенной урогенитальным хламидиозом ... 112
Э.Х. Эшбоев Э.Х., С.Э. Эшбоев Урогенитал инфекциялар тўғрисида ... 112

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ш.И. ИБРАГИМОВ, А.М. АБИДОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

SUMMARY

Modernizing of ways of developed dermatovenerologic service in Uzbekistan

Sh.I. Ibragimov, A.M. Abidov

In this optical were done reforms held in dermatovenerologic service of Uzbekistan and perspective of the development

После провозглашения независимости Президентом нашей страны И.А. Каримовым предпринимаются меры по укреплению здоровья населения республики. Так, последовательно провозглашены «Год семьи», «Год женщины», «Год здорового поколения», а 2010 год объявлен «Годом гармонично развитого поколения». Это свидетельствует о том, что проблема состояния здоровья населения поднята до уровня государственного значения.

Действительно, ни одно государство без постоянной заботы о людях не может иметь здорового населения. Важная роль в выполнении основных концепций по формированию здоровья населения отводится органам здравоохранения.

В последние годы в нашей стране успешно реализуются важнейшие положения и целевые задачи Государственной программы реформирования здравоохранения. Практически полностью пересмотрена система медицинского обслуживания, выработаны принципиально новые подходы к построению системы здравоохранения в республике.

Создана единая система по оказанию бесплатной неотложной высококвалифицированной медицинской помощи населению.

Вместе с тем, громоздкой и недостаточно эффективной остается организационная структура управления здравоохранения, в которой преобладают стационарные лечебные учреждения. Территориальные органы управления здравоохранения не всегда обеспечивают должное организационно-методическое руководство деятельности медицинских учреждений, в отдельных случаях не на должном уровне обеспечивается санитарно-эпидемиологический надзор по профилактике распространения инфекционных заболеваний.

Республика испытывает острую необходимость в развитии узкоспециализированных медицинских центров. Постоянного серьезного внимания и кардинального улучшения требует система санитарно-эпидемиологической службы по предупреждению инфекционных и вирусных заболеваний, надежной защиты населения от ВИЧ/СПИДа.

В целях дальнейшего углубления реформ в сфере здравоохранения республики, формирования отвечающей современным требованиям организационной структуры, обеспечения необходимой профилактики распространения заболеваний, кардинального повышения эффективности, качества и доступности медицинского обслуживания населения, а также совершенствования системы подготовки и переподготовки кадров Президентом Республики Узбекистан издан Указ «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения» от 19.09.2009 г. № VII–3923, приняты постановление «О мерах по совершенствованию организационной деятельности медицинских учреждений Республики Узбекистан» от 2.10.2009 г. № ПП–700 и постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан «О вопросах организации деятельности республиканских специализированных научно-практических медицинских центров» от 21.05.2009 г. № 145.

На основании постановлений Правительства Республики Узбекистан на базе научно-исследовательского института дерматологии и венерологии образован Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии (РСНПМЦ ДиВ) Министерства здравоохранения.

В ноябре 2009 года Министерством здравоохранения издан приказ № 347 «О совершенствовании структуры специализированных служб», на основании которого разработано и утверждено Положение о головном учреждении дерматовенерологической сети и определен порядок и принципы эффективного методического (вертикаль) управления в дерматовенерологиии и дерматокосметологии.

Положением определено, что:

1. Центр является координационным и методическим центром по организации дерматовенерологической помощи населению республики в соответствии с профилем учреждения.

2. Центр возглавляет и обеспечивает вертикальную систему управления оказанием дерматовенерологической и дерматокосметологической помощи в республике путем руководства и взаимодействия с республиканскими, областными, городскими, районными кожно-венерологическими учреждениями, кожно-венерологическими кабинетами многопрофильных медицинских центров, территориальных медицинских объединений, врачами общей практики сельских врачебных пунктов и профильными медицинскими учреждениями.

3. Директор Центра или один из его заместителей является главным специалистом (главным дерматовенерологом) Министерства здравоохранения Республики Узбекистан по проблемам дерматовенерологии и медицинской косметологии. Главный дерматовенеролог МЗ РУз определяется соответствующим приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

4. Руководители областных (городских, районных) кожно-венерологических учреждений (отделений) и кожно-венерологических учреждений Республики Каракалпакстан по должности являются главными территориальными специалистами по дерматовенерологии и медицинской косметологии. Главные дерматовенерологии области определяются соответствующим приказом по территориальному управлению здравоохранением.

5. Директор Центра является председателем специализированной аттестационной комиссии по аттестации врачей по специальностям «Дерматовенерология» и «Медицинская косметология».

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ГОЛОВНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВОХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И МЕДИЦИНСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ

Основными задачами Центра являются:

1. Внесение предложений в Министерство здравоохранения по структуре управления и взаимодействия дерматовенерологической службы;

2. Анализ деятельности дерматовенерологической службы и при необходимости подготовка предложений по совершенствованию ее деятельности;

3. Периодическое проведение инвентаризации территориальных кожно-венерологических учреждений с оценкой:

— кадрового потенциала;

— развернутого коечного фонда;

— имеющегося парка лечебно-диагностического оборудования;

— используемых современных медицинских технологий;

— наличия ингредиентов, реактивов и лекарственных средств;

4. Подготовка по результатам инвентаризации обоснованных предложений для Министерства здравоохранения Республики Узбекистан по:

— оптимизации расположения КВД (кожно-венерологический диспансер), КВК (кожно-венерологический кабинет), КВО (кожно-венерологическое отделение) и численности профильных коек;

— подготовке медицинских кадров и формированию их резерва (в том числе через систему целевой клинической ординатуры, аспирантуры, докторантуры), а также по их дальнейшему целевому трудоустройству;

— содействию в оснащении профильных учреждений современным лечебно-диагностическим оборудованием;

5. Осуществление контроля за состоянием систем надзора за ИППП (уровень заболеваемости, санация эпидемиологических очагов, качество диагностики, профилактическое обследование населения, полнота учета и отчетности о выявленных ИППП в специализированных и неспециализированных ЛПУ и др.) для своевременного и объективного понимания эпидемиологических тенденций распространения ИППП в республике;

6. Проведение эпидемиологического надзора за уровнем ИППП и заразных кожных заболеваний и разработка необходимых стратегий по ограничению их распространения;

7. Проведение анализа уровня заболеваемости кожными болезнями по регионам с целью изучения региональных факторов их распространения;

8. Составление графика, осуществление приема и заслушивание ежегодных конъюнктурных отчетов главных территориальных специалистов Республики Каракалпакстан, областей и г. Ташкента, а также руководителей специализированных кожно-венерологических учреждений республиканского и ведомственного (областного, городского, районного) подчинения, вошедших в Структуру управления и взаимодействия служб специализированной кожно-венерологической медицинской помощи, по разработанным формам для дальнейшего обобщения и представления в Министерство здравоохранения Республики Узбекистан;

9. Ежегодное представление информации (до конца I квартала) о состоянии специализированной дерматовенерологической службы в Главное управление лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения Республики Узбекистан;

10. Контроль исполнения решений (приказов) Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в специализированных дерматовенерологических учреждениях республики с привлечением сотрудников республиканских, областных кожно-венерологических учреждений республики;

11. Формирование соответствующих заявок для Министерства здравоохранения Республики Узбекистан при осуществлении централизованных закупок лекарственных средств и изделий медицинского назначения по профилю специализированной кожно-венерологической службы;

12. Разработка и внесение предложений в Министерство здравоохранения по организации и реализации целевых программ по профилю специализированной кожно-венерологической службы.

13. Разработка и усовершенствование стандартов диагностики, лечения и клинических протоколов по дерматовенерологической помощи и осуществление методического руководства (для государственного сектора здравоохранения) и методической помощи (для частного сектора здравоохранения) по их поэтапному внедрению в практическое здравоохранение;

14. Разработка стандартов оснащения территориальных дерматовенерологических учреждений современным лечебно-диагностическим оборудованием;

15. Разработка требований по аккредитации лечебно-диагностических учреждений, вошедших в вертикаль управления дерматовенерологической службой Узбекистана с определением пакета предоставляемых медицинских услуг по государственному бюджету и на хозрасчетной основе;

16. Организация путем составления хозрасчетных договоров в сотрудничестве с Ташкентским институтом усовершенствования врачей подготовки, переподготовки и непрерывного медицинского образования врачей-дерматовенерологов, врачей-дерматокосметологов и врачей-лаборантов по профилю дерматовенерологической службы, предусмотрев максимальное вовлечение в этот процесс имеющегося кадрового потенциала Центра, с использованием современного парка высокотехнологического лечебно-диагностического оборудования и медицинских технологий;

17. Организация на хозрасчетной основе специальных тренингов и мастер-классов по современным лечебно-диагностическим технологиям;

18. Организация в сотрудничестве с Центром аттестации и лицензирования медицинских и фармацевтических работников, своевременного прохождения аттестации специалистов по дерматовенерологии и медицинской косметологии, внесение при необходимости предложений по пересмотру аттестационных требований, тестовых задач и др.;

19. Координация и определение важнейших направлений научных исследований по актуальным проблемам дерматовенерологической службы (в сотрудничестве с высшими образовательными учреждениями); проведение научных исследований, направленных на разработку и внедрение в медицинскую практику собственных эффективных методов и технологий профилактики, диагностики и лечения в дерматовенерологии и медицинской косметологии;

20. Проведение анализа современного состояния исследований по проблемам дерматовенерологии и медицинской косметологии в республике, странах ближнего и дальнего зарубежья;

21. Внесение предложений руководству МЗ РУз о целесообразности закупки высокотехнологического оборудования, а также реактивов и лекарственных средств в соответствии с перспективными планами проводимых НИР по дерматовенерологии и медицинской косметологии;

22. Рекомендация кандидатур из числа специалистов по дерматовенерологии и медицинской косметологии с целью участия их в научных форумах, а также для направления научных кадров на обучение и стажировку в страны ближнего и дальнего зарубежья.

23. Организация вступления врачей — дерматовенерологов и медицинских косметологов в члены научного общества и в Ассоциацию дерметовенерологов и врачей эстетической медицины.

24. Организация и координирование проведения научных съездов, конференций, обществ, семинаров по вопросам дерматовенерологии и медицинской косметологии;

25. Налаживание международного сотрудничества с ведущими профильными центрами, профессиональными научными ассоциациями с целью обмена научным опытом, участия в выполнении совместных научных проектов, подготовки и переподготовки врачебных кадров;

26. Руководство и координирование взаимодействия дерматовенерологической службы с неправительственными организациями.

27. Выпуск научно-практического журнала, сборников научных трудов, монографий и методических рекомендаций (пособия, письма и т. п.) по проблемам дерматовенерологии и медицинской косметологии.

ФУНКЦИИ ГОЛОВНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

1. Проведение диагностики и лечения больных с дерматологическими, венерическими, заразными кожными заболеваниями, пациентов с ИППП и обусловленными ими репродуктивными нарушениями, а также пациентов с дерматокосметологическими проблемами;

2. Проведение паспортизации и аттестации рабочих мест в лабораториях по диагностике ИППП и заразных кожных заболеваний в специ-

ализированных и неспециализированных учреждениях;

3. Составление на основе полученных данных по паспортизации и аттестации рабочих мест конъюнктурного анализа состояния лабораторной диагностики по профилю службы с предложениями по ее улучшению;

4. Организация на базе Центра подготовки и переподготовки кадров по лабораторной диагностике ИППП и дерматовенерологических заболеваний с правом выдачи сертификатов;

5. Контроль над качеством проведения в ЛПУ лабораторных исследований по выявлению ИППП и заразных кожных заболеваний;

6. Проведение на базе Центра, областных, городских специализированных кожно-венерологических учреждений серодиагностики сифилиса на современном методическом уровне;

7. Проведение высокотехнологических методов исследования (ПЦР и ИФА) по диагностике инфекций, передающихся половым путем (ИППП), и определению вида патогенных грибов на базе Центра из кожно-венерологических учреждений и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ);

8. Проведение культуральных исследований на ИППП и определение вида патогенных грибов с использованием импортных и отечественных сред;

9. Приготовление и реализация сред для культуральной диагностики ИППП и определения вида патогенных грибов, в том числе разработанных в РСНПМЦ ДиВ;

10. Проведение патоморфологических исследований из специализированных кожно-венерологических учреждений на базе Центра;

11. Заключение договоров с частными структурами об оказании лабораторно-диагностической помощи;

12. Проведение исследований на ИППП на базе Центра с использованием современных методов диагностики (РИФ, ИФА, ПЦР) следующей категории лиц:

— выезжающие за границу на постоянное место жительства или на работу;

— поступающие на работу;

— при прохождении периодических медицинских осмотров;

— при вступлении в брак (в отдельных случаях).

РСНПМЦ дерматологии и венерологии, как головное учреждение МЗ РУз по проблемам дерматовенерологии и медицинской косметологии, совместно с территориальными кожно-венерологическими учреждениями осуществляет свою деятельность во взаимодействии с другими профильными лечебно-профилактическими учреждениями различного профиля, которая заключается в:

— оказании консультативной и методической помощи;

— повышении теоретических и практических знаний специалистов путем проведения семинаров, лекций и практических занятий с врачами смежных специальностей;

— обмене опытом и практическими навыками.

Таким образом, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии несет ответственность за обеспечение эффективной вертикали управления, взаимодействия в рамках отрасли и преемственности между учреждениями специализированных служб.

Назрела острая необходимость разработки концепции развития и управления дерматовенерологической отрасли и внедрение в практическое здравоохранение высокотехнологических методов исследования и высокоэффективных методов лечения с учетом современных требований.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Ўзбекистон Конституцияси — биз учун демократик тараққиёт йўлида ва фуқоролик жамиятини барпо этишда мустахкам пойдевордир» — доклад Президента И.А. Каримова на торжественном собрании, посвященном 17-летию принятия Конституции Узбекистана.
2. «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения». Указ Президента Республики Узбекистан от 19.09.2007 г. № VII–3923.
3. «О мерах по совершенствованию организационной деятельности медицинских учреждений Республики Узбекистан». Постановление Президента Республики Узбекистан от 2.10.2009 г. № ПП–700.
4. «О вопросах организации деятельности республиканских специализированных научно-практических медицинских центров». Постановление Кабинета Министров Республики от 21.05.2009 г. за № 145.
5. «О совершенствовании структуры специализированных служб». Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 20.11.2009 г. № 347.
6. **«**Положение о головном учреждении дерматовенерологической службы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан». 2010 г.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ФОТОСТАРЕНИЯ

С.С. АРИФОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

РЕЗЮМЕ

ТЕРИ ФОТОҚАРИШИНИНГ КЛИНИК КЎРИНИШИ, ДАВОСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

С.С. Арифов

Мақолада тери фотоқаришининг клиник кўриниши баён этилган ва хозирги замонда қўлланилаётган эффектив фотоҳимоя ва бошқа дори воситалари ҳақида маълумот келтирилган.

SUMMARY

CLINICAL APPEARANCE, TREATMENT AND PROPHYLACTICS OF THE SKIN PHOTOFGEING

S.S. Arifov

In the article, clinical appearance of photoageing of the skin, is described, modern sunscreens and other medications has been given.

Фотодерматозы — группа заболеваний, обусловленных повышенной чувствительностью кожи к солнечному излучению и вызванных накоплением «критической массы» эффекта УФ лучей в коже [1].

Старение — сложный биологический процесс, характеризующийся обменными, структурными и функциональными изменениями клеточных структур тканей в связи с истощением биоресурса организма. Из всего спектра УФ облучения наиболее частой причиной старения кожи служат УФ лучи, поскольку они проникают в глубокие слои дермы [2, 7].

Образующиеся под влиянием УФ облучения свободные радикалы приводят к модификации аминокислот, белков, нуклеотидов, жирных кислот и липидов, сопровождающейся изменением их форм, структуры, биохимических свойств, повреждением ДНК, фибробластов, активацией металлопротеиназ и укорочением теломера хромосом [4, 10].

При длительном воздействии солнечных лучей происходят определенные изменения в коже. Этот процесс называется *фотостарением кожи,* или *дерматогелиозом* [2].

Клиника. Фотостарением часто страдают люди, длительно находящиеся под прямыми лучами солнца (работа на улице, проживающие в южных географических зонах), лица с I–III типами кожи (по Фицпатрику). Выраженность клинической картины фотостарения напрямую связана с кумулятивным эффектом УФ лучей. Клинически старение кожи характеризуется сухостью, снижением эластичности, появлением морщин, шелушением, изменением цвета кожи (часто гиперпигментация). Хроническое воздействие УФО приводит к появлению сосудистых расстройств, изменению эластичности, тургора, рисунка кожи, а также разрастанию новообразований. Сосудистые изменения в результате длительного воздействия УФО клинически проявляются диффузной эритемой, телеангиэктазиями, экхимозами. Нарушения пигментации проявляются в виде хронического каплевидного гипомеланоза, веснушек, солнечного лентиго, дисхромии, пойкилодермии Сиватта. Эти изменения часто располагаются на лице, шее, кистях, предплечьях, т. е. на участках кожи, наиболее подверженных действию УФО [1, 3]. G. Moulin и соавт. (1994) приводят следующий случай развития фотостарения. Офисный служащий в течение 15 лет работал в кабинете, где левая сторона его лица постоянно подвергалась влиянию УФ облучения, в результате чего у него развилось унилатеральное фотостарение, поскольку через окна проникают в основном УФ лучи. Это еще раз подтверждает значение длинноволнового излучения в возникновении фотостарения.

R. Glogau (1994) предложил шкалу тяжести симптомов фотостарения, которая была модифицирована С.Н. Ахтямовым, Ю.С. Бутовым (2003).

Тип I	**Тип III**
Нет морщин Характерен для людей в возрасте от 20 до 30 лет. Симптомы фотостарения малозаметны. Отсутствие пигментации кожи или она становится заметной только в лучах лампы Вуда. Нет кератотических высыпаний; морщин либо нет, либо они минимально выражены.	Морщины заметны даже при спокойном выражении лица. Характерен для людей в возрасте 50 лет и старше. Симптомы фотостарения выражены. Гиперпигментация и телеангиэктазии на лице. Начинают появляться кератомы и другие доброкачественные новообразования на коже.

Тип II Намечающиеся мимические морщины. Они становятся заметными при изменении выражения лица. Обычно появляются в возрасте от 30 до 40 лет. От малозаметных до умеренно выраженных симптомов фотостарения. Ранние сенильные лентигинозные высыпания. Кератомы ощущаются при прикосновении, но визуально они еще малозаметны.	**Тип IV** Заметные многочисленные глубокие морщины. Обычно появляются в возрасте 60 лет или старше. Чрезмерно выраженные симптомы фотостарения. Желтовато-серый цвет кожи, многочисленные гиперпигментированные пятна. Многочисленные кератомы. Нередко отмечаются новообразования на коже, в том числе малигнизированные.

Для практического врача дерматокосметолога необходимо отличать фотостарение от естественного старения. A.V. Benedetto. (1998) приводит клинические и гистологические различия проявлений на коже при естественном старении и фотостарении.

Фотостарение	Естественное старение
Клинические проявления	
1. Поверхность утолщенная, бугристая, с желтоватым оттенком. 2. Грубая микротекстура, кожа изборождена глубокими морщинами. 3. Выраженная сухость и шелушение кожи. 4. Явления эластоза, дряблая, обвисшая кожа. 5. Кожа часто подвержена травмам. 6. Нередко наблюдаются телеангиэктазии, лентигинозные высыпания, крапчатая пигментация, актинические кератомы и другие доброкачественные и злокачественные новообразования.	1. Поверхность истонченная, гладкая, белая, почти прозрачная. 2. Грубая микротекстура, кожа изборождена глубокими морщинами. 3. Умеренная сухость, легкое шелушение кожи. 4. Неэластичная, чрезмерно статичная кожа. 5. Умеренная склонность к травматизации. 6. Наличие милиумов, склонность к развитию доброкачественных, а незлокачественных новообразований.
Изменения в эпидермисе	
1. Реактивное утолщение с исходом в атрофию эпидермиса. 2. Небольшое удлинение выростов эпидермиса. 3. Атипия клеток. 4. Различные вариации морфологии базальных клеток с наличием цитоплазматических микроотростков. 5. Уменьшение количества меланоцитов и одновременно усиление меланогенеза. 6. Выраженное уменьшение количества и функций клеток Лангерганса.	1. Небольшое уменьшение толщины. 2. Сглаживание выростов эпидермиса. 3. Нормальная морфология базальных клеток. 4. Потеря цитоплазматических микроотростков базальными клетками. 5. Уменьшение количества меланоцитов и снижение их функциональной активности. 6. Умеренное уменьшение количества и функций клеток Лангерганса.
Изменения в дерме	
1. Наличие зоны Гренза. 2. Увеличение толщины дермы. 3. Наличие разрушенных, нефункциональных эластических волокон и аморфного эластического материала, усиление эластогенеза. 4. Уменьшение количества нормальных коллагеновых волокон, фрагментация коллагеновых волокон, усиление активности коллагеназы. 5. Увеличение фракции протеогликанов. 6. Утолщение стенок посткапиллярных венул. 7. Уменьшение количества и активности потовых желез. 8. Увеличение размера сальных желез и снижение их функциональной активности.	1. Отсутствие зоны Гренза. 2. Уменьшение толщины дермы. 3. Исчезновение окситалановых эластических волокон в сосочковом слое дермы. 4. Уменьшение количества нормальных коллагеновых волокон, уплотнение пучков коллагеновых волокон. 5. Уменьшение количества протеогликанов и гиалуроновой кислоты в межклеточном веществе дермы. 6. Постепенное исчезновение капиллярных петель. 7. Уменьшение количества и активности потовых желез. 8. Увеличение размера сальных желез и снижение их функциональной активности.

Гистопатология. В верхней части сетчатого слоя дермы соединительная ткань гомогенизирована и имеет бледно-голубой цвет (солнечный эластоз). Этот «эластический» материал состоит из эластических фибрилл. Наличие нормальной зоны непосредственно под эпидермисом считается характерным гистологическим признаком [2, 3].

Профилактика и лечение старения кожи. «Эликсир молодости», позволяющий воздействовать на генетические причины старения, вряд ли будет найден в ближайшем будущем. В то же время повлиять на другие патогенетические механизмы и несколько отсрочить процесс старения кожи реально уже сегодня.

Безусловно, особое внимание следует уделять фотостарению — процессу, который не только портит внешний вид кожи, но и способен индуцировать злокачественные опухоли на коже. Для этого достаточно следовать несложным правилам.

Во-первых, необходимо постоянное использование средств защиты от действия УФО (фотозащитные кремы, зонтики, шляпы и др.), во-вторых, следует меньше загорать на солнце и в соляриях, особенно людям старше 35 лет и лицам с I типом кожи по шкале Фитцпатрика. В третьих, при длительном нахождении на солнце необходимо пользоваться наружными фотозащитными средствами (ФЗС) и антиоксидантами, которые необходимо применять как внутрь, так и наружно (например, витамины Е, С, каротиноиды и т. п.) [12].

На начальных фазах фотостарения многие симптомы имеют обратимый характер. Даже в случае длительного воздействия УФ излучения на кожу безволосых мышей через несколько месяцев после его прекращения наблюдалась нормализация репаративных процессов в коже [8]. Применение же фотозащитных средств еще более усиливало этот эффект.

Различают физические и химические формы фотозащитных средств. Местные химические вещества, защищающие от солнечных лучей, бывают в виде жидкости, геля, крема или мази. Эти вещества в достаточной степени уменьшают действие УФВ радиации (до 95 %), вредное воздействие УФ лучей. Активные частицы, содержащиеся в составе фотозащитных веществ, поглощают в себя попадающую на кожу солнечную радиацию, отражают ее или распыляют во внешнюю среду. Химические средства, защищающие от солнечных лучей, содержат в себе одно или несколько химических веществ, поглощающих (адсорбирующих) УФ лучи, и в качестве фильтра в достаточной степени снижают УФ радиацию, оказывающую вредное воздействие на клетки эпидермиса.

В настоящее время применяются ФЗС, в которых содержатся два и более фильтра (Tinosorb M, Octyltriazone). При этом октилтриазон фильтрует UVB лучи, а Tinosorb M — UVA лучи. При сочетании этих веществ в одном ФЗС повышается фотостабильность и оно действует как фильтр и экран.

К ФЗС предъявляются определенные требования: они должны обладать высокой или очень высокой фотозащитой, защищать кожу от ультрафиолета А и В, иметь невидимую и нежирную текстуру и приятный аромат, уменьшать вредное воздействие свободных радикалов, увлажнять кожу, не раздражать кожу и глаза, не оставлять следов на коже и одежде, быть стойкими в воде и не содержать спирта. Дерматологической компанией «Урьяж» (Франция) выпускается серия ФЗС, отвечающих всем вышеперечисленным свойствам: ФЗС «Урьяж» подходят для нормальной, чувствительной, аллергичной кожи и для кожи, не переносящей солнца (Флюид SPF30, Экстра Флюид SPF50+, SPF 50+ CRÈME EXTREME ssp PARFUM, в упаковках оранжевого цвета). Также, специально для младенцев и беременных женщин компанией выпускаются ФЗС с минеральным экраном (Минеральный экран SPF50+) в упаковках белого цвета. Кроме того, «Урьяж» выпускает тональный крем 3 в 1 (фотозащита, увлажнение и тонирование кожи) в укаповках золотистого и светлого цвета.

Местные фотозащитные средства наносят на кожу тонким слоем за 30 минут или 1 час до действия солнечных лучей. После плавания или потения эти средства рекомендуется наносить заново. Люди, особо чувствительные к действию солнечных лучей, должны предохранять себя от действия УФО между 11.00 и 15.00 часами.

Обнадеживающие результаты в опытах на животных послужили толчком для интенсивных исследований на коже людей. В 16-недельных испытаниях (контроль — плацебо), проведенных C.N. Ellis и соавт. (1990.) и J.S. Weiss и соавт. (1998), нанесение 0,1 % раствора третиноина на ночь привело к существенному уменьшению гистологических признаков фотостарения: уменьшению эластоза, улучшению количественных и качественных характеристик эластических и коллагеновых волокон и увеличению толщины эпидермиса. Клинически это проявилось в исчезновении мелких морщин и уменьшении образования новых. Кроме того, под влиянием третиноина заметно уменьшались пигментные пятна [13].

Длительное изучение терапевтических механизмов ретиноевой кислоты или третиноина при фотостарении показало, что их реализация происходит как за счет ингибирования продукции металлопротеиназ, так и путем стимуляции образования нового коллагена в пределах самой дермы.

Естественно, лечение фотостарения кожи не ограничивается только применением третиноина. Распространенными методами омоложения являются химический пилинг, лазерная шлифовка и механическая дермабразия, «ускоряющие» цикл развития эпителиоцитов и увеличивающие количество коллагеновых волокон и объем межклеточного вещества дермы. Понимание механизма повреждения коллагеновых волокон послужило стимулом для разработки косметических средств, а также препаратов для внутрикожного введения, содержащих коллаген или его производные, с помощью которых пытаются восполнить дефицит собственного коллагена в дерме.

Другим направлением является создание косметических средств, усиливающих синтез коллагена дермальными фибробластами, например кремов с аскорбиновой и гликолевой кислотами. α-гидроксильные кислоты, такие как гликолевая и молочная, в низких концентрациях (5,15 % на основе воды, спирта или пропиленгликоля) при применении на кожу 2 раза в день значительно уменьшают морщины. Они снижают адгезию корнеоцитов в нижнем участке рогового слоя. Одним из таких кремов является мультиактивный антивозрастной крем «Изолифт» компании «Урьяж». Входящая в состав крема термальная вода «Урьяж» восстанавливает уровень гидратации, оказывает противовоспалительное действие, по-

вышает защитные силы кожи. Для усиления активности этих ингредиентов, нормализации тонуса и микрофлоры кожи, уменьшения гиперпигментации и активации микроциркуляции в состав кремов добавляют АНА — 13 %, процианидол зеленого чая, эфиры ретинола и комплекс двух гиалуроновых кислот (оригинальная и микронизированная молекула). Средства линии «Изолифт» разглаживают и уменьшают морщины, кожа становится упругой и более эластичной и увлажненной.

Как было сказано выше, одним из клинических признаков фотостарения является сухость, степень выраженности которой различна. Для устранения этого признака существует большое количество косметологических средств по уходу за сухой кожей. Клинический опыт автора показал, что такие косметологические средства компании «Урьяж», как «Гидролипидик», «Ксемоз», «Прурисед» и др. обладают выраженным антиксеротическим, реконструктивным, увлажняющим и защитным эффектом. Кроме того, эти средства могут быть применены для аллергичной и гиперчувствительной кожи. Такой терапевтический эффект обусловлен за счет масла малиновых зерен, глицерина, термальной воды «Урьяж», олигосахаридов, фитосквалана, входящих в состав этих кремов. Их наносят два раза в день на нуждающиеся участки кожи.

Таким образом, использование вышеуказанных терапевтических и косметологических средств позволяет предупредить, значительно уменьшить или устранить признаки фотостарения, что способствует улучшению качества жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арифов С.С., Фотодерматозлар. — Т.: «Ўзбекистон миллий энциклопедияси». 2000. 104 с.
2. Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология. — М.: Медицина. 2003.
3. Baumann L Skin ageing and its treatment. //J. Pathol. 2007. Vol. 2. P. 241–251.
4. Benedetto A.V. The environment and skin aging // Clin. Dermatol. 1998. Vol. 16. P. 129–139.
5. Ellis C.N., Weiss J.S., Hamilton T.A., Headington J.T. Sustained improvement with prolonged topical tretinoin (retinoic acid for photoaged skin // J. Amer. Acad. Dermatol. 1990. Vol. 23. P. 629–637.
6. Glogau R.G. Chemical peeling and aging skin // J. Geriartr. Dermatol. 1994. Vol. 12. P. 31–37.
7. Kligman L.H., Akin F.J., Kligman A.M. Sunscreens promote repair of ultraviolet radiation-induced dermal damage // J. Invest. Dermatol. 1983. Vol. 81. P. 98–102.
8. Kligman L.H. The ultraviolet-irradiated hairless mouse: a model for photoaging // J. Amer. Acad. Dermatol. 1989. Vol. 21. P. 623–631.
9. Moulin G. и соавт. (1994)
10. Von Zglinicki T., Pilger R., Sitte N. Accumulation of single-strand breaks is the major cause of telomeres shortening in human fibroblasts // Free Radic. Biol. Med. 2000. Vol. 28. P. 64–74.
11. Weiss J.S., Ellis C.N., Headington J.T. et al. Topical tretinoin improves photoaged skin. A double-blind vehicle-controlled study // J.A.M.A. 1988. Vol. 259. P. 527–532.
12. Weminghaus K. The role of antioxidants in reducing photodamage. — In: Gilchrest B., ed. Photodamage. — London: Blackwell Science, 1995.
13. Woodley D.T., Zelickson A.S., Briggaman R.A. Treatment of photoaged skin with topical tretinoin increases epidermal-dermal anchoring fibrils: a preliminary report // J.A.M.A. 1990. Vol. 263. P. 3057–3059.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

А.Б. РАХМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

SUMMARY

«MODERN ASPECTS PATHOGENESIS AND REATMENT PSORIASIS»

A.B. Rakhmatov

In the article were given literature data about genetical and enviromental factors in development of psoriatical process and were given often used method of treatment include biodrugs.

Псориаз является весьма распространенным воспалительным заболеванием кожи с многообразными клиническими проявлениями. Популяционная частота данного дерматоза составляет в среднем 2–5 % и значительно варьирует в зависимости от места проживания и этнической принадлежности больных [1, 4, 13, 14, 26, 31].

В последние годы отмечается значительный рост больных псориазом, особенно молодого, трудоспособного возраста, с тяжелыми, инвалидизирующими формами, что делает проблему данного дерматоза социальной.

Сегодня установлено, что необходимо выделять два типа псориаза. Первый тип характери-

зуется ранним началом заболевания (в детском и подростковом возрасте), при II типе первичные проявления псориаза возникают у лиц старше 40–50 лет. При обоих типах течение псориаза имеет свои особенности: при I типе дерматоз характеризуется постоянно прогрессирующим течением, при II типе — ограниченные проявления с наклонностью к самостоятельному разрешению [4, 16, 22, 31, 32].

В настоящее время не вызывает сомнений участие в развитии псориаза генетических факторов [4, 13, 14, 26]. Впервые факт наследственной предрасположенности был высказан в далеком 1954 году, на основании эпидемиологических исследований, проведенных на Фарерских островах, где псориазом страдали 2,8 % жителей, причем 91 % островитян находились в родстве между собой.

На наличие генетической компоненты при псориазе указывает значительно более высокая конкордантность (изучаемый признак проявляется у обоих близнецов пары) у монозиготных близнецов в сравнении с дизиготными, что подтверждается также однотипным характером распределения псориатических высыпаний, а также степенью выраженности симптомов и течением дерматоза у монозиготных близнецов по сравнению с дизиготными [14].

Генетический прогноз при заболеваниях с наследственной предрасположенностью характеризуется тем, что чем ниже частота заболевания в популяции, тем выше риск его возникновения у родственников пробанда и чем сильнее выраженность проявлений дерматоза у пробанда, тем выше риск развития аналогичного дерматоза у его родственников. По данным Г.Р. Мутовина [15], риск развития псориаза у больных в зависимости от степени родства с пробандом составляет: I степень родства — 5,6–6,3 %, при II степени — 3,1 %, при III степени — 1,35 %, при IV степени — 0,75 %.

Методологический и технологический прорыв в развитии молекулярной генетики и постгеномных технологий, произошедший за последние два десятилетия, позволил выявить ряд генов и хромосом, ассоциированных с предрасположенностью к псориазу [15, 16, 22, 23, 34, 35].

Представляет определенный интерес изучение генов RAGE и TNF-a, которые также локализованы на коротком плече 6-й хромосомы [33]. Изучение гена TNF-a является актуальным ввиду того, что данный ген кодирует провоспалительный цитокин TNF-a, который играет ведущую роль в возникновении и поддержании воспаления, а также гиперпролиферации кератиноцитов при псориазе [33].

Известно, что в крови и тканях больных псориазом наблюдается повышенное содержание цитокина TNF-a. Учитывая это обстоятельство, был разработан принципиально новый эффективный подход к терапии заболевания с использованием генно-инженерных биологических препаратов, селективно блокирующих действие указанного цитокина.

При обследовании 8 больших семей в США, в которых 65 пациентов страдали псориазом, был идентифицирован локус PSORS2 на хромосоме 17q24–q25 (35). Локус PSORS3 идентифицировали на хромосоме 4q35 при обследовании большой ирландской семьи, многие из членов которой страдали псориатическим процессом, а в китайской семье, проживающей в провинции Хань, выявлена ассоциация с проксимальной областью 4q32 [36]. При обследовании 20 семей из Швеции, члены которых страдали псориазом, и 153 сибс-пар локус, PSORS5 был идентифицирован на длинном плече 3 хромосомы человека — 3q21 с использованием метода позиционного клонирования [27].

Ранее псориаз рассматривался как моногенное аутосомно-рецессивное заболевание. Однако тот факт, что конкордантность у монозиготных близнецов никогда не достигает 100 %, свидетельствует о роли факторов внешней среды, необходимых для запуска этого заболевания. Таким образом, псориаз является мультигенным и многофакторным заболеванием с гетерогенным генетическим наследованием [13, 14].

Среди триггеров внешней среды, влияющих на возникновение псориаза, выделяют следующие: травма/повреждение (феномен Кебнера); инфекции, которые могут приводить к различному уровню экспрессии цитокинов у разных индивидуумов и влиять на эпигенетические модификации ДНК (например, стрептококковая инфекция миндалин провоцирует развитие каплевидного псориаза, а также является причиной торпидного течения бляшечного псориаза); психогенные факторы; курение и алкоголь; характер питания и лекарственные препараты могут провоцировать как возникновение псориаза, так и очередное обострение кожного процесса [1, 2].

Так, С.В. Кошкин и соавт. [11] провели наблюдение за пациентами, у которых дебют каплевидного псориаза был связан с перенесенной острой инфекцией верхних дыхательных путей на фоне генетической предрасположенности (HLA-B13 и HLA-B17). Интерес представляет тот факт, что высыпания появились впервые и одновременно у кровных родственников, которые с высокой долей вероятности (в силу совместного проживания) болели инфекцией, вызванной одним и тем же штаммом возбудителя. Вероятно, патогенетическое значение имеет не только сам факт перенесенной инфекции, но и антигенные характеристики конкретного инфекционного агента, так как ранее перенесенные острые респираторные заболевания не вызывали развития псориаза. По-видимому, инфекционный агент имел антигенные детерминанты, сходные с тканевыми антигенами пациентов, что индуцировало развитие псориаза у данных больных.

В развитии псориаза имеют значения и неспецифические факторы, такие как состояние

общего кровообращения, микроциркуляторного русла, гемореологических свойств крови [9]. Кроме того, псориаз может сочетаться с дилатацией и активной пролиферацией поверхностных сосудов в очаге поражения, что позволяет предполагать наличие активаторов ангиогенеза, в частности, фактора роста эндотелия сосудов (vascular endothelial growth factor).

Таким образом, хотя причина псориаза остается до сегодняшнего дня неизвестной, становится очевидным, что это заболевание является результатом комбинированного воздействия генетических и средовых факторов [1, 4, 5, 11, 13, 14].

Продолжаются исследования генетических детерминант при псориазе, которые позволят дифференцированно подходить к выбору лекарственных средств и физиотерапевтических процедур. Так, В.Р. Хайрутдинов и соавт. [22] указали, что протестировав один локус p53Arg72Pro можно персонализировать подход к подбору УФО-терапии больным псориазом. Авторы указали, что медицина обозримого будущего — это наличие у каждого пациента в медицинской карте генетического паспорта, по аналогии с указанием групп крови, которые тоже являются результатом комбинации аллелей А, В, О. Генотипирование необходимо выполнить всего один раз, так как генетический аппарат не меняется на протяжении жизни. На основании генетического паспорта можно проводить досимптоматическую идентификацию предрасположенности к болезни, превентивное вмешательство, выбор фармакотерпии и индивидуальный подбор дозы на основе генотипа.

Установлено, что важными факторами, влияющими на возникновение и течение псориаза, являются окружающая среда, ее экология, географическое положение мест проживания пациентов с псориазом [1].

Немаловажную роль в патогенезе псориаза имеют иммунологические нарушения, так как значение лимфоидной ткани, ассоциированной с кожей, в механизмах развития псориаза в настоящее время не подвергается сомнению. Здесь уместно упомянуть о наличии врожденного и адаптивного иммунитета, которые дополняют друг друга [5]. При псориазе происходит дисбаланс иммунокомпетентных клеток, в зависимости от их локализации (эпидермис, дерма), и до сих пор остается открытым вопрос, что является первичной— гиперактивация Т-лимфоцитов с последующим каскадом иммунных нарушений или гиперпролиферация кератиноцитов [5].

Регуляции программированной клеточной гибели отводится важная роль в механизме развития аутоиммунных и дегенеративных заболеваний, неоплазий, синдромов приобретенного иммунодефицита. Нарушение апоптоза, основного пути элиминации активированных Т-лимфоцитов, может являться одним из звеньев патогенеза псориаза [23]. Последовательная активация каспаз играет ключевую роль в заключительной фазе разрушения клетки путем апоптоза. Каспаза-10 относится к протеазам первого эшелона, являясь условным рубежом, после которого каскад теряет пути к выживанию. Изменение функциональной активности инициирующих каспаз может привести к остановке программируемой гибели клеток, что проявится фенотипически [23].

Анализ и оценка активности процессов с помощью традиционных медов исследования в ряде случаев затруднена в связи с полиморфизмом гистологических признаков, а также с тем, что биологические свойства ткани, кластерная дифференцировка не могут быть визуализированы рутинными методами. Более целесообразным при изучении патоморфоза псориатической болезни является применение иммуногистохимических методов исследования [12].

Следует указать, что формирование клеточного инфильтрата в коже больных псориазом является следствием активации клеток имммунной системы. Существенная часть мононуклеаров воспалительного инфильтрата представлена Т-клетками. Методом иммуногистохимического окрашивания Т-лимфоциты обнаружены между кератиноцитами на всем протяжении эпидермиса, а также в виде густых скоплений в дерме [29].

Дермальные Т-лимфоциты представлены как фракцией СД4+, так и СД8+ Т-клеток, преобладание которых, по-видимому, зависит от фазы заболевания. Считают, что разные субтипы СД8- лимфоцитов могут либо выполнять супрессорно-цитотоксические функции, либо являются эффекторными клетками, способными поддерживать иммунное воспаление. В недавних исследованиях была установлена важная патогенетическая роль самостоятельной линии СД4+ клеток — Th17, секретирующих интерлейкины 17 и 22, принимающие участие в развитии воспалительной реакции [28]. Поскольку инфильтраты из Т-лимфоцитов в пораженной коже больных псориазом состоят из тысячи клеток, существует мнение, что эти «регионы» могут функционировать как организованная лимфоидная ткань [31].

Следует указать, что нейтрофильные лейкоциты выявляются в очагах пораженной кожи в виде скоплений, локализованных в роговом слое (микроабсцессы Мунро). При некоторых клинических разновидностях псориаза эти скопления могут быть весьма внушительными, формируя спонгиоформные пустулы, представляющие собой мелкие полости в шиповидном слое, заполненные нейтрофильными лейкоцитами.

В последние годы показана ведущая роль фактора ингибирования миграции макрофагов (МИФ) в патогенезе Т-опосредованных аутоиммунных дерматозов, в частности, псориаза. Показано, что биологическая активность МИФ, синтезируемого Т-лимфоцитами, моноцитами и макрофагами, заключается в торможении миграции фагоцитирующих клеток. Благодаря такому

действию МИФ способствует поступлению фагоцитирующих клеток в очаг воспаления, обладая и другими свойствами провоспалительных цитокинов [19].

В.Л. Рыбкина [17] отметила, что СД4+, С3-компонент, СД8+, СД25+ лимфоциты способны значительно ускорять процессы пролиферации кератиноцитов, причем лимфоциты больных псориазом демонстрируют аутоиммунные реакции при взаимодействии с аутологичными кератиноцитами in vitro.

Появились сообщения о мембранных нарушениях иммунокомпетентных клеток у больных псориазом [7]. Автором с помощью проведения атомно-силовой микроскопии были выявлены характерные особенности ультраструктуры поверхности плазматической мембраны фибробластов и кератиноцитов при псориазе, что свидетельствует о вероятных нарушениях в геноме клеток.

Большинство современных концепций патогенеза псориаза основывается на повышенной секреции провоспалительных цитокинов, которые вырабатываются всеми иммунокомпетентными клетками [30]. На уровне организма цитокины осуществляют связь между различными системами (иммунной, нервной, эндокринной), влияют на функциональную активность клеток, принимающих участие в реакциях врожденного и адаптивного иммунитета (Кетлинский, 2008). При псориазе синтез цитокинов осуществляется различными типами клеток, что приводит к формированию цитокиновой сети. Во многих исследованиях установлено, что преобладающими при псориазе являются цитокины Th1- профиля: ФНО-альфа, ИЛ-2, ИЛ-17 [30].

Таким образом, взаимодействие различных типов иммунокомпетентных клеток, опосредованное цитокиновым каскадом Th1- типа, приводит к формированию характерного псориатического фенотипа: акантозу эпидермиса с удлинением межсосочковых эпидермальных выростов, формированию рогового слоя с признаками незаконченной дифференцировки (паракератозу) и развитием фокусных внутриочаговых скоплений нейтрофильных гранулоцитов, отсутствию зернистого слоя, наличию дермальных лимфогистиоцитарных инфильтратов.

Факторы, выделяемые кератиноцитами, влияют на активацию иммунокомпетентных клеток, а продукты активированных иммунокомпетентных клеток изменяют функцию кератиноцитов. В связи с тем, что при прогрессировании заболевания полностью утрачивается связь первичного антигенного сигнала с конкретным участком кожного покрова, при длительной персистенции воспалительного процесса эффекторные клетки, сформировавшиеся в лимфатических узлах, могут мигрировать в любой другой очаг воспаления. Этим можно объяснить не только распространенность высыпаний (вплоть до эритродермии) при псориазе, но и вовлечение в процесс синовиальной ткани и развитие других клинических проявлений [5].

Рассмотренный провоспалительный цитокин ФНО-альфа имеет непосредственное отношение к апоптическому процессу. ФНО-альфа по своей функциональной активности является активным индуктором апоптоза, поэтому данные об участии этого цитокина в патогенезе псориатического поражения являются свидетельством важной роли апоптоза в развитии данного дерматоза [8].

На сегодняшний день известны основные звенья патогенеза псориаза, формирующие клинические проявления заболевания. Попытки исследователей пролить свет на этиологию и механизмы развития псориаза с позиций молекулярной биологии нашли свое отражение в разработке селективных лекарственных препаратов, моделирующих иммунный ответ. Имеются вполне успешные результаты применения в терапии псориаза биологических препаратов «Алефасепт» и «Эфализумаб», направленных на инактивацию лимфоцитарного функционального антигена. Проходят клинические испытания антагонисты ФНО-альфа — инфликсимаб и этанерсепт. Возможно, новой мишенью биопрепаратов могут явиться ИЛ-23 или вторичный лимфоидный хемокин — CCL-21 [21].

Современный этап развития биомедицины и фармакологии связан с новейшими открытиями в области генома и протеома человека, появлением чувствительного биоаналитического оборудования, позволяющего исследовать патогенез заболевания, а также механизм действия, фармакокинетические процессы и фармакологические эффекты лекарственных средств на биомолекулярном уровне, оценить индивидуальную чувствительность организма пациента, страдающего определенным заболеванием, к действию лекарственного средства. Существенный прогресс в понимании патогенеза различных заболеваний стал возможен благодаря разработке и внедрению биоаналитических методов исследования целых геномов, транскриптомов и протеомов.

Эти биоаналитические методы способствовали появлению исчерпывающих баз данных генетических полиморфизмов, включающих одиночные нуклеотидные полиморфизмы (SNPs), профили генетической экспрессии (mRNA), протеомные (белковые) профили в плазме крови и других тканях. Новые технологии привели к идентификации новых маркеров, которые позволяют объяснить различную эффективность лекарства или риск развития неблагоприятных побочных эффектов лекарственного средства, а также способствовать разработке новых лекарственных препаратов.

Видимые тканевые изменения при псориазе, как полагают, обусловлены повышенным содержанием провоспалительных цитокинов, таких как ФНО-альфа, ИЛ-1, ИЛ-8, ИЛ-12. Доказано, что уровень противовоспалительных факторов, таких как ИЛ-10 и ИЛ-1Ra, понижен и их недостаточно, чтобы компенсирвать повышенное количество провоспалительных цитокинов [6, 21]. Ключевая роль в нарушении цитокинового баланса при псо-

риазе подтверждается клиническим ответом на введение ИЛ-10 и терапию, направленную против фактора некроза опухоли — альфа [3].

В последние годы отмечается тенденция к увеличению торпидно текущих, резистентных к проводимой терапии дерматозов. В этой связи поиск новых эффективных методов лечения больных распространенным псориазом с упорным течением постоянно находится в центре внимания исследователей.

Следует указать, что лечебная тактика зависит от стадии процесса, а также особенностей течения заболевания у каждого конкретного больного. При выборе метода лечения необходимо учитывать распространенность процесса, его клиническую форму, наличие висцеральной патологии, а также данные лабораторного обследования. Лечебные и профилактические мероприятия должны быть направлены не только на ликвидацию данного обострения заболевания, но и на уменьшение частоты рецидивов, максимальное продление ремиссии, преотвращение осложнений, социальную реабилитацию больного.

При легком течении псориаза, носящего ограниченный характер, или при наличии единичных «дежурных» бляшек часто бывает достаточно наружного лечения, бальнео- и курортотерапии, соблюдения режима питания, труда и отдыха. Многочисленные исследования, направленные на поиск средств наружной терапии, способных воздействовать на пролиферативные, воспалительные и иммунные процессы в коже, привели к синтезу кальципотриола, который в настоящее время является препаратом первой линии для лечения псориаза [24].

Среднетяжелые и тяжелые формы заболевания требуют комплексного лечения в амбулаторных условиях, а в период обострения симптомов — лечения в условиях стационара. С целью продления ремиссии следует проводить курсы противорецидивной терапии (витамины, биостимуляторы, физиотерапия).

Пациентам с тяжелыми формами заболевания показано назначение цитостатических препаратов, в частности метотрексата, который является антагонистом фолиевой кислоты. Предполагаемым механизмом действия препарата является блокада синтеза ДНК, подавление пролиферативной активности клеток. Перед назначением метотрексата необходимо тщательное обследование пациента для выявления противопоказаний.

Для лечения тяжелых форм псориаза, когда обычная терапия неэффективна или ее проведение не является возможным, используют циклоспорин А (сандиммун), подавляющий развитие реакций клеточного типа, а также зависимое от Т-лимфоцитов образование антител. Механизм лечебного действия циклоспорина А при псориазе пока окончательно не раскрыт.

Синтетические ретиноиды являются одними из наиболее эффективных средств в лечении тяжелых форм псориаза. Их можно использовать наружно в виде мазей или принимать внутрь. Действие этих лекарственных средств основано на нормализации дифференцировки и кератинизации клеток кожи при псориазе, они обладают кератолитическим и противовоспалительным действием. Действие синтетических ретиноидов при псориазе является симптоматическим.

Единственным показанием для назначения системной кортикостероидной терапии при псориазе является тяжелая псориатическая эритродермия. Столь узкие рамки использования этих препаратов объясняются большим числом побочных эффектов и риском трансформации псориаза в более тяжелые формы.

Особого терапевтического подхода требуют пациенты с псориатическим артритом. Одним из направлений, позволяющих облегчить состояние этих больных, является назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (индометацин, диклофенак, пироксикам и др.). Другое перспективное направление — использование альфакальцидола, синтетического аналога активной формы витамина Д. Препарат усиливает абсорбцию фосфора и кальция в кишечнике, усиливает их реабсорбцию в почках, повышает минерализацию костей, снижает уровень паратгормона. Особенно актуально раннее выявление суставной патологии, что позволяет существенно замедлить ее прогрессирование с помощью этого препарата.

Ультрафиолетовое облучение в эритемных и субэритемных дозах, обладающее слабым цитостатическим и антимикотическим эффектом, используется для лечения больных псориазом в стационарной стадии и в стадии регресса. Важным условием эффективности процедур является удаление паракератотических наслоений с помощью кератолитических средств, так как они являются преградой для УФ излучения. При лечении УФ лучами необходимо помнить, что передозировка УФ облучения может вызвать тяжелое обострение заболевания.

Способность некоторых производных фурокумаринов под влиянием УФ лучей длинноволнового спектра вступать в фотохимическую реакцию с молекулами-мишенями, и прежде всего с пиримидиновыми основаниями ядерной ДНК, лежит в основе метода фотохимиотерапии (PUVA-терапии). Существенно снижает вероятность возникновения побочных эффектов и усиливает эффективность лечения методика, сочетающая использование фотохимиотерапии и прием синтетических ретиноидов внутрь (метод Re-PUVA-терапии). Этот способ позволяет снизить как курсовую дозу неотигазона, так и количество сеансов PUVA-терапии.

Каждое научное изыскание в области псориаза приводит к разработке метода терапии данного дерматоза. Так, значимость инфекционных агентов в патогенезе псориаза способствовало

внедрению препаратов трансферфакторной природы, так как последние могут связываться с поверхностными структурами микробных агентов, в частности стафилококков, давая антиадгезивный эффект [20].

В последние годы во всем мире возрос интерес к обратимым ингибиторам 3-гидрокси-3-метилглутарил коэнзим А редуктазы (статинам), благодаря открытию их новых иммуномодулирующих и противовоспалительных свойств. Было отмечено, что помимо коррекции нарушений липидного обмена, статины способны уменьшать выраженность воспаления, изменять активность хелперных Т-лимфоцитов в сторону Т-хелперов второго типа (Th2) при некоторых Th1-зависимых аутоиммунных заболеваниях [25]. Кроме того, была выявлена способность статинов (симвастатин) уменьшать продукцию ФНО-альфа, чем и объясняется противовоспалительный эффект указанных средств у больных псориазом.

Для клиницистов большое значение имеет поиск оптимальных методов обследования больных псориазом, позволяющих объективно контролировать функциональное состояние органов, влияющих на течение и прогноз кожного процесса, и обосновать терапию с учетом выявленной патологии. В связи с этим, определенный научный интерес представляет изучение функционального состояния гепато-билиарной системы (ГБС) у больных псориазом комплексными методами и влияния выявленной патологии на формирование эндогенной интоксикации и качества жизни пациентов [10]. Авторы отметили, что для больных псориазом с сопутствующей патологией ГБС характерно наличие синдрома эндогенной интоксикации, для коррекции которой рекомендуется использование гептрала (адеметионина) в комплексной терапии указанного дерматоза.

В формировании и реализации клинических проявлений псориаза участвуют многочисленные факторы, среди которых определенное значение имеет усиление перекисного окисления липидов со снижением показателей антиоксидантной системы [18]. В связи с этим был использован препарат «Реамберин», основным действующим веществом которого является сукцинат натрия, обладающий антигипоксическим, антиоксидантным и дезинтоксикационным свойствами.

Ежегодно разрабатываются десятки схем и лекарственных препаратов при лечении больных псориазом, включая и современные биопрепараты, но несмотря на это, вновь наблюдаются обострения псориатического процесса и снова перед врачом возникает вопрос о возможных схемах и методах лечения конкретного пациента.

Необходимо отметить, что длительное течение псориаза с многочисленными рецидивами, как правило, приводит к чрезмерному напряжению реактивных сил организма, что влечет за собой возникновение физических и психологических нарушений с развитием синдрома хронической усталости с астенической симптоматикой (расстройство сна и аппетита, явления депрессии и др.), который является фоном снижения качества жизни — понятия, охватывающего многие стороны жизни человека: условия жизни, удовлетворенность работой, учебой, домашнюю обстановку, окружение и т. д.

Таким образом, как любое хроническое заболевание псориаз является постоянным стрессовым фактором в жизни пациента, что вызывает существенные ограничения во всех сферах его жизнедеятельности. А это, в свою очередь, для больного может оказаться важнее, чем симптомы самого заболевания. Поэтому одним из важнейших вопросов оказания медицинской помощи является проблема адаптации пациента к своему заболеванию, так как дерматологи должны обязательно заниматься вопросами социальной и психологической приспособляемости больных псориазом наряду с разработкой высокотехнологических методов патогенетической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдеев Р.М., Корсунская И.М., Пирузян Э.С., Ахмедова П.А. Влияние факторов окружающей среды на распространенность псориаза. //Эпидемиология и профессиональные болезни. 2008. № 6. С. 27–29.
2. Айвазова Т.В., Кушлинский Н.Е., Перламутров Ю.Н. Особенности ангиогенеза у больных экссудативной формой псориаза. // Клиническая дерматология и венерология. 2008. № 3. С. 8–11.
3. Брускин С.А., Абдеев Р.М., Мошковский С.А., Пирузян Э.С. Протеомные исследования псориаза как подход к идентификации потенциальных мишеней фармакотерапии. //Клиническая дерматология и венерология. 2009. № 1. С. 28–31.
4. Каганова Н.Л., Фриго Н.В., Кубанов А.А., Знаменская Л.Ф. Генетические аспекты псориаза. //Вестник дерматологии. 2009. № 4. С. 20–26.
5. Катунина О.Р. Роль врожденного и адаптивного иммунитета в патогенезе псориаза. //Вестник дерматологии. 2009. № 5. С. 43–48.
6. Кетлинский С.А., Симбирцев А.С. Цитокины. — Санкт-Петербург: Фолиант. 2008.
7. Клеменова И.А. Клинико-патогенетическая роль структурно-функциональной организации плазматических мембран при псориазе. //Автореф. дис. … докт. мед. наук. — Москва. 2008. 41 с.
8. Корсунская И.М., Голденкова И.Б., Абдеев Р.М., Егоренкова А.В. Роль системы апоптоза в патогенезе псориаза. //Клиническая дерматология и венерология. 2008. № 3. С.4–7.
9. Костянова Е.Н. Роль гипоксических изменений и эндогенной интоксикации в патогенезе псо-

риаза и их коррекция реамберином. //Автореф. дисс…канд.мед. наук. — Москва. 2005. 19 с.
10. Котельникова А.Б., Фролова О.И., Раева Т.В., Ишутина Н.П. Клинико-метаболическая эффективность гептрала у больных псориазом с патологией гепато-билиарной системы. //Вестник дерматологии. 2009. № 5. С. 103–111.
11. Кошкин С.В., Чермных Т.В., Коробейникова С.С. К вопросу о патогенезе псориаза. //Клиническая дерматология и венерология. 2008. № 1. С. 32–35.
12. Лифшиц Е.Г. Патоморфологические особенности кожи при различных формах псориаза. //Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. № 5. С. 35–37.
13. Мордовцев В.Н., Мушет Г.В., Альбанова В.И. Псориаз. — Кишинев. 1991.
14. Мордовцев В.Н., Алиева П.М., Сергеев А.С. Заболевания кожи с наследственным предрасположением. — Махачкала. 2002.
15. Мутовин Г.Р. Основы медицинской генетики. — Москва: Высшая школа. 2001. 234 с.
16. Пирузян А.Л. Метаболическая и генетическая паспортизация человека для ранней диагностики и индивидуализированной фармакотерапии псориаза. //Автореф. дисс… докт. мед. наук. — Москва. 2005. 41 с.
17. Рыбкина В.Л. Влияние лимфоцитов на процессы пролиферации и дифференцировки кератиноцитов при псориазе, обоснование и эффективность комплексного метода лечения. //Автореф. дисс… докт. мед. наук. — Москва. 2005. 32 с.
18. Трофимова И.Б., Костянова Е.Н., Коралкин А.В. Некоторые аспекты патогенеза и лечения псориаза. //Вестник дерматологии. 2004. № 6. С. 33–35.
19. Уджуху В.Ю., Ширшакова М.А. Состояние фактора ингибирования миграции макрофагов у больных псориазом. //Вестник дерматологии 2009. № 4. С. 42–44.
20. Фаттяхетдинова З.А., Резайкина А.В., Знаменская Л.Ф. Особенности лечения больных распространенным псориазом, резистентным к терапии. //Вестник дерматологии. 2005. № 3. С. 39–40.
21. Хайрутдинов В.Р., Самцов А.В., Мошкалов А.В., Имянитов Е.Н. Современные представления об иммунных механизмах развития псориаза (обзор литературы). //Вестник дерматологии. 2007. № 1. С. 3–6.
22. Хайрутдинов В.Р., Пономарев И.А., Жуков А.С., Самцов А.В. Новая генетическая детерминанта псориаза — Ile479Leu полиморфизм гена каспазы-10. //Вестник дерматологии. 2009. № 1. С. 12–14.
23. Хайрутдинов В.Р., Жуков А.С., Пономарев И.А., Грашин Р.А. Роль полиморфных генов программируемой клеточной гибели в формировании риска развития псориаза. //Вестник дерматологии. 2009. № 4. С. 4–8.
24. Хобейш М.М., Монахов К.Н. Дайвобет — новый высокоэффективный препарат для наружного лечения ладонно-подошвенного псориаза. //Клиническая дерматология и венерология. 2008. № 1. С. 41–43.
25. Ширинский И.В., Баровская Н.А., Леонова М.И., Кожевников В.С. Опыт применения симвастатина при вульгарном псориазе. //Вестник дерматологии. 2009. № 5. С. 88–92.
26. Barker J.N.W.N. The genetic that cause psoriasis. //Clin.Exp.Dermatol. 2000. Vol. 25. P. 165–166.
27. Enlund F., Samuellson L., Enerback C. Analysis of three suggested psoriasis susceptibilyty loci in a large Swedish set of families. //Hum.Hered. 1999. Vol. 49. P. 2–8.
28. Girardi M., Hayday A.C. Immunosurveillance by t cell: focus on the murine system. //Chem. Immunol. Allergy. 2005. Vol. 86. P. 136–150.
29. Janssen G.H.,Tangelder G.J., Egbrink M.G. Spontaneous leucocyte rolling in venules in untramatized skin of conscious and anesthetized animals. //Amer. J. Physiol. 1994. Vol. 267. P. 1199–1204.
30. Krueger J.G., Bowcock A. Psoriasis pathophysiology: concepts of pathogenesis. //Ann.Rheum.Dis. 2005. Vol. 64. P. 3–36.
31. Langley R.G., Krueger G.G., Griffits C.E. Psoriasis: epidemiology, clinical features and quality of life. //Ann. Rheum.Dis. 2005. Vol. 64. P. 18–23.
32. Rich N. The future of genetic studies of complex human diseases. / Rich N., Merikangas K. //Science. 1996. Vol. 273. P. 1516–1517.
33. Swanbeck G. Age at onset and different types of psoriasis. //Brit.J.Dermatol. 1995. Mol. 133. P. 7730–786.
34. Terwillinger J.D. Handbook of Human Genetic Linkode. Baltimore. — Johns Hopkins. 1994.
35. Tomfohrde J., SilvermannA., Barnes R. Gene for familial psoriasis susceptibility mapped to the distal and of human chromosome 17q. //Science. 1994. Vol. 264. P. 1141–1145.
36. Zhang X.J., He P.P., Wang Z.X., Zhang j. Evidence for a major psoriasis suscebility locus at 6p21 and a novel candidate region at 4q31 by genome-wide scan in Chinese hans. // J.Invest.Dermatol. 2002. Vol. 119. P. 1361–1366.

МИКОЗЫ В СТРУКТУРЕ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ВИЧ/СПИД

З.М. АБИДОВА, Ф.В. АЗИМОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

РЕЗЮМЕ

ИТВ/ОТИС ДА МИКОЗЛАРНИНГ ОППОРТУНИСТИК КАСАЛЛИКЛАР ҚАТОРИДАГИ ЎРНИ

З.М. Абидова, Ф.В. Азимова

Ушбу мақолада ИТВ/ОИТС да замбуруғ инфекциясининг оппортунистик касалликлар сифатида учраш даражаси хақида маълумот берилган. Замбуруғ инфекциясининг кўпайиши ва у чақирган касалликлар кечишини оғирлашувининг муҳим факторларидан бири бу ИТВ томонидан вужудга келган иккиламчи иммун танқислиги, тери қатламининг резистентлиги ва замбуруғ инфекциясининг иммун тизимига таъсиридир. Шунинг учун ИТВ/ОИТВ билан зарарланган беморларда микотик инфекциялрни ўрганиш, хусусан замбуруғ касалликларини қўзғатувчи замбуруғлар турларини аниқлаш ва уларни замбуруғга қарши дори воситаларига сезгирлигини аниқлаш орқали бу беморларни генераллашган микотик инфекциясидан ўлимини анча камайтиришга имкон яратади.

SUMMARY

MYCOSIS IN THE STRUCTURE OF OPPORTUNISTIC INFECTIONS IN HIV / AIDS.

Z.M. Abidova, F.V. Azimova

This article shows an increase of defeats opportunistic fungi in HIV / AIDS. One of the important factors contributing to fungal contamination and the weighting of course, is the presence of secondary immunodeficiency caused by HIV, decreased skin resistance and the impact of most fungal infection on the immune system. Therefore, the study of fungal infections in HIV / AIDS, in particular, the identification of the species spectrum of pathogens fungal diseases with the establishment of their sensitivity to different antimikoticheskim drugs reduce mortality from generalized fungal infections.

В последние десятилетия во всех странах мира отмечена отчетливая тенденция к увеличению частоты и расширению спектра поражений, вызываемых условно-патогенными грибами (УПГ), что ставит задачи целенаправленного поиска, эффективного выявления этих возбудителей в патологическом материале, а также правильной оценки их значения как у отдельных больных, так и в патологии современного человека в целом. Решение этих задач в настоящее время особенно важно в нашей стране, где, несмотря на отсутствие эндемических очагов облигатно-патогенных (особо опасных) грибов, УПГ занимают ведущее место в структуре микотической патологии. Одним из причин увеличения поражений оппортунистическими грибами является ВИЧ [1, 3]. В настоящее время распространенность ВИЧ носит характер пандемии. ВИЧ-инфекция захватила практически все страны. В 2004 году в мире по оценкам экспертов объединенной программы ООН насчитывалось около 40 млн ВИЧ-инфицированных: примерно 38 млн взрослых и 2 млн детей. Согласно статистике ежедневно в мире заражается около 8500 человек. Свыше 10 млн уже умерли от СПИДа. К настоящему времени ВИЧ-инфекция приобретает размах широкомасштабной эпидемии в развитых странах мира. Только в США больных СПИДом зарегистрировано более 600 тысяч, во Франции — более 48 тыс., в Испании — 46 тыс. и т. д. На Российскую Федерацию и Украину приходится около 90 % всех ВИЧ-инфекций Восточной Европы и Центральной Азии. В последние годы и в нашей республике отмечается значительное увеличение регистрации лиц с ВИЧ /СПИДом. В частности, по данным Республиканского центра СПИД, с 1987 по 2004 гг. зарегистрировано 3596 случаев ВИЧ-инфицированных [2, 4].

Вирус иммунодефицита человека относится к семейству ретровирусов, роду лентивирусов. ВИЧ избирательно поражает клетки, имеющие СД4-рецепторы, на которые адсорбируется ВИЧ: Т-лимфоциты-хелперы, макрофаги, В-лимфоциты, клетки нейроглии, клетки слизистой оболочки кишечника, дендритные клетки и характеризуется медленно прогрессирующим дефектом иммунной системы, который приводит к гибели больного от вторичных поражений, описанных как синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Академиком В. И. Покровским в 1989 году предложена следующая клиническая классификация ВИЧ-инфекции:

I. Стадия инкубации;

II. Стадия первичных проявлений;

III. Стадия вторичных заболеваний;

IV. Терминальная стадия.

Реальные масштабы распространенности как грибковых заболеваний, так и ВИЧ носительства до сегодняшнего времени неизвестны в связи со сложностями массового диагностического охвата населения, разнообразием форм клинической манифестации грибковых заболеваний и ВИЧ/СПИДа, выходом групп риска за пределы социально неадаптированного контингента и в связи с многообразием путей передачи инфекции. Нарастающая несостоятельность иммунной системы (стадия III) приводит к развитию двух

основных клинических проявлений СПИДа — оппортунистических инфекций, вызванных условно-патогенной флорой, и новообразований. У 90 % больных ВИЧ в разные сроки заболевания регистрируются поражения кожи и слизистых покровов, вызванные инфекциями условно-патогенной флоры. Кроме этого, необходимо помнить, что при ВИЧ любые патогенные микроорганизмы вызывают необычно тяжелые клинические состояния и нередко приводят к летальному исходу, что подчеркивает важную роль их профилактики и лечения. Чаще всего оппортунистические инфекции вызывают Pneumocystis carinii, Mycobacterium avium-intracellulare, Mycobacterium tuberculosis, Cryptococcus neoformans, Candida spp., Toxoplasma gondii, Histoplasma capsulatum, Coccidioides immitis, ДНК-содержащие вирусы, например цитомегаловирус, вирус гепатита В, вирус простого герпеса [5]. Одними из наиболее тяжело протекающих оппортунистических инфекций являются грибковые поражения (табл. 1).

Таблица 1

Наиболее часто регистрируемые грибковые инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов

Возбудитель	Вызываемые заболевания
Aspergillus spp.	Аспрегиллезный трахеобронхит Инвазивный легочный аспергиллез
Candida spp. (в основном C.albicans)	Оральный и/или вагинальный кандидоз Кандидозный эзофагит Кандидозная фунгемия Легочный кандидоз (в основном у детей)
Coccidiodides immitis	Диссеминированный кокцидиоидомикоз
Cryptocccus neoformans	Криптококкозный менингит Криптококкозная пневмония Диссеминированный криптококкоз
Histoplasma capsulatum	Гистоплазиозная пневмония Диссеминированный гистоплазмоз
Pneumocystis carinii	Пневмоцистная пневмония; в завершающей стадии или на фоне профилактики — неспецифическая картина, в том числе — полиорганное поражение
Penicillium marneffei	Пенициллиоз кожи Диссеминированный пенициллиоз (эндемичен для юго-восточного азиатского региона)

Одним из важных факторов, способствующих грибковой контаминации и утяжелению течения, является наличие вторичного иммунодефицита, вызванного ВИЧ, снижение резистентности кожных покровов и воздействие самой грибковой инфекции на иммунную систему.

Аспергиллез может быть подразделен на три категории:

поверхностный — инфекции слухового прохода, роговицы глаза, а также первичное поражение кожи;

неинвазивный — аллергический бронхит и аспергиллемы у пациентов с предшествующим кавернообразующим легочным заболеванием (в первую очередь, с туберкулезом);

инвазивный — обнаруживаемый, как правило, у пациентов с нейтропенией; различают лишь острую инвазивную и хроническую некротизирующую формы.

Основными симптомами при легочном поражении являются кашель и постепенно нарастающая одышка; при поражении печени — увеличение уровня контролируемых ферментов в сыворотке. Без лечения хронический некротизирующий аспергиллез может привести к летальному исходу.

Кокцидиоидоз обычно встречается у ВИЧ-инфицированных, проживающих в местности с широким распространением Coccidioides immitis, например на юго-западе США. Заболевание проявляется поражением легких и менингитом.

Криптококкоз — повсеместно распространенный дрожжевой гриб. Он занимает второе место (после Candida albicans) среди возбудителей грибковых инфекций у ВИЧ-инфицированных. Криптококкоз наблюдается у 5–10 % ВИЧ-инфицированных и проявляется менингитом — самое частое проявление криптококковой инфекции у ВИЧ-инфицированных. Для криптококкового менингита характерны: головная боль, лихорадка, нарушения сознания, реже — эпилептические припадки и кома. Криптококкоз также может протекать с поражением легких, сетчатки, кожи, костей, предстательной железы и других органов.

Гистоплазмоз возникает у ВИЧ-инфицированных, проживающих в местности с широким распространением этого гриба. В США — это северо-восточные и северо-западные штаты. При СПИДе гистоплазмоз может возникнуть даже после кратковременного пребывания в такой местности. Клинические проявления обычно неспецифичны и включают головную боль, кашель, лихорадку, похудение, увеличение лимфоузлов и спланхномегалию.

Пневмоцистная пневмония — самая распространенная оппортунистическая инфекция дыхательных путей у ВИЧ-инфицированных. Пневмоцистная пневмония возникает у 60–80 % больных СПИДом, однако современные методы профилактики позволили снизить ее тяжесть. Риск пневмоцистной пневмонии особенно высок, когда число лимфоцитов CD4 опускается ниже 200 мкл$^{-1}$. Клинически характерны лихорадка, одышка и непродуктивный кашель. Лабораторное исследование выявляет гипоксемию. На рентгенограммах грудной клетки у большинства больных выявляются двусторонние ограниченные или обширные затемнения с некоторыми особенностями — поражение верхушек легких, образование полостей и пневмоторакс.

Основными возбудителями *оппортунистических микозов* при ВИЧ/СПИД являются грибы рода Candida, манифестация которых начинается со слизистой полости рта. Клиническая картина кандидоза может проявляться в форме:

— поверхностной инфекции слизистых оболочек и/или кожи, например, кандидоз полости рта;

— кандидемии с выделением возбудителя из крови;

— острой диссеминированной инфекции с поражением органов, например, эндофтальмит, эндокардит;

— хронической диссеминированной инфекции, например, гепато-лиенальный кандидоз.

Клинически кандидоз слизистых оболочек характеризуется характерным белым налетом на слизистой полости рта, глотки, пищевода, влагалища. Типичными симптомами являются сухость во рту, жажда, жжение в местах поражения, дисфагия, выделения из влагалища. Для подтверждения диагноза необходимо провести микроскопическое исследование. Колонизацией принято считать ситуацию, при которой возбудитель обнаруживается в двух или более различных областях организма. В этой ситуации высок риск развития инвазивного кандидоза. Необходимо определять род грибов Candida, так как инфекция, вызванная некоторыми грибами рода Candida, не относящимися к виду C.albicans, чаще диссеминирует и протекает тяжелее, с более высоким уровнем летальности. Кроме того, некоторые виды Candida, например, C.krusei и C.glabrata, торпидны к проводимому противогрибковому лечению. Следовательно, необходимо исследование чувствительности грибов к различным антимикотикам, что повысит эффективность терапии и уменьшит смертность больных ВИЧ. Диагностика генерализованных микозов также затруднена, поскольку часто невозможно провести различие между колонизацией и инфекцией, посевы становятся положительными лишь в поздней стадии болезни, терапия их малоэффективна.

Вышеуказанные клинические проявления грибковых инфекций у ВИЧ-инфицированных лиц имеют существенные различия в распространенности, характере течения в зависимости от биологически популяционных различий, климато-географических особенностей региона. В связи с этим, изучение микозов при ВИЧ/СПИД в рамках узбекской популяции является актуальной проблемой и представляет огромный интерес, в частности, определение видового спектра возбудителей грибковых заболеваний с установлением их чувствительности к различным антимикотическим препаратам, что, безусловно, снизит смертность от генерализованных микозов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Цинзерлинг В.А., Аравийский Р.А., Васильева М.В., Фомин Ю.А., Додонов К.Н. Наблюдение аспергиллезного сепсиса при ВИЧ-инфекции в стадии СПИД. //Проблемы медицинской микологии. 2008. Т. 10. № 4. С. 6–8.
2. Протасов А.В., Дегтярь Л.Д., Протасова О.В. Этиотропная терапия криптококкоза ЦНС у пациентов с ВИЧ-инфекцией в больнице РКК в Эфиопии. //Проблемы медицинской микологии. 2007. Т. 19. № 2. С. 91.
3. Coukell, Brogden. Liposomal Amphotericin B //Drugs. 1998. Vol. 55. P. 585–612.
4. Lortholory, Dupont. Antifungal prophylaxis during neutropenia and immunodeficiecy // Clin. Mcrobiol. 1997. Vol. 10. № 3. P. 477–504.
5. Walsh, Finberg, Arndt. Liposomal Amphotericin B for empirical therapy in patients with persistent fever and neutropenia // N.Engl.J.Med. 1999. Vol. 340. P. 764–771.

ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИХТИОЗА

П.П. РЫЖКО, В.М. ВОРОНЦОВ, Л.В. РОЩЕНЮК

Медицинская академия последипломного образования,
Областной клинический кожно-венерологический диспансер № 1, г. Харьков

Ихтиоз обычный или вульгарный (ichthyosis vulgaris; OMIM 146700), аутосомно-доминантный [5, 6], с пенетрантностью у гетерозигот более 90 % [8] обусловлен мутациями в гене филаггрина (FLG; OMIM 135940), локализованного в регионе 1q21. Вульгарный ихтиоз является одним из наиболее распространенных моногенных заболеваний человека [5] и встречается в различных популяциях с частотой 1:2500–1:5000 [4, 5, 6].

Материалом для цитогенетического исследования послужили лимфоциты образцов периферической крови 25 человек: больных с генодерматозами, находящихся на диспансерном учете в ХОККВД № 1 и их родственников I степени родства. От всех больных и их родственников было получено информированное согласие на участие в данном исследовании.

В ходе цитогенетического исследования проведен скрининг культур лимфоцитов периферической крови 25 больных с генодерматозами и их родственников на наличие хромосомных аббераций. Заборы образцов крови осуществлялись в течение одного сезона одного года.

Структура выявленных хромосомных аббераций была представлена абберациями хромосомного и хроматидного типа. Среди аберраций хроматидного типа преобладали одиночные и парные фрагменты и ацентрические кольца, аберрации хромосомного типа составили дицентрические хромосомы, делеции и транслокации.

Характер рядов распределения частоты аберраций в группе с генодерматозами и у здоровых лиц показывает статистически значимую разницу ($p<0,01$) — хромосомная нестабильность в клетках больных выше. Полученные результаты сопоставимы с данными цитогенетического анализа больных факоматозами: синдром Луи-Бар — 16 %, болезнь Штурге-Вебера — 10 %, синдром Клиппеля–

Тренона — 7 %, нейрофиброматоз — 6 % [11], в то время как максимальный уровень клеток с хромосомными аберрациями в культуре лимфоцитов человека в норме наблюдается в пределах от 0 до 3 %, в среднем составляя 1,2 % [1, 2].

Нестабильность структуры хромосом при моногенных генодерматозах, не описанная ранее, и механизмы, лежащие в ее основе, очевидно, также взаимосвязаны с дерегуляцией экспрессии генов, и таким образом, с нарушениями деления и роста, дифференцировки и нормального функционирования клеток. Повышение частоты хромосомных аббераций при других патологиях исследователи связывают со снижением активности процессов репарации ДНК. Результаты данного исследования можно интерпретировать следующим образом. Вульгарный ихтиоз, как отмечено выше, обусловлен мутациями в гене филаггрина. Филаггрин, главный белковый компонент кератогиалиновых гранул эпидермиса млекопитающих, играет ключевую роль в эпидермальной дифференцировке и поддержании барьерных функций при защите клетки от различных аллергенов и инфекционных агентов. Снижение активности или полное отсутствие филаггрина должно снижать толерантность клеток к воздействию, в том числе и мутагенному, агентов различной природы, что в свою очередь может привести к повышению частоты хромосомных аберраций в клетках. Вероятно, вариабельность активности филаггрина у разных больных, вследствие внутрилокусной гетерогенности, может обуславливать степень хромосомной нестабильности в клетках больных вульгарным ихтиозом. И наоборот, частота хромосомных аббераций в клетках больного будет показателем степени тяжести мутации в гене филаггрина. Мутации в гене стероидной сульфатазы (арилсульфатазы С), участвующей в экспрессии и гидролизе ряда 3-бета-гидроксистероидных сульфатов — метаболических предшественников эстрогенов, андрогенов, холестерола, оказывают влияние на метаболизм и гормональный статус больных Х-сцепленным рецессивным ихтиозом, что позволяет провести параллели с общеизвестными данными о выраженном влиянии гормонов, например кортикостероидов, на митотический цикл клетки, снижение числа клеток, содержащих половой хроматин, структурные изменения хромосом. Изучение структурных аномалий хромосом выявило у одного пробанда с ихтиозом сверхчисленную минихромосому неизвестного происхождения.

Генеалогический анализ показал отсутствие больных родственников первой степени родства у пробанда. Родители и дочь пробанда ихтиоза не имеют. Клиническая картина демонстрирует симптомы, характерные для аутосомно-доминантного вульгарного ихтиоза.

В ходе исследования больных ихтиозом выявлено два носителя вариантов полиморфизма гетерохроматиновых районов акроцентрических хромосом 14 и 15. У одной больной с аутосомно-доминантным вульгарным ихтиозом отмечен увеличенный спутник по короткому плечу 15 хромосомы.

У матери (ХХ, 14 ps+) двух пробандов с Х-сцепленным рецессивным ихтиозом выявлен увеличенный спутник по короткому плечу 14 хромосомы.

Увеличение гетерохроматиновых районов отдельных хромосом может быть безопасным до определенного состояния и, в зависимости от генного окружения, может сопровождать патологические процессы с фенотипическими проявлениями в виде умственной отсталости, спонтанных абортов и других нарушений, хотя взаимосвязь увеличения спутников акроцентрических хромосом с различными патологиями остается малоизученной и требует дальнейших исследований.

Известно, однако, что частота гетероморфизма по выявленным особенностям составляет примерно 1:30 человек. Маркерные хромосомы отмечаются при кариотипировании лиц в украинских популяциях с частотой 1:500 человек. В общей группе из 25 больных генодерматозами и их родственников всего выявлено 4 случая полиморфизма с увеличенными спутниками по 14 и 15 хромосомам, 1 маркер, 1 делеция участка большого плеча Y-хромосомы, что в совокупности с результатами о хромосомной нестабильности позволяет заключить следующее: мутации генов, определяющих структурные белки клеток или вызывающие системные изменения регуляции процессов в клетке и приводящие к нарушению митотической активности клеток, структуры, процесса расхождения хромосом при генодерматозах, могут быть причиной общей геномной нестабильности при рассмотренных моногенных дерматозах на примере ихтиоза, а больные формируют группу риска по моногенным заболеваниям, проявляющимся хромосомной нестабильностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багацкая Н.В. Результаты цитогенетического анализа у мальчиков-подростков с ретардацией полового созревания // Сб. тез II Конгресу Української асоціації спеціалістів УЗД в перінатології, генетиці та гінекології. — Харьков. 2000. С. 233–234.
2. Захарова А.Ф., Бенюш В.А., Кулешов Н.П., Барановская Л.И. Хромосомы человека. — М.: Медицина, 1982. 264 с.
3. Лозинська М.Р., Виговська Я.І., Томашевська Н.Я., Масляк З.В., Лозинський Р.Ю., Новак В.Л. Особливості спектра цитогенетичних змін при різних варіантах міелодиспластичного синдрому // Цитология и генетика. 2009. № 1. С. 69–77.
4. Наследственные болезни в популяциях человека. Под. ред. Е.К. Гинтера. — М.: Медицина. 2002. 340 с.

5. Рыжко П. П., Федота А. М., Воронцов В. М. Генодерматозы: буллезный эпидермолиз, ихтиоз, псориаз. — Харьков: Харьков. 2004. 330 с.
6. Суворова К. Н., Антоньев А. А. Наследственные дерматозы. — М.: Медицина, 1977. 232 с.
7. Федота А.М., Козлов А. Н. Исследование уровня генетической безопасности городского населения // Цитология и генетика. 2005. № 4. Т. 39. С. 41–44.
8. Presland R. B., Boggess D., Lewis S. P., Hull C. Loss of normal profilaggrin and filaggrin in flaky tail (ft/ft) mice: an animal model for the filaggrin-deficient skin disease ichthyosis vulgaris. // J. Invest. Derm. 2000. № 115. P. 1072–1081.

ОБМЕН ОПЫТОМ

НЕКОТОРЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ, С.С. ТУРСУНОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

РЕЗЮМЕ

СЕРОРЕЗИСТЕНТ ЗАХМ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА БАЪЗИ ИММУНОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАР ҲОЛАТИ

К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров, С.С. Турсунов

Захмдаги серорезистентлик холат кузатилган 121 нафар беморларда баъзи иммунологик кўрсаткичлар қўшимча даволаш олдидан ва ундан сўнг ўрганилган. Яна Цефтриаксон билан иммуномодулин билвосита лимфотроп даволаш усули билан юқори терапевтик наф бериши исботланди.

SUMMARY

SOME IMMUNOLOGICAL PARAMETERS IN THE PATIENTS WITH SERO RESSISTENT FORM OF SYPHILIS

K.A. Yuldashev, K.M. Abzoirov, S.S. Tursunov

In 121 patients with sero resistant type of syphilis were investigated some immunological data before and after treatment. Effectiveness of ceftriaxon with immunomoduline in limphotrop method of treatment was proved.

В формировании серорезистентности при сифилисе большое значение отводят аутоиммунным процессам [1, 3, 4, 5]. Длительное лечение инфекционного процесса предрасполагает к развёртыванию спектра иммунологических реакций, включая синтез антигена, направленных на антитела, и антигенам бледной трепонемы [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Большинство исследователей, изучавших проблему серорезистентности, отмечают нарушения иммунологического статуса у больных сифилисом [1, 3, 4, 5, 6].

Цель исследования. Рассмотрение некоторых показателей иммунитета у больных до начала дополнительного лечения, в процессе и после него для изучения влияния дополнительного лечения на вышеуказанные показатели.

Материалы и методы исследования. Все больные с серорезистентностью были распределены на три группы:

I группа больных (41 человек) лечены согласно инструкции от 1996 г. пенициллином по 1 млн ЕД каждые 4 часа в течение 28 дней, всего 168 млн ЕД.

Больным II группы (32 человека) лечение проводилось препаратом «Цефтриаксон» в дозе 1,0 ежедневно, в курсовой дозе 14,0.

Больным III группы (48 человек) лечение проводилось «Цефтриаксоном» по 1,0, ежедневно № 14, но антибиотик вводился непрямым лимфотропным методом.

Нами изучены некоторые показатели клеточного иммунитета у обследуемых больных до начала дополнительного лечения, в процессе и после него.

Исследование включало определение показателей количества Т-лимфоцитов и их субпопуляций, количество В-лимфоцитов и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Результаты исследования выявили в крови больных с серорезистентностью достоверное снижение общего пула Т-лимфоцитов — 49,7±1,6, причем снижение происходило в основном за счет снижения Т-лимфоцитов, хелперов до 25,1±1,25 при 35,85±0,37 в контроле.

Относительное содержание Т-супрессоров, напротив, было несколько повышенным и составило 21,4±1,81, что оказалось достоверно выше показателей в контроле — 15,89±0,47.

Установлено увеличенное процентное соотношение В-лимфоцитов — 17,4±1,53 при 14,88±0,93 в контроле. Уровень циркулирующих иммунных комплексов оказался повышенным в 2 раза и составил 27,7±1,68, иммунорегуляторный индекс при этом составил 1,17±1,21.

Результаты исследования после проведенного лечения в 3-х группах больных оказались различными.

Так, у больных I группы отмечалась тенденция к нормализации иммунологических показателей. Содержание Т-лимфоцитов увеличивалось с 4,7±1,6 до 52,4±1,1, уровень В-лимфоцитов несколько увеличивался и составил 15,1±0,95, несколько увеличивалось процентное содержание и Т-хелперов — 31,2±1,2, при этом показатели Т-супрессоров несколько уменьшались — 18,5±1,02.

Указанные изменения после проведенного лечения приводили и к некоторой нормализации иммунорегуляторного индекса, который, несколько повышаясь (до 1,68), все-таки не достигал контрольных значений. Уровень ЦИК также имел тенденцию к снижению и составил 21,3±2,6.

Отмечено, что некоторая коррекция иммунологических показателей в этой группе больных после лечения носила недостоверный характер по отношению к показателям до начала дополнительного лечения.

Результаты лечения больных II группы, леченных препаратом «Цефтриаксон» в комплексе с иммунокорректором «Иммуномодулин» и витаминами показали, что коррекция иммунологических показателей имела более отчетливый характер. Так, уровень Т-лимфоцитов повышался до 54,2±1,8, при этом показатель Т-хелперной популяции увеличился до 32,3±1,6, что было достоверно значимым по отношению к данным показателям до дополнительного лечения. Также отмечено снижение В-лимфоцитов до 14,9±1,4 и снижение Т-супрессоров до 17,8±1,3. Уровень ЦИК после лечения снизился до 19,5±1,6, наблюдалось также повышение иммунорегуляторного индекса до 1,81.

Результаты иммунологических исследований после проведенного лечения в III группе больных также выявили некоторую нормализацию уровня Т-хелперов. Так, увеличение Т-лимфоцитов составило до 55,8±1,3, причем значения Т-хелперов приближались к показателям в контрольной группе — 33,1±1,2, уровень Т-супрессоров также достоверно снижался и составил 16,1±2,1, а относительное содержание В-лимфоцитов достигло показателей в контроле. Кроме того, отмечалось выраженное снижение ЦИК до 17,6±2,1, а уровень иммунорегуляторного показателя составил 2,05.

Следует предположить, что положительное влияние дополнительного лечения на коррекцию иммунологических показателей обусловлено трепонемоцидными свойствами цефтриаксона, который при вводе непрямым лимфатропным методом оказывал более выраженное терапевтическое действие на L и цист формы трепонем, скрытых в лимфатической системе больных.

Также определенную роль имело применение иммуномодулина, влияние которого при применении цефтриаксона оказалось более выраженным, чем при применении водорастворимого пенициллина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атабаев Б.С. Изменение иммунного статуса и серотестов у больных серорезистентным сифилисом под влиянием сеансов лечебного плазмафереза. //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Бишкек. 2008. 19 с.
2. Беличенко А.В., Латышев О.А. Цистообразование культуральных бледных трепонем //Тезисы докладов на XI итоговой межвузовской конференции молодых ученых и студентов. — Ставрополь. 2003. С. 56–57.
3. Бухарович М.Н. Некоторые вопросы терапевтической тактики при серорезистентном сифилисе //Актуальные вопросы дерматовенерологии. — Киев. 1969. Вып. 4. С. 38–42.
4. Ваисов А.Ш., Саипов С.С., Бикбова Е.А. Клинико-серологическая оценка ближайших и отдаленных результатов лечения больных ранними формами сифилиса согласно инструкциям МЗ РУз 1988 и 1996 гг. //Тезисы докладов IV съезда дерматовенерологов Узбекистана. — Ташкент. 2002. С. 119–120.
5. Главинская Т.А., Новикова С.И. Иммуностимулирующие средства в комплексном лечении больных сифилисом с серорезистентностью //Тезисы докладов VI Всероссийского съезда дерматологов и венерологов. Часть I. — Москва. 1989. С. 116–117.
6. Rolfs R.T. Treatment of syphilis. 1993. Clin Infect Dis. 1995; 20: S1: 523–528.
7. Schofer H, Vogt H.J. Milbradt R. Ceftriaxone for the treatment of primary and secondary syphilis. Chemotherapy 1989. 35 (2): 140–5.

КЛИНИКО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕГАСЕФА У БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, У.А. ВАЛИХАНОВ, И. ХВАН

Андижанский государственный медицинский институт

SUMMARY

CLINICAL-BACTERIOLOGICAL EFFICIENCY MEGASEF AT THE PATIENTS GONORRHOEAE BY AN INFECTION

A.B. PAKIRDINOV, U.A. VALIHANOV, I. HVAN

The Andizhan State medical institute, Andizhan

Studied clinical-bacteriological efficiency megasef at 38 patients gonorrhoeae of the men in the age of from 17–32 of years. At 29 patients was fresh sharp gonorrhoeae, at 7 prolongi and at 2 torpid. 8 patients had mixed infection (trihomoniazis, chlamidias and micoplazmic an infection). Megasef nominated originally 3 patients in a course doze 1,5 g, but after failure as rest 35 patients nominated on 750 mg in 12 hours within 3 days, to a rate. — 4,5 g of a preparation. At the mixed infection except for megasefi nominated anticistocidikal therapy. At 33 patients (94,3 %) it was marked etiologic treatment, at 2 (5,7 %) patients was observed failure — in allocation again were found out gonococcal.

Начиная с 90-х годов неуклонно растет заболеваемость ИППП, в том числе гонореей, одновременно увеличивается количество информации о случаях устойчивости ее возбудителя к антибиотикам. Гонорейную инфекцию в современных условиях достаточно сложно контролировать во многих популяциях и борьба с этой инфекцией требует лечения не только пациента, но и его (ее) половых партнеров с целью предотвращения распространения инфекции и развития отдельных осложнений [1, 5, 6, 7, 8].

Существенным недостатком бактериологической диагностики гонореи является отсутствие регионального мониторинга чувствительности гонококков к применяемым антибиотикам и штаммовой идентификации возбудителя. Это приводит к неконтролируемому накоплению резистентных штаммов, в частности беталактамазных, что может негативно сказаться на результатах лечения и способствовать росту заболеваемости как на территории нашей республики, так и в странах ближнего зарубежья [2, 3].

Учитывая вышеизложенное, изучение терапевтической эффективности новых препаратов, действующих и на гонококки, продуцирующие антибиотикоразрущающие ферменты, и на сопутствующую флору, является первостепенной задачей, стоящей перед венерологами.

В последние годы для лечения урогенитальной инфекции, в том числе и гонореи, чаще стали использовать противомикробные препараты группы цефалоспоринов.

Нами изучена эффективность цефалоспоринного препарата «Мегасеф» (цефуроксим натрий), выпускаемого в ИП «Nobel pharmsanoat» (регистрационное удостоверение 05/118/1).

Цефуроксим натрий относится к цефалоспоринам II поколения, обладает широким спектром антимикробной активности на грам-положительные и грам-отрицательные микроорганизмы, в том числе и на гонококки, включая штаммы, продуцирующие фермент бета-лактамаза [1, 3 ,4, 5].

Механизм действия цефуроксима натрия заключается в ингибировании последнего этапа синтеза клеточной стенки бактерий, он активизирует аутолитические ферменты, обладает высоким сродством с протеин-связывающими белками. Рекомендуемая доза в случае не осложнённой гонококковой инфекции составляет 1,5 г внутримышечно однократно.

Цель исследования. Изучение клинико-бактериологической эффективности мегасефа у мужчин, больных свежей гонореей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 38 мужчин, больных гонореей, в возрасте от 17 до 32 лет. Из них у 29 была свежая острая гонорея, у 7 — подострая и у 2 — торпидная гонорея. Инкубационный период составил в среднем 7,3 дня. Диагноз подтвержден бактериоскопически и бактериологически.

У 8 больных одновременно выявлены трихомонады, хламидийную и микоплазменную инфекцию обнаружить не удалось.

Препарат «Мегасеф» выпускается в виде порошка для приготовления раствора для инъекции, по 250 мг и 750 мг, в комплексе с растворителем.

В начале лечения трем больным мегасеф назначался согласно инструкции по 1,5 г внутримышечно однократно (в обе ягодицы по 750 мг). Однако через 2–3 дня после инъекции у двух больных в мазках были найдены гонококки и вновь отмечались явления гонорейного уретрита. Учитывая это, остальным больным схему лечения изменили. Таким образом, 35 больным назначали мегасеф по 750 мг через 12 часов в течение 3 дней, на курс — 4,5 г.

При смешанной гонорейно–трихомонадной инфекции, кроме мегасефа больные получали

метронидазол или тинидазол, или тиберал в соответствующей курсовой дозе.

Для определения скорости исчезновения гонококков под влиянием лечения проводили бактериоскопическое исследование через каждые 2 часа в течение 24 часов и культуральное исследование отделяемого через 24 и 48 часов. Бактериоскопическое и бактериологическое исследование проведено также по окончании лечения для установления этиологической излеченности.

Результаты исследования. Эффективность лечения оценивали по исчезновению жалоб больного и положительных клинико-лабораторных данных.

Жалобы на рези при мочеиспускании прекратились через 22–28 часов после начала лечения, выделения из уретры прекратились через 24–36 часов, гонококки из отделяемого исчезли через 6–8 часов.

Из 35 больных, принимавших мегасеф в курсовой дозе 4,5 г, этиологическое излечение наступило у 33 (94,3 %) больных, у 2 (5,7 %) больных, хотя воспалительные явления полностью прекратились, во время контроля в мазке вновь были найдены гонококки. Постгонорройные уретриты были отмечены у 6 (17,1 %) больных.

Все больные проведенное лечение перенесли хорошо, жалоб на непереносимость препарата не было. Больные после лечения проходили клинико-лабораторные исследования в диспансерном отделении в течение двух месяцев. При этом рецидива заболевания не отмечено.

Выводы. Мегасеф в дозе 4,5 г эффективен при лечении больных неосложненной гонореей

Применение мегасефа позволяет расширить арсенал лекарственных препаратов для лечения гонорейной инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колиева Г.Н., Кисина В.И., Яковлев С.В. Эпидемиология гонококковой инфекции и клиническое значение устойчивости Neisseria gonorrheal к фторхинолинам. //Инфекции, передаваемые половым путем. 2003. № 2. С. 4–15.
2. Кубанова А.А., Васильев М.М., Говориди В.М. и др. Современные подходы и типирование штаммов N. Gonorrheal. //Вестник дерматологии и венерологии. 2004. № 1. С. 4–8.
3. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Л.С. Страчунского. — Москва. 2004.
4. Яковлев С.В., Яковлев В.П. Микроорганизмы и вызываемые ими инфекционные заболевания. // Современная антимикробная терапия. 2005. Т. 7. № 1.
5. Briley H., Duerden B., Hart C.A. et all. //Sexually transmitted diseases: microbiology and management. J. Med. Microbiol. 2002. 51 (10). P. 793–807.
6. Penna G.O., Hajjar L.A., Broz T.M. //Gonorrhea. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2000. 33 (5); P. 451–464.
7. Ward H., Ison C.A., Day S.E., Martin I. et all. //A prospective social and molecular investigation of gonococcal transmission. Lancet 2000. 356 (9244): P. 1812–1817.
8. Johansen J.D., Smith E. Gonorrhea in Denmark: high incidence among HIV-infected men have sex with men. Acta. Derm. Venereol. 2002:82 (5): P. 365–368.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И КОНТРОЛЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

У.Д. ДЖАЛАЛОВ, Б.Х. АБИДОВ, Н.О. АБИДОВА, О.А. ХЕГАЙ

Кафедра акушерства-гинекологии и перинатальной медицины ТашИУВ

РЕЗЮМЕ

ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА СИМПТОМСИЗ БАКТЕРИУРИЯНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ ВА ПРЕВЕНТИВ ДАВОЛАШНИНГ ЯНГИЧА УСЛУБЛАРИ.

У.Д. Джалалов, Б.Х. Абидов, Н.О. Абидова, О.А. Хегай

Биринчи антенатал курикда хомиладор аёлларда симптомсиз бактериурияни аниклаш максадида утказиладиган скрининг-акушерлик амалиётининг стандарти хисобланади. Симптомсиз бактериурияси бор аёлларни превентив даволаш пиелонефрит пайдо булиши ва муддатдан олдин тугрук хавфини камайтиради.

SUMMARY

NEW APPROACHES TO THE EARLY DIAGNOSTIC AND CONTROL, PREVENTION OF ASYMPTOMATIC BACTERIURIA DURIG PREGNANCY.

U.D. Dgalalov, B.H. Abidov, N.O. Abidova, O.A. Hegay

Screening women for asymptomatic bacteriuria on the first prenatal visit is a standard of obstetric care. Treating women with positive results decreases the risk of pyelonephritis and possible prematurity.

Инфекции мочевого тракта являются распространенной причиной болезненного состояния, которое во многих случаях может привести к смертности. С патологией инфекции мочевого тракта мы встречаемся чаще всего и в амбулатории, и в стационаре. Инфекции мочевыводящих путей — самое частое осложнение беременности [9, 12]. Большой успех в лечении зависит от правильной диагностики. Без знания чувствительности и специфичности тестов диагностики невозможно рассчитывать на успех в лечении.

Инфекция мочевого тракта представляет собой воспалительную реакцию уротелия на вторжение бактерий, которая обычно связана с ***бактериурией***.

Бессимптомная бактериурия — постоянный рост бактерий в мочевом тракте, который не имеет никаких определенных признаков [8] и считается обычным явлением во время беременности [15].

Острый пиелонефрит — клинический синдром, выражающийся ознобом, лихорадкой и болью в боку, который сопровождается бактериурией и пиурией. Этот термин не применятся при отсутствии боли в боку.

Хронический пиелонефрит — термин применяется для описания сморщенной почки, и диагноз установлен при помощи морфологических, рентгенологических или функциональных методов определения почечного заболевания, которое может быть следствием инфекции, но часто не связано с инфекцией мочевого тракта.

Колониеобразующие единицы — показатель количества жизнеспособных микроорганизмов в единице объема, например, в 1 мл жидкости, 1 г твердого материала.

Острый пиелонефрит встречается у 1–4 % беременных женщин (Kass, 1973). По данным литературы, наиболее значимым фактором выявляемым до проявлений пиелонефрита, часто является бактериурия [3]. В последние годы пиелонефрит занимает второе место по частоте среди ЭГЗ у беременных и составляет 2–11 % [1]. Пиелонефрит — часто встречающаяся серьезная бактериальная инфекция, которая может привести к перинатальным и материнским осложнениям, включая преждевременные роды, рождение детей с низким весом, эмбриональной смертностью, преэклампсией, гестационной гипертензией, анемией, тромбоцитопенией и хронической или острой почечной недостаточностью [13]. Около 20 % женщин с острым пиелонефритом имеют осложнения, которые включают синдром септического шока, почечную дисфункцию, гемолиз, тромбоцитопению и легочную недостаточность [5, 7]. По данным других авторов, острый пиелонефрит — самая частая причина госпитализации беременных женщин, который приводит к осложнениям в 10 % случаев и способствует увеличению опасности жизни матери и плода [9, 10]. Для развития симптоматической инфекции мочевого тракта главным фактором риска является бессимптомная бактериурия [4, 14].

Бессимптомная бактериурия широко распространена в популяции, встречается у 4–11 % беременных [11].

Бессимптомная бактериурия (ББ) — это состояние, которое встречается часто и протекает бессимптомно, но может привести к потенциально серьезным осложнениям [6], таким как преждевременные роды, низкий вес рождения и очень часто приводит к развитию симптоматической

инфекции мочевого тракта [2]. Некоторые авторы указывают, что последствия пиелонефрита у беременных гораздо серьезнее, чем любые воспалительные заболевания почек, и подчеркивают, что данные последствия можно предупредить, лишь используя профилактические мероприятия, направленные на предупреждение возникновения данной патологии.

Лечение бактериурии предотвращает до 80 % случаев пиелонефрита, поэтому всем беременным женщинам оправдано выявление и превентивная терапия ББ при первичном антенатальном посещении. При превентивной терапии ББ во время беременности, кроме природных пенициллинов, применение других антибиотиков опасно. Клюква является наиболее оптимальной в превентивной терапии бессимптомной бактериурии и связана с высокой эффективностью и безопасностью.

Способность сока клюквы предотвращать бактериальные инфекции и, в частности, инфекции мочевыводящих путей, известна достаточно широко. На сегодняшний день проведено достаточно много исследований, доказывающих позитивное влияние препаратов клюквы на инфекцию мочевого тракта. Вещества, входящие в состав клюквы, препятствуют адгезии бактерий на эпителий мочевыводящих путей, обладают антимикробным свойством, а также потенцируют действие антибактериальной терапии. Во время беременности экстракт клюквы является наиболее оптимальным в превентивной терапии бессимптомной бактериурии и связан с высокой эффективностью и безопасностью, особенно в период органогенеза.

В семи рандомизированных клинических исследованиях определялась эффективность клюквенного сока по сравнению с плацебо или водой. Клюквенные продукты значительно снижали развитие инфекции мочевого тракта в течение 12 месяцев (отношение шансов 0,61 95 % ДИ:0,40 на 0,91) по сравнению с плацебо. В исследованиях (Hodock, 1997, Stothers, 2002) оценивали эффективность клюквенных капсул, содержащих 400 мг сухого вещества клюквы и клюквенный сок в разных группах: не было различий в эффективности разновидностей клюквенных продуктов (отношение шансов 1,11 95 % ДИ :0,49 на 2,50). Но точная дозировка, концентрация и длительность проведения терапии остаются дискутабельными, исследования в этом направлении продолжаются.

Таким образом, назрела необходимость проведения исследования с целью уточнения положения бессимптомной бактериурии в нашем регионе и определения более точного метода диагностики и лечения. На основе собранных данных планируется провести исследование для определения обоснованной тактики ведения беременных.

Исследование будет направлено на изучение диагностической ценности различных технологий, включающих общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, нитритный тест, бактериальный посев мочи у беременных при первичном антенатальном посещении.

Будет изучено действие клюквенного сока и антибиотиков пенициллинового ряда по сравнению с традиционными методами лечения. Стоит отметить, что преимущество данного исследования состоит в безопасности и отсутствии инвазивности методов скрининга и лечения.

На основании полученных данных будут внедрены научно обоснованные методы диагностики и превентивной терапии ББ, проведена стандартизация метода на беременных женщинах в основной группе для сравнения различных подходов скрининга и превентивной терапии бессимптомной бактериурии во время беременности.

На основе данного исследования планируется внедрить в широкую медицинскую практику Узбекистана тест-системы и как метод превентивной терапии ББ — фитотерапию. При этом будут выработаны новые стандарты методов диагностики и превентивной терапии, которые позволят использовать их в качестве скрининговых программ. Данные стандарты позволят внедрить в практику доступные эффективные методы ранней диагностики и превентивной терапии ББ в амбулаторных и сельских условиях.

Будут разработаны конкретные диагностические схемы для ранней скрининговой диагностики и определения прогноза дальнейшего течения бессимптомной бактериурии и связанных с ей осложнений с помощью адекватных технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердиков А.Я. Особенности течения гестационного и раннего неонатального периода при пиелонефрите беременных. Автореф. дис. … канд. мед. наук — Харьков. 1989. 22 с.
2. Вопросы педиатрии и хирургии детского возраста. Сборник 11 министерств здравоохранения РСФСР. Хабаровский гос. мед. инст. 1973.
3. Значение ренально-кортикального индекса в оценке состояния почек при хроническом пиелонефрите у беременных / Д.Д. Курбанов, В.И. Филатов , А.Я. Красильников, Н.И. Ермоленко // Медицинский журнал Узбекистана. 1987. № 7. С. 73–76.
4. Andriole VT, Patterson TF.Related Articles,Links Epidemiology, natural history, and management

of urinary tract infections in pregnancy. Med Clin North Am. 1991 Mar. 75(2):359–73. Review.
5. Bayrak O, Cimentepe E, Inegol I, Atmaca AF, Duvan CI, Koc A, Turhan NO.Related Articles,Links Is single-dose fosfomycin trometamol a good alternative for asymptomatic bacteriuria in the second trimesterof pregnancy? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2007. May;18(5):525–9. Epub. 2006. Aug. 29.
6. Bint AJ, Hill D. Related Articles, Links Bacteriuria of pregnancy — an update on significance, diagnosis and management. J Antimicrob Chemother. 1994. May; 33. Suppl A:93–7. Review.
7. Cunningham FG, Lucas MJ.Related Articles,Links Urinary tract infections complicating pregnancy. Baillieres Clin Obstet Gynaecol. 1994. Jun; 8(2): 353–73. Review.
8. de Moura JL.Related Articles,Links [Urinary infection in the adult] Acta Med Port. 1999. Jan-Mar; 12(1–3):57–62. Portuguese.
9. Delzell JE Jr, Lefevre ML.Related Articles,Links Urinary tract infections during pregnancy. Am Fam Physician. 2000 Feb 1;61(3):713–21. Review. Erratum in: Am Fam Physician 2000. Jun 15;61(12):3567.
10. Herraiz MA, Hernandez A, Asenjo E, Herraiz I.Related Articles,Links [Urinary tract infection in pregnancy] Enferm Infecc Microbiol Clin. 2005. Dec; 23 Suppl 4:40–6. Review. Spanish.
11. Kiningham RB. Related Articles, Links Asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Am Fam Physician. 1993. Apr; 47(5):1232–8. Review.
12. Krcmery S, Hromec J, Demesova D. Related Articles, Links Treatment of lower urinary tract infection in pregnancy. Int J Antimicrob Agents. 2001. Apr; 17(4):279–82.
13. Le J, Briggs GG, McKeown A, Bustillo G. Related Articles, Links Urinary tract infections during pregnancy. Ann Pharmacother. 2004. Oct; 38(10):1692–701. Epub 2004. Aug. 31. Review.
14. Macejko AM, Schaeffer AJ. Related Articles, Links Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Urol Clin North Am. 2007. Feb; 34(1):35–42. Review.
15. McKenna DS, Matson S, Northern I. Related Articles, Links Maternal group B streptococcal (GBS) genital tract colonization at term in women who have asymptomatic GBS bacteriuria. Infect Dis Obstet Gynecol. 2003. 11(4):203–7.

ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Л.В. ЕПИШЕВА, Р.В. ЕПИШЕВ, Н.Р. РАСУЛЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

РЕЗЮМЕ

ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИНИНГ ДАВОЛАШ АСОСЛАРИ

Л.В. Епишева, Р.В. Епишев, Н.Р. Расулева

Маколада поликлиника шароитида қизил ясси темираткини даволаш усуллари келтирилган.

SUMMARY

BASICS OF TREATMENT OF LICHEN RUBER PLANUS

L.V. Episheva, R.V. Epishev, N.R. Rasuleva

There is a case of treatment modes of Lichen ruber planus at outpatient department.

Природа красного плоского лишая точно не установлена. Вероятно, это мультифакторный дерматоз, в развитии которого имеют наибольшее значение инфекции (вирусная), нейрогенные и иммунные нарушения, токсико-аллергические реакции, в частности на лекарственные средства (пенициллин, висмут, антималярийные препараты, гипотиазид и др.). Указывается на возможную роль наследственной предрасположенности. Имеются данные о значении нарушений функции печени и углеводного обмена в развитии заболевания. По наблюдениям, большинство больных связывали развитие заболевания с психическими травмами, значительно реже оно развивалось после длительного приема лекарственных средств, контакта с фотореактивами, ангины, гриппа.

Основным морфологическим элементом при красном плоском лишае является уплощенная папула диаметром 2–5 мм, полигональных очертаний, с пупкообразным вдавлением в центре, красноватого цвета с характерным фиолетовым оттенком, восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении, характеризующая отсутствием тенденции к периферическому росту. Шелушение обычно незначительное, чешуйки отделяются трудно, иногда, однако, шелушение может напоминать псориатическое (псориазиформный красный плоский лишай). На поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания растительным маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок (симптом сетки Уикхема) [1, 4].

Характерными признаками красного плоского лишая являются склонность к скученному расположению высыпаний и их группировка с образованием колец, гирлянд, линий (lichen ruber anularis, marginatus, striatus и др.); реже узелки сливаются, образуя бляшки с шагреневидной поверхностью. Вокруг бляшек могут возникать располагающиеся более или менее густо новые папулы (lichen ruber corymbiformis). В большинстве случаев сыпь располагается симметрично на сгибательных поверхностях конечностей, туловище, половых органах, довольно часто — на слизистой оболочке полости рта. Редко поражаются ладони, подошвы и лицо. Может наблюдаться и одностороннее поражение кожи (зостериформный красный плоский лишай). Количество высыпаний различно: от единичных (в полости рта, на половых органах), до множественных, покрывающих значительные участки тела, так что может создаваться впечатление сплошного поражения кожи, иногда по типу эритродермии. Субъективно беспокоит зуд.

Для красного плоского лишая в период обострения характерен положительный феномен Кебнера — появление новых узелков на месте травматизации кожи. Нередко наблюдаются изменения ногтей, особенно в тех случаях, когда возникают множественные высыпания, но это не является правилом. У некоторых больных изменения ногтей предшествуют высыпаниям на коже и даже могут быть единственным проявлением дерматоза. На ладонях и подошвах могут наблюдаться типичные полигональные или остроконечные узелковые высыпания. Реже красный плоский лишай имеет вид небольших плоских или слегка запавших ороговевших очажков, глубоко расположенных, как бы просвечивающих элементов, напоминающих саговидные пузырьки при дисгидрозе, в очень редких случаях — буллезно-язвенных изменений (lichen ruber ulcerosus), на фоне которых могут развиваться вегетирующие веррукозные очаги (lichen ruber verrucosus vegetans) [1, 5].

Эрозивно-язвенные поражения очень болезненны. Им нередко предшествуют буллезные высыпания. Выражены дистрофические изменения ногтей вплоть до их отторжения, паронихии, которые, как и буллезные высыпания, могут быть первоначальным проявлением заболевания. На других участках тела, в том числе и в полости рта, могут возникать типичные или фолликулярные, буллезные, эрозивно-язвенные высыпания.

Течение заболевания хроническое, реже подострое. В редких случаях наблюдается острое течение (lichen ruber acutus), характеризующееся развитием полиморфных высыпаний (эритематозных, уртикарных, папулезных, пузырьковых) с выраженным экссудативным компонентом, сливающихся в крупные очаги вплоть до эритродермии. Высыпания обычно существуют долго, процесс может обостряться, но со временем регрессирует, как правило, бесследно. При длительном течении, особенно при нерациональном лечении, в очагах могут развиться спиналиомы, преимущественно при эрозивно-язвенных и веррукозных формах. Кроме описанной типичной формы красного плоского лишая, имеется ряд разновидностей.

Для *пигментного красного плоского лишая* характерно появление наряду с папулезными элементами, имеющими обычную для заболевания окраску, пигментированных узелков. Пигментация может появиться и в период регрессирования типичных узелковых элементов, при этом иногда развиваются изменения, сходные с пойкилодермическими. Не исключено, что одним из вариантов пигментного красного плоского лишая является erythema dyschromicum perstans. Допускают также, что образование очажков пигментации может предшествовать появлению обычной папулезной сыпи, в некоторых же случаях пигментация на коже может сочетаться с типичными высыпаниями красного плоского лишая во рту.

Кольцевидный красный плоский лишай может образоваться за счет первичного густого расположения узелковых элементов в виде колец при рассасывании центральной части бляшек или вследствие периферического роста отдельных узелков. Наиболее характерной локализацией узелковых элементов при этой форме являются половые органы и молочные железы. Кольцевидные высыпания с коричневатой пигментацией, длительно сохраняющейся и после регрессирования элементов, обнаруживают также при *субтропическом красном плоском лишае,* встречающемся преимущественно в странах Среднего Востока. Высыпания располагаются на открытых участках тела, главным образом на лице, обострение заболевания происходит под влиянием инсоляции. Другими характерными признаками этой формы являются более раннее начало, чем у обычного красного плоского лишая, отсутствие или незначительный зуд, редкое возникновение изменений ногтей и поражение волосистой части головы.

Атрофический красный плоский лишай характеризуется развитием атрофических изменений на месте регрессирующих узелковых элементов, чаще тех, которые располагаются кольцевидно.

При *остроконечном (фолликулярном) красном плоском лишае* наряду с типичными папулами появляются остроконечные фолликулярные узелки с роговой пробкой. На поверхности отдельных узелков находятся роговые шипики (lichen ruber spinulosis). Такие высыпания располагаются преимущественно на голенях. В случае локализации их на волосистой части головы процесс нередко завершается атрофией и облысением (lichen ruber follicularis decalvans), которые в сочетании с алопецией в подмышечных впадинах

и в области лобка, шиповидными роговыми папулами на туловище и конечностях обозначаются как синдром Литтла–Лассюэра.

Пемфигоидный красный плоский лишай характеризуется возникновением пузырьков и пузырей преимущественно на поверхности типичных папул или на фоне эритемы, редко на неизмененной коже. В последнем случае не исключена возможность развития буллезного пемфигоида. Необходимо учитывать, что пемфигоидная форма красного плоского лишая может быть проявлением паранеоплазии или токсикодермии. Пузыри могут появляться как на высоте развития заболевания, чаще при более остром течении, так и в стадии регрессирования. В редких случаях они могут предшествовать появлению типичных высыпаний. При локализации высыпаний на волосистой части головы процесс может закончиться развитием рубцовой алопеции. На коже могут оставаться атрофические изменения типа анетодермии и гиперпигментация.

При *гипертрофическом красном плоском лишае* главным образом на передней поверхности голеней образуются сильно зудящие гиперкератотические бляшки красновато-фиолетового цвета, возвышающиеся (иногда значительно) над поверхностью кожи. Такие бляшки чаще возникают в результате слияния отдельных мелких бляшек и узелков. Иногда встречаются изолированные гиперкератотические очаги, которые, располагаясь на лице и верхних конечностях, по клинической картине напоминают сенильный кератоз или базалиому.

Еще более редкими являются следующие разновидности красного плоского лишая:

— *lichen ruber moniliformis*, при котором преимущественно на коже шеи, в области плечевого пояса, живота наблюдаются уплощенные, иногда пигментированные, сетевидно и густо расположенные папулы;

— *lichen ruber erythematosus,* характеризующийся типичными узелковыми высыпаниями на фоне более или менее диффузного покраснения кожи, создающегося за счет густого расположения поверхностных высыпаний малинового цвета, исчезающих при диаскопии;

— *lichen ruber obtusus*, отличающийся изолированными полушаровидными папулами красновато-фиолетового цвета с небольшим западением в центре и локализующийся преимущественно на голенях;

— *lichen ruber serpiginosus*, характеризующийся одиночными серпигинозными очагами, оставляющими при регрессировании нежную атрофию с гиперпигментацией.

Описаны случаи сочетания признаков красного плоского лишая и дискоидной волчанки [6]. При этом очаги чаще располагаются в дистальных отделах конечностей, имеют синюшно-красный или фиолетовый цвет, с гипо- и гиперпигментациями, телеангиэктазиями, атрофией, а иногда с бородавчатыми, буллезно-язвенными изменениями; шелушение незначительное, фолликулярный гиперкератоз непостоянен и нерезко выражен. На других участках, в том числе и на слизистой оболочке полости рта, могут выявляться типичные высыпания красного плоского лишая или атрофические сиреневато-красноватые бляшки.

Наблюдаются также выраженные дистрофические изменения ногтей вплоть до анонихии, у некоторых больных развивается рубцовая алопеция. При гистологическом и иммунофлюоресцентном (прямая реакция) исследовании также выявляют признаки обоих заболеваний. В качестве одной из причин подобного сочетания служит общность патогенетических механизмов. Видимо, для более точной диагностики в таких случаях, помимо комплекса гистологических, серологических, клинических, иммунофлюоресцентных параметров, может оказаться полезной непрямая реакция иммунофлюоресценции, предложенная R. G. Olsen и соавт. (1984) для выявления специфического антигена красного плоского лишая. Этот антиген был обнаружен у 80 % больных красным плоским лишаем и ни у одного — красной волчанкой.

Красный плоский лишай отличается от многих других дерматозов частотой сочетания с различными соматическими болезнями (хронический гастрит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, билиарный цирроз печени, сахарный диабет и др.) [2, 3].

Гистологические изменения при красном плоском лишае характеризуются гиперкератозом, неравномерным гранулезом, акантозом с удлинением и заострением (в виде пилы) эпидермальных отростков, вакуолизацией клеток базального слоя, полосовидной лимфоцитарной инфильтрацией сосочкового слоя дермы.

Лечение. Принимая во внимание сложность патогенеза красного плоского лишая, успех возможен лишь при комплексном и индивидуализированном лечении с использованием современных средств и методов. Важно учитывать условия, способствующие появлению болезни. При этом необходимо устранить факторы риска — бытовые и профессиональные вредности, сопутствующие заболеванию, очаги фокальной инфекции. Проводят санацию полости рта, протезирование. Пищевые продукты не должны вызывать раздражение слизистых оболочек рта. Обращается внимание на предшествующее лечение и переносимость лекарственных веществ [4].

В связи с тем, что материальной основой заболевания является иммунное воспаление (реакция гиперчувствительности замедленного типа — ГЗТ), коррекция иммунитета приобретает особое значение. Для прерывания кооперативной связи иммунокомпетентных клеток в качестве базисной терапии назначают глюкокортикостероиды

в сочетании с производными 4-аминохинолина (гидроксихлорохин, хлорохин), особенно при распространенных и резистентных формах.

В остром периоде при наличии интенсивного зуда показаны гистаминовые Н1-блокаторы и антисеротониновые препараты и блокаторы катехоламинов. Наряду с этим назначают седативные средства и антидепрессанты, способствующие нормализации сна и уменьшению зуда.

На метаболические процессы благоприятное действие оказывает витаминотерапия. Витамин А влияет на пролиферацию и дифференциацию кератиноцитов (суточная доза для взрослых — 100 000 МЕ). Ретиноиды — дериваты витамина А (тигазон, неотигазон, этретионат, изотретиноин, роаккутан) уменьшают интенсивность воспалительной реакции, влияют на состояние клеточных мембран и нормализуют процессы пролиферации. Более эффективны ретиноиды при поражении слизистой оболочки рта и красной каймы губ. В последние годы с успехом применяются аналоги витамина А — каротиноиды, особенно при атипичных формах, в частности эрозивно-язвенной, а также при поражении слизистой рта и половых органов [3].

Витамин Е (а-токоферола ацетат), используемый как антиоксидант и ингибитор системы цитохрома Р-450, позволяет при комплексном лечении кортикостероидами снизить суточную дозу и сократить сроки стероидной терапии. Поливитаминный препарат «Аевит» показан больным при длительном хроническом течении болезни, при веррукозных формах и поражении слизистых оболочек.

При хроническом рецидивирующем течении дерматоза показаны средства, улучшающие кислородное обеспечение тканей.

Наружное лечение аппликациями кортикостероидных мазей, растворами и противозудными взбалтываемыми смесями с ментолом, анестезином, лимонной кислотой, антигистаминными средствами назначают при интенсивном зуде. Гипертрофические очаги разрушают путем криодеструкции или электрокоагуляции. Эрозивно-язвенные очаги подлежат местной терапии эпителизирующими средствами, в их числе солкосерил, облепиховое масло, масло шиповника.

Из методов немедикаментозной терапии заслуживает внимания фототерапия. В настоящее время с успехом используется метод комбинированной фототерапии (UVAB). Данная терапия оказывает влияние на иммунные реакции, повреждая иммунокомпетентные клетки в коже. При этом исчезает поверхностный лимфоцитарный инфильтрат в дерме, нормализуется клеточный состав в эпидермисе.

Из перечисленных средств и методов лишь рациональный их выбор — последовательное этапное (курсовое) применение с учетом индивидуальных особенностей больного, характера течения заболевания — позволяет достичь положительных результатов.

В последнее время все шире используется иммунотропная терапия красного плоского лишая, в том числе с применением экзогенных интерферонов (реаферон, интерлок) и интерфероногенов (неовир, ридостин).

Если есть подозрение, что болезнь вызвана каким-либо лекарственным препаратом или химическим веществом, то его применение следует прекратить. Необходимо тщательное обследование больных для выявления у них внутренних болезней. В первую очередь, нужно исследовать желудочно-кишечный тракт, показатели сахара крови, нервно-психическое состояние.

В отсутствие симптомов — лечение не требуется.

Из физиотерапевтических процедур используют электросон, диадинамические токи паравертебрально, индуктотермию поясничной области.

Профилактика. Первичная профилактика заключается в санации очагов хронической инфекции, лечении психоневрологических расстройств; следует также избегать переутомлений, стрессов. Профилактика обострений: назначение водных процедур — ванн, душа (в остром периоде заболевания не рекомендуются), сероводородных и радоновых ванн; соблюдение диеты (исключение из рациона кофе, пряностей, шоколада, меда, алкоголя и т. д.) [1, 3].

Цель исследования. Проведение анализа встречаемости и лечения красного плоского лишая в условиях консультативной поликлиники РСНПМЦ ДиВ.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением в течение 2007–2009 гг. находились 42 больных КПЛ. (10 — мужчин, 32 — женщины) в возрасте от 20 до 60 лет. С типичной формой с изолированным поражением только кожи — 10 больных, с поражением только слизистой оболочки полости рта и половых органов — 18 (среди них эрозивно-язвенная форма — у 4 больных), с комбинированными поражениями — 14 больных. Городских жителей — 17, областных — 25 больных. Сопутствующими заболеваниями (хронические гастриты, хронические холециститы, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, хронический пиелонефрит, жировой гепатоз) страдали 11 больных.

Большинство больных уже получили одно или 2-кратное лечение. В связи с особенностями течения заболевания выбор лечения должен быть индивидуальным.

По длительности течения КПЛ больные распределились следующим образом:

1–3 года — 8 больных; 3–5 лет — 20 больных; 5–8 лет — 11 больных; более 10 лет — 3 больных.

Курс лечения в зависимости от формы варьировал от 10 до 25 дней.

Все пациенты в зависимости от распространенности, формы и наличия сопутствующих заболеваний получили следующее лечение:

1) *С типичной формой с изолированным поражением только кожи*:

— антигистаминные препараты (леозин, аналергин, лорат аль, эриус, зодак);

— десенсибилизирующие препараты (глюконат кальция, тиосульфат натрия);

— гепатопротекторы (карсил, ливолин, бонджигар, апкосул, стронгер нео-менофаген С);

— витамины (А, Е, группы В, никотиновая кислота);

— седативные препараты (фенозепам, тозепам);

— наружная терапия — стероидные кремы, взбалтываемые смеси;

— физиотерапия (электросон, ультразвук паравертебрально, электрофорез);

2) *при заболевании слизистой оболочки полости рта и половых органов:*

— антималирийные препараты (делагил, плаквинил);

— витамины (А, Е и никотиновая кислота);

— антибиотики (макролиды и цефалоспорины).

При эрозивно-язвенной форме к лечению добавлялись кортикостероиды (депомедрол, дипроспан, солю-медрол) и наружная терапия — аппликации с аевитом, солкосерил, анилиновые красители и стероидные кремы (элоком, адвантан, целестодерм);

3) *при комбинированных поражениях кожи и слизистой оболочки*, в зависимости от давности заболевания, течения, стадии и сопутствующих заболеваний к традиционной терапии добавлялись:

— противовирусные препараты (циклоферон, радостин, улкарил, валтрекс);

— препараты, воздействующие на вегетативную нервную систему (белласпон, пирроксан);

— имунномодуляторы (т-активин, тимоген, тимолин и др.);

— антималирийные препараты (делагил, плаквинил);

— ферментные препараты (вобэнзим, контаб, энзистал);

— эубиотики (бифидум-, коли- и лактобактерии);

— гепатопротекторы (карсил, ливолин, бонджигар, апкосул, стронгер нео-менофаген С);

— наружная терапия — аппликации с аевитом, солкосерил, анилиновые красители, взбалтываемые смеси, 1 % и 2 % растворы резорцина и ментола;

— физиотерапия (UVA терапия, ультразвук).

Эффективность лечения оценивалась следующим образом: полное разрешение элементов — у 14 больных (33 %), значительное улучшение — у 10 больных (24 %), улучшение — у 7 больных (17 %), без эффекта — у 11 больных (26 %).

Таким образом, положительная динамика в процессе лечения наблюдалась у 74 % больных, что оказалось возможным при комплексном и индивидуализированном лечении с использованием современных средств и методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Довжанский С.И., Слесаренко Н.А. Красный плоский лишай. — Саратов: издательство СГУ. 1990. С. 176.
2. Машкиллейсон А.Л. Красный плоский лишай. В кн.: «Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ». — Москва. 1984. С. 190–204.
3. Машкиллейсон А.Л., Абрамова Е.И., Петрова Л.В. Лечение больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта и красной каймы губ. //Вестник дерматологии и венерологии. 1995. № 2. С.55–58.
4. Слесаренко Н.А. Красный плоский лишай (современные иммунологические и биохимические аспекты) и методы патогенетической терапии. //Автореф. дисс… докт. мед. наук. — Москва. 1995. С. 31.
5. Pinkus H. Lichennoid tissue reactions: A speculative review of the clinical spectrum of epidermal basal cell damage with special reference to erythema dyschromicum perstans //Arch Dermatol. 1973. 107:840–6.
6. Romero I. et al., Davies I. et al. JIMENEZ-MEDINA E. The immunomodulator PSK induces in vitro cytotoxic activity in tumour cell lines via arrest of cell cycle and induction of apoptosis. 1977. P. 89.

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ: ПАТОГЕНЕЗ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Н.В. МИРХАМИДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

РЕЗЮМЕ

ХУСНБУЗАР КАСАЛЛИГИ: ПАТОГЕНЕЗИ ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Н.В. Мирхамидова

Хуснбузар касаллигини даволашда, даво усулларини ўз вақтида коррекция килиб, узок давр мобайнида дерматолог назоратида туриш тавсия қилинади.

SUMMARY

ACNE: PATHOGENESIS END MODERN METHODS OF TREATMENT

N.V. Mirkhamidova

The main purpose of treatment acne is a regular correction of prescribed treatment and long observe of dermatology.

Угревую болезнь (акне) относят к числу часто встречающихся в практике врача-дерматолога заболеваний кожи. Дебют заболевания обычно проявляется у девочек в возрасте от 12 до 14 лет, у мальчиков — в 14–15 лет. В этом возрасте возможны два варианта течения заболевания: физиологические акне и клинические акне, наблюдаемые у 15 % пациентов, которые требуют назначения лечения. У 7 % пациентов возможно развитие поздних акне, возникающих после 40 лет [1, 3, 5].

Угревая болезнь нередко является одним из осложнений жирной или смешанной форм себореи. У значительной части больных угревая болезнь склонна к хроническому течению, частым рецидивам и нередко оказывается резистентной к проводимой терапии.

Патоморфологически вульгарные угри представляют собой гнойное воспаление сальной железы и перигландулярной ткани. Принято различать несколько клинических разновидностей этого заболевания. К более легким и относительно благоприятно протекающим формам относят вульгарные, или юношеские, папулезные и пустулезные угри. Они легче поддаются лечению и обычно не оставляют грубых рубцовых изменений на коже. Напротив, индуративные, сливные, флегмонозные и конглобатные угри в связи с резистентностью к проводимой терапии, частыми рецидивами и возникновением при этих формах грубых косметических дефектов представляют для врача и больного сложную медицинскую и социально-психологическую проблему [3].

Психоэмоциональные расстройства выявляются у 40–50 % пациентов с угревой болезнью, ведущим является нозогенная депрессия невротического уровня, чаще протекающая по астено-тревожному и тревожному типам. Наибольшая частота психоэмоциональных расстройств наблюдается при II–III степени тяжести акне, при этом характерна обратная зависимость выраженности психоэмоциональных расстройств от степени тяжести и длительности болезни [2]. Поэтому важным для практического врача является ранняя диагностика, правильная клиническая оценка, своевременное назначение эффективных и безопасных препаратов в зависимости от клинической формы заболевания, что позволяет избежать состояния дисморфофобии, неудач в лечении и улучшить качество жизни больных.

Патогенез акне является мультифакторным. На сегодняшний день выделяют четыре ведущих фактора в этиологии заболевания: фолликулярный гиперкератоз, увеличение количества Propionibacterium acnes, изменение продукции кожного сала и воспаление.

Начальным этапом формирования заболевания является появление микрокомедонов, которые в дальнейшем колонизируются Propionibacterium acnes. Микрокомедоны являются результатом развития двух процессов — гиперпролиферации кератиноцитов акроворонки волосяного фолликула и избыточной продукции кожного сала, что в сочетании приводит к закупорке фолликула и формированию открытых и закрытых комедонов. Для кератиноцитов характерно увеличение тонофиламентов и десмосом, повышенное количество кератинов К6 и К16 [9].

Propionibacterium acnes являются анаэробными резидентными представителями микрофлоры

кожи человека, способными проявлять свои патогенные свойства только в определенных условиях. Propionibacterium acnes участвуют в развитии воспаления в очаге заболевания, способствуя освобождению хемотаксических факторов и цитокинов, а также превращению триглицеридов кожного сала в свободные жирные кислоты.

В механизме развития акне важными являются следующие компоненты патогенеза: относительный недостаток линолевой кислоты, действие андрогенов и свободных жирных кислот. На продукцию кожного сала огромное влияние оказывают андрогены, которые в большом количестве начинают поступать в кожу в пубертатном периоде, определенное значение имеет гормон роста, инсулиноподобный фактор роста и вещества, активирующие образование пероксисом [8].

Мишенями действия половых гормонов в коже являются эпидермис, волосяные фолликулы, сальные железы, фибробласты. На продукцию кожного сала влияют гормоны тестикулярного или овариального (свободный тестостерон) и надпочечникового (дегидроэпиандростерон, андростендион) происхождения. Подобное действие оказывает и предшественник тестостерона, эстрогенов и адренокортикостероидов — прогестерон, обладающий андрогенным и антиэстрогенным воздействием на секрецию сальных желез. Этим объясняется повышение салоотделения и усиление образования акне в предменструальный период.

Важное значение имеет не только повышение уровня андрогенов, но и повышенная чувствительность клеток-мишеней, в частности клеток сальной железы, к андрогенам, циркулирующим в крови.

В патогенезе угрей важная роль отводится дефициту цинка, который регистрируется у 80 % больных. На фоне цинкдефицитного состояния возрастает темп экскреции кожного сала, а тяжесть течения болезни коррелирует со степенью снижения цинка в организме больного. Цинк снижает активность 5а-редуктазы, что способствует нормализации соотношения гормонов и ведет к уменьшению салоотделения.

Наружная терапия является первой линией лечения акне у новорожденных, в детском возрасте, при дебюте акне и юношеских угрях. Назначение только наружной терапии показано при легких воспалительных и невоспалительных формах акне, невоспалительных формах акне средней тяжести. Во всех остальных случаях назначается комбинированная терапия с системными препаратами.

Препараты для наружной терапии назначаются длительно, минимальный курс лечения составляет 3 месяца, после окончания курса необходимо назначение лекарственных средств с профилактической целью для предотвращения обострения заболевания.

В 2002 г. разработаны рекомендации и алгоритм патогенетического лечения различных форм акне (XX Всемирный конгресс по дерматологии, Париж, 2002), в которых препаратами первого выбора врача при лечении акне являются местные ретиноиды. Топические ретиноиды влияют на процессы ороговения (кератинизацию и десквамацию), снижают салоотделение, усиливают пролиферацию эпителиоцитов кожи и обладают определенным противовоспалительным действием. Наиболее перспективным является *адапален* (дифферин), обладающий хорошей переносимостью, отсутствием фотосенсибилизирующего действия, высокой эффективностью при комедональных и папуло-пустулезных акне [6]. Адапален применяется после очищения кожи 1 раз в сутки на ночь, стойкое клиническое улучшение наблюдается через 3 месяца, в поддерживающем режиме препарат наносят 2–3 раза в неделю.

Бензоила пероксид (базирон АС, окси-5, окси-10) после нанесения на кожу приводит к освобождению активных форм кислорода, уменьшению синтеза свободных жирных кислот и образованию микрокомедонов. Препарат обладает выраженным влиянием на P. acnes, St. epidermidis, Malassezia furfur и снижает риск развития резистентности при комбинировании с антибиотиками. Выпускается препарат в виде 2,5–10%-ного геля и 5–10%-ного лосьона. Бензоил пероксид наносят на кожу 2–3 раза в день в течение 1–3 мес. Побочными эффектами препарата являются раздражающее действие, особенно при применении высоких концентраций, повышение фоточувствительности за счет истончения рогового слоя. Препарат способен обесцвечивать волосы, поэтому рекомендуется его применение при сочетании акне и гипертрихоза. Противопоказанием является повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Широко применяется для наружного лечения акне *азелаиновая кислота* (скинорен), нормализующая процессы кератинизации фолликула обладающая, антимикробным и противовоспалительным действием и способствующая уменьшеную пигментации кожи [4]. Препарат выпускают в виде 20%-ного крема и 15%-ного геля. Наносят его на всю поверхность лица или другие пораженные участки кожи утром и вечером, лечение продолжают до достижения терапевтического эффекта. Специфических противопоказаний к препарату нет.

Топические антибиотики. Назначение показано при папуло-пустулезных акне легкой и средней тяжести в комбинации с топическими ретиноидами или бензоил пероксидом. Среди антибиотиков для наружного применения на первом месте стоят эритромицин, клиндамицин, фузидиевая кислота. Монотерапия местными антибиотиками не дает желательного эффекта, так как не оказывает

достаточного влияния на основные патогенетические факторы, кроме колонизации P. acnes.

Эритромицин выпускается в комбинации с препаратом цинка (*зинерит*). Лосьон наносят на кожу 2 раза в день в течение 12 недель. Побочное действие — сухость, жжение, дерматит.

Клиндамицин выпускается в виде 1%-ного геля или лосьона, который при нанесении на кожу гидролизуется в выводных протоках сальных желез. Несмотря на минимальное всасывание, препарат может вызывать нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, аллергические реакции. Наносят препарат 1–2 раза в день в течение 3 месяцев.

Фузидиевая кислота выпускается для наружного применения в виде 2%-ного крема (фуцидин), обладает способностью хорошо проникать через неповрежденную кожу и оказывает выраженное бактерицидное действие [7]. Крем применяют 2 раза в день в течение 7 дней. Не отмечено системного действия препарата и индивидуальной непереносимости.

Местные формы антибиотиков обычно хорошо переносятся, аллергический контактный дерматит развивается редко. Длительное наружное применение антибиотиков может привести к развитию бактериальной резистентности P. acnes.

Яблочная, тартаровая, цитрусовая, молочная, гликолевая α-гидроксикислоты (АНА) обладают комедолитическим свойством. При концентрации АНА 30–70 % (гликолевый пилинг) лечение проводится утром 1 раз в день, в вечернее время назначают ретиноиды. Препараты с концентрацией кислоты 10–15 % (эксфолиак, крем 10 %; эксфолиак, крем 15 %) назначают пациентам с акне ежедневно в течение 8 недель. При низких концентрациях АНА лекарственные средства назначаются в межрецидивный период и для профилактики осложнений угревой болезни (рубцов и пигментации).

Салициловая кислота, резорцин (*β-гидроксикислоты)* влияют на фолликулярный гиперкератоз, так как являются слабыми кератолитиками и обладают противовоспалительными свойствами. Применяются в различных лекарственных формах, чаще растворах (салициловая кислота 0,5–5%-ная, резорцин 1–3%-ный).

Гиалуроновая кислота в сочетании с цинком (куриозин, гель) используется как профилактическое средство после разрешения клинических проявлений акне. Гиалуроновая кислота способствует формированию косметических рубцов. Препарат наносят 2 раза в сутки до достижения клинического эффекта. Побочными реакциями являются жжение, чувство стягивания кожи, легкая гиперемия, которые самостоятельно исчезают при продолжении терапии.

Системная терапия акне показана для лечения больных с акне средней или тяжелой формы, особенно в случаях образования рубцов, дисхромий или значительных психосоциальных расстройств. Системная терапия может быть необходима при непереносимости или неэффективности местного лечения.

Наиболее эффективным препаратом для лечения акне среднетяжелой и тяжелой форм является *изотретиноин* (*роаккутан*), который при системном применении вызывает длительные ремиссии или излечение у большинства больных. Препарат является ретиноидом, рекомендуемым для системного применения, влияет на процессы дифференцировки и кератинизации клеток эпидермиса, в том числе сальных желез, обладает выраженным себостатическим и противовоспалительным действием. Оптимальная суточная доза изотретиноина составляет 0,5–1,0 мг на 1 кг массы тела больного. Стандартная начальная терапевтическая доза — 0,5 мг/кг. Обычные сроки лечения составляют 4–8 месяцев. После достижения выраженного терапевтического эффекта (чаще к концу 2-го месяца) начальная суточная доза снижается (с 1,0 до 0,5 мг/кг; с 0,5 до 0,2–0,3 мг/кг) и используется до излечения пациента. При флегмонозных и конглобатных угрях снижение суточной дозы целесообразно проводить в более поздние сроки (через 3–4 месяца после начала лечения) [3].

Роаккутан обладает тератогенным действием, что ограничивает его применение для женщин детородного возраста. До начала лечения обязательно исключается беременность, пациентки должны использовать эффективные контрацептивные средства за месяц до начала лечения, в период лечения и в течение месяца после его прекращения.

Побочные реакции при приеме роаккутана многообразны и касаются различных органов и систем (сухость кожи и слизистых, хейлит, конъюнктивит, носовые кровотечения, ретиноидный дерматит, фотосенсибилизация кожи, мышечная скованность, гиперостоз, повышение активности трансаминаз, липидов крови и др.). Кроме тератогенного эффекта остальные побочные реакции являются дозозависимыми. До начала и в процессе лечения необходим тщательный контроль состояния пациента. Пациенты с почечной и печеночной недостаточностью, сахарным диабетом, склонностью к нарушению обмена веществ (гиперлипидемия) не должны получать лечение этим препаратом.

Системные антибиотики. Наиболее часто применяют *эритромицин* и *тетрациклин*. Лечение антибиотиками проводят длительно, 6–8 недель и дольше. Назначаются дозы с 1 г в сутки циклами по 5–10 дней без перерывов, но со снижением суточной дозы в каждом последующем цикле на 0,1–0,2 г, доводя постепенно суточную дозу до 0,1–0,2 г [3]. Одновременно с антибиотиками необходимо назначать противогрибковые препараты для профилактики кандидозов и пре-

параты цинка (сульфат или окись цинка, 0,02–0,05, 2–3 раза в день после еды). Противопоказаниями для назначения системных антибиотиков являются индивидуальная непереносимость, беременность и лактация, наличие сопутствующих грибковых поражений кожи и слизистых, тяжелые заболевания печени и почек, лейкопении.

Оральные контрацептивы (диане-35) обладают фармакологическим действием, связанным с блокированием рецепторов андрогенов и уменьшением их эндогенного синтеза. В результате тормозится секреция сальных желез. Диане-35 содержит 2 мг ципротерона ацетата и 35 мкг этинилэстрадиола. Препарат назначают только женщинам, с 5-го дня менструального цикла ежедневно по 1 драже в сутки в течение 21 дня, затем — 7-дневный перерыв. Противопоказаниями для назначения препарата являются беременность и лактация, тяжелые заболевания печени, тромбоэмболические процессы, сахарный диабет, нарушения липидного обмена, гипертоническая болезнь.

По степени влияния на основные факторы патогенеза действие препаратов проявляется так, что ретиноиды являются самыми эффективными средствами для контроля гиперкератинизации фолликула и предотвращения развития микрокомедонов. В меньшей степени на этот процесс влияют бензоил пероксид, азелаиновая и салициловая кислота. По влиянию на P. acnes на первом месте стоит бензоил пероксид, затем антибиотики и азелаиновая кислота и в меньшей степени изотретиноин. Уменьшению секреции кожного сала способствуют ретиноиды и гормональные препараты. Менее всего современные лекарственные средства влияют на процесс воспаления в области угревых элементов [8].

Ни один из современных методов лечения угрей не может гарантировать отсутствия рецидивов заболевания в будущем. Поэтому при достижении клинического выздоровления каждому пациенту следует рекомендовать комплекс лечебно-профилактических мероприятий, которые могут быть разделены на рекомендации по уходу за кожей и общие.

Среди общих рекомендаций важными являются санация очагов хронической инфекции, обследование органов желудочно-кишечного тракта и эндокринной системы, общее закаливание организма.

Диета с ограничением шоколада, кофе, углеводов, алкоголя должна рекомендоваться в тех случаях, когда употребление в пищу этих продуктов приводит к усилению жирности кожи лица и обострению заболевания.

Развитие акне не связано с недостаточностью ухода за кожей лица, как это часто считают пациенты, начиная лечение заболевания с посещения косметолога. В то же время, выполнение ежедневных очищающих процедур косметического характера показано при любой тяжести заболевания. Рекомендуется ежедневное очищение кожи с использованием различных моющих средств, поддерживающих нейтральный или кислый pH кожи и обладающих антибактериальным действием. Пациент должен знать о необходимости исключения косметических средств, вызывающих закупорку протоков сальных желез (мази, жирные кремы), и скрабов.

Таким образом, располагая широким выбором средств для лечения акне и косметической продукцией для ухода за кожей, склонной к угревой болезни, врач в процессе лечения может переходить от направленного воздействия на одни механизмы патогенеза к препаратам, влияющим на его другие компоненты. При этом самым важным является регулярная коррекция назначенного лечения и длительное динамическое, диспансерное наблюдение за пациентом, даже после достижения клинической ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В. П. Акне вульгарные и розовые. — М.: Медицинская книга; Н. Новгород: издательство НГМА. 2003. 160 с.
2. Иванов О. Л., Самгин М. А., Монахов С. А., Львов А. Н. Характеристика и коррекция психоэмоциональных расстройств (ПЭР) у больных акне // Тезисы научных работ IX Всероссийского съезда дерматовенерологов. — Москва. 2005. Т. 1. С. 90.
3. Кривошеев Б. Н., Ермаков М. Н., Криницына Ю. М. Современные методы лечения угревой болезни. Методические рекомендации. — Новосибирск. 1997. 16 с.
4. Кунгуров Н. В., Кохан М. М. Опыт применения азелаиновой кислоты 20 % (Скинорена) в терапии акне // Клиническая дерматология и венерология. 2002. № 2. С. 31–35.
5. Масюкова С. А., Ахтямов С. Н. Акне: проблема и решение // Consilium medicum. 2002. Т. 4. № 5. С. 217–223.
6. Масюкова С. А., Гладько В. В., Бекмагомаева З. А. Опыт применения нового топического ретиноида — адапалена в лечении акне // Клиническая дерматология и венерология. 2002. № 2. С. 36–39.
7. Сергеева И. Г., Криницына Ю. М. Опыт применения препаратов фузидиевой кислоты в дерматологии // I Российский конгресс дерматологов. 2003. Т. 1. С. 112.
8. Thiboutot D. Pathogenesis and treatment of acne // 10th Congress EADV. Munich. 2001. 91.
9. Wolf J. E. Increasing role of retinoids in acne treatment // 10 th Congress EADV. Munich. 2001. 91.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ДЕРМАТОЛОГИЯ ВА ВЕНЕРОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГЛАР ВА ЭСТЕТИК ТИББИЁТ ШИФОКОРЛАРИ, АССОЦИАЦИЯСИ

АНДИЖОН ВИЛОЯТИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ БОШ БОШҚАРМАСИ

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ

АССОЦИАЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И ВРАЧЕЙ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ОБЛАСТНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АНДИЖАНСКОГО ВИЛОЯТА

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

«БАРКАМОЛ АВЛОД ЙИЛИГА» БАҒИШЛАНГАН «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА КОСМЕТОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ» ИЛМИЙ-АМАЛИЙ КОНФЕРЕНЦИЯСИ

Илмий ишлар тўплами

РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ», ПОСВЯЩЕННАЯ «ГОДУ ГАРМОНИЧНО РАЗВИТОГО ПОКОЛЕНИЯ»

Тезисы научных работ

Андижон шахри
14–15 май 2010 йил

город Андижан
14–15 мая 2010 год

Мухаррирлик кенгаши конференция материалларининг мазмунига маъсул эмас. Илмий тўпламлар муаллифлар томонидан топширилган оригинал ҳолда чоп этилмоқда

Редакционный совет не несет ответственности за содержание материалов конференции. Тезисы публикуются в соответствии с оригиналами авторских текстов

СОСТОЯНИЕ ОБМЕНА ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

А.С. АБДРАХМАНОВА

Медицинский университет Астана, г. Астана, Республика Казахстан

Материалы и методы. Обследовано 43 больных вульгарным и экссудативным псориазом в возрасте от 15 до 40 лет. Определение концентрации гомоцистеина (ГЦ) сыворотки крови проводилось методом иммуноферментного анализа на аппарате «Anthos-2020».

Результаты. При исследовании уровня ГЦ в сыворотке крови больных псориазом, в группе от 15 до 20 лет средние показатели ГЦ составили 10,81±1,58 мкмоль/л; в группе больных от 21 до 30 лет — 10,22 ±2,68 мкмоль/л, в возрасте 31–40 лет — 12,82±2,87 мкмоль/л, что соответствует общепринятым высоким нормальным показателям гомоцистеинемии. В сравнении со здоровыми лицами показатели ГЦ в сыворотке крови больных псориазом во всех возрастных группах оказались достоверно выше ($p < 0,05$).

У больных псориазом 1-й возрастной группы уровень ГЦ в среднем оказался на 8,39 мкмоль/л выше, чем у их сверстников, не страдающих псориазом. Во 2-й возрастной группе среднее значение ГЦ на 7,46 мкмоль/л больше, чем в группе контроля. В 3-й группе разница со средними показателями ГЦ у здоровых лиц составила 8,19 мкмоль/л.

Таким образом, при псориазе имеет место повышение концентрации гомоцистеина в сыворотке крови, что требует дополнительных исследований патогенеза данного дерматоза.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ГОМОЦИСТЕИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

А.С. АБДРАХМАНОВА

Медицинский университет Астана, г. Астана, Республика Казахстан

Материалы и методы. Обследовано 43 больных вульгарным и экссудативным псориазом в возрасте от 15 до 40 лет. Определение концентрации гомоцистеина (ГЦ) сыворотки крови проводилось методом иммуноферментного анализа на аппарате «Anthos–2020».

Результаты. При прогрессирующей стадии псориаза средние показатели ГЦ в сыворотке крови больных составили 13,6±2,39 мкмоль/л ($p<0,001$ — с контрольной группой, $p<0,05$ — со стационарной стадией). Причем, большинство в данной группе — 9 (56 %) составили больные с высокими нормальными показателями гомоцистеинемии — 6 (37 %) больных и с умеренной ГГЦ — 3 (19 %) больных.

У больных со стационарной стадией псориаза ГЦ в сыворотке крови в среднем составил 9,8±1,59 мкмоль/л ($p<0,05$ — с контрольной группой). У большей части — 20 (80 %) больных гомоцистеин оказался на уровне до 10 мкмоль/л. У 4-х (16 %) больных выявлены высокие нормальные значения ГЦ сыворотки крови и лишь у одного пациента значения ГЦ сыворотки крови оказались более 15 мкмоль/л. У пациентов в стадии регресса ГЦ в среднем составил 7,36±0,19 мкмоль/л. У всех больных этой группы значения ГЦ оказались менее 10 мкмоль/л.

При проведении корелляционного анализа с последующей кластеризацией выявлена положительная достоверная коррелляция ГЦ сыворотки крови с индексом PASI.

Таким образом, имеется достоверная взаимосвязь уровня гомоцистеинемии с тяжестью клинических проявлений псориатического процесса.

ВРОЖДЕННЫЙ ИХТИОЗ И ГИПОТИРЕОЗ, ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОШИБКА

М.И. АБДУЛЛАЕВ, А.М. МАННАНОВ, А.В. ПАК

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Среди дерматозов, характеризующихся гиперкератозом, в регионах Центральной Азии незаменимое место занимает ихтиоз. На первый взгляд, заболевание в диагностике не вызывает никаких затруднений, это связано со своеобразным утолщением и сухостью кожного покрова. Но не-

которые генодерматозы и эндокринологические заболевания сопровождаются кожными изменениями, напоминающими ихтиоз. В таких случаях, часто допускаются диагностические ошибки, и эти больные долгое время лечатся у дерматологов без положительной динамики, иногда с ухудшением не только кожного процесса, но и общего состояния.

Приводим наше наблюдение: в дерматологическое отделение клиники ТашПМИ обратилась больная Б. 12 лет с жалобами на сухость и утолщение кожи, отек на лице и губах, слабость, сонливость, ухудшение памяти, запоры. Со слов родителей, первые признаки заболевания начались у девочки в 5–6 летнем возрасте с появления сухости и утолщения кожи верхних и нижних конечностей. Они обратились к дерматологу по месту жительства, где был установлен диагноз: «Ихтиоз», назначено соответствующее лечение, но без изменений. В последние годы сухость кожи прогрессировала, появилась отечность лица и губ, слабость и ухудшение памяти, в связи с чем, родители обратились в нашу клинику. Ребенок от первой беременности, родился в срок весом 3300 гр. До 5–6 ти лет рос и развивался нормально. Прививки получил по календарю, наследственность не отягощена. Клинико-лабораторные обследования показали: общий анализ крови; Нв — 87 г/л, эритроциты — 3,7, ц/п 0,7, лейкоциты — 5,0, п/я — 1 %, с/я — 64 %, эозинофилы — 2 %, лимфоциты — 29 %, моноциты — 1 %, СОЭ — 13 мм\ч, биохимические анализы: общий белок — 72,4, альбумин — 52,3, мочевина — 9,6, креатинин — 121,2, АЛТ — 0,39, билирубин — 16,4, ТТГ — 6,3 мМЕ/л, Т4 — 52 нмоль/л. Рентгенография кистей рук — костный возраст = 8,5–9 лет, зоны роста открыты. УЗИ: почки и печень без признаков эхопатологии. Окулист — глазное дно в норме. Невропатолог — эндокринная энцефалопатия.

Эндокринолог — врожденный гипотиреоз. Тяжелая форма. Анемия II степени.

Таким образом, имевшаяся у больной сухость кожи, местами утолщение кожи были клиническими проявлениями врожденного гипотиреоза. При врожденном гипотиреозе, в отличие от ихтиоза, наблюдается отечность лица, губ, иногда носа, кожа на ощупь холодная, волосы и ногти истонченные, ломкие, отмечается отставание в физическом развитии. Больные склонны к гипохромной анемии, что наблюдалось нами у наблюдаемой больной. После совместного с эндокринологом этиопатогенетического лечения через 1,5 месяца отмечалось значительное улучшение общего состояния больной и кожного процесса, что свидетельствует о необходимости консультирования больных с аналогичными проявлениями у эндокринолога.

АМИНОКИСЛОТНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ КОЖНО-ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

М.И. АБДУЛЛАЕВ, У.Ш. РИХСИЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

У 36 детей, больных витилиго, в сыворотке крови с помощью метода газожидкостной хроматографии было исследовано 18 аминокислот. Активность кожно-патологического процесса определялась согласно индексу VIDA (Vitiligo Desease Activity), предложенного M. Njoo в 1999 г.

Учитывая усиление показателей нарушенных обменных процессов в прогрессирующей стадии различных заболевании, мы проанализировали состояние аминокислотного спектра крови у больных витилиго в зависимости от активности кожно-патологического процесса. Самые высокие показатели аминокислот в сыворотки крови у обследованных больных были выявлены в прогрессирующей стадии витилиго (VIDA=4–6), особенно цистеина, глютаминовой кислоты, трионина, глицина, аргенина, пролина, тирозина, аспаргиновой кислоты, гистидина. Количество фенилаланина оказалось сниженным ($P < 0,05$) у всех больных независимо от стадии заболевания. У детей, больных витилиго, в прогрессирующей стадии заболевания показатели 17 аминокислот из 18 изученных были статистически достоверны ($P < 0,001$) и отличались не только от данных здоровых детей, но и от показателей больных витилиго, активность кожного процесса которых находилась в стационарной стадии (VIDA=0–1). Наблюдаемая самая высокая гипераминоацедемия в прогрессирующей стадии заболевания вероятно связана с усиленным распадом меланоцитов и меланина и с последующим высвобождением указанных аминокислот.

Полученные данные еще раз подтвердили патогномичность выявленной дисаминоацидемии у больных витилиго, так как самые высокие концентрации указанных аминокислот и нарушение их соотношения констатированы в прогрессирующей стадии заболевания.

Выявленные отклонения в аминокислотном обмене у больных витилиго открывают новые возможности для научно-исследовательских работ в этом направлении.

ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИДА ПОЛИФИТ МОЙИНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

З.М. АБИДОВА, Н.Б. БАЙНАЗАРОВ

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий амалий тиббиёт маркази

Ҳозирги кунда яллигланиш ва кичишиш билан кечадиган дерматозларда махаллий дори воситалари мухим ахамият касб этмокда. Шу муносабат билан Тошкент фармацевтика институти томонидан ишлаб чикарилган таркиби Далачой, Тоғрайгон, Иттикан усимликларининг ер устки қисми, Газанда барглари, Наъматак меваси, Кизилмия илдизларидан таркиб топган ва махаллий дори воситаси сифатида кулланишга мулжалланган Полифитомой эритмасини РИД ва ВИАТМ клиникасининг микология булимида псориаз хасталигининг турли шакллари билан даволанган 10 беморда куллаб унинг самарадорлик натижалари урганилиб чикилди. Бунда касалликнинг экссудатив шакли билан 9 та бемор, бош сочли кисми зарарланиши билан 1 та бемор бўлиб, булардан эркаклар — 6 та, аёллар — 4 тани ташкил этди.

Препарат Десенсибилловчи ва умумкувватловчи терапия асосида кунига 2 махал зарарланган тери юзасига суришга буюрилди. Бунда яллигланиш аломатлари булган 7 та беморда терапиянинг 6 кунидан бошлаб камайишни, яъни яллигланиш белгилари сурилишни бошлади. Кичишиш эса 4–5 кунларга келиб камайди. Даво чораларининг 14–15 кунларига келиб эса бу белгилар умуман йуколди. 2 та беморда терапиянинг 3–4 кунларига келиб кичишиш камайишни бошлади, гиперемия холати эса 6–7 кунларига келиб сурила бошлади. Даво чораларининг 11–12 кунларида эритема холати сурилиб, кичишиш хиссиёти тухтади.

Юкорида келтирилган беморларнинг 1 тасида Полифитомой эритмасини куллаганда кичишиш холати биринчи куни кучайиб, 2–3 кунлари эса бу хиссиёт зурайиб ва янги элементларнинг пайдо булиши кузатилди. Шу сабабли ушбу беморларда эритмани куллаш бекор килинди.

Шундай килиб, Полифитомой эритмаси яллигланиш ва кичишиш билан кечадиган дерматозларда (баъзи инфекцион дерматозлардан ташкари) махаллий даво воситаси сифатида кулланилиши мумкин.

ЗНАЧЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО

М.А. АДЫЛОВ

Второй республиканский медицинский колледж, г. Ташкент

В литературе имеются сведения, что в патогенезе развития алопеции важную роль играют функциональные нарушения нервной системы. В связи с этим, нами было исследовано состояние вегетативной нервной системы у больных алопецией в зависимости от клинического течения дерматоза.

Под нашим клиническим наблюдением находились 145 больных алопецией, из них у 76 (52,4 %) диагностирована очаговая, у 59 (40,7 %) — тотальная и у 10 (6,9 %) — универсальная формы алопеции. Изучение вегетативного тонуса проводили по методу кардиоинтервалографии, предложенный Р.М. Баевским и соавт. (1984).

Проведенные исследования показали, что среди больных очаговой алопецией лица с симпатотическим тонусом составили 58,8 %, парасимпатотическим — 24,5 % и нормотоническим — 17,0 %. Аналогичная картина наблюдалось и у больных с тотальной алопецией. В данной группе симпатотоники составили 59,4 %, парасимпатотоники — 23,4 % и нормотоники — 17,2 %. В контрольной группе эти показатели выглядели так: лица с симпатотическим тонусом составили 27,9 %, парасимпатотическим — 22,0 % и нормотоническим — 51,0 %.

При изучении клинического течения кожного процесса было выявлено, что симпатотоники как на причину заболевания достоверно чаще указывали на стрессовые ситуации (45,6 %), по сравнению с нормотониками (26,9 %) и парасимпатотониками (28,7 %) и для первых было характерно наибольшее число больных (75,6 %) с множественными очагами поражения, чем парасимпатотоники (63,4 %, $P<0,05$) и нормотоники (60,9 %, $P<0,01$).

Следовательно, вегетативная нервная система играет существенную роль в развитии и клиническом течении алопеции.

ДИАГНОСТИКА РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИИ У БОЛЬНЫХ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Н.П. АЙДАРОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Цель: комплексное изучение чувствительности рецепторного аппарата бронхиального дерева у пациентов с атопическим дерматитом и сочетанными формами аллергиии.

Материалы и методы. Обследование проводилось на базе РНСАЦ.

Проведено функциональное обследование 30 больных.

В первую группу включены 15 больных с атопическим дерматитом, средний возраст — 16±4,97 лет, во вторую группу 15 больных с сочетанными аллергическими заболеваниями (атопический дерматит в сочетании с бронхиальной астмой,аллергическим ринитом, поллинозом). Средний возраст больных — 20±2,8 лет.

Комплексное обследование включало сбор анамнеза, объективный осмотр, лабораторную диагностику, исследование функции внешнего дыхания с компьютерной оценкой полученных данных. Проведены бронхомоторные тесты.

Результаты. В первой группе тяжелое течение атопического дерматита зарегистрировано у 37,5 %, среднетяжелое у 30 %, легкое течение у 25 % больных. У 21 % кожные изменения носили распространенный и диффузный характер. Ограниченные варианты поражения кожи выявлены у 20 %. Частота обострения заболевания в среднем составила 2±0,5 эпизодов в год. В 80 % случаев отмечена отягощенная наследственность по атопическим заболеваниям. Атопический генез заболевания подтвержен наличием повышенного содержания общего Ig E в сыворотке крови, в среднем 267,7±17 МЕ/мл.

Во второй группе тяжелое течение атопического дерматита зарегистрировано у 40 %, среднетяжелое — у 46 %, легкое — у 13 % больных.

Показатели ФВД (функция внешнего дыхания) в первой группе ОФВ1 и ФЖЕЛ снижены на 60 % от нормальных величин у 80 % больных. Также наблюдалась обструкция на уровне бронхов мелкого калибра. Во второй группе показатели снижены на 70 % у 90 % больных.

При проведении бронхомоторных тестов показатель лабильности бронхов (ПЛБ) был повышен в среднем на 65–70 % в первой группе, во второй группе ПЛБ был повышенным на 85–90 %.

Выводы: Таким образом, раннее выявление скрытой гиперактивности бронхов у больных атопическим дерматитом позволит приостановить развитие этапов атопического марша, провести профилактические мероприятия по предотвращению осложнений респираторной аллергии: аллергического ринита и бронхиальной астмы.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

С.С. АРИФОВ, Ф.В. АЗИМОВА, Н.Д. ИКРАМОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Роль биохимических, иммунологических, генетических и других биологических аспектов в патогенезе витилиго изучается на протяжении многих лет. И все же в настоящее время природа витилиго остается невыясненной. Отечественными и зарубежными исследователями выявлено уменьшение или полное отсутствие меланоцитов в депигментированной коже, но они сохранены и остаются в неактивном состоянии в наружном корневом влагалище волосяных фолликулов. В процессе лечения они пролиферируют, мигрируют в эпидермис и становятся активными. Наиболее предпочтительной теорией разрушения меланоцитов являются нарушения со стороны иммунной системы. Об этом свидетельствует выявление у больных витилиго различных нарушений клеточного иммунитета, частое сочетание с аутоиммунными заболеваниями. Цитокины, являющиеся продуктами секреции активированных иммунокомпетентных клеток, являются важнейшими участниками реализации сложного каскада иммунных реакций. Такие провоспалительные цитокины, как фактор некроза опухоли (TNF-a) и интерлейкин 6 (IL-6), могут ингибировать меланоцитарную пролиферацию и меланогенез. В связи с этим, **целью нашего исследования** явилось изучение цитокинового статуса (IL-6, TNF-a) крови больных витилиго, что позволит глубже понять механизмы развития заболевания и на основе выявленных нарушений разработать новые методы терапии.

Под нашим наблюдением находился 21 больной в возрасте от 12 до 37 лет, среди них мужчин — 14, женщин — 7. У 16 пациентов диагностирова-

на вульгарная форма витилиго, у 3 — сегментарная, у 2 — фокальная. Продолжительность заболевания варьировала от 3 мес. до 10 лет. У 85 % больных наблюдалась прогрессирующая стадия заболевания. Контрольную группу составили 12 здоровых добровольцев. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Сопутствующая патология была представлена заболеваниями желудочно-кишечного тракта (гастриты, колиты, хронические гепатиты с дискенезией желчных путей) — 42,6 %, диффузным зобом различной степени — 37,3 %, нейроциркуляторной дистонией — 20,1 %. У всех больных витилиго отмечалась железодефицитная анемия различной степени тяжести.

Результаты исследования показали достоверное увеличение TNF-a от 60 до 180 нг/мл, тогда как в контрольной группе этот показатель варьировал от 0 до 6 нг/мл. Показатели IL-6 не отличались от контрольной группы, лишь у 2 больных с акрофациальной формой витилиго наблюдалось повышение его уровня до 200 пг/мл.

Вывод. Таким образом, выявленное нами увеличение концентрации в крови интерлейкина-6 (IL-6), фактора некроза опухоли — α (TNF-a) свидетельствует о наличии нарушения состояния иммунной системы у больных витилиго и подтверждает мнение о важной роли в патогенезе заболевания иммунных реакций. Полученные данные обосновывают поиск новых методов терапии, направленных на нормализацию иммунных изменений.

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ КОЖИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

С.С. АРИФОВ, Б.Т. САТОВ, А.И. ИСМАГИЛОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Витилиго является полиэтиологическим заболеванием, а клеточные механизмы, приводящие к появлению данного дерматоза, остаются все еще до конца неизученными. Отечественными и зарубежными исследователями выявлено уменьшение или полное отсутствие меланоцитов в депигментированном участке коже, но они сохранены и остаются в неактивном состоянии в наружном корневом влагалище волосяных фолликулов. Немаловажную роль в патогенезе заболевания играет дисбаланс микроэлементов. Известно, что в настоящее время Узбекистан продолжает оставаться очагом зобной эндемии со средней и тяжелой степенью йоддефицита населения. Влияние дефицита йода на организм усиливается при недостатке или избытке других микроэлементов в окружающей среде. Особый интерес представляют эссенциальные микроэлементы, т.е. жизненно необходимые, при недостатке которых организм перестает развиваться, т.е. не способен к репродукции. Кроме того, из-за сложившегося экологического неблагополучия важно определение концентраций токсичных микроэлементов в организме больных, которые при контакте приводят к синдрому интоксикаций — токсикопатиям (В.В. Насолодин, 1999; А.В. Скальный, 2000). Следовательно, **целью нашего исследования** явилось изучение микроэлементного спектра кожи больных витилиго.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 18 больных в возрасте от 14 до 45 лет, из них мужчин — 7, женщин — 11. Клинически у 4 больных отмечалась фокальная форма витилиго, у 2 — сегментарная, у 7 — вульгарная, у 5 — акрофациальная. Давность заболевания колебалась от 3 месяцев до 10 лет. У больных витилиго биоптаты пораженных и непораженных участков кожи исследованы каждый в отдельности методом нейтронно-активационного анализа, который позволил определить в коже 19 химических элементов периодической системы Д.И. Менделеева: I, Cl, Mn, Na, K, Ca, Au, Br, La, Se, Hg, Cr, Ag, Sc, Rb, Fe, Zn, Co, Sb.

Результаты исследования показали, что в коже больных витилиго наблюдалось резкое снижение уровня йода как в поражённых так и в непоражённых участках кожи больных витилиго (10,8 и 10,4 мкг/г сухой ткани, соответственно, против нормы, равной 137,7 мкг/г). Показано также достоверное уменьшение содержания натрия и калия в коже больных витилиго. Количественное содержание Cl, Mn, Ca, Cr, Zn, Fe в пораженных, так и в непораженных участках кожи больных было заметно повышено, по сравнению с нормальной кожей. Следует особо отметить, что при витилиго имеет место достоверное увеличение как в пораженной так и в непораженной коже содержания тяжелых металлов (Hg, Zn, Co, Sb). Количественные показатели остальных химических элементов в коже больных витилиго оказались в пределах нормальных величин.

При сравнительном анализе результатов исследования по содержанию химических элементов в пораженных и непораженных участках кожи больных витилиго нами был выявлен однонаправленный характер в отклонении от нормы данных с более выраженными изменениями показателей в витилигинозной части кожи.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о том, что содержание химических элементов в коже подвергается зна-

чительному изменению при ее витилигинозном поражении. Следовательно, коррекция дисбаланса микроэлементов кожи больных витилиго, несомненно, повысит эффективность проводимой терапии.

АНАМНЕЗ БОЛЬНЫХ РОЗОВЫМИ УГРЯМИ

С.С. АРИФОВ, О.А. БАБАДЖАНОВ

Ташкентский институт усовершенствования врачей МЗ РУз

Розовые угри представляет собой хроническое заболевание сальных желез и волосяных фолликулов кожи лица в сочетании с повышенной чувствительностью капилляров дермы к теплу. Этиология и патогенез до сих пор окончательно не изучены.

В настоящее время в научной литературе среди возможных причин возникновения розацеа указывается на присутствие инфекции в организме, на расстройство деятельности желудочно-кишечного тракта, заболевания эндокринной системы, психо-вегетативные нарушения, расстройства иммунной системы и сосудистые заболевания.

В связи, с этим **целью настоящего исследования** явилось изучение катамнезтических данных (причиной возникновения дерматоза, перенесенные заболевания), а также сопутствующих заболеваний у больных розацеа.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 40 больных с розовыми угрями, среди них женщин — 33 (82,5 %), мужчин — 7 (17,5 %) в возрасте от 26 до 76 лет. При осмотре пациентов 6 (15 %) больных причину своего заболевания связывали со стрессом, 6 (15 %) — патологией сердечно-сосудистой системы, 8 (20 %) — солнечной инсоляцией, 8 (20 %) — постклимактерическим состоянием и 11 (27,5 %) человек не смогли назвать причину дерматоза.

Результаты исследования. Из анамнеза выявлено, что 10 больных (25 %) перенесли язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, 7 (17,5 %) — гастрит, 22 (55 %) — ОРВИ, и 1 (2,5 %) — гапит. Все больные в стационаре были обследованы у смежных специалистов (терапевт, эндокринолог, невропатолог). При этом сопутствующие заболевания были установлены у 29 (72,5 %) пациентов. Из 29 пациентов язвенная болезнь выявлена у 10 (34,4 %), заболевания сердечно-сосудистой системы — у 9 (30,1 %), хронический гастрит — у 7 (24,1 %), сахарный диабет, хронический гепатит и аллергический ринит — по одному больному.

Следовательно, больные с розовыми угрями начало заболевания часто связывали с солнечной инсоляцией, в анамнезе часто переносили ОРВИ и из сопутствующих заболеваний часто выявлена, патология желудочно-кишечного тракта.

СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В КОЖЕ ПРИ ВИТИЛИГО

С.С. АРИФОВ, К.А. АБДУЛЛАХОДЖАЕВ, М.С. АБДУЛЛАХОДЖАЕВА, Ж.М. ХАКБЕРДИЕВА, А.И. ИСМАГИЛОВ,

Республиканский специализированный научно-практический центр дерматологии и венерологии, Республиканский патологоанатомический центр МЗ РУз

Витилиго является распространенным заболеванием и по данным литературы им страдает около 1–2 % населения земного шара. Обнаружение антител против меланоцитов и фермента тирозиназы, отложение C_3 компонента и IgG в зоне базальной мембраны витилигинозной кожи позволили авторам предположить участие аутоиммунного механизма в развитии этого заболевания.

В связи с этим **целью исследования** явилось изучение содержания иммуноглобулинов (Ig) класса A, M, G в коже больных витилиго.

Под нашим клиническим наблюдением находились 23 больных витилиго, мужчин — 15, женщин — 8. Давность заболевания составила от 3 месяцев до 5 лет.

Морфологические исследования были проведены в трех зонах: участки полной депигментации, нормально пигментированная и граница между депигментированной и нормально пигментированной зонами. Для проведения иммуноморфологического исследования биоптаты кожи сразу после взятия фиксировали в 4 % растворе деполимеризированного параформальдегида на 0,1 М фосфатном буфере (pH 7,3) в течение 2 часов при 48°С. Из промытых в фосфатно-солевом буфере (pH 7,2) кусочков готовили криостатные срезы толщиной 10–12 мкм. На полученные срезы наслаивали люминесцирующие сыворотки против IgA, IgM, IgG человека и выдерживали в течение часа при комнатной температуре. По-

сле промывки в фосфатно-солевом буфере срезы исследованы в люминисцентном микроскопе «ЛЮМАН-И2». В качестве контроля использовали срезы, обработанные нелюминесцирующими сыворотками.

Полученные результаты иммуноморфологических исследований кожи при витилиго показали повышенное содержание всех классов иммуноглобулинов, При этом IgA локализовались преимущественно в базальном и шиповатом слоях эпидермиса, IgM — преимущественно в сосочковом слое дермы и IgG — преимущественно по ходу базальной мембраны эпидермиса. Следует указать, что наибольшее содержание иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) выявлено на границе между пигментированными и депигментированными участками.

Таким образом, обнаружение антител против IgA, IgM, IgG человека свидетельствует об участии аутоиммунных механизмов в развитии витилиго и разработке корригирующей терапии данного дерматоза.

ПЕРСЕН-ФОРТЕ КАПСУЛАСИНИНГ ПСОРИАЗНИ ДАВОЛАШДА КУЛЛАНИЛИШИ

Ш.К. АХМЕДОВ, Р.А. ОРИПОВ, Н.Х. ИСЛОМОВ

СамМИ тери ва таносил каслликлари кафедраси, Самарканд ш.

Псориаз бу терининг энг куп таркалган касалликларидан биридир. Ер юзида таркалиши буйича турли мамлакатларда 0,1%–3% гача ораликни ташкил этади. Псориаз полиэтиологик касаллик хисобланиб, унинг келиб чикиш механизми тулик урганилмаган. Аммо бир неча теориялар мавжуд булиб, яъни улар куйидагилардир. Неврогеи концепция, вирусли, инфекцион-аллергик, ирсий ва аутоиммун. Улар орасида неврогеи концепция етакчилик килади. Шунингдек охирги вактларда псориаз келиб чикишида эпидермис хужайраларининг булинишининг бузилиши хакидаги концепция хам олимлар томонидан илгари сурилмокда.

Псориаз касаллиги купинча оёк-кулларнинг ёзувчи юзаларида, бошнинг сочли кисмида ва тананинг бошка сохаларида чегаралари аник, устида кумушсимон-окиш кипик билан копланган мономорф папулёз тошмалар тошиши билан характерланади.

Купинча псориаз нисбатан махаллий куринишда намоён булиб, тошмалар бошнинг сочли кисми, кафтда, товонда, тирсак ва тизза терисида жойлашиб, бутун тери сатхининг 40–60 % ни камраб олиши мумкин.

Маълумки касалликнинг 3 та боскичи тафовут этилади. Прогрессив, стационар ва регрессив. Энг мухим клиник белгиларидан бири бу псориатик триада хисобланади. Яъни улар «шам доги», «терминал парда» ва «нуктали конталаш» феноменларидир.

Даволаш беморнинг умумий ахволини эътиборга олган холда индивидуал тарзда олиб борилади. Бунда касалликнинг боскичларига караб комплекс даво чоралари утказилади. Бунинг учун дезинтоксикацион, седатив, витаминотерапия, антигистамин препаратлар, иммуномодуляторлар гормонотерапия ва хатто цитостатиклар хам кулланилади. Махаллий даво сифатида кортикостероидли ва салицил малхамлари ишлатилади.

Бизнинг кузатувимиз остида 14 нафар бемор олинган булиб, уларда асосан чегараланган куринишдаги псориаз кайд этилган эди. Уларнинг 8 нафари эркак, 6 нафари аёл киши эди ва ёшлари 18–45 ёш оралигида эди. Бу беморларнинг касалланишганларига 2–5 йил муддат утганлиги хам аникланди. Барча беморлар кузгалувчанлик, уйкусизлик, толикиш, доимий тушкун кайфиятда юришлари ва шу сабабли касаллиги хам тез-тез кузиётганлигига шикоят килишар эди. Биз бу беморларни даволашда юкорида курсатиб утилган даволаш принципларига риоя килган холда умумий даво чораларини утказдик ва асаб системасини тинчлантириш максадида персен форте капсуласини куллаб курдик.

Персен-форте Лек. д. д. Веровшкова 57, Любляна, Словенияда ишлаб чикарилган усимликлардан тайёрланган тинчлантирувчи препарат хисобланади ва таркибида 125 мг валериана экстракти, 25 мг пудина ялпизи экстракти ва 25 мг лимон ялпизи экстрактини саклайди. Таркибидаги 3 хил компонент хам тинчлантирувчи таъсир курсатади ва хеч кандай ножуя таъсирга эга эмас.

Персен-форте 1 капсуладан кунига 3 махал кечкурунгисини уйкудан 1 соат олдин 14 кун мобайнида тавсия этилди. Ушбу препарат билан олиб борилган комплекс даволашнинг 7–10 кунларига келиб теридаги патологик жараён кескин камая бошлади ва 14–15-кунларига келиб эса теридаги патологик жараён тулик бартараф этилди. Барча беморларнинг неврологик статуслари анча тургунлашди, уйкуси муътадиллашди ва кайфияти хам кутаринки холатга келди.

Контрол гуруҳга 10 нафар бемор олинган булиб, уларни даволашда седатив дори сифатида Павлов микстураси 1 кошикдан кунига 3 махал ичишга берилди. Уларда касаллик белгилари даволашнинг 20–22 кунларига келиб камая бошлади ва асаб системасидаги узгаришлар хам деярли сакланиб колди.

Хулоса урнида куйидагиларни маълум килишимиз мумкин:

Псориаз касаллигини даволашда асаб системасининг холатига етарлича эътибор бериш зарур беморларга персен форте препаратини ишлатиш шу максадда ишлатиладиган бошка препаратлардан уз устунлигини намоён килди.

Персен-форте усимликлардан тайёрланган препарат булиб, хеч кандай ножуя таъсирларга эга эмас.

Персен-форте ни кабул килиб юриш нафакат беморларнинг тезрок согайишига балки уларда ремиссия даврининг узок давом этиши ва рецидивлар сони камайишига хам олиб келади.

ДЕПРЕСС ПРЕПАРАТИНИНГ НЕЙРОДЕРМИТНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА КУЛЛАНИЛИШИ

Ш.К. АХМЕДОВ, Р.А. ОРИПОВ, Н.Х. ИСЛОМОВ

СамМИ тери ва таносил касалликлари кафедраси, Самарканд ш.

Нейродермит — терининг сурункали рецидивланувчи касаллиги булиб, терида папулёз тошмалар, лихенизация ва кучли интенсив кичиш билан намоён булади. Касалликнинг асосан 2 хил тури: чегараланган ва диффуз турлари тафовут этилади. Касалликнинг сабаби асосан асаб системаси фаолиятидаги функционал бузилишлар, эндокрин бузилишлар, ички аъзолар касалликлари ва ташки мухит таъсиротлари хисобланади.

Касалликнинг клиникасида хар хил даражада невротик бузилишлар: кучли кузгалиш ёки тормозланиш, тезда чарчаш, астения, эмоционал лабиллик, уйкусизлик, жахлдорлик холатлари кузатилади. Бундан ташкари беморларни ЭЭГ, плетизмография, хроноксиметрия текширувлари натижасида дастлаб бош мия фаолиятида, сунг вегетатив асаб системаси фаолиятида функционал бузилишлар аникланган. Шунингдек, тургун ок дермографизм, иссиклик бошкарилишининг бузилиши тер ва ёг алмашинувларининг бузилишлари хам касалликнинг келиб чикиши асаб системасининг фаолияти билан узвий боглик эканлигини курсатади.

Хозирги вактда нейродермитни даволашнинг узига хос хусусиятлари мавжуд булиб, бунда асосий уринни седатив препаратлар,психотерапия, витаминотерапия (асосан В гуруҳ витаминлари) антигистаминлар, гипосенсибилизацияловчи препаратлар ва кортикостероид гормонлар хамда махаллий муолажалар эгаллайди. Шу билан бир каторда турли физиотерапевтик муолажалар: сероводород ванналар, радон ванналар, УФО терапия,ромашка ва эман пустлоги ванналари тавсия этилади. Махаллий даво сифатида зайтун ёги, юмшатувчи малхамлар ва гормонал малхамлар тавсия этилади.

Бизнинг кузатувимиз остида 18 нафар бемор олинган булиб, улардан 10 нафари эркак, 8 нафари аёл киши, ёшлари 22–48 ёш оралигида эди. Касалликка чалинишганларига 2-4 йил вакт утган экан. Улардан 3 нафар эркак ва 1 нафар аёл кишида диффуз нейродермит, колганларида эса чегараланган шаклли нейродеримит кайд этилди ва барча беморлар терисида доимий характерга эга булган кичиш, безовталик, тери куруклиги ва дагаллашганлигига шикоят килишар эди. Бу беморларга юкорида курсатиб утилган традицион даволаш усуллари билан бир каторда седатив препарат сифатида «депресс» препаратини ичишга тавсия этиб курдик.

Депресс — флуоксетин марказий асаб системаси нейронларида серотониннинг кайта узлаштирилишини танлаб блоклайди.У асаб таранглашишини олдини олади, дисфорияни кескин камайтиради, кайфиятни кутаради, уйкуни уйгунлаштиради. Депрессни 1 таблеткадан (20 мг) кунига 1 махал ухлашдан 0,5 соат олдин тавсия этилди.

Контрол гуруҳга 10 нафар бемор олинган булиб, уларнинг 1 нафарида диффуз, колганларида чегараланган нейродеримит ташхиси куйилган эди. Уларни даволашда юкоридаги традицион даво чоралари билан бир каторда седатив препарат сифатида Новопассит сиропи 1 улчов кошикдан кунига 3 махал ичишга тавсия этилди.

Депресс тавсия этилган беморларда даволашнинг 7–8 кунларидан бошлаб, теридаги кичишиш яккол камая бошлади ва патологик элементлар сурила бошлади. Шунингдек, беморларнинг асаб системаси хам сезиларли даражада осойишта холатга келганлиги кузатилди ва тери узгаришлари 12–14 кунга келиб тулик регрессияга учради.

Контрол гуруҳдаги беморларда даволашнинг 15–20 кунларига келиб теридаги узгаришлар сурила бошлади ва асаб системасидаги таранглик, уйкусизлик аломатлари маълум даражада сакланиб колди. Хулоса: Нейродермитни даволашда Депресс препарати юкори терапевтик натижа беради ва биз уни даволашда куллашни тавсия этамиз.

ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА FARGALS ПРЕПАРАТИНИ ТАЪСИРИ

Н.Э. БАРАТОВ, Н.С. ШОМУРОДОВА

Навоий вилоят тери-таносил касалликлар диспансери

Изланишнинг мақсади. Тери лейшманиози билан касалланган беморларда FarGalS препаратини таъсирини ўрганиш.

Текшириш материаллари ва усуллари. Тери лейшманиози билан касалланган беморларни 17(13 нафар эркак, 4 нафар аёл; 11 нафар катталар, 6 нафар ёшлар) нафарида янги тайёрланган Романовский–Гимза буёғи билан бўяб текширилганда Баровский таначаси топилган. Базис даво сифатида иккала гуруҳдаги танлаб олинган беморларга антибиотикотерапия, иммунотерапия, витаминотерапия тавсия этилди.

Танлаб олинган I-гуруҳ 10 нафар беморларга Ўзбекистонда »NPAF FarGalS» ОАЖ ташкилотида ишлаб чиқарилган FarGalS препаратини маҳаллий даво сифатида тавсия этилди.

Танлаб олинган II-гуруҳ 7 нафар беморларга РИВАНОЛ препарати маҳаллий даво сифатида тавсия этилди.

Изланиш натижалари. Тери лейшманиози билан касалланган беморларда теридаги патологик жараён эрозив яра , сувланиш, гиперимия, шиш, иккиламчи инфекциянинг қўшилиб йиринглаш жараёни билан мурожаат килган.

Танлаб олинган I-гуруҳга FarGalS препаратини маҳаллий даво сифатида 1:2 нисбатда суюлтириб ишлатилди.Ушбу гуруҳдаги беморлар 7-8 суткадан бошлаб юқоридаги патологик элементлар сўрилиб , тери юзаси қуруқлашиб , гиперимия ва шиш сўрила бошланди. Даво муолажаларини 14–16 кунидан бошлаб Романовский–Гимза буёғи билан бўяб текширилганда Баровский таначалари аниқланмади.

Танлаб олинган II-гуруҳ 7 нафар беморларга маҳаллий даво сифатида РИВАНОЛ 1 %

эритмаси ишлатилди. Ушбу гуруҳдаги беморлар 13–14 суткадан бошлаб патологик элементлар сўрилиб, тери юзаси қуруқлашиб, гиперимия ва шиш сўрила бошланди . Даво муолажаларини 18–20 кунидан бошлаб Романовский –Гимза усулида бўяб текширилганда Баровский таначалари аниқланмади.

Хулоса.Тери лейшманиози касаллигида патологик жараённи юзасидаги сувланишни , гиперимияни, шишни сўрилтириш ҳамда антисептик мақсадда FarGalS препаратини ишлатганда даволаш муддати 3–4 кунга қисқариши кузатилди. Шу мақсадда FarGalS препаратини 1:2 нисбатда суюлтириб маҳаллий намлаш усулида ишлатиш жуда яхши натижа берди.

КОЛИЧЕСТВО МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ЦЕЛЬНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ

М.Р. БАРАТОВА

Кафедра кожных и венерических болезней СамМИ, г. Самарканд

Цель. Изучение количества микроэлементов в цельной крови у больных экземой, т.к. разнообразие этиологических и патогенетических факторов, играющих роль в механизме возникновения экземы, делает необходимым изучение этого вопроса.

Метод. Определение содержания микроэлементов в пробах проводили методом атомно-абсорбционной спектроскопии на спектрофотометре «Сатурн». Были изучены в данном аспекте показатели содержания меди, цинка, железа, калия и кальция в цельной крови у 44 здоровых лиц в возрасте от 20 до 31, из них женщин — 20, мужчин — 24. Обследовано 38 больных экземой разной этиологии и в различных стадиях заболевания, до и после лечения, из них женщин — 19, мужчин — 19 в возрасте от 18 до 76 лет.

Результаты. У большинства больных наблюдается гиперкупремия — 2,44±0,27/мл, высокие показатели меди отмечались у больных с распространенными формами экземы. Анализ содержания в сыворотке крови при экземе других биоэлементов свидетельствует о понижении количества железа ($p<0,1$), наряду с определенной гиперкальциемией ($p<0,01$) и гиперкалиемией. В процессе лечения содержание цинка недостоверно уменьшается и к концу лечения соответствует норме.

Выводы. Таким образом, у исследованных больных выявлено увеличение в цельной крови концентрации меди, кальция, калия и снижение их содержания до физиологической нормы в ходе лечения. Содержание цинка снижено и отмечена нормализация его уровня в ходе лечения

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕЛЛОИДОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АКНЕ

Г.Р. БАТПЕНОВА, Т.В. ТАРКИНА

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Республика Казахстан

Материалы и метод. Под наблюдением находились 10 больных подростковыми и поздними формами акне. Больные распределены по клинической форме и полу следующим образом: средняя степень тяжести у 8 больных, экскориированные акне легкой степени тяжести у 2; 2 мужчин и 8 женщин. Больные получали традиционную комплексную общую и наружную терапию, физиолечение.

После разрешения островоспалительных высыпных элементов кожный локальный статус был однотипен и представлен неглубокими синюшными инфильтратами, эритемой, шелушением, вторичной гиперпигментацией, корками. В реабилитационном периоде больным проводилось грязелечение морским пеллоидом «Геранды» (Франция). Состав пеллоида очень разнообразен. В нем содержатся соли, кремний, цинк, сера, бром, магний, марганец, кальций, медь, что позволяет получить противовоспалительный, противомикробный, рассасывающий и релаксирующий эффекты. По рекомендации фирмы-производителя препарат использовался в виде местных аппликаций на все лицо под полупрозрачную воздухопроницаемую пленку, на курс — 10–12 процедур через день. Начальная экспозиция аппликации 20 минут, с последующим постепенным, от процедуры к процедуре, увеличением продолжительности до 40 минут, затем отдых 30 минут. Клинический эффект оценивали количественно путем подсчета поствоспалительных элементов на момент начала грязелечения, в конце всего курса и через 2 недели после лечения. Проводился фотоконтроль и учитывалась личная оценка состояния лица пациентом. Отмечена хорошая переносимость пеллоидных аппликаций всеми больными и положительный клинический эффект.

Таким образом, аппликации морским пеллоидом «Геранды» могут быть рекомендованы к применению в реабилитационном периоде больным акне легкой и средней степени тяжести.

АТОПИК ДЕРМАТИТ ХАСТАЛИГИДА ДАВО МУОЛАЖАЛАРИДАН КЕЙИНГИ ST.AUREUS НИНГ КОЛОНИЯЗАЦИЯ ҲОЛАТИ

Н.И. БОЙМУРЗАЕВ, Д.А. ТЕШАБОЕВА

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази

Тадқиқотининг мақсади атопик дерматит билан касалланган беморлар ананавий усулда даво муолажаларидан кейин St.aureus нинг колонизациясини ўрганишдан иборат.

Тадқиқот давомида жами 46 та бемор анъанавий усулда даво муолажаларинидан олдинги ва даво муолажалари тугугандан кейинги зарарланган тери соҳасида St.aureus нинг аниқланиш даражаси ўрганилди. Анаъанавий даво муолажалари қўйидаги дори воситаларидан иборат бўлди: иммуномодуляторлар, десенсибилизация дори воситалари, витаминотерапия (В гуруҳ витаминлари, аскорбин кислотаси, никоитн кислотаси ва б.), антигистамин дори воситалари, антиоксидант дори препаратлари, шунингдек маҳаллий терига суртиладиган кортикостериод малҳамлар ва баъзи ҳолатларда маҳаллий антибактериал малҳамлар.

Беморларнинг зарарланган терисидан патологик материал учига ёғсизлантирилган пахта ўралган стерилланган тампонлар 0,85 % ли натрий хлор эритмасига шимдирилиб олинди. Пробиркага 0,85 % ли натрий хлор эритмасидан 2 мл солинади ва пахтали тампон унга солиниб натрий хлор эритмасини яхши шимгандан сўнг 2 см^2 тери соҳасида айланма шаклда ҳаракатлантирилиб, тери юзасига суртиб олинади. Пахтали тампон яна пробиркага қайта солиниб, 2 дақиқа вақтдан сўнг керакли озиқ муҳитларга экилади. Микроорганизмлар соф колониясини олиш мақсадида 5 % қонли агар, эндо, левин озиқ муҳитлари ҳамда маннит қўшилган тузли агар озиқ муҳитларига экилди ва 36,8°С ҳароратда термостатда инкубация қилинади. Умумий микроблар сони ҳамда бошқа микроорганизмлар сони арифметик усулда ҳисоблаб топилади.

Танлаб олинган беморлар гуруҳининг 33 тасида (91,6 %) St.aureus аниқланган ва ўртача ҳисобда St.aureus нинг колониялари сони 1880 КОЕ га тенг бўлган эди. Бу атопик дерматит ташхиси билан касалланган беморлар анаънавий усулда даво муолажалари олишгач зарарланган тери соҳаси микрофлора ҳолати ўрганилганда натижалар қўйидагича бўлди. Яъни, тадқиқот натижаларига кўра зарарланган тери соҳаси микрофлораси ўрганилганда 1 см^2 тери соҳасида

ўртача ҳисобда St.aureus нинг колониялари 314,8 КОЕ га тенглиги аниқланди. Шундай қилиб, анъанавий даво муолажалари натижасида зарарланган тери соҳасида St.aureus нинг колонияларининг 16,7 % гача камайишига эришилди.

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ

У.А. ВАЛИХАНОВ, А.Б. ПАКИРДИНОВ, И.К. КАРИМОВА

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Были изучены эпидемиология и клинические особенности зоофильной трихофитии по Андижанскому вилояту за 2009 год путем ознакомлениями историями болезни больных, лечившихся в грибковом отделении Андижанского областного кожно-венерического диспансера. За данный период зарегистрировано 412 больных этой разновидностью дерматомикоза, их них 247 больные мужского пола, 165 — женского. Детей до 14 лет было 204 (49,5 %), взрослых — 208 (50,5 %).

Очаг поражения располагался на волосистой части головы у 5 (1,2 %) взрослых больных и у 52 (12,6 %) детей; на гладкой коже у 114 (27,7 %) взрослых больных и у 117 (28,4 %) детей. Сочетанное поражение гладкой кожи и волосистой части головы выявлено у 35 (8,5 %) больных детей. У 89 (21,6 %) взрослых больных было выявлено поражение лобковой области. Из вышеперечисленных статистических данных видно, что если раньше зоофильная трихофития встречалась в основном у детей, то на современном этапе одинаково часто встречается и у детей, и у взрослых. У взрослых процесс главным образом локализуется на гладкой коже и в лобковой области.

При локализации очага поражения на волосистой части головы преобладали инфильтрация и гнойничковые элементы, преимущественно глубокие и поражающие волосяные фолликулы, воспалительный процесс носил бурный характер. Когда процесс локализовался на гладкой коже, преимущественно наблюдались, эритема с незначительным инфильтратом и шелушением, гнойничковые элементы в небольшом количестве, которые носили поверхностный характер. При поражении лобковой области встречались и поверхностные эритематозные формы заболевания, и глубокие формы с преобладанием инфильтрации, наличием глубоких пустулезных элементов.

Изучение эпидемиологии показало, что у 82 (92,1 %) взрослых больных с локализацией очага поражения в лобковой области заражение произошло при половых контактах с незнакомыми женщинами, в остальных случаях в бане, в результате ношения чужой одежды, при уходе за животными и при других неизвестных обстоятельствах. Взрослые с поражением гладкой кожи заразились в основном при уходе за животными. Дети тоже заразились в основном от животных — в 156 случаях, что составляет 76,5 %, в остальных случаях они заразились от сверстников.

Таким образом, изучение эпидемиологии и клиники зоофильной трихофитии по Андижанской области за 2009 год показывает, что поражение взрослого и детского населения данным микозом встречаетсяодинаково часто. Среди взрослых растёт число больных с локализацией процесса в лобковой области, который, в основном передаётся при половых контактах. Поражение волосистой части головы у взрослых встречается очень редко. При локализации процесса в волосистой части головы превалируют инфильтрация и глубокие пустулы, на гладкой коже процесс в основном проявляется эритемой и незначительной инфильтрацией, а также поверхностными пустулами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

У.А. ВАЛИХАНОВ, А.Б. ПАКИРДИНОВ, Р.М. КИЛИЧЕВ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

В последные годы отмечается рост числа вирусных заболеваний кожи, поэтому понятен повышенный интерес к этим заболеваниям со стороны специалистов. Опоясывающий лишай (ОЛ) — достаточно часто встречающийся вирусный дерматоз, при котором отмечается поражение нервной системы и кожи, характеризуется сезонностью течения (осенью и весной) и вызывается фильтрирующимся нейродерматотропным вирусом Varicella herpes zoster. Этот вирус персистирует в дорсальных ганглиях, может распространяться по периферическим нервам, отличается с преобладающим действием на центральную и периферическую нервную систему. Клинически заболевание в основном проявляется пузырьковой сыпью, чаще по ходу пораженного нерва,

и сопровождается сильными невралгическими болями. Большей частью высыпаниям предшествуют болевые ощущения, различные по интенсивности и продолжительности, которые нередко расцениваются как симптом другого заболевания — стенокардии, пневмонии, почечной колики и т.п. При ОЛ поражения нервной системы могут быть со стороны черепно-мозговых и спинномозговых нервов. К редким поражениям относится воспаление цилиарного ганглия глазодвигательного нерва, проявляющееся изменением зрачковой реакции — симптомом Арджил-Робертсона. Поражение Гассеровского узла тройничного нерва может привести к развитию кератита, а воспаление самого тройничного нерва может вызвать паралич или парез глазного яблока. Поражение цилиоспинального центра характеризуется энофтальмом, миозом, сужением глазной щели, птозом, нарушением лакримации, гипотонией глазного яблока (синдром Бернара-Харнера, окулопупиллярный симптомокомплекс). Поражение коленчатого тела лицевого нерва сопровождается парезом лицевого нерва, глухотой, болями в ухе (синдром Рамзая Ханта); воспаление языкоглоточного нерва может вызвать афонию, а n.vagus — сопровождаться сердечной симптоматикой. Вовлечение в воспалительный процесс спинномозговых нервов (С-2, С-3, С-4) может привести к гемидиафрагмальному параличу; при поражении грудного отдела могут наблюдаться плевральные и сердечные изменения. Вирусы ОЛ могут поражать головной, спинной мозг и их оболочки (церебральный менингит, миелит). Все вышеперечисленные аспекты дают основание считать ОЛ — серьезным заболеванием требующим постоянного изучения и наблюдения за ним.

Нами была изучена заболеваемость ОЛ за 2006–2009 гг. Под нашим наблюдением находились 219 больных ОЛ в возрасте от 16 до 67лет, из них 48 больные лечились в 2006 г.; 56 — в 2007 г.; 58 — 2008 г.; 57–2009 г., женщин было 74, мужчин — 88. Изучение клинических форм заболевания показало, что у 11 больных была абортивная форма ОЛ, у 26 больных геморрагическая форма, у 16 — буллёзная форма, у 19 — гангренозная (некротическая) форма, у 2 — генерализованная (диссеминированная) форма, у остальных 145 больных обычная (локализованная) форма ОЛ. Локализация очага поражения у наблюдавшихся больных была следующая: у 104 больных — на туловище, у 42 — на верхних конечностях, у 21 — на нижних конечностях, у 52 — на коже в/ч головы, лица и шеи, в том числе у 18 больных процессом была охвачена область глаз. У некоторых больных были общие продромальные явления в виде повышения температуры тела, головная боль, слабость, потеря аппетита, но почти у всех были боли невралгического характера в области будущего поражения кожи. Через 2–3 дня после этих явлений появилось характерное поражение кожи в определенных дерматомальных областях с явлением эритемы, сгруппированных везикулезных элементов. Тяжело протекал ОЛ в области лица и в/ч головы с вовлечением в патологический процесс глаза — herpes zoster ophtalmucus. Кожный процесс у этих больных характеризовался выраженным отеком, особенно в области верхних и нижних век, разлитой гиперемией, обильными везикуло-буллезными элементами, иногда везикулы носили геморрагический характер, часто они превращались в пустулы. В области верхних век во всех случаях были буллезные элементы. У двух больных окулистом диагностирован кератит. У больных гангренозной (некротической) формой ОЛ продолжительность заболевания удлинялось до 2–2,5 месяца и процесс завершился образованием на месте язв поверхностных гладких рубцов. Особо отличилась клиническая картина заболевания у лиц старше 60 лет. У них почти всегда первым и ведущим симптомом заболевания были сильные болезненные ощущения в очагах поражения (невралгические боли), а также явления гиперестезии ближе к очагу поражения. На коже часто везикулезные элементы, сливаясь, превратились в крупные пузыри. Эритема не всегда была резко выраженной. Главной отличительной особенностью заболевания являлось то, что невралгические боли продолжали беспокоить их даже после разрешения кожного процесса до 2–3 месяцев (постгерпетическая невралгия).

Таким образом, наши наблюдения показывают, что у больных ОЛ процесс чаще всего локализуется на коже туловища, при локализации очага поражения в области глаза он протекает более тяжело по сравнению с другими клиническими формами, у лиц старше 60 лет сильно выражены невралгические боли и они более продолжительны.

ЛАКТО-ФЛОР В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КЕРАТОДЕРМИЯМИ

Д.С. ДЖАЛИЛОВ, Т.П. РАХМАТОВ, Б.А. ИСАБАЕВ, Ф.Ю. МЕМЕТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Среди кожных заболеваний важное место занимают ладонно-подошвенные кератодермии, которые сопровождаются нарушением процесса ороговения. Ладонно-подошвенные кератодермии подразделяют на наследственные (кератодермия Унны-Тоста, кератодермия мутилирующая, кератодермия Меледа и т.д) и ненаследственные (кератодермия Бенье, климактерическая кератодермия, синдром Валавсека и т.д). Для нас интересным представилось изучение синдрома эндогенной интоксикации, характеризующегося накоплением в тканях и биологических жидкостях организма избытка продуктов нормального или извращенного обмена веществ, а также коррекция этих изменений препаратом «Лакто-Флор».

Препарат «Лакто-ФЛОР» является природным комплексом, содержащим белки с молекулярной массой от 0,5 до 140 кДа и оказывающим противовоспалительное, тканерепарирующее, гемоиммуномодулирующее и детоксицирующее действие. Учитывая его антиоксидантное действие и способность восстанавливать метаболические процессы на клеточном и тканевом уровне, раствор «Лакто-ФЛОР» был применен при комплексном лечении больных кератодермиями.

Методы. Под нашим наблюдением находились 30 больных (мужчин — 12, женщин — 18) с обычной формой кератодермии в возрасте от 3 до 60 лет и с длительностью заболевания от 6 месяцев до 25 лет. Препарат вводили внутримышечно ежедневно по 1,0 мл в область плеча в течение 15–20 дней на фоне традиционной терапии.

Для диагностики тяжести синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) использовались следующие показатели: среднемолекулярные пептиды(СМП), сорбционная способность эритроцитов (ССЭ). До начала лечения эти показатели в среднем составили: ССЭ — 31,8±2,4 %. при P<0,05, СМП — 0,279±0,02 ед. экс. при P<0,05

Применение препарата «Лакто-ФЛОР» приводило к уменьшению субъективных ощущений и гиперкератоза на 7–8 сутки. После завершения терапии показатели эндогенной интоксикации составили: ССЭ — 30,6±2,2%, СМП — 0,263±0,04 ед. при P<0,05.

Анализ полученных результатов показал, что при лечении препаратом »Лакто-ФЛОР" отмечается коррекция нарушений СЭИ по показателям СМП и ССЭ. Отсутствие полной нормализации показателей эндогенной интоксикации, возможно, связана с хронически-рецидивирующим течением кератодермий.

СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ КЕРАТОДЕРМИЙ

Д.С. ДЖАЛИЛОВ, Т.П. РАХМАТОВ, Б.А. ИСАБАЕВ, З.М.СУЛАКАДЗЕ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Значительную часть дерматологической патологии занимают ладонно-подошвенные кератодермии (ЛПК). Нами были изучены дерматозы, основными проявлениями которых являлось повышенное ороговение кожи ладоней и подошв, протекающее в виде диффузного или очагового гиперкератоза. ЛПК могут быть изолированными или являться частью синдромов, характерных для других дерматологических заболеваний. Различают наследственные и ненаследственные формы ЛПК.

К наследственным формам относятся кератодермии Унны-Тоста, кератодермия Папийона-Лефевра, кератодермия Меледа, мутилирующая кератодермия и др.

К ненаследственным формам относят климактерическую кератодермию Хакстхаузена, симметричная эритематозная кератодермия Бенье, эссенциальный тилез и др.

Большую роль в формировании патогенеза ЛПК играет нарушение баланса цитокинов. Для оценки тяжести и прогнозирования течения заболевания целесообразно определять концентрацию как противо-, так и провоспалительных цитокинов в динамике развития патологии. **Целью работы** явилась оценка уровня провоспалительного ФНО-альфа, противоспалительного ИЛ-4 цитоников у больных ЛПК.

Содержание ФНО-альфа и ИЛ-4 в крови у больных ЛПК определялось иммуноферментным анализом тест-системами ООО «Вектор-Бест» Новосибирск.

Методы. Иммунологическое исследование проведено 30 пациентам в возрасте от 3 до 60 лет (18 — женщин, 12 — мужчин).

Из них наследственные формы заболевания были у 12 больных, ненаследственные у 18.

Результаты. В результате статистического анализа данных, полученных нами при сравнительном исследовании показателей у больных с наследственными формами ЛПК отмечалось достоверное увеличение ФНО-альфа по сравнению с контрольной группой (84,8±10,4пг/мг против 4,0±0,31 пг/мл, соответственно при P<0,001). У ненаследственных форм этот показатель равнялся 92,8±9,3 пг/мл.

Уровень ИЛ-4 у больных с наследственными ЛПК был недостоверно ниже, чем в контрольной группе (1,65±0,17 пг/мл против 2,1±0,31 пг/мл). У ненаследственных форм концентрация ИЛ-4 равнялась 1,8±0,32 пг/мл.

Проведенное исследование позволило выявить у всех пациентов изменение цитокинового статуса, в частности ФНО-альфа, более выраженное у ненаследственных форм.

Активация провоспалительного цитокина ФНО-альфа сопровождается снижением уровня противовоспалительного цитокина ИЛ-4. Повышение концентрации в сыворотке крови ФНО-альфа является свидетельством активного как системного, так и локального воспаления у больных ЛПК.

Концентрация ФНО-альфа может быть использована в качестве дополнительного диагностического критерия, позволяющего оценить эффективность проводимого лечения.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

З.С. ДЖЕТПИСБАЕВА

Кафедра дерматовенерологии АО МУА, г. Астана, Казахстан

Гнездная алопеция является на сегодняшний день одной из распространенных диагнозов на дерматологическом приеме. Сейчас имеет немало средств терапии этого заболевания, которое мы считаем излечимым, однако знаем о возможности рецидивирования и даже развития тяжелых, порой необратимых состояний. Но при наличии достаточного количества средств лечения на практике терапия этой формы облысения сталкивается с большим числом трудностей, обусловленных ошибками подбора метода лечения или особенностями самого пациента.

Нет значительных сложностей в дифференциально-диагностическом мониторинге и постановке окончательного диагноза, но отсутствуют эффективные критерии диагностики причинно-следственных факторов и порой неблагоприятный прогноз требует изыскания новых подходов к данному заболеванию с учетом имеющихся данных об этиологии и патогенезе.

Однако, на наш взгляд, важным представляется решение следующих задач: изучение истинной распространенности различных типов этого заболевания; изучение этиопатогенетической роли психоэмоционального и инфекционного (вирусного) факторов; разработка критериев оптимальной диагностики сопутствующей патологии, а также определение профессиональных групп риска и прогнозирования степени выраженности процесса.

Таким образом, на наш взгляд, решение поставленных задач позволит решить эпидемиологические, патогенетические и клинико-диагностические аспекты дерматоза. Такой подход к решению поставленных задач позволит включать оптимальные и достаточно эффективные комплексы лечения и позволит обеспечивать профилактику рецидивов в будущем.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЛИНИИ «GERNETIC» В ТРИХОЛОГИИ И В АНТИЭЙДЖИНГОВОЙ ТЕРАПИИ

З.С. ДЖЕТПИСБАЕВА, Г.Р. БАТПЕНОВА, Г.З. САДЫКОВА

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Республика Казахстан

Лечебная косметика «Gernetic», производимая французской лабораторией Gernetic synthese (Beraut), используется в комплексной терапии таких состояний, как выпадение волос различной этиологии, себорейный дерматит, розацеа, угревая болезнь, чувствительная кожа, предоперационная подготовка перед пластическими операциями, постпилинговый уход.

Применение всех средств данной лечебной косметики осуществляется по принципу микродоз, путем послойного нанесения лечебных средств друг на друга, что способствует усиле-

нию действия каждого последующего слоя. В комплексной терапии используются лечебные и поддерживающие схемы.

Под нашим наблюдением находилось 17 пациентов с болезнями волос, из которых 7 — с гнездной алопецией, 5 — с андрогенетической алопецией и 5 — с различными формами себореи. Уход за кожей лица, шеи и зоны вокруг глаз осуществлялся у 32 женщин в возрасте от 18 до 57 лет с диагнозами: вульгарные угри легкой и средней степени тяжести (13), розацеа в эритематозно-папулезной стадии (12), фотостарение (7).

Применение данной лечебной продукции способствовало уменьшение выраженности субъективных ощущений у больных с себореей и различными формами алопеции в виде прекращения зуда и жжения, шелушения, замедления выпадения волос у мужчин и женщин, появлению блеска и пышности волос. Очищающие средства косметики имеют антибактериальное и антисеборейное действие, способствующее профилактике и лечению акне.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ШКАЛЫ СИМПТОМОВ В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Е.В. ЕСИОНОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Атопический дерматит (АД) — один из наиболее распространенных дерматозов, характеризующийся сложным симптомокомплексом. В соответствии с МКБ-10 принят единый термин — «АД», который имеет свои критерии диагностики и является собственно нозологической формой. В критерии АД входят проявления диффузного нейродермита, экземы, почесухи. Клинический полиморфизм заболевания определяет многообразие клинико-морфологических форм (экссудативная, эритематозно-сквамозная, эритематозно-сквамозная с лихенификацией, лихеноидная, пруригинозная), в которых отображается стадийность процесса.

Оценка клинических симптомов представляет интерес у врачей-дерматологов в повседневной практике, так как диагностические критерии, предложенные Hanifin и Rajka в 1980 г., пригодны только для постановки диагноза, а не для интерпретации течения процесса.

ДИШС (дерматологический индекс шкалы симптомов) был применен для оценки выраженности клинических проявлений дерматоза и эффективности лечения. Индекс был разработан на кафедре кожных и венерических болезней ММА им. И.М. Сеченова в 1980 г. и индексировался по 9 клиническим проявлениям (эритема, отек, мокнутие, лихенификация, папулы, сухость кожи, шелушение, трещины, зуд). Каждый признак оценивался от 0 до 3 баллов.

Целью нашего исследования стало определение ДИШС у больных с различными клиническими формами АД до и после традиционного лечения.

Материалы: нами были обследованы 45 больных мужчин — 21 (47 %) и женщин — 24 (53 %), страдающих АД, в возрасте от 4 до 64 лет. Диагноз соответствовал критериям МКБ-10. Больные были распределены по клиническим формам: экссудативная форма (14 (31 %) больных), эритематозно-сквамозная форма (8 (18 %) больных), эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией (9 (20 %) больных), лихеноидная (11 (24 %) больных) и пруригинозная (3 (7 %) больных).

Результат. Анализ полученных результатов показал, что среднегрупповой показатель ДИШС до лечения у больных экссудативной формой составлял 17,4 балла, после традиционного лечения он редуцировался до 5,9 балла; у больных с эритематозно-сквамозной формой до лечения — 10,4 балла, после лечения — 4,1 балла; у больных с эритематозно- сквамозной формой с лихенификацией до лечения — 17,4 балла, после лечения — 6,3 балла; у больных с лихеноидной формой до лечения — 15,3 балла, после лечения — 8,3 балла; у больных с пруригинозной формой до лечения — 17,3 балла, после лечения — 6,3 балла.

Так, ДИШС у больных с экссудативной формой снизился в 2,9 раза, с эритематозно-сквамозной формой — в 2,6 раза, эритематозно-сквамозной формой с лихенификацией — в 2,8 раза, с лихеноидной формой — в 1,8 раза, с пруригинозной формой — в 2,7 раза.

Таким образом, ДИШС является показательным для определения исключительно клинических проявлений кожного процесса до и после лечения, что помогает оценить динамику и эффективность лечения.

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ФЕМАСТОНА У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КЕРАТОДЕРМИЕЙ

Ш.И. ИБРАГИМОВ, Т.У. АБДУЛЛАЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Исследованиями прошлых лет была установлена взаимосвязь между наступлением менопаузы и развитием описанной и выделенной самостоятельной нозологической единицы — климактерической кератодермии (КК).

Цель исследования — изучить применение фемастона у женщин с климактерической кератодермией.

Методы исследования. Исследование уровней фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола, прогестерона проводилось до и после лечения. Обследован 51 больной КК: с очаговой стадией — 24 больных, — 22 с диффузной и 5 — с очагово-диффузной стадией. Группу контроля составили женщины с нормально протекающим климактерием — 20 человек.

Результаты исследования. Проанализированы результаты применения фемастона у 51 женщины с климактерической кератодермией, находившихся в состоянии перименопаузы и в возрасте от 38 до 71 года. Анкетирование и диагностические исследования проводились до и после окончания лечения. Длительность наблюдения — 1 год. Основную группу составил 51 чел., получавших фемастон, который назначался по 1 таб. 1 раз по прерывистой схеме: 2 месяца — прием, 2 месяца — перерыв, 2 или 3 курса. Фемастон — комбинированный препарат, в состав которого входят 17b-эстрадиол — аналогичный синтезируемому в собственных яичниках женщины, и дидрогестерон (Дюфастон) — пероральный гестаген, не обладающий андрогенными и минералокортикоидными свойствами. Всем больным, как с очаговой, так и с диффузной стадиями проводилось лечение в сочетании с комплексной терапией, назначаемой индивидуально, с учетом общего состояния больного, сопутствующих хронических заболеваний. Всем пациенткам произведено исследование гормонального профиля. Исследование уровней фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола, прогестерона проводилось до и после лечения. В основной группе уровни гонадотропных гормонов гипофиза были повышены, а уровни эстрадиола и прогестерона снижены, что свидетельствует о постепенном угасании функциональной активности яичников у женщин в этом периоде. По результатам наших исследований отмечено, что при более тяжелой диффузной стадии (0,64±0,04), очагово-диффузной стадии (0,61±0,03) индекс ЛГ/ФСГ был уменьшен в большей степени, чем при очаговой (0,7±0,06). В результате использования препарата «Фемастон» у всех больных, находившихся под нашим наблюдением, как с очаговой, так и с диффузной стадиями дерматоза было отмечено значительное улучшение клинической картины заболевания.

Вывод. Проведенный анализ результатов терапии больных КК с использованием в качестве основного корригирующего средства «Фемастона» показывает, что он является патогенетическим и эффективным, что позволяет рекомендовать его к широкому применению.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛ-АОС У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Ш.И. ИБРАГИМОВ, Г.Т. МАНСУРОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В последние годы изучение процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) привлекает все большее внимание исследователей. Показатели ПОЛ-АОС достаточно изучены на системном уровне, однако, для оценки эффективности местной озонотерапии, целесообразным является комплексное исследование их как на системном, так и на локальном уровнях. В этой связи, **целью** нашей работы явилась оценка эффективности применения общей и локальной озонотерапии на процессы ПОЛ-АОС у больных псориазом на системном и локальном уровнях.

Исследования проведены у 10 практически здоровых лиц и 56 больных с различными формами псориаза в возрасте от 17 до 56 лет (31 — мужчины и 25 — женщины). Ограниченная форма псориаза была выявлена у 3 больных, распространенная — у 53. В зависимости от способа лечения, больные были разделены на II группы: I-я (контрольная) группа состояла из 21 больного с псориазом, получавших традиционную терапию; II-я (основная) группа состояла из 35 больных, получавших на фоне традиционной терапии общую и местную озонотерапию.

Озонотерапию проводили как на системном, так и на локальном уровне. Системную озонотерапию проводили в виде внутривенных капельных вливаний озонированного физиологического раствора с концентрацией озона в растворе до 2 мг/л в режиме 3 раза в неделю, 7–10 процедур на курс лечения. Озонокислородную смесь получали с помощью медицинской озонаторной установки «Медозонс-БМ03». Наружную терапию проводили с применением озонированного оливкового масла «Отри-озонид» производства ООО «Медозонс».

В результате исследования больных псориазом было отмечено достоверное снижение уровня МДА как на системном, так и особенно на локальном уровнях. Так, уровень его снизился в 1,3 и 1,5 раза, активность СОД была достоверно выше в 1,6 и 2,7 раза, тогда как активность каталазы изменялась в меньшей степени (в 1,2 раза), соответственно на системном и локальном уровнях. Как видно из приведенных данных, дисбаланс в системе ПОЛ-АОС выражен на локальном уровне и связан с нарушением дифференцировки кератиноцитов.

Поэтому представляется перспективным использование в комплексной терапии псориаза метода, позволяющего активно стимулировать процессы свободно-радикального окисления липидов, в частности озонотерапию. Проведение предлагаемой общей и местной озонотерапии оказалось более эффективным в коррекции дисбаланса ПОЛ-АОС. Так, уровень МДА статистически значимо возрос в 2,3 и 1,4 раза в сыворотке крови и биоптатах кожи. Причем, если в сыворотке крови мы наблюдали превышение нормативных величин в 1,8 раза, то на локальном уровне оно приблизилось к нормативным. Высокая активность СОД у больных псориазом на фоне предлагаемой терапии снизилась в 4,2 и 1,8 раза. Если на системном уровне мы наблюдали низкие показатели относительно нормативных величин, то на локальном уровне нами было отмечено некоторое сохранение высоких значений (превышение в 1,5 раза). Активность каталазы достигала нормативных величин.

Таким образом, у больных псориазом отмечается снижение интенсивности ПОЛ и активизация ферментов АОС как на системном, так и особенно на локальном уровнях. Включение в комплекс лечебных мероприятий псориаза внутривенной и местной озонотерапии, приводит к интенсификации свободно-радикальных процессов, подавлению активности СОД, особенно на локальном уровне, что совпадает с более ранним регрессом клинических проявлений по сравнению с традиционной терапией.

ВОПРОСЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Ш.И. ИБРАГИМОВ, С.СОБИРОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Идея нервизма занимала умы многих исследователей, которые анализировали предыдущие факты, приводили новые доказательства в ее пользу, ссылаясь на значительную роль различных психических и физических травм, стрессовых ситуаций, умственных перенапряжений, эмоциональных душевных расстройств, операций и других факторов, предшествующих развитию псориаза.

Существует мнение о том, что под влиянием острого и хронического перенапряжения высшей нервной деятельности развиваются функциональные нарушения в коре головного мозга, явление частичного торможения с изменением нормальных взаимоотношений коры и подкорки, с возможным образованием в таламогипоталамической области застойных очагов возбуждения и торможения с последующей дезорганизацией вегетативной деятельности. Последняя протекает, главным образом, в форме общего преобладания симпатического отдела с выраженным местным повышением возбудимости адренергических аппаратов кожи.

У больных псориазом могут выявляться соматоформные расстройства (СФР), в клинической картине которых на первый план выступают соматические или псевдосоматические жалобы. Следует указать, что согласно МКБ-10 соматоформные расстройства объединяются в одну группу с невротическими и стрессовыми расстройствами, исходя из общей психогенной этиологии.

Клинические проявления СФР весьма разнообразны и могут проявляться в виде болевых синдромов, различных сенестопатий (дискомфортные ощущения и др.), вегетативных дисфункций и симптомов эндогенной интоксикации (головные боли, повышение температуры, общей слабости).

Дело в том, что согласно данным ВОЗ, в последние годы в несколько раз увеличится число лиц, страдающих униполярной депрессией, включая и СФР, что требует обязательной своей коррекции. С этой целью должны использоваться препараты с отсутствием очевидных для пациента побочных явлений (сухость во рту, головные боли, нарушения зрения и др.), не снижающие

уровень бодрствования, с отсутствием когнитивных нарушений (концентрация внимания, оперативной памяти, скорости выполнения логических операций и др.), сохранение сексуальных функций. Всем этим требованиям отвечают препараты III поколения ингибиторов моноаминооксидазы — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (рексетин).

Таким образом, у больных псориазом имеются различной степени выраженности СФР, которые способны влиять на течение кожно-патологического процесса, для коррекции которых предлагается использование селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (рексетин).

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ «ВОБЭНЗИМ» У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП

Н.Д. ИКРАМОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Климатические условия Узбекистана являются одним из важных факторов высокой заболеваемости населения грибковыми заболеваниями кожи. Жаркий климат — постоянно действующий фактор, что является неблагоприятным экологическим фоном, способствующим высокому проценту заражаемости микозами. В общей структуре заболеваемости микозами ведущие позиции занимают поверхностные микозы, а среди них — грибковые поражения стоп.

Известно, что у большинства больных микозами стоп значительно ослаблены неспецифические факторы естественной защиты: барьерная функция эпителия, выработка медиаторов воспаления — цитокинов, функциональная активность клеток крови, системы комплемента и др. Наряду с дефицитом факторов естественной защиты отмечается также выраженная недостаточность клеточных и гуморальных факторов иммунитета

В этой связи мы поставили **цель** — изучить некоторые показатели иммунного статуса у больных с различными клиническими формами микоза стоп и провести коррекцию выявленных нарушений препаратом «Вобэнзим».

Методы. Под наблюдением находились 55 больных с различными клиническими формами микоза стоп (44 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет.

По клиническим формам все больные были распределены следующим образом: сквамозная форма микоза стоп была у 15 (27,3 %), интертригинозная — у 15 (27,3 %), дисгидротическая — у 11 (20,0 %) и онихомикоз — у 14 (25,4 %) больных.

Результаты исследования. иммунного статуса больных микозом стоп показали, что у больных общей группы до начала лечения отмечается снижение относительного количества CD3-клеток в 1,2 раза, CD4-клеток в 1,3 раза, тогда как количество CD20-клеток повышается в 1,5 раза и CD16-клеток в 1,6 раза по отношению к данным группы контроля. Уровень CD8-клеток оставался в пределах нормы.

При исследовании концентрации сывороточных иммуноглобулинов выявлено, что у больных данной группы наблюдалось достоверное снижение уровня трех классов иммуноглобулинов — IgA, IgM и IgG ($p<0,05$).

Наиболее выраженные изменения наблюдались при определении в сыворотке крови количества ЦИК. В данной группе отмечалось более 2-кратное увеличение уровня ЦИК по сравнению с группой контроля.

Исходя из того, что у больных микозом стоп выявляются изменения в иммунной системе, мы попытались коррегировать эти нарушения препаратом «Вобэнзим» в комплексе с базисной терапией.

«Вобэнзим» назначали по 3 таблетки 3 раза в день в течение 15–20 дней.

После окончания комплексной терапии у больных микозом стоп отмечалось достоверное повышение количества CD3-клеток, CD4-клеток и снижение содержания CD20-клеток, CD16-клеток и ЦИК по сравнению с показателями до лечения ($p<0,05$).

У больных сквамозной формой заболевания и онихомикозом в сыворотке крови концентрация IgA достоверно увеличилось ($p<0,05$), а у больных интертригинозной и дисгидротической формой микоза стоп была склонна к повышению. Уровень IgM у больных сквамозной и интертригинозной формой был достоверно выше чем данных до лечения, а у больных дисгидротической формой и онихомикозом склонен к увеличению. Содержание IgG у больных сквамозной и интертригинозной формой микоза стоп и онихомикозом после лечения достоверно повысилось ($p<0,05$), а у больных дисгидротической формой микоза стоп дало тенденцию к увеличению по сравнению с показателями до лечения.

Таким образом, разработанный комплексный метод лечения больных микозом стоп во всех клинических формах заболевания оказывает более выраженный положительный эффект в вос-

становлении выявленного дисбаланса в системе иммунитета. Это свидетельствует о целесообразности применения вобэнзима в комплексной терапии больных микозом стоп, у которых имеются нарушения в иммунной системе.

СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНИЧКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ/СПИД

Г.А. ИСМАИЛОВА, Б.С. АЗИЗОВ

Кафедра кожных и венерических заболеваний ТМА, НИИ вирусологии АН МЗ РУз. Ташкент

Цель — определить встречаемость и виды бактерий у ВИЧ-инфицированных больных, определить их чувствительность к антибактериальным препаратам.

Материалы и методы. Обследовано 79 пациентов с бактериальными поражениями кожи в различных клинических стадиях ВИЧ-инфекции. У основной части больных диагностировали третью (45), у 16 — вторую, у 18 — четвертую терминальную стадию ВИЧ. У обследованных выявлены следующие дерматозы бактериальной природы: у 7 — вульгарный сикоз, у 19 — фурункулёз, у 5 — гидраденит, карбункул — у 4, вульгарные угри — у 12, импетиго — 14 больных (щелевидное — у 6, буллёзное — у 5 поверхностный панариций — у 3 больных), Эктима выявлена у 19, хроническая язвенная пиодермия у 5 больных, рожистое воспаление у 2 больных. Бактериологический посев материала из пораженных очагов выявил следующее: у больных с стафилококковыми пиодермитами (47 больных) высеивались золотистый стафилококк — 35 (74 %), эпидермальный стафилококк — 39 (83 %), дрожжевые грибы — 23 (49 %), кишечная палочка — 5 (10 %). В культурах со стрептококковыми пиодермитами (35) и хроническими язвенными пиодермитами (5) отмечен рост гемолитического стрептококка 28 (70 %), золотистого стафилококка 12 (30 %), эпидермального стафилококка 8 (20 %) и дрожжевых грибов 21 (52 %). У ВИЧ-инфицированных больных в третьей и четвертых стадиях болезни (по классификации Покровского) чаще высеивалась культура сапрофитирующих бактерий, в частности, эпидермального стафилококка (47 %). На фоне выраженного иммунодефицита резко менялась клиническая картина, в которой преобладали глубокие формы пиодермий у пациентов в 3 и 4 стадиях ВИЧ при CD4 менее 300/мкл. Определение чувствительности к антибактериальным препаратам во многих случаях (79 %), выявило высокую чувствительность к Меристату, учитывая отсутствие у препарата гепато- и нефротоксичных свойств, мы назначали больным таблетки меристата, по 500 мг 2 раза в день, в течение 10 дней. Местное лечение заключалось в назначении анилиновых красителей и антибактериальных мазей. Таким образом, бактериологические исследования показали наличие смешанной микрофлоры, которая не всегда зависела от клинического диагноза. Очевидно, что с возрастанием степени тяжести ВИЧ/СПИД прямо пропорционально нарастает число больных с хроническими, глубокими пиодермиями. После ART число CD4 клеток возрастало (более 400/мкл), а специфическое лечение пиодермий способствовало клиническому и бактериологическому излечению.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ОМАКОР» У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Р.С. ИСМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Цель исследования — изучение эффективности применения препарата полиненасыщенных жирных кислот Омега-3 — «Омакор» у больных псориазом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 50 больных с различными клиническими формами псориаза (35 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 16 до 70 лет. Большинство больных были в прогрессирующей (43 больных) или в начале стационарной (7 больных) стадии заболевания. Давность заболевания составила от 3 месяцев до 10 лет и более.

Для оценки эффективности проводимой терапии больных разделили на 2 группы: в первую группу вошли 17 больных, составляющие группу сравнения и получавшие традиционное лечение (препараты кальция, тиосульфат натрия, витамины, антигистаминные средства и наружно — 2 %

салициловую мазь и глюкокортикостероидные мази и кремы); во вторую группу вошли 33 больных, которым в комплекс традиционной терапии был включен препарат полиненасыщенных жирных кислот Омега-3 — Омакор. Препарат «Омакор» назначался по 1 капсуле 2 раза в день в течение всего курса терапии.

Результаты исследования показали, что у больных псоризом на фоне традиционного метода лечения прекращение кожного зуда происходило на 9–11 день лечения, рассасывание папул — на 12–16 день лечения. Индекс PASI после данного метода лечения снижался с 54,65 ± 10,12 балла до 21,35 ± 9,23 балла.

При применении в комплексе с традиционной терапией препарата «Омакор» у больных псориазом наблюдалась более выраженная терапевтическая эффективность. Так, у больных данной группы на фоне комплексной терапии кожный зуд прекратился на 6–8 день лечения, папулы рассосались на 9–12 день лечения. Индекс PASI снижался с 53,25 ± 9,71 балла до 10,44 ± 3,15 балла.

Следует отметить, что при обоих методах лечения более выраженная терапевтическая эффективность отмечалась у больных со стационарной стадией, чем с прогрессирующей стадией псориаза.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что применение в комплексе с традиционной терапией препарата полиненасыщенных жирных кислот Омега-3 — «Омакор» оказывает выраженное терапевтическое действие в терапии больных псориазом.

АНТИБИОТИК ВОСИТАЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ

Ш.М. КАБУЛОВ, Ш.Б. ТУРСУНОВ, Б.Ш. ТУРСУНОВ, Н.Ш. КАБУЛОВ

РИДваВИАТМ, РИПИАТМ, Тошкент шахар 1 клиник шифохона

Охирги йилларда антибиотиклар арсенали ва таъсир доираси кенгайиб бораётган, микроорганизмларни антибиотикларга резистентлиги ўсиб кетаётган бир пайтда аҳоли (болалар ва катталар) орасида кенг тарқалган ўткир юқумли, йирингли септик, иммунтанқис, урологик ва тери-таносил касалликларни даволаш йулларини такомиллаштириш амалиёт шифокорларининг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Даволовчи врач конкрет антибиотикни танлаш жараёнида унинг самарадорлигига, потенциал токсиклигига ва бемор учун қулайлигига алоҳида эътибор бериши керак бўлади.

Бундан ташқари оптимал антибиотикларни танлаш жараёнида қуйидагиларни ҳисобга олиш лозим.

1. Касаллик чақирувчи микроорганизмларнинг характери ва патологик жараёнининг локализациясини ҳисобга олган ҳолда препаратнинг антимикроб фаоллиги; бактерицид таъсирга эга бўлган препаратлар кўпроқ устунликка эга бўладилар.

2. Антибактериал препаратларнинг граммусбат бактериялар ишлаб чиқадиган В лактамозларга нисбатан чидамлилиги;

3. Антибиотикларнинг беморга ножуя таъсир қилмаслиги;

4. Препаратнинг фармококинетик хусусиятлари (сўрилиши, тарқалиши, организмдан чиқарилиши);

5. Препаратни дозалаш тартиби: иложи борича антибиотикни қабул қилиш бир суткада 2-3 мартадан ошмаслиги керак, акс ҳолда дозалаш тартибини бузилиши рўй беради;

6. Нисбатан хавфсиз бўлган замонавий антибиотиклардан фойдаланиш (ножуя реакциялар сонини, асоратлар, суперинфекциянинг камайиши).

Ушбу кўрсатилган масала мураккаб, лекин буларни ҳал қилса бўлади. Шифокор беморни даволаш жараёнида тайинланган препаратларни бир-бирларига зид ёки зид эмаслигини ҳозирги замон илмий асосларга таянган ҳолда ижобий ҳал қилиши мумкин.

Дори воситаларни бир-бирига зиддиятлиги уч хил кўринишда бўлиши мумкин:

1. Физиковий.

2. Кимьёвий.

3. Фармакологик.

Амалиётда шифокорлар кўпроқ фармокологик зиддият хилига дуч келади, яъни бемор организмида улар антогонистик (бир-бирига булган кимьётерапевтик таъсирини кучсизланиши) таъсир кўрсатади.

Шундай қилиб, антибактериал терапия воситаларини юқоридагиларни эътиборга олиб, мақсадга мувофиқ ишлатиш лозим.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

З.Р. КАМОЛОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Проблема лейшманиоза занимает одно из важнейших мест в тропической медицине. До настоящего времени встречаются случаи кожного лейшманиоза, требующие своевременной диагностики и эффективной терапии.

Ранее с успехом применялся ряд лекарственных средств, в частности, мономицин, снятый с производства, что требует изыскания новых эффективных препаратов.

Появились сообщения об эффективности использования противогрибковых препаратов при кожном лейшманиозе, указывая на возможность разрушения клеточных мембран грибов и простейших указанными средствами.

Цель исследования — изучение эффективности системной энзимотерапии (контаб) в комплексном лечении больных зоонозным кожным лейшманиозом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 120 больных зоонозным кожным лейшманиозом (ЗКЛ) в возрасте от 17 до 65 лет, среди которых было 68 мужчин и 52 женщины. Во всех случаях диагноз ЗКЛ был подтвержден микробиологическими исследованиями (обнаружение телец Боровского в очагах поражения).

Для оценки системной энзимотерапии (контаб) все больные были подразделены на II группы: I группа (57 больных) получала тербизил по 250 мг/сут в течение 28 дней; II группа (63 больных) получала тербизил в сочетании с контабом, который принимался по 5 таблеток 2 раза в день (до еды) в течение 20 дней.

Критериями эффективности лечения считали сроки очищения лейшманиом от гнойно-некротического налета, паразитологическое выздоровление, эпителизацию язв и полное рассасывание специфических осложнений ЗКЛ.

Результаты. Проведенные исследования указали, что включение системной энзимотерапии в комплекс лечебных мероприятий у больных ЗКЛ позволяет повысить эффективность лечения, обусловленного нормализующим воздействием на изученные в динамике показатели иммунного статуса и эндогенной интоксикации у больных ЗКЛ.

Таким образом, включение системной энзимотерапии (контаб) в комплексное лечение больных ЗКЛ значительно повышает терапевтический эффект, связанный с коррекцией проявлений эндогенной интоксикации и иммунного статуса, выявляемых при различных клинических формах дерматоза. Разработанный метод лечения больных ЗКЛ может быть широко использован в амбулаторных условиях, особенно в эндемичных районах, по данному заболеванию.

ПРИМЕНЕНИЕ РИБОМУНИЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МИКРОСПОРИИ У ДЕТЕЙ

И.Т. КАРАБАЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Микроспория является одной из самых распространенных заболеваний среди дерматофитий: она встречается во многих странах и на всех континентах. Широкое распространение получило это заболевание и в нашей стране. Несмотря на простую диагностику, лечение микроспории — задача сложная. Ситуация обостряется тем, что заболевание встречается в основном у детей, что требует особо тщательного подбора безопасных и эффективных препаратов. Известно, что микроспория чаще поражает детей с ослабленным иммунитетом, в связи с чем мы нашли целесообразным включить в комплексную терапию иммунокоррегирующий препарат.

Под наблюдением находились 54 больных микроспорией (36 мальчиков и 18 девочек) в возрасте от 4 до 14 лет. Клинический диагноз у всех больных подтвержден микроскопическим анализом, культуральным выделением M. Canis и люминисцентным исследованием под лампой Вуда. Больные по методу терапии были подразделены на 2 группы:

1 группа — 27 человек — получали системный антимикотик по схеме;

2 группа — 27 человек — получали системный антимикотик по схеме и иммунокорректор «Рибомунил».

Рибомунил — иммуномодулятор бактериального происхождения, обладает противогрибковым действием и компенсирует иммуносупрессивный эффект антибиотиков. Большим преимуществом рибомунила является отсутствие необходимости выполнения перед его назначением иммунограммы крови. Рибомунил назначался в дозировке 3

таблетки в день утром натощак 4 дня в неделю в течение всего периода терапии. Переносимость препарата была хорошей, побочных явлений не отмечалось.

Результаты. Клинико-микологическое излечение наступило у всех детей. В 1-ой группе больных регресс клинических проявлений заболевания произошел через 15–30 дней традиционной терапии, элиминация грибов с очагов поражения, сроки от 20 до 32 дней. Во 2-группе больных, получавших системный антимикотик и Рибомунил по схеме, регресс клинических проявлений наступил через 12–25 дней терапии, элиминация грибов с очага поражения — в сроки от 18 до 32 дней.

Таким образом, проведенные исследования показали, что включение в общепринятую терапию иммуномодулятора «Рибомунилом» способствует положительной динамике клинических показателей и укорочению сроков излечения.

ОРУНГАЛ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

О.И. КАСЫМОВ, Б.М. САЛИМОВ, А.О. КАСЫМОВ

Кафедра дерматовенерологии ТИППМК, г. Душанбе

Среди инфекционных заболеваний человека одними из распространенных являются микозы, в структуре которых ведущее место занимают грибковые заболевания кожи стоп и ногтей.

По данным эпидемиологических исследований, в различных странах мира от 3 до 15 % населения страдает грибковыми поражениями ногтей. При этом онихомикозы являются не только косметической проблемой и существенно влияют на психологическое и физическое самочувствие пациентов, но нередко создают благоприятную почву для последующего развития у них лекарственной непереносимости и аллергодерматозов.

В патогенезе заболевания важное значение придают сосудистым заболеваниям, эндокринопатиям, наследственной предрасположенности, патологии опорно-двигательного аппарата, системным поражениям органов и тканей, иммунологическим нарушениям и др. Лечение онихомикозов представляет трудную задачу. До сих пор нет оптимальных средств и методов лечения, которые давали бы 100 % излечение без рецидивов.

Цель исследования — сравнение эффективности разных методов лечения больных онихомикозами с использованием орунгала.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 38 больных онихомикозами, из них мужчин было 24 (64 %), женщин — 14 (36 %), соотношение 1,8:1. Возраст больных колебался от 18 до 67 лет. 15 больных были в возрасте от 18 до 40 лет, 18 — от 41 до 60 лет, 3 — старше 60 лет. Средний возраст больных составил 46,4 ± 0,5 лет.

12 больных страдали онихомикозами от нескольких месяцев до 5 лет, 15 — от 6 до 10 лет, 11 — больше 10 лет. Длительность заболевания в среднем составила 7,2 $\pm$ 0,3 лет. 64 % больных имели сопутствующие заболевания — факторы риска возникновения онихомикоза: у 24 % выявлено плоскостопие, у 23 % — заболевания сосудов нижних конечностей (варикозная болезнь — у 5, диабетическая ангиопатия — у 2, посттромбофлебитический синдром или хронический мигрирующий тромбофлебит — у 2), у 9 % — сахарный диабет, у 8 % — ожирение III степени.

У 24 больных наблюдалась дистально-латеральная подногтевая форма онихомикозов, у 4 — тотально-дистрофическая, у 4 — поверхностно-белая, у 6 — проксимальная подногтевая. 35 пациентов страдали онихомикозами стоп, 3 — стоп и кистей. Среднее количество пораженных ногтей составило 6,9±0,07. Индекс оценки тяжести онихомикозов по шкале КИОТОС у всех больных был выше 9–12, что требовало назначения системной терапии.

У всех 38 больных онихомикозами была поражена кожа стоп, стоп и кистей или кистей. Интертригинозная форма микоза стоп была диагностирована у 9 больных, смешанная — у 22 больных. Сочетание сквамозной и интертригинозной форм наблюдалось у 14 больных, сквамозной, дисгидротической и интертригинозной — у 8. Стертая форма микоза стоп наблюдалась у 7 больных. Она характеризовалась едва заметным шелушением в межпальцевых складках стоп, преимущественно между 3–4 и 4–5 пальцами и на подошвах.

В зависимости от использованного метода лечения все больные онихомикозами были разделены на две группы. Первой группе (20 больных) проведено общее лечение орунгалом (итраконазолом). Орунгал при онихомикозах кистей назначался по 200 мг 2 раза в день в течение 7 дней (с 3-недельным перерывом) всего 2 курса терапии, при онихомикозах стоп — 3. Всем больным для улучшения трофики тканей в очагах поражения и уменьшения сухости кожи назначались витамины А (ретинола ацетат) и Е (α-токоферола) по одной капсуле 2–3 раза в день — по 15–20 дней, каждые два месяца. Для улучшения микроциркуляции использовался пентоксифиллин (трентал) по 1 табл. 3 раза — 20–25 дней, каждые 2 месяца.

Второй группе (18 больных) дополнительно к лечению, аналогичному первой группе, проводилось местное лечение, заключавшееся в удалении пораженной ногтевой пластинки при помощи 20 % уреапластыря и в дальнейшем в ежедневном втирании в ногтевое ложе мази «Клотримазол» и периодической механической чистке ногтевого ложа от гиперкератотических масс.

Всем больным двух групп, имевшим сопутствующие заболевания, по консультации соответствующих специалистов проводилась корригирующая терапия.

Критерием оценки терапевтической эффективности использованных методов лечения онихомикоза явились скорость уменьшения клинических проявлений микоза стоп и кистей и онихомикозов. Этиологическое излечение оценивалось путем микроскопического исследования растущих ногтей через 3, 6, 9 и 12 месяцев после начала лечения.

Результаты лечения показали значительное преимущество комбинированного (общая + местная терапия) метода лечения по сравнению с общим методом лечения. Так, отличные результаты (клинико-микологическое выздоровление) к концу 6 месяца наблюдения при комбинированной терапии было достигнуто у 83,3 % больных, через 9 и 12 месяцев — у 94,4 %, в то время как в группе больных, получавших только общее лечение, соответственно у 85 %, 80 % и 80 % ($P < 0,02$). Среди больных с тотально-дистрофической и проксимальной формами онихомикоза комбинированное (общая + местная терапия) лечение дало отличные результаты у 80 %, общее лечение — только у 60 % ($P < 0,01$).

Следует отметить, что орунгал не оказал гепатотоксического действия ни одному больному.

Таким образом, исследования показали преимущество комбинированного (общая + местная терапия) метода лечения по сравнению с монотерапией орунгалом.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ У ДЕТЕЙ

А. Б. ПАКИРДИНОВ, Р. М. КИЛИЧЕВ, О. Д. КУРБОНОВ, М.А. ЕКУБОВА, К.З. БОТИРОВ

Андижанский Государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерология

В последние годы отмечается тенденция к росту заразных кожных заболеваний, в том числе и чесотки. Причинами являются активная миграция населения, скученность в жилье, бесконтрольное содержание домашних животных. Часто родители больных детей на ранней стадии болезни с незначительным проявлением не обращаются к врачу, что приводит к распространению болезни среди остальных членов семьи. Типичная клиническая картина не затрудняет диагностики. Характерными элементами являются парно расположенные папулы-везикулы со следами расчесов и экскориаций. Больные отмечают сильный кожный зуд в очагах поражения, усиливающийся ночью, который некупируется приемом антигистаминных и десенсибилизирующих лекарств. Клинически чесотка протекает как аллергический контактный дерматит, экзема, почесуха. При присоединении пиококковой инфекции стрепто-стафилодермия приводит к ошибке диагностики чесотки. Часто профилактическое лечение чесотки на дому, усугубляет эпидобстановку чесотки. Своеобразно протекает чесотка у детей. Наблюдается распространенная сыпь по всему телу, папулы-везикулы, осложненные стрепто-стафилодермитами. Дети становятся раздражительными, плаксивми, расчесывают кожу, у них нарушается сон. Под нашим наблюдением находились 9 детей, больных чесоткой. Из них до 1 года — 4 (44,5 %), от 1 года до двух лет — 3 (33,5 %), 4-х лет — 1(11 %) и 6-ти лет — 1(11 %). У 5 (55,5 %) больных чесотка была ослажнена стрепто-стафилодермией, у 4 (44,5 %) больных без осложнений, у 7 (77,7 %) больных имелись папулы-везикулы на коже лица и ладонях рук.

Приводим наш пример. Больной К.С., 6 лет, обратился на прием в диспансерное отделение КВД Андижанской области с жалобами на высыпания по всему тел. Из анамнеза выяснилось, что ребенок болеет в течение 2,5 месяцев. К врачам не обращались, занимались само лечением: смазывали расчеры синофланом, гиоксизоном, целектодермом V. Ребенку становилось хуже: элементы распространилась по всему телу и лицу. В результате расчесывания и появилась стрепто-стафилодермия. Обратились к участковому педиатру, который назначил глюканат кальция, димедрол внутрь и местно гиоксизон. После безуспешного лечения обратились в диспансерное отделения КВД. г. Андижана. При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное, на приеме плакал, расчесывал очаг поражения. Кожно-патологический процесс носил распространенный характер, локализуясь по всему телу. В очагах поражения — парно–локализованные папулы-везикулы, экскориации, корки, фликтены и фолликулы. У матери ребенка на руках, груди и животе имелись аналогичные элементы, следы расчесов. Сыпь яркие, чем у

ребенка. Субъективно: зуд, усиливающийся ночью. Лабораторно: у ребенка и матери найдены чесоточные клещи.

Клинический диагноз: «чесотка, осложненная стрепто-стафилодермией». После недельного курса проведенной терапии патологический процесс и у ребенка и у матери разрешился.

В данном случае источником заражения явился соседний мальчик, который также получил соответсвующее лечение и тем самым удалось ликвидировать очаг заболевания.

Таким образом, течение чесотки у детей-часто осложняется стрепто-стафилодермией, клинически протекает как почесуха (строфулюс), аллергический контактный дерматит и экзема.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ПИЛИНГ В ТЕРАПИИ ДЕМОДЕКСА

К.К. КУАНОВА, Т.В. ТАРКИНА

РГП «Больница управделами Президента РК»,
АО «Медицинский университет Астана» г. Астана, Республика Казахстан

Воспалительные формы акне и розацеа нередко осложняются активизировавшимся клещом Demodex folliculorum. По нашим данным, из 70 обратившихся на консультацию пациентов, с розацеа и воспалительными формами акне, демодекс обнаружен в 14 (24 %) случаях. Причем у 3 пациентов клещ обнаружен со 2 и 3 раза. При сочетании основного заболевания с демодекозом на фоне типичной клинической картины были следующие особенности течения: локализация застойной эритемы и пустул на кончике носа, ярко-воспалительный характер процесса, наличие разбросанных небольших очагов яркой эритемы, недостаточная эффективность и торпидность к проводимой ранее терапии. Кроме этого, ни в одном из наблюдавшихся нами 15 случаев тяжелых форм акне, таких как нодулокистозная и конглобатная, клещ обнаружен не был. Комплексная терапия включала два этапа. На первом этапе больные получали системную антибактериальную, противоакарицидную и противовоспалительную терапию, и местное противомикробное лечение. На втором, реабилитационным этапе, после исчезновения островоспалительных явлений и разрешения большинства папулопустулезных элемпентов, больные получали ультразвуковой пилинг и противовоспалительные маски. Ультразвук оказывает рассасывающее действие в стадию продуктивного воспаления, что позволяет применять его при подострых и хронических процессах. Процедуру проводили аппаратом SonoScrub (Франция), в двух режимах. На курс 5–6 процедур с интервалом в два дня. Длительность процедуры от 10 до 15 минут. Проводился фотоконтроль в три этапа: в момент обращения за медицинской помощью, после завершения второго этапа и в конце курса ультразвуковых пилингов. Эффективность терапии оценивалась по обратной динамике таких клинических показателей, как яркость и площадь эритемы, количество папулопустул, гладкость кожного рельефа, уменьшение количества комедонов, а также учитывалась личная оценка состояния лица пациентом. Улучшение кожного локального статуса отмечено у всех 14 (100 %) больных. Во всех случаях исчезали папуло-пустулы, значительно уменьшалась яркость и площадь эритемы. Остаточные явления присутствовали также у всех пациентов в виде небольшой эритемы или пигментации. Мы считаем, что в терапии акне и розацеа, осложненных демодекозом, обязательно должен быть реабилитационный косметологический этап. Включение в комплексную терапию этой категории больных ультразвукового пилинга ускоряет разрешение воспалительного процесса на лице.

ВЛИЯНИЕ ЛАКТО-ФЛОРА НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Н.К. КУРБАНОВА, Н.В. МИРХАМИДОВА, Ф.Ю. МЕМЕТОВ, Л.Д. ХОДЖАЕВА, С.А. ШУРАЕВА, Г.А. НУРИТДИНОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В последнее время участились случаи тяжелых форм псориаза, трудно поддающихся традиционной терапии, что вынуждает практических врачей к применению серьезных препаратов, таких как метотриксат, преднизолон и др., при длительном применении которых выявляется негативное влияние последних как на само заболевание, так и на организм в целом. Этот факт подстегивает современную науку на создание препаратов природного происхождения с необходимыми свойствами и минимальными побочными эффектами.

Материалы и методы. Одним из препаратов выбора, содержащим природный комплекс белков с молекулярной массой от 0,5 до 140 кДа и изготавливающимся в нашей республике является «Лакто-Флор». Он оказывает противовоспалительное, тканерепарирующее, гемоиммуномодулирующее, детоксикационное действие, а также восстанавливает метаболические процессы на клеточном и тканевом уровне.

Результаты. Под нашим наблюдением находились 40 больных псориазом: с вульгарной формой — 33, экссудативной — 7. Возраст больных колебался от 17 до 55 лет и с длительностью заболевания от 5 мес. до 25 лет. Препарат вводили внутримышечно ежедневно по 1 мл в течение 10 дней на фоне традиционной терапии.

Комплексная терапия с применением Лакто-Флора показала, что уже на 3–5 день лечения у большей части наблюдавшихся нами больных отмечалось прекращение появления свежих эффлоресценций, отсутствие периферического роста папул и бляшек, снижение выраженности высыпных элементов, исчезновение зуда. На дальнейших этапах лечения (8–15 день) у пациентов наблюдался регресс папулезных высыпаний и бляшек, как в их центральной зоне, так и по периферии в виде «псевдоатрофического» ободка Воронова. Клиническое выздоровление наступило у 49,4 % больных, значительное клиническое улучшение у 35,4 %, клиническое улучшение у 13,9 %, соответственно.

При комплексном лечении с использованием Лакто-Флора у больных с вульгарной формой псориаза клиническая ремиссия наблюдалась у 65,8 % больных, значительное клиническое улучшение у 23,7 %, улучшение у 10,5 %. Среди больных с экссудативной формой заболевания клиническая ремиссия отмечена у 50 %, значительное клиническое улучшение у 35,7 % и улучшение у 14,3 % больных, соответственно.

Таким образом, препарат «Лакто-Флор» обладающий высокой терапевтической эффективностью может быть применен при лечении больных псориазом, что позволяет значительно повысить качество жизни пациентов и на долгое время забыть о наличии своего заболевания.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ШКАЛЫ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ, ПОЛУЧАВШИХ ПОЛИФИТОВОЕ МАСЛО

Ш.З. МАВЛЯНОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

С целью изыскания новых терапевтических возможностей у больных с экземой для наружного применения нами апробировано полифитовое масло — препарат отечественного производства, в составе которого имеется масляный экстракт ряд лекарственных растений: зверобоя, облепихи, шиповника, солодки, тысячелистника таволголистного крапивы, чабрецы, мелиссы, цветки цикория.

Нами обследовано 15 больных с экземой в возрасте от 27 до 56 лет. Давность заболевания составило от 4 месяцев до 20 лет.

Для оценки клинической эффективности полифитового масло нами изучен дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС)). Больные были консультированы смежными специалистами (эндокринолог, терапевт, окулист, невропатолог, гастроэнтеролог, аллерголог).

Всем больным согласно стандарту и клиническому протоколу по лечению кожных заболеваний проводили дезинтоксикационную, гипосенсибилизирующую, антигистаминную терапию и витаминотерапию.

Полифитовое масло наносили на очаги поражения два раза в день в течение 5–10 дней. Контрольную группу составили 10 больных с экземой в возрасте от 18 до 56 лет, которые получали в

качестве наружной терапии 1 % гидрокортизоновую мазь.

Определение индекса ДИШС проводилось по следующим параметрам: эритема, отёк, мокнутие, лихенификация, папулы, сухость (ксероз), шелушение, эрозии, зуд. Параметры оценивались по 3-х бальной системе, кроме зуда (4 балла). *(табл.* 1).

Таблица 1

Показатели ДИШС у больных с кожными заболеваниями получавшие наружно полифитовое масло

	Дерматологический индекс шкалы симптомов								
	эритема	отек	Мокнутие	Лихе-Нификация	Папулы	Сухость	Шелушение	Эррозии	Зуд
До лечения	2,7±0,1	2,3±0,1	1,9±0,3	2,6±0,1	2,6±0,1	2,8±0,1	2,8±0,06	1,7±0,2	3,8±0,07
после	1,1±0,05*	1,1±0,07*	1,2±0,1	1,5*±0,1	1,5*±0,13	1,6±02	1,5*±0,13	1,5±0,2	1,5*±0,1

Примечание:* — P<0,05 достоверность по отношению до лечения.

Как видно из таблицы, динамика кожно-патологического процесса на фоне применения полифитового масла заметно изменялось на положительную сторону: наблюдалось уменьшение эритемы на 40,7 % (P<0,05), отечности — на 47,8 % (P<0,05), шелушения — на 53,5 %, рассасывание лихенификации на 57,7 % (P<0,05), папулезных элементов на 57,6 %. Применение полифитового масла способствовало значительному снижению субъективных ощущений — зуда в 2,5 раза (P<0,05).

Сравнительный клинический анализ наружной терапии у больных с экземой, получавшие 1 % гидрокортизоновую мазь показали идентичную положительную эффективность препарата.

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что полифитовое масло обладает противовоспалительным и противозудным действиями, что может быть рекомендован в качестве наружной терапии в дерматологической практике. Клиническое наблюдение продолжается.

ПРЕВАЛИРОВАНИЕ СИПТОМОКОМПЛЕКСОВ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Г.Ш. ГУЛЯМОВА, А.Ш. ИНОЯТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Устав Всемирной организации здравоохранения характеризует здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических недостатков. Поэтому успешное лечение больного не должно ограничиваться восстановлением или сохранением только физического статуса, без учета психосоциального аспекта. Для дополнительной оценки физического, эмоционального, социального статуса больного предлагается изучение качества жизни.

Под нашим наблюдением находилось 45 пациентов с АтД в возрасте от 14 до 60 лет. Для отражения функционального состояния организма человека в связи с болезнью мы использовали показатель ДИКЖ. Для оценки мы применяли метод анкетирования Довжанского С.И., который состоит из 21 вопроса. По методу Довжанского С.И. результаты оценивались по пятибалльной системе, где 0-наиболее благоприятный показатель, 5-неблагоприятный показатель. Сумма баллов равных 0 показывает о высоком уровне жизни, а сумма 105 об катастрофически низком уровне жизни пациента.

Среднее значение ДИКЖ до лечения составляло — 44,7±2,7 балла. После терапии он снизился до 27±2 баллов, что отражает динамику кожного процесса и психологического статуса больных.

Пациенты с АтД были распределены по клиническому течению на 3 степени тяжести, где 0–I баллов легкая степень, II–III баллов средняя и IV–V баллов тяжелая степень. У больных с АтД легкой степени превалировали такие симптомы как, депрессия и неуверенность в себе, сексуальные нарушения и отсутствие интереса к жизни окружающих. Среди 21 вопроса по определению ДИКЖ превалировали такие симптомы как, у больных с АтД средней степени превалировали симптомы изменение привычного образа жизни, трудности в общении с друзьями, беспокойство, нарушение сна и необходимость ограничения в диете. А у больных с тяжелой степенью тяжести чаще регистрировались такие симптомы как,

невозможность заниматься спортом, раздражительность, изменение характера работы в связи с болезнью и необходимость госпитализации. В связи с полученными результатами мы считаем актуальным продолжение исследований в этом направлении и рекомендовано включение в комплекс лечебных мероприятий транквилизаторов и оказание психологической помощи пациентам.

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

У.А. МАМАТКУЛОВ, М.Р. МАХСУДОВ, К.А. АБДУЛЛАХОДЖАЕВ, Х.Р. ХАЛИДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В последние два десятилетия интерес к синтезу, секреции цитокиновых молекул, их рецепторов, природных антангонистов значительно вырос и представляет высокую значимость вследствие возможностей их использования с целью определения этиопатогенеза, диагностики, мониторирования за эффективностью лечения.

В настоящее время цитокины выделены в новую самостоятельную систему регуляции основных функций организма, существующую наряду с нервной и эндокринной системами регуляции и связанной в первую очередь с поддержанием гомеостаза при внедрении патогенов и нарушении целостности ткани.

Целью настоящей работы явилось оценка уровня некоторых цитокинов, в частности ФНО-ά и ИЛ-6, у больных различными клиническими формами витилиго.

Под наблюдением находилось 14 больных (8 — мужчин и 6 — женщин) в возрасте от 20 до 59 лет. Из них у 7 больных была диагностирована распространенная и у 7 — ограниченная форма витилиго. Контрольную группу составили данные 8 практически здоровых лиц в возрасте от 21 до 35 лет.

Содержание ФНО-ά и ИЛ-6 в крови больных витилиго проводили иммуноферментным анализом тест-системами производства ООО «Вектор-Бест».

Результаты показали, что при сравнительном исследовании показателей цитокинового статуса здоровых лиц (диапазон концентраций ФНО-ά составил 0–6 пг/мл и ИЛ-6 — 10 пг/мл) и больных витилиго, были выявлены некоторые особенности. При статистической оценке данных обследования больных витилиго обращает на себя внимание широкий размах показателей. Пределы колебания содержания ФНО-ά составили от 80 пг/мл до 200 пг/мл, ИЛ-6 — от 0 пг/мл до 200 пг/мл (у 11 больных содержание ИЛ-6 равнялось 0 пг/мл, у 2 — 200 пг/мл и 1 пациента в пределах контрольных цифр 5,6 пг/мл). что возможно связано с неоднородностью обследуемой группы больных.

У больных витилиго определено достоверное изменение уровня исследуемых цитокинов против контроля ($p<0,001$). В группе больных витилиго среднее значение ФНО-ά составило 136±3,5 пг/л, что в 90 раз превышает аналогичный показатель здоровых людей. Содержание ИЛ-6 было снижено по сравнению с данными здоровых лиц. Подобные данные косвенно могут судить о наличии воспаления, возможно аутоиммунного характера.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить у всех больных витилиго количественное и качественное изменение цитокинового статуса. Активация цитокина ФНО-ά сопровождается снижением уровня цитокина ИЛ-6. Изменение концентрации цитокинов в сыворотке крови является свидетельством активного как системного, так и локального воспаления у больных витилиго. Это свидетельствует, что у обследуемых лиц определение показателей цитокинового статуса расширяет диагностические возможности клиницистов и позволяет по-новому подойти к изучению состояния иммунной системы организма в клинической практике.

ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ И НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ

А.М. МАННАНОВ, С.М. ХОДЖАЕВА, К.Н. ХАИТОВ, М.А. МУКАРРАМОВ, Д.Д. РИХСИЕВА, Л.Г. ШАЯХМЕТОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Высокая частота встречаемости ГА в семьях среди родственников больных подтверждает патогенетическую роль наследственной предрасположенности. Известно, что в семьях частота встречаемости ГА среди пробандов находится на высоком уровне и составляет 4–24 % Решение таких задач, как оценка генетической предрасположенности к заболеванию, позволяет определить патогенетические механизмы, лежащие в основе заболевания.

С этой целью, для определения пути передачи болезни был проведен сегрегационный анализ и пенетрантности генов. Для выполнения этой цели были исследованы 109 семьей, имеющие обоих родителей и сибсов. Родители пробандов 11 семей «больной-здоровый» и родители 98 семей «здоровые-здоровые».

Для выявления путей передачи заболевания был проведен сегрегационный анализ родителей пробандов «больной-здоровый». Исследование проводилось в 11 семьях, имеющих сибсов. Общее количество сибсов в семье было 23 (T), число болеющих (R) было 2. При этом показатель сегрегационного анализа был равен SF=0,05±0,013. При аутосомно-рецессивном пути передачи заболевания этот показатель был равен 0,5, т.е. отношение исследуемых показателей на показатели ожидаемых в 2 раза превышало стандартное отклонение (сигму), т.е был равен 0,5–0,05 = 0,45 > 0,026. Такой случай наследования может передаваться и по доминантному типу болезни, тогда этот показатель был равен 1,0–0,05 = 0,95>0,026. Оценка течения заболевания ГА, путей наследственной передачи проводилась путем вычисления сооотношения заболеваемости на общее количество обследованных, т.е. пенентральностью генов. При этом если в семье пробанда болеют половина из всех детей, этот показатель считался полным. Доминантное наследование заболевания у гомозиготных родителей пробандов, пенетрантность генов была равна на 0,05 или на 5 %, рецессивное наследование заболевания у гетерозиготный родителей пробандов, пенентральность генов была равна на 0,1 или 10 %.

Был произведен сегрегационный анализ в семьях родителей пробандов «здоровые-здоровые» у (N) 98 семей, имеющих сибсов. Количество сибсов было (T) 194 детей, число больных составило (R) 7. Сегрегационный показатель был равен SF = 0,05±0,013. При аутосомно-рецессивном пути наследования заболевания, у гетерозиготных родителей пробандов рождение больных детей было равно на 0,25. Если отмечался доминантный путь наследования, то у родственников родителей пробандов наблюдался пенетрантность генов, если один из родителей были здоровыми, то второй родитель проявлял гетерозиготность. У таких семей проявление заболевания равнялось на 0,5. В семьях, где родители были брака «здоровый-здоровый» показатели сегрегационного анализа были равны на SF=0,1±0,01. При аутосомно-рецессивным пути наследования показатель был равен на 0,25, т.е. 0,25–0,1=0,15>0,02. При доминантном пути наследование показатель равен 0,5–0,1=0,4>0,02. Полученные результаты исследования отрицают доминантное наследование заболевания. У гетерозиготных родителей, при наследовании заболевания рецессивным путем пенетрантность генов была равна на 0,4 или на 40 %, при доминантном наследовании заболевания, если один из родителей был здоровым, а второй гетерозиготный, то тогда пенетрантность генов равнялась на 0,2 или на 20 %.

Таким образом, оценка генетической предрасположенности заболевания путем сегрегационного анализа показала, что наследование ГА у детей происходит неменделевским путем наследования, что определяется низким показателем пенетрантностью генов.

АЛГОРИТМ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНОСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

А.М. МАННАНОВ, С.М. ХОДЖАЕВА, А.А. МАННАНОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Проблема гнездной алопеции (ГА) имеет немаловажное значение в нашем регионе в связи с частой встречаемостью дерматоза. Наследственная предрасположенность к заболеванию у детей является малоизученной. Характерной особенностью ГА является полигенность, проявления генетической информации каждого больного под действием внешних факторов реализуются в патологический процесс.

С этой целью полигенный путь наследования у детей ГА определялась мультифактериальностью заболевания. Было обследовано 217 родителей и 892 близких родственников у 120 детей больных ГА.

Результаты исследования показали что, наследственная предрасположенность к ГА у пробандов составляла 11,7 % (25), у родителей пробанда 4,5 % (39). Частота встречаемости ГА среди I-степени родства составляла 2,6 % (23) случаев, при этом отмечено что, с отдалением родства встречаемость болезни уменьшалась. Этим и определялось аддитивность генов и подтверждалась высокая частота встречаемости заболевания в семьях пробанда и у родственников. На основании показателей мультифакториальности болезни определяется наличие клинических форм, типы и их разнородность, предопределяется возникновение промежуточных и смешанных форм заболевания. В результате наших клинических и лабораторных исследованиях эти показатели были также подтверждены. Наличие частоты встречаемости ГА у детей зависило от пола

пробанда и при этом заболевание встречалось у мальчиков больше (62; 51,7 %), чем у девочек (58; 48,3 %). По критериям мультифакториальности вероятность наличие встречаемости заболевание среди родственников больных взаимосвязано с тяжелым течением болезни и началом возраста у пробанда. Однако, в наших исследованиях при ГА у детей эти признаки не наблюдались.Наблюдаемые случаи высокой частоты конкардантности у монозиготных близнецов, чем у дизиготных также наших исследованиях не наблюдалась. Была отмечена связь порогового эффекта с полом больных т.е. среди детей к ГА наиболее подвержены были мальчики (62; 51,7 %), и заболевание у них протекало тяжело. Среди родителей детей больных ГА кровнородственные браки встречались в 11,6 % (14) случаев, в группе контроля этот показатель был 1,24 %. В исследованиях наследственная предрасположенность к ГА в популяции не превышал 100 %.

Таким образом, вышеуказанные результаты подтвердили полигенный характер наследования заболевания. Изучение течения заболевания у детей, больных ГА, характеризующейся мультифакториальностью признаков, дает возможность определить наследственную предрасположенность заболевания, тип наследования, изучить семейные случаи заболеваемости и повторные случаи болезни. Выявление наследственной предрасположенности и внешних факторов влияющих на возникновение заболевания ГА у детей, позволяет разработать лечебные и определить профилактические мероприятия.

ХАРАКТЕР КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА

Н.В. МИРХАМИДОВА, Н.К. КУРБАНОВА, Л.Д. ХОДЖАЕВА, С.А. ШУРАЕВА, Г.А. НУРИТДИНОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

ФНО-α занимает центральное место в цитокиновом каскаде, стимулируя синтез различных провоспалительных медиаторов: ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, инсулиноподобного фактора роста (ИФР), эпидермального фактора роста (ЭФР), фактора, стимулирующего макрофаги (ФСМ) и других. Этот цитокин вовлечен в регуляцию клеточного и тканевого гомеостаза путем стимуляции апоптоза клеток.

Целью нашего исследования явилось изучение уровня цитокинового статуса (ФНО-альфа, ИЛ-4) и влияние его на тяжесть течения псориаза.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 30 человек больных псориазом в возрасте от 18 до 65 лет, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в РСНПЦДиВ, при этом большая часть пациентов была в возрасте 28–55 лет. У большинства пациентов кожный процесс был в прогрессирующей стадии, среднетяжелого (индекс PASI > 20). Высыпания носили распространенный характер.

Основную часть (26 человек) составили пациенты больные псориазом с давностью заболевания более 5 лет, неоднократно лечившиеся в стационаре, причем у 79 % пациентов заболевание началось в достаточно молодом возрасте — от 10 до 30 лет. У больных псориазом высыпания на коже носили распространенный экссудативный характер, и процесс протекал крайне торпидно (индекс PASI > 20), у подавляющего большинства пациентов (22 человек) — отмечена вульгарная форма псориаза, у 8 — имелся экссудативный псориаз.

Показатели цитокинов: интерлейкина — 4 и ФНО-α определяли методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови.

Результаты и их обсуждение. В крови у больных с псориазом до лечения отмечалось достоверное увеличение ФНО-α по сравнению с контрольной группой, кроме того показатель повышался с утяжелением кожного процесса (14,1±1,42**пг/мл при вульгарной форме, 21,6±1,82** пг/мл при — экссудативной, против 4,0±0,31 пг/мл в контроле, соответственно при P>0,001).

Уровень ИЛ-4, у больных псориазом был также достоверно повышен, чем в контрольной группе и также реагировал на тяжесть течения кожного процесса (3,6±0,42* пг/мл при вульгарной форме, 4,8±0,92** пг/мл при — экссудативной, против 1,9±0,28 пг/мл в контроле, соответственно при P>0,001).

Комплексная терапия с применением ЛактоФЛОРа показала, что уже на 3–5 день лечения у большей части наблюдавшихся нами больных отмечалось прекращение появления свежих эффлоресценций, отсутствие периферического роста папул и бляшек, снижение выраженности высыпных элементов, исчезновение зуда. На дальнейших этапах лечения (8–15 день) у пациентов наблюдался регресс папулезных высыпаний и бляшек, как в их центральной зоне, так и по периферии в виде «псевдоатрофического» ободка Воронова. Клиническое выздоровление наступило у 49,4 % больных, значительное клиническое улучшение у 35,4 %, клиническое улучшение у 13,9 %, соответственно.

При комплексном лечении с использованием Лакто-ФЛОРа у больных с вульгарной формой псориаза клиническая ремиссия наблюдалась у 65,8 % больных, значительное клиническое улучшение у 23,7 %, улучшение у 10,5 %. Среди больных с экссудативной формой заболевания клиническая ремиссия отмечена у 50 %, значительное клиническое улучшение у 35,7 % и улучшение у 14,3 % больных, соответственно.

Полученные результаты позволяют разрабатывать патогенетически обоснованные методы терапии с учетом коррекции цитокинового статуса, которые влияют как на клиническое течение процесса, так и на прогноз заболевания.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА SCORAD

С.Р. МУМИНОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Атопический дерматит — аллергическое заболевание кожи, возникающее, как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к атопическим заболеваниям, имеющее хроническое рецидивирующее течение, возрастные особенности локализации и морфологии очагов воспаления, характеризующееся кожным зудом и обусловленное гиперчувствительностью как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям. Для оценки степени тяжести атопического дерматита в последние годы широко используют полуколичественные шкалы, из которых наиболее широкое применение получила шкала SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis), которая разработана совместно врачами и пациентами, страдающими атопическим дерматитом, и предложена в 1994 г. Европейской рабочей группой по атопическому дерматиту. Шкала SCORAD объединяет объективные (интенсивность и распространенность кожного процесса) и субъективные (интенсивность дневного кожного зуда и нарушение сна) критерии. SCORAD предусматривает оценку в баллах шести объективных симптомов: эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнутие, экскориации, лихенификация/шелушение, сухость кожи. Интенсивность каждого признака оценивается по 4 — уровневой шкале: 0 — отсутствие, 1 — слабая, 2 — умеренная, 3 — сильная. При оценке площади поражения кожного покрова следует пользоваться «правилом девятки», в котором за единицу принята площадь поверхности ладони больного, которая эквивалентна 1 % всей поверхности кожи. Оценка субъективных симптомов (ощущение зуда, нарушение сна) производится у детей старше 7 лет и взрослых, у детей младшего возраста — с помощью родителей, которым предварительно объясняется принцип оценки. Расчет индекса SCORAD производится по формуле:

SCORAD=A/5+7B/2+C, где: A–сумма баллов распространенности поражения кожи;

B-сумма баллов интенсивности клинических симптомов атопического дерматита;

C-сумма баллов субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале.

Цель исследования: оценка степени тяжести атопического дерматита с помощью индекса SCORAD.

Материал и методы исследования: у 45 больных атопическим дерматитом в возрасте от 5 до 69 лет была определена степень тяжести течения атопического дерматита согласно индексу SCORAD до и после лечения. В качестве лечения применялись антигистаминные, десенсибилизирующие средства; антибиотики и витамины по показаниям; наружно: стероидные и нестероидные противовоспалительные средства.

Результаты: до лечения индекс SCORAD колебался от 29,2 до 99 баллов. Согласно расчетам больные разделены по степени тяжести: легкой степени (до 50 баллов) у 15больных, средней степени (от 50 до 80 баллов) у 18 больных, тяжелой степени (свыше 80 баллов) у 12 больных. После лечения индекс колебался от 12,4 до 49,7 баллов, что соответствовало легкой степени атопического дерматита. Степень тяжести заболевания согласно индексу SCORAD с давностью заболевания до 1 года составило в среднем 51,2 ± 4,7 балла, тогда как с давностью 1–5 лет 68,5 ± 8,1 и более 5 лет — 64,4 ± 3,5 балла, что соответствовало средней степени заболевания.

Выводы: результаты клинических наблюдений показывают основным преимуществом использования индекса SCORAD объективная оценка эффективности различных методов лечения.

ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Л. НИКОЛАЕВА, О.И. КАСЫМОВ, А.О. КАСЫМОВ

Кафедра дерматовенерологии ТИППМК, г. Душанбе

Введение. Важнейшее место в патогенезе псориаза отводится патологии иммунных механизмов и нарушениям иммунного гомеостаза. Исследованиями последних лет доказано, что нарушение липидного обмена оказывает влияние на разные этапы иммунного ответа, прежде всего вследствие нестабильности мембран иммунокомпетентных клеток ввиду активации свободнорадикального окисления, а продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ) выступают в качестве маркеров биохимических реакций повреждения мембран клеток.

Целью исследования явилось изучение нарушений липидного обмена у больных псориазом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 67 больных с вульгарным псориазом (м — 39, ж — 28). Возраст больных колебался от 18 до 52 лет (средний возраст — 32,7 ± 0,7 лет). У 46 (68,7 %) пациентов псориатический процесс носил распространенный характер, у 21 (31,3 %) — локализованный. Осенне-зимний тип дерматоза констатирован у 33 (49,2 %) больных, весенне-летний — у 11 (16,4 %), недифференцированный — у 23 (34,3 %). У всех пациентов диагностирована прогрессирующая стадия заболевания. Давность заболевания колебалась от 3–4 месяцев до 39 лет (средняя длительность болезни составила 13,3 ± 1,5 лет). Лентикулярно-нуммулярный псориаз наблюдался у 23 (34,3 %) пациентов, инфильтративно-бляшечный — у 27 (40,3 %), локализованная форма заболевания с поражением волосистой части головы или ладоней и подошв — у 17 (25,4 %). При клиническом обследовании у подавляющего большинства больных (77,6 %) были выявлены сопутствующие заболевания со стороны гепатобилиарной, гастродуоденальной или эндокринной (преимущественно эндемический зоб разной степени).

Клиническое обследование проводилось традиционным способом с оценкой тяжести псориатического процесса с определением индекса PASI. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц в возрасте от 20 до 50 лет. Возраст и пол больных и лиц контрольной группы были сопоставимы.

Общий холестерин в сыворотке крови и плазме, триглицериды определяли с помощью набора стандартных реагентов для ферментативного фотометрического определения, липопротеиды низкой плотности — по М. Бурштейну и Ф. Самая (1982); диеновый конъюгат (ДК) — по В.Б. Гаврилову и соавт. (1982); малоновый диальдегид (МДА) — на спектрофотометре (1989).

Результаты и их обсуждение. Данные состояния показателей липидного обмена у больных псориазом приведены в таблице.

Таблица 1

Липиды и показатели перекисного окисления липидов у больных разными клиническими формами псориаза

Показатели	Контроль	Лентикулярно-монетовидная	Инфильтративно-бляшечная	Локализованная
Общий холестерин, ммоль/л	3,94 ± 0,21	4,77 ± 0,16[3]	5,64 ± 0,17[4]	4,56 ± 0,19[1]
Триглицериды, ммоль/л	1,27 ± 0,11	2,12 ± 0,13[4]	2,67 ± 0,14[4]	1,72 ± 0,11[3]
ß-липопротеиды, ед.	19,7 ± 1,2	28,4 ± 1,3[4]	35,5 ± 1,5[4]	24,8 ± 1,2[3]
Малоновый диальдегид, мкмоль/л	0,572±0,04	0,863±0,06[4]	1,08 ± 0,05[4]	0,684±0,03[1]
Диеновый коньюгат, усл. ед.	2,87±0,25	3,96 ± 0,18[3]	4,54 ± 0,19[4]	3,63 ± 0,22[1]

Примечание: достоверность различия с данными контрольной группы:[1]–p<0,05, [2]–p<0,02, [3]–p<0,01, [4]–p<0,001

Как видно из данных таблицы, у больных с прогрессирующим псориазом наблюдается выраженное повышение содержания общего холестерина, триглицеридов и ß-липопротеидов, а также показателей перекисного окисления липидов, что указывает на значительные нарушения липидного обмена. Нарушения больше выражены у больных с распространенными формами заболевания.

Полученные нами данные о нарушении липидного обмена и накоплении продуктов ПОЛ у больных с распространенными формами псориаза в стадии прогрессирования и с торпидно протекающим локализованным псориазом волосистой части головы, ладоней и подошв могут рассматриваться как высокочувствительные критерии воспаления, и их исследование позволит объективно оценить активность патологического процесса, успешность терапии и прогноз заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «КАНДИДЕРМ» В ЛЕЧЕНИИ ЭРИТРАЗМЫ

Р.А. ОРИПОВ, Л.А. САЛАМОВА, Н.Х. ИСЛАМОВ

Кафедра кожных и венерических болезней СамМИ. г. Самарканд

Как известно Эритразму рассматривают в группе кератомикозов, хотя в настоящее время установлено, что возбудитель заболевания Corynobacterium minutissimum не имеет никакого отношения к грибам, а само заболевание псевдомикоз, характеризующийся поражением только рогового слоя эпидермиса, малой контагиозностью и отсутствием выраженных воспалительных явлений, проявляющиеся в виде очагов светло коричневого или кирпично-красного цвета с гладкой или покрытой нежными отрубевидными чешуйками. Эритразма локализуется в области крупных складок кожи и подмышечных впадинах.

В настоящее время в лечении Эритразмы успешно применяются комплексные меры, одним из которых является «Кандидерм». В ходе исследования под нашим наблюдением находились 32 больных эритразмой от 16 до 48 лет. Из них 19 — женщин и 13 — мужчин. Всем больным было рекомендовано местное втирание кандидерма в очаги поражения 2 раза в сутки в течении 10 дней. Перед втиранием кандидерма, очаги поражения обрабатывали 2 % салициловым спиртом. Контрольная группа, состоящая из 16 больных, после обработки очагов поражения 2 % салициловым спиртом использовали эритромициновую мазь.

В ходе наблюдения установлено, что в группе больных, применивших кандидерм выздоровление наступало через 10–14 дней.

Контрольная группа больных которым применили эритромицинувую мазь, выздоравливали через 20–23 дня, что подтверждалось исчезновением клинических признаков и отрицательными лабораторными анализами.

Таким образом, нами установлено, что при лечении Эритразмы, препарат кандидерм проявляет более высокий эффект чем эритромициновая мазь, что выражается в укорочении сроков выздоровления больных эритразмой.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ДРАЖЕ «МЕРЦ» В ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИ

А.Б. РАХМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Сегодня витаминотерапия занимает значительную роль фактически в каждой отрасли медицины, так как витамины являются абсолютно необходимыми активными веществами для нормальной и полноценной жизнедеятельности любого здорового организма.

Количество поливитаминов предлагаемых на рынке Узбекистана сегодня составляет 32 разновидности, направленных на различные патологии. Широкий спектр предлагаемых поливитаминов подтверждает их востребованность, но также вызывает ряд вопросов: нсколько они сбалансированы и какова максимальная оценка витаминного комплекса. Начиная с 1968 года выпускается поливитаминный комплекс «Специальное драже МЕРЦ» — это идеально сбалансированная формула поливитаминов, предназначенных не только для поддержания здорового организма, но также широко-применяемая при многих патологических состояниях. Следует указать, что рассмотрение каждого компонента индивидуально позволяет определить полезность продукта более глубже, наличие дрожжей и некоторых микроэлементов позволяет патогенетически обосновывать применения данного средства при дерматокосметологических заболеваниях.

За период 2006–2009 гг. специальное драже МЕРЦ было использовано в комплексном лечении следующих заболеваний: гнездная алопеция, витилиго, ониходистрофиях. Специальное драже МЕРЦ назначали от выраженности клинических проявлений дерматоза по одной драже 3–4 раза в день в течение 1,5–2 месяцев. Следует указать, что пациенты помимо препарата МЕРЦ принимали стандартное лечение, соответственно нозологии. Под наблюдением находилось 111 больных с различными формами гнездной алопеции, 55 — витилиго, 123 — с различными формами ониходистрофий (преимущественно с явлениями атрофии). Эффективность препарата оценивалась с помощью объективных и субъективных факторов, которые позволяют сделать заключение о необходимости и целесообразности использования специального драже МЕРЦ в комплексной терапии указанных дерматозов, особенно при заболеваниях волос и ногтей, которые создают косметологическую проблему. Более 72 % больных с гнездной алопецией, более 82 % — с ониходистрофиями и более 63 % — с витилиго указали положительный эффект от использования специального драже МЕРЦ.

Таким образом, использование специального драже МЕРЦ имеет патогенетическую направленность и позволяет у большинства больных с нарушениями пигментации, роста волос и ногтей получать положительный результат, что, несомненно, сказывается на значительном улучшении качества жизни этих пациентов. Сбалансированность различных витаминов и микроэлементов в указанном препарате позволяет использовать специальное драже МЕРЦ при лечении любых дерматокосметологических заболеваний (псориаз, красный плоский лишай, вульгарные угри и т.д.).

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЕМ

Б.А.ИСАБАЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Последние года отмечены значительным увеличением разнообразных вирусных дерматозов, включая и опоясывающий лишай, причем последний значительно изменил не только свои клинические проявления, возрастной ценз, но частоту развития так называемых постгерпетических невралгий (ПГН).

В классическом течении опоясывающий лишай характеризуется появлением болезненности в очагах поражения, иногда резко выраженного характера, что должно учитываться при выборе адекватной терапии.

В этой связи необходимо указать, что боли при опоясывающем лишае имеют нейропатический характер, на которые могут воздействовать антагонисты рецепторов глутумата, основного медиатора боли. Недавно было показано, что амантадин действует как неконкурентный антагонист N-метил-Д-аспартат-рецепторов и может быть эффективен в лечении нейропатической боли у онкологических больных.

Под нашим наблюдением находилось 22 больных с опоясывающим лишаем (мужчин — 14, женщин — 8) в возрасте от 34 до 55 лет. У 14 больных была диагностирована обычная, у 8 — атипичные (буллезная, геморрагическая и др.) формы опоясывающего лишая.

Методика лечения больных опоясывающим лишаем заключалась в следующем: сульфат амантадина (ПК-МЕРЦ) вводили первые 4-5 дней по 500мл инфузионного раствора (200мг сульфата амантадина) 1-2 раза в день. Затем переходили на таблетированный препарат сульфата амантадина по 100мг 3 раза в день в течение 2-х недель. Каждое 500-мл вливание должно проводится в течение примерно 3 часов (55 капель в минуту), хотя это время может быть увеличено, в случае необходимости, прежде всего у пожилых пациентов. Из-за стимулирующего и возбуждающего воздействия , инфузии по возможности должны проводиться утром. Инфузионное введение препарата должно проводиться до тех пор, пока не будет достигнуто устойчивое облегчение болевых ощущений. При таком терапевтическом режиме симптоматика острой боли убывала на 4–5 сутки. При невозможности проведения стационарного лечения возможно проведение перорального терапевтического курса в дозе 3х100мг сульфата амантадина, причем продолжительность лечения регулируется в зависимости от ответной реакции боли. После устранения данных симптомов, по прошествии 1–2 недель может быть предпринята попытка прекратить лечение. Высыпания на коже также шли на убыль быстрее, чем обычно. У некоторых больных местное наложение компрессов, смоченных раствором сульфата амантадина также являлось весьма эффективной мерой. Ни в одном случае у пролеченных пациентов не развилась постгерпетическая невралгия. В этом исследовании терапевтический результат основывался, среди прочего, на раннем начале лечения, достаточно высокой дозировке и продолжении лечения после подавления острой боли опоясывающего лишая.

Таким образом, сульфата амантадина (ПК-МЕРЦ) может применяться при лечении различных форм опоясывающего лишая, так как позволяет устранять болевые ощущения и способствовать более быстрому регрессу кожных проявлений дерматоза, что является весомой профилактикой возможной постгерпетической невралгии.

КОНТРАКТУБЕКС В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

А.Б. РАХМАТОВ, З.Р. КАМОЛОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

При отдельных кожных заболеваниях могут образовываться рубцы различной степени выраженности, которые представляют собой выраженный косметический дефект, отрицательно влияющий на качество жизни этих пациентов. По поводу рубцов эти пациенты вынуждены обра-

щаться к различным врачам и нередко им проводятся даже пластические операции.

Дело в том, что рубцы имеют различную этиологию, ввиду чего необходимо с осторожностью проводить различные манипуляции (рубцы: физиологические, атрофические, келоидные и др.).

Для дерматологов определенный интерес представляет гель «Контрактубекс», состоящий из аллантоина, гепарина и экстракта лука. Необходимо подчеркнуть, что в геле подобраны вещества, которые способствуют эпителизации и возникновению эластической поверхности, препятствует образованию келоидов (аллантоин); повышают гидратацию тканей и улучшают микроциркуляцию, а также смягчают рубцовую ткань (гепарин); регенерации клеток и оказывают антипролиферативное действие на келоидные фибробласты (экстракт лука).

Нами гель «Контрактубекс» был использован у 23 больных с рубцами после Acne vulgaris и у 34 больных с кожным лейшманиозом. Происхождение рубцов при данных дерматозах имеет свои отличительные особенности, хотя нередко одинакова их локализация (открытые участки кожи — лицо, шея, верхняя часть туловища).

Гель наносится 3–4 раза в день тонким слоем, осторожно втирается массирующими движениями с легким нажимом от середины к раю рубца в течение 1–2 минут до полного впитывания. Курс лечения при свежих рубцах составляет в средем 4 недели. При застарелых плотных рубцах на ночь накладывают окклюзивную повязку с гелем. Курс лечения составляет в среднем 3–6 месяцев.

В случае эпителизации лейшманиозных язв гель можно наносить на очаги поражения, что позволит осуществить профилактику развития грубых рубцов, которые мы обычно видим у больных кожным лейшманиозом.

Таким образом, гель «Контрактубекс» имеет широкие перспективы своего использования в дермато-косметологии, так как компоненты препарата имеют выраженные противовоспалительные, антипролиферативные свойства, которые необходимы при лечении рубцов различной этиологии.

ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, Е.М. БАКЛЫКОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Псориаз является хроническим системным заболеванием с преимущественным поражением кожи, а также суставного аппарата, характеризующимся прогрессирующим течением в зависимости от возраста появления, с нередкой инвалидизацией пациентов.

Основная цель лечения больного псориазом — улучшение качества его жизни, основная задача патогенетической терапии — контроль иммуновоспалительного процесса и достижение ремиссии в течении заболевания.

Внедрение в клиническую практику препаратов нового поколения, таких как «биологические модификаторы», а также принципиально новых стратегий (высокодозной иммуносупрессивной терапии и др.) требует от клинициста системного мониторинга состояния больного и комплексной оценки ответа на лечение.

Анализ параметров, включенных в общепринятые классификации ответа на лечение при псориазе, позволяет констатировать, что, помимо клинико-лабораторных данных, на основе которых рассчитывается ответ на лечение, входят параметры качества жизни больного. Признавая целесообразной попытку применения единого индекса, объединяющего объективные клинико-лабораторные показатели и субъективные параметры, отражающие различные аспекты функционирования больного псориазом, нельзя признать удачным полученный результат, т.е. предлагаемые критерии оценки эффективности лечения псориаза. Косвенным признаком нежизнеспособности предложенных систем является их игнорирование врачами в повседневной клинической практике. Вероятно, одной из причин неудовлетворенности существующими критериями оценки эффективности лечения псориаза является либо их односторонность (попытка применять только клинико-лабораторные показатели), либо нелогичное смешение в модели объективных и субъективных параметров. Представляется, что ответ на лечение целесообразно рассматривать в рамках дихотомической модели, т.е. отдельно клинический ответ (объективный), и ответ, основанный на параметрах, оцениваемых самим больным (субъективный). Нами разработана модель мониторинга состояния больных псориазом, которая включает оценку клинического ответа и ответа, связанного с качеством жизни.

Данная модель является дихотомической, так как предусматривает независимую оценку двух типов ответа на лечение: объективного и субъективного. Такой подход строго соответствует основным принципам клинической медицины. При постановке диагноза, наблюдении за больным и оценке эффективности лечения врач использует информацию о жалобах больного (субъективная составляющая) и данные физикального и лабораторно-инструментального обследования (объективная составляющая). В рамках пред-

лагаемой модели для оценки объективного клинического ответа использован общепринятый в международной практике опросник SF-36.

Таким образом, клинический ответ определяется на основе клинико-лабораторных показателей и позволяет оценить, каким образом лечение повлияло на течение заболевания.

Решение сложной проблемы формализации субъективных переживаний больного стало возможным после введения в клиническую практику понятия качество жизни. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ — интегральная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии. Разработка концепции исследования качества жизни в дерматологии позволила предложить ряд новых показателей, применение которых существенно расширяет возможности оценки состояния больного в клинической практике. К одному из таких показателей относится интегральный показатель (ИП) качества жизни. Его ценность заключается в том, что ИП качества жизни позволил преодолеть проблему многомерности, с которой приходится встречаться при анализе данных, полученных с помощью различных опросников. Интегральный показатель качества жизни — показатель, объединяющий значения всех шкал опросника оценки качества жизни. ИП качества жизни определяется методом интегральных профилей и имеет размерность от 0 до 1, чем выше значение ИП, тем лучше качество жизни больного.

Ответ, связанный с качеством жизни, определяется с помощью интегрального показателя качества жизни и характеризует реакцию больного на лечение. Имеются следующие градации ответа на лечение, связанного с качеством жизни: отсутствие ответа; минимальный ответ; удовлетворительный ответ; хороший ответ; максимальный ответ.

Таким образом, системный мониторинг состояния больного псориазом предполагает применение дихотомической модели, включающей оценку клинического ответа и ответа, связанного с качеством жизни. Клинический ответ основан на объективных показателях — физикальных, лабораторных и инструментальных данных, ответ, связанный с качеством жизни, базируется на субъективных данных, включающих оценку функционирования больного, сделанную им самим. В предложенной модели клинический ответ оценивается на основании опросника SF-36, а ответ, связанный с качеством жизни, — с помощью ИП качества жизни.

К ВОПРОСУ О НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ

А.Б. РАХМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Использование в дерматологической практике глюкокортикостероидных (ГКС) препаратов для наружного применения является принципиально новым этапом в лечении больных различными дерматозами. Прежде всего, это обусловлено мощным влиянием ГКС на различные звенья патогенеза многих дерматозов, при которых наблюдаются признаки воспаления, экссудации, пролиферации, различных аллергических проявлений.

Следует указать, что наружная терапия ГКС позволяет локально воздействовать на поврежденные участки кожи, что до минимума сокращает вероятность появления осложнений, характерных для системной кортикостероидной терапии. Даже в случае тяжелого течения заболевания, когда системное применение ГКС неизбежно, одновременное их использование наружно позволяет снизить дозу применяемых препаратов системного действия, а также риск развития побочных эффектов и уменьшить продолжительность лечения.

Механизм действия лекарственных средств для наружного применения, содержащих ГКС, детально изучен. Установлено, что эти препараты эффективно устраняют аллергические и воспалительные реакции, благодаря сосудосуживающему эффекту, тормозящему действию на миграцию лимфоцитов и макрофагов и высвобождение из них цитокинов.

Необходимо указать, что механизм действия определяет основные показания к наружному применению ГКС — это различные дерматиты, в том числе аллергические, нейродермит, экзема и другие аллергические дерматозы, зудящие дерматозы и другие, причем ГКС снижают скорость деления клеток, что особенно важно при лечении больных с инфильтративно-десквамативными дерматозами (псориаз, нейродермит, красный плоский лишай, красная волчанка и др.).

Характер назначаемой местной терапии при заболеваниях кожи зависит прежде всего от степени активности воспалительного процесса. Для получения максимального терапевтического эффекта следует учитывать клиническую форму и стадию заболевания. Чрезвычайно важна также последовательность применения лекарственных препаратов: при остром мокнущем воспалительном процессе необходима щадящая терапия с использованием водных растворов в виде примочек, аэрозолей; после прекращения мокнутия возможно применение паст, присыпок. По мере

снижения выраженности воспалительного процесса возможно использование кремов и лишь затем мазей на жировой основе.

В настоящее время для наружного применения используют десятки ГКС, которые в зависимости от выраженности их местного противовоспалительного действия подразделяют на препараты слабого (гидрокортизон), умеренного (преднизолон,флуокорталон), сильного (бетаметазон, дексаметазон, триамцинолон, флуметазон, мометазон) и очень сильного (клобетазол, галцинонид) действия.

Большой заслугой ведущих фармацевтических кампаний, в частности фармацевтической фирмы «Дарница» является разработка комбинированных ГКС препаратов. Так, определив локализацию молекул стероидов в различных мазевых основах в зависимости от состава вспомогательных веществ (растворителей, ПАВ, циклодекстринов), была разработана оригинальная мазь на водосмываемой гелевой основе, содержащей триамцинолона ацетонид — ТРИМИСТИН-ДАРНИЦА.

Известно, что наружное применение активных ГКС может привести к развитию вторичных бактериальных и грибковых инфекций. Поэтому возникла необходимость в разработке комбинированных препаратов, в состав которых входили бы ГКС с антибиотиками или другими антибактериальными и противогрибковыми средствами. Наиболее целесообразным было включение в состав подобного комбинированного препарата антисептика, обладающего как бактарицидным, так и фунгицидным свойством. Такими препаратами являются мазь ПРЕДНИКАРБ-ДАРНИЦА, содержащая преднизолон и мочевину, а также БЕТАМЕТАЗОН-ДАРНИЦА, содержащая антисептическое средство — 0,4 % цетилпиридиния хлорида, которое обеспечивает бактериостатическое и фунгистатическое действие.

Таким образом, практической дерматологии предлагаются наружные средства, комбинированного действия, которые имеют самые широкие показания при лечении разнообразных дерматозов.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕПАТОТРОПНОГО ПРЕПАРАТА «ГЕПА-МЕРЦ» У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В настоящее время псориаз рассматривается как системное заболевание, подтверждением которого является выявление патологических состояний внутренних органов, в частности, патологии функции печени, важнейшей регуляторной системы организма человека.

Анализ метаболических нарушений у больных псориазом по контрольному профилю биохимических тестов крови позволил выявить, что при всех формах псориаза и особенно при тяжелых (эритродермическая, артропатическая, пустулезная) выявляются значительные отклонения фармако-метаболизирующей функции печени, что сказывается не только на самом клиническом течении дерматоза, но что самое главное, на эффективности проводимого лечения.

Комплексное обследование показателей липидного обмена, активности ферментной системы (АлАТ, АсАТ) и эндогенной интоксикации (ССЭ, СМП) показало, что представленные параметры гомеостаза организма находятся в прямой зависимости от клинической формы и стадии псориатического процесса (прогрессирующая, стационарная, регрессирующая).

Для усовершенствования лечения больных с различными клиническими формами псориаза, получающих лечение согласно «Стандартам диагностики и лечения кожных и венерических заболеваний», был использован гепатотропный препарата «ГЕПА-МЕРЦ».

Следует указать, что активными веществами «ГЕПА-МЕРЦ» являются L-орнитин-L-аспартат — две аминокислоты, которые обеспечивают конечную стадию метаболизма белка в печени (детоксикация аммиака с образованием мочевины) и способствуют восстановлению энергетического потенциала клетки (обеспечивая обмен АТФ в митохондриях). Основным механизмом действия препарата является снижение концентрации аммиака. У пациентов, страдающих хроническими заболеваниями печени, детоксикация аммиака уменьшается на 80 %.

После приема препарата орнитин всасывается эпителием тонкой кишки и метаболизируется в митохондриях перипортальных гепатоцитов. Орнитин является промежуточным метаболитом в цикле образования мочевины. Аспартат усваивается в слизистой оболочке кишки, превращаясь в аланин и оксалацетат. В последнее время было показано, что введение аланина в организм снижает выделение ферментов из нормальных гепатоцитов, подавляя повышенную активность трансаминазы плазмы. Кроме того, аланин предотвращает снижение аденозинтрофосфата в пораженных гепатоцитах и предупреждает развитие гистологического поражения. Таким образом, аланин оказывает непосредственное воздействие на гепатоциты, которое способно снизить поражение печени, вызванное искусственным путем.

Под наблюдением находилось 55 больных (мужчин — 38, женщин — 17) в возрасте от 18 до 55 лет. Обычная форма установлена у 17 больных, экссудативная — у 12, артропатическа я — у 13, эритродермическая — у 8, пустулезная — 5 пациентов.

Больные получали стандартную терапию в виде дезинтоксикационных, гипосенсибилизирующих средств, местно — мазевую терапию в виде вазелина с добавлением кортикостероидных мазей. На фоне указанного лечения мы включали препарат «ГЕПА-МЕРЦ» в виде саше — по 1 саше 3 раза в день в течение 10–20 дней. Эффективность лечения оценивали по следующим показателям: инфильтрация, эритема, отечность, шелушение, зуд.

По окончании терапии всем больным проводили контрольное биохимическое исследование крови. У большинства больных с различными формами псориаза отмечалось существенное снижение активности печеночных ферментов, а также заметное снижение повышенных уровней мочевой кислоты, общего билирубина и щелочной фосфатазы. У всех больных отмечалась хорошая переносимость препарата и отсутствие побочных эффектов.

Таким образом, применение новых патогенетически обоснованных препаратов типа «ГЕПА-МЕРЦ» в комплексной терапии различных форм псориаза позволяет значительно повышать терапевтическую эффективность стандартных методов лечения и устранять возможные побочные явления отдельных препаратов (кортикостероиды и цитостатики).

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА

Р.А. САДРЕТДИНОВ, Х.М. ГАЛИМЗЯНОВ, Д.Н. РАССКАЗОВ

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия», г. Астрахань

В последние десятилетия в Нижнем Поволжье активизировался очаг арбовирусных инфекций, в том числе Лихорадка Западного Нила. Возникновение спорадических случаев в Астраханской области связывают с определенными природными факторами и антропогенным влиянием человека на окружающую среду.

Одним из возможных проявлений заболевания является кожная сыпь. Изменения кожи связаны, в первую очередь, с сосудистыми нарушениями в дерме, которые способствуют вторичному поражению эпидермиса и придатков. Возбудитель тропен к клеткам эндотелия преимущественно мелких сосудов. Сведения о состоянии микроциркуляции в патологически измененных участках кожи при этом заболевании отсутствуют.

Нами проведено клиническое наблюдение течение Лихорадки Западного Нила у 20 больных, находящихся на стационарном лечении в Областной инфекционной клинической больницы за период 2005–2009 гг. Диагноз заболевания основывался на комплексе эпидемиологических и клинико-лабораторных данных. Большинство пациентов (65 %) составили мужчины. Возрастной интервал колебался в пределах от 17 до 50 лет. Заболеваемость городских и сельских жителей составила 63 % и 37 % соответственно. Анализ эпидемиологических данных показал, что в 76 % случаев пациенты связали свое заболевание с выездом на природу; в 8 случаях был установлен факт укуса клеща. Заболеваемость носила спорадический характер. Кроме того отмечалась сезонность ЛЗН (с июня по октябрь) — 81 % случаев зарегистрировано в августе и сентябре.

У всех больных заболевание начиналось остро с подъема температуры до 39 ^{0}С и появления симптомов интоксикации. Лихорадка это постоянный симптом данной инфекции. В 52 % случае наблюдалась постоянная температурная кривая, у 39 % — ремитирующая. Длительность лихорадочного периода составила в среднем — 8 дней. Повышение температуры тела у наблюдаемых пациентов сопровождалось выраженными симптомами интоксикации (общая слабость, отсутствие аппетита зарегистрированы в 100 % случаев, головная боль с преимущественной локализацией в лобной области отметили 72 %, у половины больных повышение температуры тела сопровождалось выраженным ознобом , 43 % отмечали боли в суставах, а 36 % — мышечные боли, преимущественно в нижних конечностях). На высоте интоксикации нередко возникала рвота — 17,5 %, многих пациентов беспокоила тошнота (46 %). Длительность интоксикационного синдрома составила в среднем — 10,3 дня. У 62 % больных выявлены явления склероконъюнктивита, в 62 % — гиперемия и зернистость слизистых оболочек мягкого и твердого неба. В 12 % случаев у пациентов наблюдалось увеличение подчелюстных, заднешейных лимфоузлов до 1см в диаметре, не спаянных между собой, безболезненных при пальпации. В половине случае была зарегистрирована артериальная гипертония, у многих — тахикардия. При осмотре кожных покровов отмечалась экзантема. Сыпь носила розеолезный, пятнисто-папулезный характер, была необильной, локализовалась на туловище, верхних и нижних конечностях. Продолжительность высыпаний составляла 5-7 дней, сыпь угасала бесследно.

С целью повышения эффективности диагностики больных Лихорадкой Западного Нила про-

ведено исследование кожной микроциркуляции методом лазерной допплерофлоуметрии. с помощью отечественного аппарата — лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛАКК — 01 (НПП «ЛАЗМА»), который позволяет оценить изменения периферического кровообращения по более чем 30 параметрам. Показатели микроциркуляции регистрировались с 4 точек наиболее характерных для локализации высыпаний: кожа груди, правого предплечья, живота и правой голени, термопроба проводилась с точки на правой голени.

Анализ полученных допплерограмм выявил наиболее выраженные изменения в 4 точке (правая голень). В остальных точках изменений не отмечено. Важным этапом исследования периферического кровообращения методом лазерной допплерофлоуметрии явилось определение гемодинамического типа микроциркуляции. При этом учитывались как средние значения перфузии тканей кровью и показатели амплитудно-частотного спектра, так и результаты нагрузочных проб. Важная роль отводилась результатам функциональной пробы (термопроба). Среднестатистические параметры перфузии и данные амплитудно-частотного анализа играли лишь вспомогательную роль. При поступлении у 65 % больных выявлен тот или иной патологический тип микроциркуляции. Среди патологических типов микроциркуляторной гемодинамики приблизительно равный удельный вес принадлежал спастическому и застойному ГМТ — 15,9 % и 13 % соответственно. Гиперемический и стазический ГМТ выявлялись в 8,1 % и 7,2 %. В 5,4 % определялся смешанный тип. После проведенного лечения удельный вес больных с нормоциркуляторным типом увеличился и составил 57 %. Функциональная тепловая проба позволяет выявить реактивность микрососудов, их резистентность, состояние регуляторных механизмов и резерв микроциркуляторного русла. При сравнительном анализе тепловой пробы выявлено существенное снижение резерва капиллярного кровообращения тепловой пробы у больных по сравнению с контрольной группой. Эти изменения связаны со сниженной способностью к вазодилятации микроциркуляторных сосудов на воздействие повышенного притока крови, поскольку в сосудистой стенке формируются специфические дегенеративные изменения. Снижение резерва капиллярного кровообращения в 2 и более раза может быть принято в качестве диагностического критерия. Это может свидетельствовать об уже имеющихся изменениях в микроциркуляторном русле, что проявляется снижением резервных возможностей микрососудов по увеличению притока крови во время реактивной тепловой гиперемии и косвенно подтверждает литературные сведения о возможности формирования таких осложнений в дальнейшем как микроангиопатии.

ИММУНОКОМПЛЕКСНЫЙ ТИП ПОВРЕЖДЕНИЯ ТКАНЕЙ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТАХ

У. А. ТАШКЕНБАЕВА

Ташкентская Медицинская Академия

В основе развития аллергических васкулитов лежит образование патогенных иммунных комплексов, которые фиксируются на эндотелии сосудов микроциркуляторного русла. Повреждение стенки сосудов вызывает активацию фактора Хагемана и каллекреин-кининовой системы, что в конечном итоге приводит к развитию аллергического васкулита и тромбоза в сосудах микроциркуляторного русла. Особенно выраженные изменения развиваются в тех органах и тканях, проницаемость стенок сосудов которых исходно повышена (преимущественные пути выведения циркулирующих иммуноком-плексов в норме) — клубочковый аппарат почек, альвеолы, сосуды кожи.

Растворимые иммунные комплексы возникают либо в кровотоке -антиген и антитела одновременно находятся в плазме крови в этом случае возникает обусловленный иммунными комплексами васкулит; либо в ткани, когда антиген введен туда, а антитела находятся в кровотоке.

При аллергических васкулитах — основные симптомы связаны с поражением кожи. Характерна пальпируемая пурпура, но встречаются также пятна, папулы, везикулы, пузыри, подкожные узлы, язвы, хроническая крапивница. В той или иной степени в процесс могут вовлекаться внутренние органы, и часто это помогает уточнить диагноз.

Даже при изолированном поражении кожи возможны общие проявления — лихорадка, недомогание, миалгия, снижение аппетита. Сыпь может сопровождаться зудом, жжением и довольно сильной болью. Сыпь чаще всего возникает там, где максимально гидростатическое давление в посткапиллярных венулах: у ходячих больных это ноги, а у лежачих — крестцовая область. Иногда сыпь сопровождается отеком, при длительном и рецидивирующем течении возможна гиперпигментация кожи.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА У ИММУНОКОМПРОМЕТИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Ш.А. ТИЛАВБЕРДЫЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В течение последних 40 лет благодаря постоянному совершенствованию методов гормональной, цитостатической, антибактериальной, лучевой терапии, химиотерапии, операционной тактике достигнуты весьма значительные успехи в лечении тяжелых дерматологических, онкологических и онкогематологических заболеваний, которые увеличивают шансы больных на выздоровление. (Антонов В.А., 2000, Климко Н.П., 2001, Караев З.О., 2001, Мавлянова Ш.З., 2004)

Однако при этом отмечаются осложнения в форме грибковых и бактериальных инфекций, которые способствуют затяжному течению основного заболевания и развитию оппортунистических инфекций. (Антонов В.Б., 2002, Климко Н.Н., Разнатовский К.И., 2001, Аравийский Р.А. 2003, Абидова З.М., 2002,Мавлянова Ш.З., 2004, Abi-Said D., Anaissie E. et al, 1997, Glasmacher A., Molitor E., 1996)

Цель исследования: оптимизация методов терапии кандидоза слизистой полости рта у иммуно компрометированных больных с учетом клинико-иммунологического статуса.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами проанализированы клинико-микологические и иммунологические особенности течения грибковых поражений слизистых оболочек полости рта, у 115 иммунокомпрометированных больных от 14 до 74 лет, из них мужчин было 61 (53,0 %) и женщин — 54 (47,0 %).

Среди них 75 (65,2 %) больные были с различными клиническими формами гемабластоза, 31 (27,0 %) — с акантолитической пузырчаткой и 9 (7,8 %) — с лимфомой кожи. У всех проводили клинические, микологические и иммунологические методы исследования.

Результаты исследования. В результате клинико-иммунологических методов исследования показали, что у иммунокомпрометированных больных кандидоз слизистой полости рта выявляется в 84,3 % случаях и протекает в виде инвазивной формы. В зависимости от клинической формы кандидоза псевдомембранозная форма (63.4 %) превалирует у больных с гемабластозами, эрозивно — язвенная форма (57,9 %) — у больных с акантолитической пузырчаткой и эритематозная форма (71,4 %) — у больных с лимфомой кожи.

Результаты иммунологических методов показали, что у больных с гемабластозами осложненных кандидозом слизистой полости рта наблюдаются нарушения состояния местного иммунитета, выражающиеся повышением уровня ИЛ-1β (в 2,1 раз) и ИЛ-4 (в 2,5 раз) и снижением содержания IgA (в 1,4 раз) и sIgA (в 1,7 раз), а у больных с акантолитической пузырчаткой и лимфомой кожи снижение уровня цитокинов ИЛ-1β (в 1,3–1,4 раз), ФНО-α (в 1,6 раз), IgA (в 1,4 раз), sIgA (в 1,5-1,6 раз) и повышение содержания ИЛ-4 (в 3,4–3,8 раз) и IgG (в 1,2 раз).

В связи с этим нами разработан и внедрен в дерматовенерологическую практику комплексный метод лечения кандидоза слизистой полости рта у иммунокомпрометированных больных, включающий в комплекс терапии антимикотический препарат «Флуконазол» и иммунокорригирующей препарат «Человеческий лейкоцитарный интерферон», которые оказывают положительный терапевтический эффект и способствуют санации слизистой оболочки полости рта от грибковой инфекции и восстановлению выявленных нарушений в цитокиновом статусе и неспецифической иммунной защиты организма.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА И ИНДЕКСА PASI ПРИ ДЕТСКОМ ПСОРИАЗЕ

Ф.В. ТУРАХОДЖАЕВА, К.Н. ХАИТОВ, М.А. МУКАРРАМОВ, Ш.М. ХОДЖАЕВА, Н.Б. БОБОБЕКОВА, М.И. МУХИДДИНОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Нарушение кишечной микрофлоры в качестве фактора, определяющего степень риска развития псориаза у детей с генетической предрасположенностью к заболеванию, является одним из основных. По данным различных авторов, дисбактериоз кишечника у детей, больных псориазом выявляется в 50–68 % случаев. Данными ранее проведенных исследований, доказана взаимосвязь течения псориаза и состояния микрофлоры кишечника больных. Одной из наиболее вероятных причин формирования болезни, является повышение кишечной проницаемости вследствие

смены микробиоценоза. Целью нашего исследования явилось изучить состояние микробиоценоза кишечника у детей с псориазом.

Нами было обследовано 45 детей, страдающих псориазом в возрасте от 5 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в дерматологическом отделении клиники ТашПМИ. Среди больных псориазом 30(66,7 %) девочек и 15(33,3 %) мальчиков. Микрофлору толстой кишки исследовали по методическим рекомендациям А.З. Смолянской. Состояние микрофлоры кишечника и выраженность дисбиотических сдвигов оценивали по общепринятым критериям деления нарушений микробиоценоза кишечника по степени дисбиоза. Оценка клинических особенностей течения псориаза у детей разных возрастных групп проводилась при помощи метода PASI.

Анализ результатов исследования показал, что у 20(44,4 %) детей в прогрессирующей стадии заболевания отмечался дисбактериоз II–III степени, что проявлялось снижением бифидобактерий, значительным увеличением энтеробактерий, стафилоккоков, и грибов рода Кандида. Менее выраженные изменения у 16(35,5 %) детей в стационарной стадии и у 9(20 %) детей в регрессирующей стадии, преимущественно отмечался дефицит в общем количестве анаэробов, бифидобактерий и значительное увеличение содержания грибов рода Кандида и протея, что соответствовало I–II степени дисбактериоза. Показатели степени дисбиоза прямо коррелировали с значениями PASI индекса. Таким образом, псориаз у детей характеризуется выраженными изменениями со стороны желудочно-кишечного тракта, что имеет важное прогностическое значение.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

К.Н. ХАИТОВ, Ф.В. ТУРАХОДЖАЕВА, М.А. МУКАРРАМОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Псориаз относится к одному из наиболее распространенных, хронически-рецидивирующих дерматозов с мультифакториальной природой возникновения, которым страдает до 2–3 % население земного шара. В настоящее время существует множество концепций патогенеза псориаза, однако ни одна из них не является общепризнанной. Установленное гиперактивное состояние Т-хелперной системы иммунитета при псориазе сегодня рассматривается как главный механизм, приводящий к эпидермальной пролиферации с потерей дифференцировки кератиноцитов, расширению сосудов, с пролиферацией и кумуляцией нейтрофилов и Т-лимфоцитов, что формирует клиническую картину заболевания. Современная иммунология располагает разнообразными методами определения функциональной активности иммунной системы, что особенно немаловажно при проведении комплексной терапии. Целью нашего исследования явилось изучение иммунного статуса детей, больных псориазом разного возраста, в зависимости от клинических особенностей течения.

Нами было обследовано 36 детей, страдающих псориазом в возрасте от 5 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в дерматологическом отделении клиники ТашПМИ. Среди больных псориазом было 20 (55,5 %) девочек и 16 (44.4 %) мальчиков. Оценка иммунного статуса обследованных лиц проводилась с использованием методических рекомендаций Р.В. Петрова (1984). Определение количества популяций и субпопуляций Т-лимфоцитов (СД3, СД4, СД8) и В-лимфоцитов (СД20), а также ИРИ (СД4/СД8) методом РОК, предложенным Jondal et al. (1972) в модификации Петрова Р.В. (1977). Оценка клинических особенностей течения псориаза у детей разных возрастных групп проводилось при помощи метода PASI.

Анализ результатов исследования показал, что у 7 (19,4 %) детей в прогрессирующей стадии при распространенной форме заболевания отмечалось выраженное иммунодефицитное состояние. Менее выраженные изменения выявлены у 12 (33,3 %) детей в стационарной стадии и у 17 (47,2 %) — в регрессирующей стадии заболевания. Показатели нарушения иммунитета прямо коррелировали с показателями PASI индекса.

У большинства больных отмечалось достоверное повышение иммунорегуляторного индекса в 1,5–2 раза за счет преобладания Т-хелперов (СД4) и снижения уровня СД8 — цитоксических Т-лимфоцитов, сдерживающих иммунный ответ, на фоне снижения общего числа Т-лимфоцитов.

Таким образом, псориаз у детей характеризуется своеобразными изменения иммунного статуса прямо коррелирующими с клиническим состоянием больных, что необходимо учитывать при проведении терапии.

СОЧЕТАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ГЕРПЕСВИРУСОВ В КЛЕТКАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ САРКОМОЙ КАПОШИ

Х.Р. ХАЛИДОВА, М.А. МИРСАИДОВА, А.А. ОЧИЛОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Введение. Присутствие Human Herpes Virus type 8 (HHV-8) при всех формах саркомы Капоши (СК) говорит о его значительной роли в ее образовании. Однако существует вероятность того, что этот вирус, как и многие другие герпесвирусы, является сопутствующим элементом этих опухолей.

Подчеркивая значимость в развитии СК HHV-8, многие исследователи уделяют большое внимание изучению роли различных ассоциаций HHV-8 с herpes simplex virus 1 (HSV-1), herpes simplex virus 2 (HSV-2), virus Varicella Zoster (VZV), cytomegalovirus (CMV), human herpes virus type 6 (HHV-6), вирусом Эпштейна-Барр (VEB).

Цель исследования: изучение различных ассоциаций HHV-8 с другими герпесвирусами в мононуклеарных клетках крови больных СК и больных доброкачественными дерматозами.

Материал и методы исследования: в работе использован метод ПЦР для выявления ДНК-последовательностей вышеперечисленных вирусов в мононуклерных клетках крови у 40 пациентов идиопатическим типом СК) и 35 человек с доброкачественными дерматозами.

Результаты. В результате проведенных исследований у 21 пациента СК (52,5 %) были обнаружены — 6 случаев присутствия VEB; 2 — HSV-I; 13 случаев обнаружения — HHV-8.

У 15 больных (71 %) присутствовал герпесвирус одного типа: только ДНК-последовательности ВПГ I были идентифицированы у 2, геном HHV-8 у 10 пациентов, VEB у 3 пациентов. У 3 пациентов с пятнистой и опухолевой стадиями СК отмечалось — сочетание вирусов VEB и HHV-8.

Сочетание VEB и HHV-8 диагностировано у двух больных доброкачественными дерматозами по одному случаю соответственно.

Выводы. Таким образом, у пациентов СК обнаружены различные герпесвирусы с преимущественным определением ДНК-последовательностей HHV-8, у троих пациентов наблюдалось двойное инфицирование VEB+HHV-8. При доброкачественных хронических дерматозах у 5,7 % пациентов установлено присутствие ДНК-последовательностей только HHV-8 и VEB.

Вирусы семейства Herpesviridae, обладающие цитопатическим и канцерогенным эффектом, способные к длительной персистенции и трансформации клеток, могут являться своего рода дополнительными кофакторами, способствующими малигнизации.

ДИАГНОСТИКА АКТИВНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ САРКОМОЙ КАПОШИ

Х.Р. ХАЛИДОВА, М.З. ШАХАБУТДИНОВА, И.Т. КАРАБАЕВА, Н.А. АБДУРАХМАНОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Введение. Некоторые авторы отрицают роль цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) в патогенезе саркомы Капоши (СК), так как попытки обнаружить ДНК ЦМВ с помощью молекулярных зондов не увенчались успехом. Возможно, это зависит от активности инфекции. В связи с широким распространением ЦМВИ одной из важнейших практических задач является достоверное определение ее активации.

Цель исследования: определение эффективности выявления лиц с активной ЦМВИ методом ПЦР в сравнении с определением антител класса Ig M у больных идиопатическим типом СК.

Методы исследовании: в работе использованы методы полимеразной цепной реакции (ПЦР) и иммуноферментного анализа (ИФА), тест-системы производства НПО «Литех» (Москва) и «Вектор-Бест» (Новосибирск) для выявления генома ЦМВ в мононуклерных клетках крови и антител класса M и G в сыворотке крови у 40 обследуемых пациентов.

Результаты. Средний возраст больных идиопатическим типом СК составил 60,5+3,27 с давностью заболевания от года до 10 лет и более. При анализе полученных данных показано присутствие генома ЦМВ в мононуклеарах крови у 1 пациента. По результатам ИФА у всех больных обнаружены Ig G, причем, у 21 резко положительные значения, превышающие более чем в 10 раз показатели контроля. Результаты определения антител класса M характеризовались как положительные у 4 пациентов, в том числе и у пациен-

та с наличием генома ЦМВ в крови. Кроме того, установлена некоторая закономерность: у больных со II (бляшечной) и III (опухолевой) стадиями зафиксирован высокий уровень Ig G.

Выводы. Не отрицая роли ЦМВ как «пускового» фактора в развитии СК, высокие показатели Ig G говорят о том, что будучи однажды инфицированным ЦМВ, человек может оставаться серопозитивным на протяжении всей жизни.

Сочетанное использование двух методов исследования позволяет достоверно определить активную ЦМВИ в сравнении с изолированным определение Ig M. Частота секреции вируса в окружающую среду выше у лиц с наличием ДНК ЦМВ в клетках крови. Это свидетельствует об эпидемиологической опасности лиц с репликацией ЦМВ в крови и необходимости проведения лечебно-профилактических мероприятий.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕРПЕСВИРУСА, АССОЦИИРОВАННОГО С САРКОМОЙ КАПОШИ (KSHV), В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Х.Р. ХАЛИДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Введение. В биопсийном материале, полученном от ВИЧ-инфицированных больных с саркомой Капоши (СК), были обнаружены ДНК вируса, названного одними авторами KSHV (Kaposi's sarcoma associated herpes virus), другими — HHV-8 (Human Herpes Virus type 8). Недавно установлено, что до 10 % вирусов KSHV находятся в литической фазе. В связи с чем, этот вирус должен с высокой частотой обнаруживаться в периферической крови.

Цель исследования: изучение частоты обнаружения генетических последовательностей KSHV с помощью ПЦР в мононуклеарных клетках периферической крови ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материал и методы исследования: при помощи ПЦР выявление ДНК-последовательностей KSHV в мононуклерных клетках крови проводили у пациентов с ВИЧ-ассоциированной СК (20) и у ВИЧ-инфицированных пациентов без СК (50).

Результаты. В периферической крови больных с эпидемическим типом СК вирус был обнаружен у 11 (55 %) и у 9 ВИЧ-инфицированных пациентов без СК (18 %).

Вероятность обнаружения KSHV увеличивалась при углублении иммуносупрессии, что проявлялось количественным уменьшением лимфоцитов CD4+ 9 ВИЧ-инфицированных пациентов без саркомы Капоши продолжают находиться под врачебным наблюдением уже в течение 12 месяцев. Из этих пациентов, инфицированных KSHV, только у 1 развился геморрагический васкулит.

Выводы. Таким образом, инфицированные вирусом KSHV мононуклеарные клетки периферической крови являются своего рода естественным резервуаром инфекции, активизирующийся при усилении иммунодефицита.

Наличие KSHV в клетках периферической крови ВИЧ-инфицированных пациентов без саркомы Капоши требует профилактических осмотров не реже 2 раз в год и может иметь прогностическое значение в отношении последующего развития СК. Результаты этих исследований согласуются с предположением об определяющей роли KSHV в образовании саркомы Капоши и позволяют наметить основные пути борьбы с этой опухолью.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ФОРКАЛ» НА МОНООКСИГЕНАЗНУЮ ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Ш.А. ХАМИДОВ, Р.С. МАМАДАЛИЕВ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Андижанский областной кожно-венерологический диспансер

Цель исследования: изучить влияние препарата форкал (кальцитриол) на монооксигеназную систему печени у детей больных псориазом.

Материал и методы исследования. У 16 больных псориазом (9 мальчиков, 7 девушек) в возрасте от 5 до 14 лет было проведено исследование монооксигеназной системы печени амидопириновой пробой в моче (Попов Т.А. и Леоненко О.Б., 1977 г.).

Результаты исследования показали, что у детей больных псориазом образование метаболитов 4-аминоантипирина (4-ААП) и N-ацетил — 4-аминоантипирина (N-Ац-ААП) было сниженным и составило соответственно 6,36±0,55 % и

15,37±0,62 %, что было достоверно отличным от показателей контрольной группы — 8,15±0,05 % и 21,56±2,17 % (P<0,05; P<0,02). Результаты амидопириновой пробы после применения препарата форкал в режиме монотерапии показали, что угнетенные функции N-деметилирующей и ацетилирующей способности печени у больных незначительно нормализовались.

Вывод. Полученные данные показывают, что у детей больных псориазом форкал (кальцитриол) незначительно улучшает монооксигеназную функцию печени.

НОВЫЙ РАСТИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ В ЛЕЧЕНИИ ПРОСТОГО ПУЗЫРЬКОВОГО ЛИШАЯ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Ш.А. ХАМИДОВ, К.З. БОТИРОВ, Б. САРИМСАКОВ, В. НАБИЕВ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Андижанский областной кожно-венерологический диспансер

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата «Витадерм» («Biomardon novatio», Узбекистан) у больных простым пузырьковым лишаем.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 29 больных простым пузырьковым лишаем (15 — мужчин и 14 — женщин) в возрасте от 16 до 41 лет. У всех больных был диагностирован простой пузырьковый лишай. Очаги поражения были локализованы вокруг рта, губ, носа. Наблюдались ассимметрично расположенные множественные воспалительные пятна, на поверхности которых виднелись везикулы (в количестве от 5 до 7–8) с прозрачной или мутной жидкостью. Некоторых местах отмечались эрозии фестончатыми краями, покрытые серозно-слизистыми корками. Больных беспокоили болезненность, жжение, у некоторых из них незначительный зуд в области патологического очага. У всех больных было проведено ИФА анализ, который дал положительные результаты.

Больные получили противовирусные (ацикловир, герпевир, улкарил), иммунные (пирогенал, гемалин) препараты, витамины, а местно очаги поражения обрабатывались настойкой «Витадерма», в виде примочек.

Витадерм содержит эфирные масла (аланто-ин, инулин, каротин, лактоны, хамазулен, абсинтен, цикорин) аскорбиновую кислоту, флавониды, кумарины, горечи, микроэлементы. Эффекты от Витадерма: вяжущий, подсушивающий, противовоспалительный, антисептический, противозудный, ранозаживляющий.

Результаты исследования. На следующий день после начала лечения настойкой Витадерма, у всех больных в очагах поражения наблюдались высыхания пузырьков, с образованием на их поверхности серозных и гнойных корок, снижались болезненность и жжение. В среднем через 1–2 дня прекращалось появление пузырей, отпадение корок. Начиналось заживление очага поражения. Регресс воспалительных явлений усиливался, и время выздоровления больных укорачивалось на 1–3 дня, наблюдалось быстрое заживление эрозий. У всех больных после применения «Витадерма» на коже не наблюдались побочных явлений.

Вывод. Препарат «Витадерм» оказал эффективное действие на местный очаг при простом пузырьковом лишае, он быстро подсушивает, помогает отпадению корок, одновременно действует как антисептик, в том числе, как и противовирусный, удобен в применении.

К ВОПРОСУ ОБ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

Л.Д. ХОДЖАЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Красный плоский лишай (КПЛ) рассматривается как хронический дерматоз, с неустановленными патогенетическими механизмами, торпидностью в отношении проводимой терапии. Характерная клиническая симптоматика позволяет правильно выставлять диагноз, хотя при наличии атипичных проявлений заболевание подтверждается гистологическими исследованиями.

Наличие выраженных иммунологических нарушений, длительный прием разнообразных лекарственных препаратов, включая и кортикостероидных, способны приводить к появление признаков синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ), которые, в свою очередь, также усугубляют течение кожно-патологического процесса и влияют на эффективность используемых лекарственных средств.

Целью настоящего исследования являлось изучение СЭИ при различных формах красного плоского лишая и возможность его коррекции с помощью препарата Глутоксим.

Под наблюдением находилось 108 больных КПЛ (мужчин — 43, женщин — 65) в возрасте от 18 до 66 лет и давностью заболевания от 3 месяцев до 20 лет. На основании клинических проявлений были выделены следующие формы дерматоза: классическая — у 72 (66,7 %) больных, атипичная — у 36 (33,3 %) больных, включая гипертрофическую (веррукозную) разновидность — у 15 (41,7 %), пемфигоидную — у 6 (16,7 %), атрофическую — у 7 (19,4 %), кольцевидную — у 8 (22,2 %) больных.

У всех больных были изучены показатели СЭИ: сорбционную способность эритроцитов — ССЭ, определяемую по методу А.А.Тогобаева и соавт.(1988) и среднемолекулярные пептиды — СМП, определяемые по методу Н.И.Габриэляна и соавт.(1981). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

Для изучения терапевтической эффективности препарата Глутоксим больные КПЛ были подразделены на две сопоставимые по полу, возрасту, давности и клиническим формам группы: I группа (62 больных) получала традиционное лечение, согласно «Стандартам диагностики и лечения кожных и венерических заболеваний»; II группа (46 больных) — дополнительно получала инъекции 1 % раствора Глутоксима по 1 мл внутримышечно (на курс лечения — 10 инъекций).

Результаты лечения оценивали через 30-40 дней после начала терапии. Положительный эффект был достигнут у больных I группы в 62,9 % случаев, у II группы — в 84,8 %, что является доказательством обоснованности использования препарата Глутоксим у больных КПЛ.

Препарат Глутоксим оказывал выраженный детоксицирующий эффект, определенный динамикой изученных показателей ССЭ и СМП у больных красным плоским лишаем, достоверно отличающихся от аналогичных показателей контрольной группы и больных КПЛ, получавших только стандартное лечение.

Таким образом, включение препарата Глутоксим в комплексное лечение больных с различными формами КПЛ повышает терапевтическую эффективность, так как способствует нормализации изученных в динамике показателей эндогенной интоксикации.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ РАКЕ КОЖИ

Т.К. ХОЛИКОВ, Ф.С. ЖАЛИЛОВ, Ш.М. МУСТАФАЕВ

Кашкадарьинский областной онкологический диспансер,
Кашкадарьинский областной кожно-венерологический диспансер г. Карши

Цель исследования: Диагностическое особенности показатели Р53 и Вс1 2 при раке в зависимости от гистологической структуры опухоли**.**

Материал и методы. Под нашем наблюдением находились 40 больных раком кожи. Мужчин было — 26 (65,3 %), а женщин — 14 (37,4 %). Возраст больных колебался от 19 до 89 лет. В среднем составил 68,7 лет. Из 40 больных у 21 (52,5 %) — опухоль локализовалась на коже в области лица, у 3 (7,5 %) — в носу, у 1(2,5 %) — в грудной клетки, у 6 больных (15 %) — в нижних конечностях, у 4 (10 %) — в верхних конечностей. У всех больных очаг поражения был соли тарного характера.

При гистологическим исследовании из 40 больных у 19 (47,5 %) выявлен плоскоклеточный рак и у 21 (52,5 %) базальноклеточный рак.

С целью изучения апоптоза и пролиферативной активности, лекарственной устойчивости опухоли проведено иммуногистохимическос исследование с анализом показатели ген-супрессора Р53 и онкогена Вс1 2.

Экспрессия ген- супрессора Р53 и онкогена Вс1 2 изучена по общей принятой методики фирмы «ДАКО» (Голландия).

Нами изучены особенности экспрессии ген-супрессора Р53 и Вс1 2 разделено при базальноклеточном и плоскоклеточном раке кожи. Материал для исследовании было взят до лечения.

Как показали результаты анализа при базальноклеточном раке из 20 больных у 10 (50 %) получено отсутствия экспрессии Р53, 6 (30 %) — слабоположительная и у 4 (20 %) — положительная. А показатели Вс1 2 соответствовали — у 12 (60 %) отсутствие экспрессии гена супрессора Р53 и у 8 (40 %) — слабоположительная.

В группе больных плоскоклеточным раком кожи в большинстве случаев получено слабоположительная (50 %) или положительная (30 %) экспрессия, чем отрицательная (20 %). На против показатели Вс1 2 оказались противоположными — отрицательная 90 %, а слабоположительная-10 %. Положительной реакции не было.

Таким образом результаты исследования показали, что при базальноклеточном раке соотношение показателей отсутствии и базальноклеточном раке соотношение показателей отсутствии и положительной экспрессии Р53 и Вс1 2 оказалось одинаковой, а при плоскоклеточном раке положи-

тельных реакции было значительно больше, чем отрицательной.

Определение этих факторов имеет важное значение в выборе тактики лечения при раке кожи.

МИКОМАКС В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Х.К. ШАДИЕВ, Т.Т. ШАХАБИДДИНОВ, М.А. ЮЛДАШЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

За последнее время участились случаи регистрации тяжелых форм атопического дерматита (АД) у детей. Немаловажное значение в патогенезе АД отводится и дрожжеподобным грибам. Колонизация как пораженных, так и видимо здоровых участков кожи дрожжеподобными грибами при тяжелом течении АД регистрируется в 3-5 раз чаще, чем при легком и среднетяжелом течении заболевания. Помимо этого ряд исследователей обнаружили данные виды грибов на слизистых оболочках, носоглотке и кишечнике при тяжелых формах АД, что создает дополнительную антигенную нагрузку и снижает эффективность проводимой терапии.

С учетом вышеизложенного нами в ходе комплексного обследования из 64 детей в возрасте от 6 мес. до 14 лет с тяжелыми формами АД были отобраны 41 ребенок, где на пораженных участках кожи, слизистых оболочках и фекалиях в большом количестве были обнаружены грибы рода Candida.

Учитывая полученные данные в комплексную терапию были включены препараты: Микомакс капсулы в возрастной дозировке на протяжении 14–25 дней. Одновременно данной группе больных назначались препараты:

1. нормализующие биоценоз кишечника — в первую очередь лакто-, а затем бифидобактерии из местных штаммов и при необходимости использовали бактериофаги;

2. антиоксиданты (витамины группы А и Е), микроэлемент — цинк;

3. ферменты поджелудочной железы — Креон.

Немаловажное значение в повышении эффективности проводимой терапии играло и характер питания: гипоаллергенная диета с адекватной заменой продуктов питания, обильное питье (минеральные воды).

В качестве местной терапии использовали комбинированные противовоспалительные препараты (тридерм) 1–2 раза в день.

После клинического излечения при длительном наблюдении (до 2 лет), при соблюдении диеты и рациональных профилактических мероприятий повторные обострения отмечались лишь у 2 больных.

Таким образом, учитывая взаимосвязь слизистых оболочек, кожных покровов и колонизирующих микроорганизмов, необходимо проводить патогенетически обоснованную и рациональную терапию и реабилитацию, устраняющие причины манифестации и создающие необходимые условия для дальнейшего оптимального развития макроорганизма.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Х.К. ШАДИЕВ, В.Ф. СИРАЗИТДИНОВА, А.Д. ДЖАГАРЯН

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Одной из актуальных проблем современной медицины являются инфекционные заболевания, в том числе вызываемые вирусами. Формула «однажды инфицирован — инфицирован на всю жизнь» в полной мере относится к герпесвирусам, так как получив их в детстве или даже внутриутробно, человек становится носителем на всю жизнь. Установлено, что в 40 % случаев первичное инфицирование ВПГ происходит воздушно-капельным путем именно в раннем детском возрасте.

Проведенные за последние 10 лет сероэпидемические исследования показали, что ВПГ инфицировано примерно 83 % детей, а в 30 лет и старше свыше 90 % населения имеют антитела к вирусу того или иного типа.

Под наблюдением в клинике ТашПМИ за период 2006-2009г.г. находилось 15 детей больных различными формами простого герпеса. Среди них девочек было 8 (53 %); мальчиков 7 (47 %), из них от первой беременности родились 4 (27 %) детей, от второй — 3 (20 %) детей, от третьей и более — 8 (53 %) ребенка. Большинство детей имели состояние преморбидного фона и сопутствующие заболевания, а именно: железодефицитная анемия I–II степени (30 %), заболевания ЛОР-органов (20 %), рахит (15 %), функциональные нарушения кишечника

(35 %), глистная инвазия (20 %). 5(33 %) детей имели изменения со стороны сердечно- сосудистой системы.

Эти данные свидетельствуют о том, что существенный процент от общего числа обследованных больных составляют дети, родившиеся от третьей и более беременности, что подтверждает обратную взаимосвязь частоты беременности с индексом здоровья новорожденных в период постнатальной адаптации, создавая предпосылки для формирования критических ситуации в организме при воздействии неблагоприятных и стрессовых факторов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛОКАТОП» ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Х.К. ШАДИЕВ, Т.Т. ШАХАБИДДИНОВ, М.А. ЮЛДАШЕВ, Е.В. БУЛЫЧЕВА, Ж.И. ХОТАМОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Целью клинического исследования было изучение эффективности применения препарата Локатоп в лечении детей раннего возраста с атопическим дерматитом (АД).

Всего в исследование было включено 65 больных АД, в возрасте от 2 месяцев до 2 лет.

Системная терапия АД проводилась в соответствии с тяжестью течения дерматоза и включала применение антигистаминных, десенсибилизирующих и седативных препаратов, антиоксидантов, энтеросорбентов. У пациентов всех групп в качестве топической монотреапии использовали крем Локатоп — новый негалогенизированный противоспалительный препарат, 2 раза в сутки. Длительность курса составила 5–10 дней.

Эффективность лечения оценивали по снижению выраженности субъективных симптомов, динамики изменения данных параметров под влиянием терапии после 5, 15, 30 дня лечения. Результаты исследований проводили по индексу SCORAD.

Клинические улучшения после окончания терапии было зарегистрировано у 58 из 65 пролеченных больных АД, причем у 38 достигнута клиническая ремиссия процесса, у 20 — значительное улучшение. Эффективное действие Локатоп отмечалось уже в первый день применения, когда площадь поражения кожи, выраженность симптомов АД, интенсивность зуда уменьшались в 1,5–1,7 раза. Благоприятная динамика регресса проявлений АД в процессе терапии и после ее окончания, снижение выраженности объективных симптомов (отек, гиперемия, наличие папулезных высыпаний, корок), а также уменьшение интенсивности зуда и нарушений сна отражались и в значительном снижении показатели интегративного индекса SCORAD с 63,7±5,1 до 18,8±2,6. наибольший клинический эффект был достигнут у детей первого полугодия жизни. Ни у одного ребенка не было зарегистрировано побочных эффектов.

Таким образом, проведенное клиническое исследование показало эффективность использования Локатоп у 89,23 % пациентов АД, что позволяет широко использовать его в комплексном лечении АД у детей раннего возраста..

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: НЕДЕРЖАНИЕ ПИГМЕНТА БРОКА-СУЛЬЦБЕРГЕРА

У.Х. ШАДЫЕВ, М.Р. БАРАТОВА

Кафедра кожных и венерических болезней СамМИ, г. Самарканд

(Icontinentia Broch-Sulzberger) — название заболевания часто гипотетическое, поскольку предположение о недержании пигмента в эпидермисе и переходе его в дерму не доказано. Более приемлемы наименования Melanos cutis degenerative Siemens, Melanoblastosis cutis systematisata Carol. Синдром обусловлен эктомезодермальными пороками развития, иногда не совместимыми с жизнью, проявляется в трех вариантах.

Разновидностью недержания пигмента Брока-Сульцбергера встречается исключительно у женщин. Проявляется уже с первых недель жизни в форме распространенной диффузной эритемы, папулезных, уртикарных, пузырьковых и бородавчатых высыпаний, лихенификаций. С течением времени начинаются изменения пигментации в виде аспидно-серых со всевозможными оттенками очагов различной формы и величины. Заболеванию сопутствуют и другие эктомезодермальные аномалии: микроцефалия, олигофрения, эпилепсия, отставание пигмента, отслойка и атрофия сетчатки, экссудативный ретинохореоидит, катаракта, кератит, голубые белки глаз, косоглазие, нистагм, врожденные пороки сердца, кисты уретры, дистрофия ногтей, адонтия, костные дефекты, псевдопелада и т.п.

При форме Naegeli (dermatose pigmentaire reticuled), в отличие от предыдущей, пигментации не предшествуют воспалительные изменения. Заболевание носит семейный характер, развиваясь у обоих полов в любом возрасте. Аномалии органов зрения и симптомы псевдопелады отсутствуют. Однако обращает на себя внимание гипогидроз и гиперкератоз ладоней и подошв.

Гистологически типично отсутствие пигмента в базальном слое при скоплении его в дерме. С течением лет симптомы гиперпигментации регрессируют.

Приводим наше наблюдение: больной В., 7 лет, из Ургутского района, Самаркандской области, поступил в СамГорКВД, при поступлении, со слов матери, предъявляет жалобы на появление пятен и узоров темного цвета на коже всей поверхности тела. Из анамнеза: страдает в течении 6 лет, т.е. пятна появились через 1 год после рождения. Родители не состоят в родственном браке, наследственных заболеваний в роду не наблюдается, и наличие их родители больного отрицают. Объективно: при осмотре на коже всей поверхности тела, кроме лицевой и волосистой части головы, ладонной поверхности кистей, подошвенной поверхности стоп, имеются штрихообразные, местами линейные гиперпигментированные пятна, перемежающиеся участками кожи нормального телесного цвета, местами сливаясь пятна, образуют причудливой формы узоры, рисунки, напоминающие вид «галактики», «облаков», характерно также симметричное расположение пятен на одноименных участках тела. Пятна не выступают над поверхностью кожи, на поверхности не имеются никаких воспалительных и вторичных изменений. Субъективных ощущений нет. Психоэмоциональное состояние полностью соответствует своим возрастным показателям, от сверстников не отстает в развитии. При исследовании состояния внутренних органов и лабораторных данных, результатов инструментальных методов исследований — патологии внутренних органов не выявлено.

Рекомендовано: учитывая, нормальное психоэмоциональное и физическое развитие ребенка, отсутствие у него соматической патологии, рекомендовано систематическое наблюдение у дерматолога и педиатра.

ПРИМЕНЕНИЕ «ПЛАЦЕНТОЛЯ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО

У.Х. ШАДЫЕВ

Кафедра кожных и венерических болезней СамМИ, г. Самарканд

Витилиго (от vitiligo — пегая кожа, песь).

Этиология и патогенез. Этиология витилиго не известна. В патогенезе заболевания особое значение имеет генетический фактор, поскольку установлен аутосомно-рецессивный тип наследования, обусловленный отсутствием в меланоцитах и меланосомах фермента тирозиназы, катализирующего процесс пигментообразования. Исследованиями последних установлено наличие у больных витилиго плюригландулярных эндокринных расстройств с преобладанием функциональной недостаточности гипофизарно-надпочечниковой системы и щитовидной железы.

Клиническая картина. Заболевание возникает на фоне здоровой кожи в форме белых депигментированных пятен, склонных к росту и слиянию. Исчезновению пигмента не редко предшествует воспалительная эритема, быстро исчезающая. Волосы на витилигинозном пятне часто обесцвечиваются, но могут сохранять окраску. Депигментированные пятна могут появляться на любом участке кожного покрова, часто симметрично. Участки кожи, лишенные пигмента, чувствительны к УФ-лучам, под влиянием облучения они воспаляются с образованием эритемы, но пигментация не восстанавливается. Витилиго часто начинается в детстве и постепенно прогрессирует.

Иногда в области депигментированных пятен имеются отдельные островки гиперпигментации. Витилигинозные пятна путем слияния могут захватывать обширные участки живота, спины, ягодицы, реже всего туловища и при чередовании с нормальными по окраске участками кожи придают ей пестрый вид. Иногда до появления обесцвеченных участков образуются эритематозные очаги. Субъективные ощущения отсутствуют, так же как не бывает шелушения и атрофии витилигинозных пятен. Возможно сочетание витилиго со склеродермией, гнездной плешивостью и др.

Диагноз. Диагностика основана на клиническом осмотре и данных анамнеза. Дифференциальный диагноз осуществляется с сифилитической лейкодермой, лепроматозными участками депигментации, вторичной ложной лейкодермой после разрешения очагов отрубевидного лишая, розового лишая Жибера, псориаза, парапсориаза.

В наших наблюдениях было взято за основу 15 больных, анамнез заболевания которых не превышал 1 года, возраст больных варьировал — от 4,5 года до 13 лет. В комплексной терапии витилиго мы применили препарат «Плацентоль», косметический бальзам, который добавляли в 5 % мазь «Дерматол», в разведении 1:1, смазывать участки депигментированной кожи 3 раза в

день, наряду с тем были применены препараты: пирацин, купир, витамины группы В, С, никотиновая кислота, фурокумарины (псорален), УФО-терапия по схеме, индивидуально, улучшение питания, диетотерапия. После 10 дневного курса проводимого лечения, у 60 % больных (9 больных) наблюдалось уменьшение участков депигментированной кожи, появление на фоне депигментаций точечных гиперпигментационных пятен, местами очаги приобрели телесный цвет, после 20 дневного курса, у больных с очаговой формой витилиго (3 больных) участки с депигментированной кожей полностью приобрели телесный цвет, очаги разрешились.

«ЭКДИСТЕН» В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

Г.И. ШАМСИЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Повсеместно отмечается рост грибковых заболеваний, включая и онихомикозы, популяционная частота которых составляет в развитых странах 5–10 %. Несмотря на наличие многочисленных противогрибковых средств, нередко отсутствует положительный эффект или часто наступает рецидив заболевания, что указывает на сложность патогенетических механизмов грибкового поражения ногтей, а также на наличие сопутствующих патологических состояний (эндокринопатии, ангиопатии и др.). По этой причине разрабатываются методы комплексного лечения больных онихомикозами, учитывая индекс КИОТОС, выбор антифунгального средства широкого спектра и препараты для коррекции сопутствующей патологии.

Принимая во внимание данные о том, что в патогенезе онихомикозов важную роль играют нарушения микроциркуляции и иммунного статуса, мы применили препарат, способный воздействовать на указанные системы гомеостаза организма. В качестве базисной терапии нами предложен препарат Экдистен, относящийся к фитоэкдистероидам, получаемый из левзеи сафроловидной и разрешенный к применению Фармакологическим комитетом Республики Узбекистан.

Под наблюдением находилось 108 больных с различными формами онихомикозов, которым проводилась пульс-терапия орунгалом по 400мг 2 раза в день в течение 7 дней и последующим 3-х недельным перерывом. Для оценки эффективности использования препарата Экдистен больные онихомикозами были подразделены на две сопоставимые по полу, возрасту, давности и клинической форме заболевания группы: I группа (68 больных) получала пульс-терапию орунгалом; II группа (40 больных) — комбинацию орунгала с экдистеном. Экдистен назначался по 5мг 4 раза в день (после еды) в течение 3-х недельного перерыва между приемами орунгала.

Результаты проведенного лечения указывают на повышение терапевтической эффективности у больных II группы, получавших дополнительно экдистен в промежутках приема орунгала, причем у данных пациентов почти в 2 раза уменьшалась частота рецидивов микоза.

Таким образом, при тяжелых формах онихомикозов (свыше 16 баллов по индексу КИОТОС) рекомендуется комбинированная пульс-терапия орунгалом, способная оказывать этиологическое и патогенетическое воздействие, что, несомненно, отображается на повышении терапевтической эффективности разработанного метода и значительном сокращении частоты рецидивов онихомикозов.

СОСТОЯНИЕ NO-ЭРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В КОЖЕ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

И.Б. ШУКУРОВ

Бухарский медицинский институт

В настоящее время NO рассматривается как первый представитель нового класса сигнальных молекул, осуществляющих межклеточную коммуникацию и регуляцию множества функций в разных тканях и системах организма.

Согласно данным литературы, как избыток, так и недостаток NO может быть значимым в патогенезе многих заболеваний, а также NO играет роль медиатора апоптоза клеток.

В связи с этим нами было изучено состояние NO-эргической системы в коже больных витилиго. Под нашим наблюдением находились 60 больных в возрасте от 14 до 50 лет. Мужчин было 38, женщин — 22. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц аналогичного возраста.

Уровень NO определяли по сумме метаболитов нитратов и нитритов (NO_2 и NO_3) уровень пероксинитрита, активности синтазы оксида азота (eNOS) и гидроперекисей (HP) по ранее описанным методикам (Голиковым П.П. и соавт., 2000; Сумбаев В.В., Ясинская И.М., 2000).

Результаты исследования кожи показали, что уровень NO (3,34±0,16 мкмоль/л или мг белка, в контроле — 4,74±0,12) и активность синтазы оксида азота (0,729±0,03 мкмоль/мин/л или мг белка, в контроле — 1,108±0,036) были снижены по сравнению контрольной группы, тогда как содержание гидроперекисей (0,259±0,021 мкмоль/мин/л или мг белка, в контроле — 0,993±0,026) было увеличено.

Следовательно, на основании полученных данных можно сказать, что при депигментации кожи отмечается разбалансировка в выработки оксида азота и его утилизации.

НАМАНГАН ВИЛОЯТИДА МОХОВ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ЭПИДЕМИК ЖАРАЁННИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, Я.М. ФАЙЗИЕВ

РИД ва ВИАТМ

Ҳар қандай юқумли касалликлр тўғрисидаги маълумотлар йиллар мобайнида доимий равишда таҳлил қилиб борилади. Келажакда эса олинган натижаларга суяниб профилактик чоратадбирлар ишлаб чиқилади. Биз Наманган вилоятида мохов касаллиги билан аҳолининг нақадар хасталанганлиги тўғрисида адабиётларда ҳеч қандай маълумотлар топа олмадик. Ушбу фикр ва мулоҳазаларга жавоб бериш мақсадида биз ушбу вилоят тўғрисида қолдирилган архив ҳужжатлари ,касаллик варақалари, эпид. карталар ва шу даврлардаги ҳисоботлар асосида қуйидаги маълумотларни олдик.

Олинган натижалардан маълум бўлдики , вилоят ҳудудида 1929 йилдан то 2009 йилгача жами 14 тагина моховга чалинган беморлар аниқланган холос. Ушбу рақамлардан кўриниб турибдики, Наманган вилоятида касаллик ҳеч қачон хавфли вазиятни юзага келтирмаган, касалланиш минимал бўлган.

Дастлаб 1929–1940 йиллар давомида — 5 та, уруш йиллари ва кейинги беш йилликда — 1 та, 1951–1960 йиллари яна 5 та ва ниҳоят 1961–1970 йиллардаги ўн йилликда-3 тагина бемор аниқланган холос.

Сўнги 40 йил давомида вилоят ҳудудида бирорта ҳам янги моховга чалинган бемор қайд қилингани йўқ. Ҳисобдаги охирги бемор 2002 йил 80 ёшдан ошиб вафот этди. Ҳозирги кунда вилоятда бирорта ҳам тирик бемор қолмади.

Наманган вилоятида аниқланган беморларнинг ёши бўйича таҳлилдан маълум бўлдики аксарият касалланиш катта ёшдаги одамлар орасида қайд қилинган. Жумладан 51–60 ёшдагилар (35,7 %), 61 ва ундан катта ёшдагилар эса 14,3 % ташкил қилган. Аксинча болалар орасида касалланиш умуман аниқланмаган.

Вилоятда аниқланган жами беморларнинг 41 та маиший контактлари бўлган . Демак ўртача контактлари сони 2,9 ни ташкил қилган. Шу жойда айтиш жоизки 4 та беморнинг яқин мулоқатдагилари бўлмаган, яъни ёлғиз сўққабош ҳаёт кечиришган. Фақатгина 1 та беморнинг илгари уйида моховга чалинган хаста бўлган.(эслатма: бу бемор ҳам аслида Украинадан келиб қолган.

Клиник таҳлилларимиз эса вилоятдаги эпидемиологик аҳволнинг нима учун тинч бўлганлигига жавоб берди. Яъни моховга чалинганларнинг тенг ярми (7 таси — 50,0 %) лепроматоз лепра типи билан қолган ярими эса моховнинг кам контагиозли (туберкулоид — 5 (35,7 %) та, нодифференциалланганмаган — 2 та (14,3 %) типлари билан хасталанган.

Шундай қилиб, Наманган вилояти ҳудудида мохов касаллигиниг мустаҳкам тарқалган асл ўчоқлари бўлмаган. Асосий беморлар биринчи бор инқилобдан кейинги оғир очарчилик йиллари (1925–1935 йй.), иккинчи бор урушдан кейинги иқтисодий қийин даврларда (1945–1955 йй.) халқларнинг миграцияси билан боғлиқ равишда кириб келган. Касалликнинг кам контагиозли пайтида эрта аниқланганлигининг юқори бўлиши касалликнинг тарқалишига имкон бермаган.

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ

Э.Х. ЭШБОЕВ, М.Р. МАХСУДОВ, У.А. МАМАТКУЛОВ, Ш.З. МАВЛЯНОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

На сегодняшней день исследованиями многих авторов открыты разные стороны механизма возникновения и развития разноцветного лишая и они внедряются в практическую медицину.

Несмотря на достигнутые успехи, причины длительного течения, частые рецидивы заболевания и малая эффективность проводимой терапии свидетельствует о том, что не решенных вопросов в изучение патогенеза и лечения разноцветного лишая еще существуют и данная проблема остается актуальной.

Целью данного исследования явилось изучение роли состояния микробиоценоза кишечника в развитии разноцветного лишая.

В этой связи нами исследованы показатели микрофлоры кишечника у 12 больных разноцветным лишаем.

Результаты исследования показали, что у больных разноцветным лишаем выявлено снижение количественного состава лактобацилл в кишечнике до 10^5, бифидобактерий — до 10^6 и кишечной палочки — до 10^5 при 10^6–10^7 , 10^8–10^{10} и 10^7–10^8 соответственно в норме. Наряду с этим отмечалось повышение содержания энтеробактерий до 10^5 (в норме $<10^3$) и стафилококков (золотистый) — до 10^2 (в норме отсутствует). Это свидетельствует о том, что при данной патологии наблюдается определенные изменения в количественной составе микрофлоры кишечника.

Таким образом, у больных разноцветным лишаем отмечается дисбиотические изменения микрофлоры кишечника, которые возможно в определенной степени способствуют возникновения разноцветного лишая. Так как, нарушения нормальной микрофлоры кишечника оказывает отрицательное влияние на всасывающую функцию кишечника, в результате чего нарушается моторика толстого кишечника, и она в свою очередь приводить к нарушению состояния иммунной системы. В результате воздействия всех этих нарушений наблюдается развитие и рецидивы разноцветного лишая.

GEPATOPROTEKTOR GEPANORM PREPARATINING VULGAR PSORIAZLI BEMORLARNING QON ZARDOBIDAGI AMINOKISLOTALAR SPEKTRIGA TA'SIRI

F.SH. XAMIDOV, A.I. ISMOILOV, N. KOSIMOV, V. NABIEV

Andijon davlat tibbiyot institute, Andijon shahri
Andijon viloyat teri va tanosil kasalliklari dispanseri

Izlanishning maqsadi vulgar psoriaz bilan og'rigan bemorlarni qon zardobidagi aminokislotalarni xolatiga gepatoprotektor — Gepanorm (Biomardon, Uzbekiston) preparatini ta'sirini o'rganish.

Izlanishning uslub va materiallari. Bizning kuzatuvimizda 32 (15 erkak va 16 ayol, yoshi 19–48 yosh bo'lgan) nafar vulgar psoriazga chalingan bemorlar bo'ldi. Bemorlarning 22 nafarida psoriazning progressiv bosqichi, 10 nafarida statsionar bosqichi diagnozi qo'yildi. Ularning qon zardobida davodan oldin va kompleks patogenetik davolanishdan so'ng erkin aminokislotalar spektri tekshirildi.

Tekshirish natijalari. Psoriaz bilan og'rigan bemorlarning ko'p qismini qon zardobida davodan oldin disaminoatsidemiya jarayoni aniqlandi. Standart davolash ko'llanilgandan so'ng mazkur bemorlarda qon zardobidagi aminokislotalarning yukori kontsentratsiyasi pasayib ketmadi. Shunday xolat torpid va surunkali kechuvchi psoriatik jarayoni bilan og'rigan bemorlarda kuzatilgan edi. Kompleks davoga gepatoprotektor — gepanorm ko'shilganda, bemorlarning periferik qonidagi aminokislotalarning yuqori saviyasini bir oz pasayishi va teridagi patologik jarayonga ijobiy ta'siri kuzatildi.

Xulosa qilib shuni aytsak bo'ladiki: Gepanorm preparati vulgar psoriaz bilan og'rigan bemorlar qon zardobida kuzatilgan diaminoatsidemiya jarayoniga ijobiy ta'sir qildi.

PSORIAZ BILAN OG‘RIGAN BEMORLARDA LIPIDLARNI PEREKISLI OKSIDLANISHIGA FORKAL VA GEPANORM PREPARATLARINI TA‘SIRI

F.SH. XAMIDOV, SH.A. XAMIDOV, A. SALOXIDDINOV, K.Z. BOTIROV, V. NABIEV, SH. MIRZABUVAEV

Andijon davlat tibbiyot institute, Andijon shahri
Andijon viloyat teri va tanosil kasalliklari dispanseri

Izlanishning maqsadi: Psoriaz bilan og‘rigan bemorlar terisidagi jarayonga va lipidlarni perekisli oksidlanishiga (LPO) forkal va gepanorm preparatlarini ta’sirini o‘rganish.

Tekshirish materiallari va usullari. Bizni kuzatuvimizda psoriaz bilan og‘rigan 30 nafar (20 nafari erkak, 10 — ayollar) bemor Forkal (kaltsitriol 0,25 mkg, Kusum healthcare, Hindiiston) va gepanorm (Biofarm, Uzbekiston) preparatlarini kompleks davo tarkibida qabul qildilar.

Bemorlar Forkalni kuniga 1 kapsuladan 2 maxal 30 kun mobaynida, gepatoprotektor sifatida gepanorm preparatini ovqatlanishdan 5–10 daqiqa oldin kuniga 1 tabletkadan 3 maxal 30–60 kun davomida qabul qilishdi. Bemorlarda kompleks davodan oldin va undan so‘ng PASI indeksi va LPO tizimi o‘rganildi.

Izlanish natijalari. Forkal va gepanorm preparatlarini kompleks ravishda qabul qilgan bemorlarda PASI indeksini o‘rtacha ko‘rsatkichlari forkalni monoterapiyada qabul qilgan kasallarga nisbatan tezrok pasaya boshladi.

Forkal va gepanorm preparatini kompleks ravishda qabul qilgan bemorlar kuzilganda, ularni terisidagi psoriatik toshmalardagi regress biroz uo‘gacha kechdi. Elementlar regressi 6–8 kun o‘tgach boshlandi va o‘rtacha 7,5±0,56 kunni tashkil o‘ildi. 2-haftaning ohirlarida ba’zi bir papulyoz elementlarning atrofida Voronovning psevdohalqasi paydo bo‘ldi. Bemorlarning 22 (73,3 %) tasida klinik tuzalish, 4 (13,3 %) tasida keskin ijobiy o‘zgarish, 2 (6,7 %) tasida klinik yaxshilanish kuzatildi, 2 (6,7 %) nafarida esa ijobiy klinik o‘zgarishlar kuzatilmadi.

Davoni boshlashdan oldingi PASI indeksi ko‘rsatkichlari bu bemorlarda 34,69±0,65 ballga tug‘ri keldi. Forkal va gepanorm preparati bilan kompleks davo boshlanganidan so‘ng psoriazni progressiv bosqichi bilan ogrigan bemorlarda PASI indeksi quyidagicha kamaydi: 2-haftaning ohiriga kelib 26,69±0,33 ballga kamaygan bo‘lsa, 4 haftaning ohiriga kelib esa 15,66±0,96 ballga kamaydi. 8 haftalarga kelib bu ko‘rsatkich 5,1±0,22 ballgacha tushdi. Psoriazni statsionar boskichi bilan og‘riyotgan bemorlarda PASI indeksi ko‘rsatkichlari yanada tezrok kamayishi kuzatildi: 2-haftaning ohirlarida 20,12±3,54 ballga kamaygan bo‘lsa, 4-haftaning ohirlariga borib, 10,66±2,01 gacha kamayganligi aniqlandi.

Davodan oldin progressiv bosqichi bilan og‘rigan bemorlarda MDA ko‘rsatkichi 2,35±0,23 nmol/l ni, statsionar bosqichi bilan kasallanganlarda 1,39±0,96 nmol/l ni ko‘rsatdi, sog‘lom odamlarda esa bu ko‘rsatkich 1,35±0,13 nmol/l ni tashkil qildi. Davodan so‘ng progressiv bosqichi bilan og‘rigan bemorlarda MDA ko‘rsatkichi 1,65±0,63 nmol/l gacha, statsionar bosqichi bilan esa 1,36±0,76 nmol/l gacha pasayganligi kuzatildi.

Xulosa. Demak, psoriaz bilan og‘rigan bemorlarni kompleks davolashga gepanorm va forkal preparatlarini qo‘shilishi LPO ko‘rsatkichlarini me’yorlashishiga va teridagi jarayonni keskin yaxshilanishiga olib keldi.

PSORIAZLI BEMORLARNING QON ZARDOBIDAGI AMINOKISLOTALAR SPEKTRIGA POLIJEN PREPARATINI TA’SIRI

SH.A. XAMIDOV, F.SH. XAMIDOV, M.X. SALOXIDDINOVA, K.Z. BOTIROV, V. NABIEV, SH. MIRZABUVAEV

Andijon Davlat tibbiyot instituti, Andijon shahri
Andijon viloyat teri va tanosil kasalliklari dispanseri

Izlanishning maqsadi: Vulgar psoriaz bilan og‘rigan bemorlarni qon zardobidagi aminokislotalarni ko‘rsatkichiga polijen (World Medicine, Angliya) preparatini ta’sirini o‘rganish.

Izlanishning uslub va materiallari. Bizning kuzatuvimizda 27 (17 erkak va 10 ayol, 18 yoshdan 48 yoshgacha) nafar vulgar psoriazga chalingan bemorlar bo‘ldi. Bemorlarning 22 nafarida psoriazning progressiv bosqichi, 5 nafarida statsionar bosqichi aniqlandi. Psoriaz bilan og‘rigan bemorlarning qon zardobida erkin aminokislotalar spektri polijen qullanishidan oldin va undan so‘ng tekshirildi.

Tekshirish natijalari. Psoriaz bilan og‘rigan bemorlarning ko‘p qismini qon zardobida davodan oldin disaminoatsidemiya jarayoni aniqlandi. Dastlab bemorlarda Vitamin D3 monoterapiyada qo‘llanilgandan so‘ng mazkur bemorlarda qon zardobidagi aminokislotalarning kontsentratsiyasi yuqori ko‘rsatkichlari pasayishi aniqlanmadi. Kompleks davoga polijen qo‘shilganda, bemorlarning periferik qonidagi aminokislotalarning kontsentratsiyasi ko‘rsatkichlari me’yorlasha boshlagani kuzatildi. Teridagi patologik jarayonga baho beruvchi PASI indeksi o‘rganildi. Polijen preparati psoriazni davolash uchun qp’llanilgach PASI ko‘rsatkichlarida ijobiy tomonga o‘zgargani aniqlandi.

Xulosa. Psoriaz bilan og‘rigan bemorlarda polijen preparati qondagi aminokislotalarning ko‘rsatkichlariga ta’sir qilib, ularni ijobiy tomonga siljishiga olib keldi.

Венерология

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И СПЕРМОГРАММЫ В СЕМЕННОЙ ЖИДКОСТИ У МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ, ОТЯГОЩЕННОЙ ХЛАМИДИОЗОМ

А.М. АБИДОВ, Ш.И. ИБРАГИМОВ, К. К. ЮЛДАШЕВ

Специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, КВД №8

Картина изменения показателей состояния эндотелиальной функции в семенной жидкости идентична по схеме нарушения в сыворотке крови и в секрете простаты, но уровень NO гораздо выше. Достоверность изменений доказывают, что повышение уровня NO и свободных радикалов создает условия для синтеза $ONOO^-$ и ведет к значительному увеличению его локальной концентрации в сосудистой стенке. При высоких концентрациях $ONOO^-$ очень токсичен, индуцирует апоптоз, нарушает функционирование системы простациклинсинтетазы (блокируя синтез простациклина и усиливая синтез тромбоксана), вызывает фрагментирование белков за счет нитрирования аминокислот и липопротеинов, индуцирует окисление липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), т.е. приводит к к тому, что обратимое угнетение тканевого дыхания под влиянием NO под действием $ONOO^-$ становится необратимым.

Уровень NO в семенной жидкости достоверно уменьшился на 36,6% в 1 группе и на 46,9% во 2 группе по сравнению с контролем. eNOS уменьшился в 1 группе на 36,6% и во 2 группе на 46,9% по сравнению с данными контрольной группы. Уровень НР был повышен на 90,3% у больных 1 группы и на 125%, а ONOO повысился в 1,7 раза и 2,3 раза соответственно.

Анализ коэффициентов корреляции показал, что снижение уровня NO вызывает увеличение количества сперматозоидов в группе больных с эректильной дисфункцией, но без хламидиоза (r=-0,48 и r=-0,53), т.е. обратная средняя связь, а в группе больных, которые помимо ЭД страдают урогенитальным хламидиозом связи несколько ослабевают (r=-0,30 и r=-0,23), но достоверность различий сохраняется. Видимо, это связано с влиянием урогенитального хламидиоза на патогенез развития ЭД, что в принципе подтверждаются нашими исследованиями. Следовательно, как показали проведенные исследования, до лечения у больных с хронической персистенцией УГХ отмечается существенный дисбаланс между параметрами, определяющими состояние эндотелиальной функции в органах репродукции и сыворотке крови.

НЕКОТОРЫЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИППП У БОЛЬНЫХ С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

А.М. АБИДОВ, К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.Р. ИСАМУХАМЕДОВА, К.А. АГАХАНЯН

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Цель исследования. Изучить состояние урогенитальной микрофлоры у пациентов с репродуктивными нарушениями, обусловленными негонококковыми ИППП.

Нами обследованы 42 пациента с хламидийной и уреамикоплазменной инфекцией. Из них женщин было 20, мужчин — 22 человека. Возраст обследованных колебался от 16 до 59 лет. Из них от 16 до 20 лет было 5 человек, от 21 до 30 лет — 25, от 31 до 40 лет — 7, от 41 до 50 лет — 2 и 51 до 60 лет — 3 человека.

У всех пациенток были воспалительные процессы мочеполовой системы и различные репродуктивные нарушения. Так, в анамнезе неразвивающаяся беременность отмечалась у 2, инфантилизм матки выявлен у 1, эрозия шейки матки отмечена у 3, первичное бесплодие было у 1, а вторичное бесплодие у 1 пациентки.

Все 20 пациенток были обследованы путем ПЦР диагностики. Таким образом, исследования показали, что у 1 пациентки вышеуказанных инфекций при ПЦР диагностики не выявлено, хотя при микробиологическом исследовании была обнаружена Ureaplasma urealyticum. В остальных случаях отмечалось сочетание хламидийной и уреамикоплазменной инфекций. Так, у 5 пациенток были выявлены ДНК всех исследуемых инфекций, у 1 пациентки только ДНК Mycoplasma hominis, у 1 пациентки только ДНК Mycoplasma genitalium, у 4 пациенток только ДНК Ureaplasma urealyticum, у 1 пациентки отмечалось сочетание Chlamydia trachomatis и Mycoplasma hominis, у 6

пациенток выявлено сочетание Ureaplasma urealyticum и Mycoplasma genitalium, а у 1 пациентки Chlamydia trachomatis и Ureaplasma urealyticum и у 1 пациентки отмечалось сочетание Mycoplasma genitalium и Mycoplasma hominis.

Для сопоставления, а также, как половые контакты были привлечены к обследованию и мужчины.

При этом ПЦР — диагностика применена у 22 больных мужчин со следующими диагнозами: Хронический уретрит с хламидийно-уреаплазменной этиологии — 6 больных, уреаплазменно-микоплазменной — 2, уреаплазменной — 5, трихомонадно-микоплазменной — 1, хламидийно-микоплазменной — 4, уреаплазменно-бактериальной этиологией — 1, микоплазменной — 2, хламидийно-микоплазменно-уреаплазменной этиологией — 1 больной.

Возраст выявленных больных мужчин колебался от 16 до 43 лет.

Путём применения ПЦР диагностики у мужчин были определены следующие возбудители: Ureaplazma urealyticum — в 15 случаях, Chlamydia trachomatis — в 11, Micoplazma genitalium — в 13 и Micoplazma hominis в 3 случаях. Из биоваров определены в 14 случаях биовар Parvo, а в 7 случаях T-960.

В заключении можно отметить, что использование ПЦР диагностики урогенитальной ИППП «нового поколения» позволило выявить причины развития заболеваний.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ И УРЕАМИКАПЛАЗМОЗОМ

А.М. АБИДОВ, У.Ю. САБИРОВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Под наблюдением было 30 мужчин с репродуктивными нарушениями и хроническим простатитом в возрасте от 23 до 36 лет.

Диагноз устанавливался на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных. Выявление Chlamydia trachomatis проводилось при помощи бактериоскопического и ПЦР метода, уреаплазмоза методом посева на отечественную питательную среду ЭД-1, идентификацию штаммов уреаплазма уреалитикум и микоплазма гениталиум осуществляли при помощи ПЦР метода.

Обследование выявило у 17 больных (56,7 %) болевой, у 16 (53,3 %) дизурический, у 29 (96,7 %) уретральный, у 15 (50 %) сексуальный синдромы. При обследовании хламидии обнаружены у 9 (30 %) больных, ассоциации хламидий и уреаплазма уреалитикум парво у 11 (36,7 %) больных, ассоциации микоплазма гениталиум и хламидий у 5 (16,7 %) больных, и у 5 (16,7 %) микоплазма гениталиум.

В комплексном лечении использовали антибактериальный препарат зитмак 500 (азитромицин 500 «Нобель фармсаноат») по следующей схеме 1 день назначали 1 грамм, последующие дни по 500 мг в течение 4 дней на курс 3,0 грамма. На фоне специфической терапии были назначены биостимуляторы, витаминотерапия, препараты улучшающие перефирическое кровообращение.

После проведенного лечения, при контрольном обследовании через 1 месяц у 28 больных (93,3 %) наблюдалась элиминация возбудителей урогенитального хламидиоза и уреамикоплазмоза.

Болевые ощущения прекратились у 26 (86,7 %) больных, дизурические явления у 29 (96,7 %), выделения из уретры прекратились у 29 (96,7 %) больных. Улучшение сексуальной функции отмечалось у 14 (46,7 %) больных.

Во время проведения лечения ни в одном случае не отмечалось побочных действий от применяемых препаратов. Полученные данные показывают хорошую переносимость и выраженную эффективность препарата Зитмак 500 в этиопатогенетической терапии, мужчин с хроническим простатитом, ассоциированной с урогенитальным хламидиозом и уреамикоплазменной инфекцией. Отсутствие побочных эффектов при назначении таблеток Зитмак и его хорошая переносимость у пациентов свидетельствует о безопасности и эффективности терапии, при этом препарат отличается удобством применения.

Следовательно Зитмак является эффективным антибактериальным средством и в 93,3 % случаев оказал положительный эффект в этиологическом лечении больных с урогенитальным хламидиозом, уреамикаплазмозом.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ ГОРОДА ТАШКЕНТА ПО ВОПРОСАМ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИППП

Б.Д. АЛИМОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Интенсивный рост распространенности инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) среди взрослого населения требует повышения акцента на профилактических мероприятиях, направленных на предупреждение заражения детей и подростков. Именно им предстоит вступить в новый этап отношений, в семейную жизнь, связи с чем вопросы, касающиеся полового просвещения, неразрывно связанные с риском заражения ИППП, как нельзя актуальны.

Целью данного исследования было оценить информированность учащихся старших классов средних общеобразовательных школ города Ташкента по основным вопросам эпидемиологии ИППП.

Для проведения запланированных исследований было предпринято добровольное анкетирование с согласия родителей и педагогов школ 655 учащихся старших классов средних общеобразовательных школ города Ташкента, с целью оценки уровня знаний по вопросам полового воспитания и определения факторов риска заражения ИППП. Средний возраст учащихся составил 15,5 лет. С целью соблюдения морально-этических норм, корректности и недопущения передачи избыточной для подростков информации, вопросы имели этичный характер, направленный на оценку уровня осведомленности по основным вопросам ИППП.

По результатам опроса школьников установлено, что занятия по половому просвещению посещают только 68,9 % учащихся (преимущественно девочки), не посещают занятия — 31,1 %. Среди поводов к началу половой жизни большинство учащихся (48,7 %) называют брак, 37,1 % — любовь, 9,8 % — любопытство, 2,5 % — симпатию, 2,0 % — дружбу. Подобные результаты говорят о том, что почти половина учащихся допускают начало половой жизни до брака, что является одним из основных факторов риска заражения ИППП. Возраст предполагаемого полового дебюта многими учащимися (56,8 %) обозначен после 20 лет, 33,6 % — от 18 до 20 лет, 6,9 % — 16–17 лет, 2,7 % — 14–15 лет.

Представляли интерес информационные источники, которыми руководствуются школьники, приобретая знания по вопросам полового просвещения. В 42,7 % случаев источником информации по вопросам полового просвещения для учащихся являются их друзья, в 29,2 % — телепередачи, в 12,4 % — интернет-ресурсы, в 5,6 % — беседы с учителями, в 4,9 % — беседы с родителями, в 4,0 % — статьи в газетах и журналах, в 0,9 % — специальная литература, в 0,3 % — медицинские учреждения. Весьма низкий процент получивших информацию от учителей (5,6 %), родителей (4,9 %) и в медицинских учреждениях (0,3 %) является косвенным показателем отсутствия адекватной информации у детей.

Всего 2,7 % учащихся знают о том, что такое ИППП. Среди известных ИППП названы сифилис (3,2 %), гонорея (1,5 %), трихомониаз (2,3 %) и хламидиоз (2,0 %). Нами выявлено несоответствие между количеством учащихся, перечисливших вышеуказанные болезни, и числом учеников, знающих о том, что такое ИППП, это подтверждает, что большинство из школьников не рассматривают перечисленные инфекции в качестве передающихся при половом контакте.

Знают о путях предохранения от ИППП только 2,7 % школьников — это, примерно, те же учащиеся, которые имеют представление о том, что такое ИППП. Только 0,3 % учеников допускают возможность заражения ИППП при поцелуях, в то время как именно эта форма любовного общения распространена среди старшеклассников. В то время как передача значительного количества ИППП при проникающих поцелуях является важным звеном эпидемиологической цепочки многих ИППП, которому не всегда уделяется должное внимание, даже со стороны специалистов.

О том, что такое ВИЧ/СПИД знают 98,5 % учеников. Очевидно — это заслуга средств массовой информации и участие преподавательского состава школ в проведении соответствующей пропаганды. Данная цифра раскрывает потенциал возможностей активной целенаправленной просветительской работы, которая с таким же успехом могла бы освещать вопросы ИППП, при условии содействия общества. 2 % учащихся признались о начале половой жизни.

Таким образом, интерес к вопросам половой жизни учащиеся удовлетворяют из самых разнообразных источников, но при этом их информированность по вопросам ИППП приближается к нулевому порогу. Налицо однобокий интерес к половой жизни, имеющий позитивную чувственную направленность. Любопытство и стремление познать любовь через половые отношения являются преобладающей мотивацией среди старших подростков. Незнание пагубных последствий половых связей снижает бдительность и настороженность в отношении возможного инфицирования ИППП и делает эту возрастную группу самой уязвимой.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ ПО ОСНОВНЫМ ВОПРОСАМ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИППП

Б.Д. АЛИМОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Способность некоторых инфекций, передающихся половым путем (ИППП), относящихся к «новому поколению», к внутриклеточному существованию предопределяет широкий возрастной диапазон инфицирования. Заражению подвергнуты все возрастные группы, начиная от периода новорожденности и до достижения пубертатного и юношеского возраста и более старших возрастных групп. В этой связи чрезвычайно важно информировать население о мерах своевременного обнаружения и профилактики этих инфекций.

Нами было предпринято исследование, которое позволило бы выяснить степень информированности родителей учащихся общеобразовательных школ по вопросам эпидемиологии и профилактики ИППП.

Проведено анонимное анкетирование среди родителей (3220 человека) 2610-ти детей-учащихся 1-11 классов средних общеобразовательных школ города Ташкента. Средний возраст родителей составил 38,4 лет.

Данные опроса показали, что 27,4 % родителей оценивают состояние здоровья своего ребенка как неудовлетворительное, 36,6 % как удовлетворительное и только 36,0 % как хорошее.

Среди причин, способных вызвать воспалительное поражение органов малого таза у детей только 2,4 % опрошенных называют аналогичные процессы у родителей. Основная масса родителей 57,5 % среди причин отмечают отсутствие соответствующего медицинского осмотра. 11,5 % указывают на незнание причин воспаления. Всего 3,9 % опрошенных считают, что воспалительный процесс может передаваться от родителей к детям. Это указывает на отсутствие настороженности по данному вопросу, а, следовательно, не исключает бытовой путь передачи урогенитальных инфекций.

Информированы о существовании наиболее распространенных ИППП — 17,9 % родителей, из них наиболее часто называют трихомонады 58,2 %. Осведомленность о хламидиях и микоплазмах составляет 13 % и 4,2 %. По отношению ко всем опрошенным эти цифры составили 2,5 % и 0,7 % соответственно. Данное обстоятельство наглядно демонстрирует практически полное отсутствие информации о «новых ИППП» у населения, а тем более о вызываемых ими поражениях. Соответственно, о путях заражения этими инфекциями имеют представление всего 11,7 % всех опрошенных. Об осложнениях ИППП знают 13,0 %. О методах предохранения от ИППП знают только 8,5 % опрошенных.

8,7 % родителей указывают на наличие воспалительного процесса урогенитального тракта (УГТ) у ребенка в анамнезе или в настоящий момент, однако на специфичность процесса не указал никто. Следует полагать, что часть из них могла носить специфический характер, однако не была диагностирована. Из числа детей, имевших эпизоды воспаления УГТ (280 детей) 60,7 % отмечают хорошее самочувствие в настоящее время, у остальных сохраняются постоянные или периодические беспокойства со стороны УГТ. Из 280 детей только 19,3 % были показаны родителями врачам, преимущественно в поликлиниках по месту жительства (10,0 %), однако 80,7 % не обращались к врачам, расценивая воспалительный процесс у ребенка как хронический. Причинами необращаемости родителей за медицинской помощью являлись также занятость, привычно рецидивирующий характер дизурических расстройств у детей, многие указывают на врожденный характер воспаления.

Из числа всех опрошенных 68,3 % (2201) родителей отмечали у себя признаки воспаления УГТ в анамнезе или на текущий момент. Большинство из них получали лечение или получают его периодически у гинеколога или у уролога. Из 2201 отмечавших у себя эпизоды воспалительного поражения органов малого таза чаще всего встречался кольпит (44,5 %), реже поражения верхних отделов малого таза: эндометрит (14,3 %) и сальпингоофорит (15,9 %). Воспалительный процесс мочевыводящих путей — пиелонефрит отмечали 18,8 % из 2201, цистит и уретрит по 6,4 %.

Из числа всех родителей 2500 было женщин. Многие из них отмечали в анамнезе нарушение детородной функции, такие как: бесплодие у 1,8 %, невынашивание беременности — 28,4 %, неразвивающаяся беременность — 37,3 %, преждевременные роды — 4,8 %. Общее количество женщин с нарушением детородной функции в анамнезе составило 1807 (72,3 %). Если учесть, что примерно в 60 % случаев причинами вышеперечисленных нарушений являются специфические инфекции из группы ИППП, то можно предположить существование этих инфекций примерно у 40 % опрошенных родительниц. Учитывая возможность внутриутробной и бытовой передачи «новых ИППП», следует ожидать присутствия этих инфекций у значительного количества детей.

Из всех опрошенных родителей хорошее самочувствие на текущий момент отмечают 14,9 %

родителей. Основное количество родителей — 52,1 % — расценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное. 94,5 % родителей согласились обследовать своего ребенка на хламидиоз и микоплазмоз

Таким образом, несмотря на то, что 56,1 % родителей имели в анамнезе нарушение детородной функции, а 68,3 % отмечали эпизоды воспалительного поражения гениталий у себя, и 8,7 % — у детей, осведомленность о хламидиях и микоплазмах составляет 2,5 % и 0,7 % соответственно. Это говорит о том, что даже те родители, которым пришлось столкнуться с проблемой воспалительного поражения УГТ, практически не имеют представления о существовании «новых ИППП», несмотря на прогностически высокую степень их возможного инфицирования. Очевидно, причиной отсутствия выявления специфических возбудителей является непрофильное обращение и недодиагностика. Следствием непросвещенности по основным вопросам эпидемиологии ИППП является отсутствие настороженности на предмет их присутствия у детей. Подобное обстоятельство обуславливает существование огромного контингента риска на предмет носительства ИППП, выпадающего из обследования — родителей, и порождает новый контингент риска — их детей.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

Н.М. АХМЕДОВА, Ш.К. МАМАЖОНОВА, Ш.К. МУФТАЙДИНОВА, Д. МАМАРАСУЛОВА

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Введение. Герпетическая инфекция заслуживаетособого внимания, поскольку способность активно размножаться в плаценте и эмбриональных тканях, проникать через плацентарный барьер, вызывать внутриутробное поражание плода может осложнить течение беременности угрозой прерывания, спонтанным абортам, преждевременными родами, развитием врожденных пороков у плода, формированием плацентарной недостаточности, приводящей к внутриутробной гипоксии, гипотрофии, антенатальной гибели плода вирус простого герпеса в результате восхождения через шейку матки, обуславливает осложнения у матери и плода в родах и в послеродовом периоде. Это диктует необходимость своевременной постановки диагноза и проведения адекватной патогенетической терапии генетального герпеса.

Цель исследования. Изучить динамику некоторых параметров клеточного и гуморального звеньев иммунитета у беременных с вирусом простого герпеса (ВПГ) с целью выработки тактики ведения и лечения их в гестационном периоде.

Материалы и методы. Обследовано 50 — женщин в возрасте от 19 до 39 — го года (в среднем 28,6 +_ 1,6 года), которых разделили на две группы: 1 — ю составили 26 (52 %) пациенток с типичной и атипичной формой генеталоьного герпеса (в анамнезе был выделен первичный эпизод заболевания) в которую беременные получали комплексное лечение с использованием виферона. В 2 — ю группу включили 24 (48 %) пациенток у которых диагностика генитального герпеса была запоздалой (после родов) или несвоевременной (в течение данной беременности), поэтому лечения они не получали.

Иммунный статус беременных с ВПГ характеризовался достоверно сниженным содержанием в периферической крови общего пула лимфоцитов и нулевых клеток, одновременно повышенном было содержание Т — хелперов, достоверно сниженным определялось содержание Ig M, отмечалось повышение Ig A.

Результаты и их обсуждение. После проведения комплексной терапии с применением виферонам отмечено достоверное повышение Т — супрессоров, Т — активных клеток и снижение Т — хелперов, и вследствие этого, снижение иммунорегуляторного индекса в 1,5 раза. Также, отмечалось достоверное снижение антиген связывающих антигенов к вышеуказанным тканям в 1,3 — 1,6 раза и приближение его к нормативным показателям.

Проводимая комплексная терапия с использованием иммуномодулирующего свойства виферона, позволяет нормолизовать показатели клеточного и локального иммунитета, снизить риск невынашивания беременности.

Вывод: таким образом виферон высокоэффективный препарат для плода и беременным женщин с генетальным герпесом.

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Г.М. БИШМАНОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Урогенитальный кандидоз является одной из наиболее частых причин обращения женщин как в акушерско-гинекологические учреждения, так и в клиники инфекций, передаваемых половым путем.

Для урогенитального кандидоза характерна могофакторность, обусловленная снижением активности многих антимикотических препаратов, широким спектром дрожжеподобных грибов рода Candida, вызывающих воспалительные процессы, наличием сопутствующих заболеваний и даже возрастными особенностями биоценоза урогенитального тракта. От правильной оценки состояния пациентки и параклинических данных в значительной степени зависит эффективность терапии указанного заболевания.

Комплексное обследование и лечение было проведено 55 женщинам в постклимактерическом возрасте с урогенитальным кандидозом, подтвержденный микробиологическими исследованиями.

Анализ видового и количественного состава микрофлоры влагалища пациенток с урогенитальным кандидозом позволил выделить определенные типы вагинального микроценоза у обследованных женщин (I, IIa, IIb, III, IVa, IVb типы).

При лечении больных урогенитальным кандидозом использовалась комбинированная терапия, где использовался этиотропгный препарат — пимафуцин (таблетки и свечи) в течение 10 дней. Применение пимафуцина способствовало эрадикации возбудителя, что сказалось на терапевтическом эффекте достигнутом у 89,3 % больных.

Таким образом, у женщин в постклимактерическом периоде с повышенной частотой регистрируется урогенитальный кандидоз, для успешного лечения которого необходима комплексная терапия с обязательным применением противогрибкового препарата широкого спектра действия, в частности, пимафуцина.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «ИМПАЗА» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ФОНЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

Ш.И. ИБРАГИМОВ, А.М. АБИДОВ, Б.Т. ТАДЖИБАЕВ, К. К. ЮЛДАШЕВ

Специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, КВД №8

Препарат Импаза регулирует функцию мочеполовых органов, является регулятором потенции. Повышая активность эндотелиальной N0 синтазы в сосудах полового члена, препарат восстанавливает адекватную выработку эндотелием оксида азота (N0) при сексуальной стимуляции, что повышает содержание в гладких мышцах уровня циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ), способствует их расслаблению и увеличивает кровенаполнение полового члена.

Препарат применяется для лечения эректильной дисфункции, уменьшая вегетативные расстройства климактерического периода у мужчин (слабость, утомляемость. При лечении Импазой не было зафиксировано ни одного побочного эффекта, какого-либо отрицательного влияния Импазы на течение сопутствующих заболеваний и необходимость изменения их терапии также не наблюдалось.

При терапии Импазой наступало медленное прогрессирующее нарастание эффективности с 33,2% после 1 мес. лечения до 56,2% к 3 месяцам лечения, при этом заметные изменения наступали у 19 (26%) примерно к 3–4 мес. лечения. Мы заметили, что больные сначала говорили об улучшении и восстановлении спонтанных эрекций, набухании и увеличении полового члена – т.е. нахождении в состоянии постоянной частичной тумесценции, а затем, после 3–4 мес. и о нормализации адекватных эрекций. Это могло быть наступающим лечебным свойством Импазы, что свидетельствовало о кумулятивном эффекте препарата. Таким образом, прием Импазы должен быть не менее 3-4 мес. для наступления стойкого лечебного эффекта.

С началом использования в клинической практике препарата Импаза возможности врачей в лечении пациентов с эректильной дисфункцией существенно расширились. Применение этого препарата, на длительный период восстанавливающего способность к эрекции в ответ на сексуальное возбуждение, позволяет пациенту вести естественную, спонтанную сексуальную жизнь, не менять привычных стереотипов сексуального поведения и значительно увеличивать временные рамки выбора момента близости.

ГЕНИТАЛ УЧУҚНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ

Х.Т. ИСРОИЛОВ

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий амалий тиббиёт маркази

Тадқиқот давомида тез-тез қайталанувчи генитал учуқ билан хасталанган 42 та беморларда касалликнинг клиник кечиши ўрганилди. Ушбу гуруҳда касалликнинг қайталаниши йилига 6–7 мартадан 10–12 мартагача кузатилди. Генитал учуқ билан хасталанган беморларнинг ўртача ёши 25–38 дан иборат бўлиб, уларнинг 82,0 % оилали. Касалликнинг давомийлиги эса 1ойдан 6 йилгача эканлиги аниқланди.

Генитал учуқнинг клиник кўриниши бироз шишган, қизарган терида гуруҳланган сероз суюқликга эга везикулалар, майда ёки полициклик чегарали эрозиялар, эрозив-ярали ва ярали ўчоқлар кўринишида намоён бўлиши кузатилди. Зарарланган ўчоқларда қичишиш, ачишиш, оғриқ каби субъектив белгилар билан кечиши ифодаланди. Шунингдек, беморларнинг 10 (23,8 %) тасида бир томонлама ва 8 (19,0 %) тасида икки тамонлама чов лимфаденити аниқланди. Лимфаденит билан кечган беморларнинг чов соҳасида иррадияцияланувчи оғриқлар кузатилди.

Тадқиқот давомида генитал учуқ билан касалланган беморларнинг терисида кузатилган тошмалар тавсифи қўйидагича бўлди. Гуруҳланган пуфакчали элементлар сон жихатидан 5–6 донадан 25–30 донагача намоён бўлган бўлса, эрозив, эрозив-ярали ўчоқлар юзаси 0,5 см дан 1,0–1,5 см катталигигача бўлиши кузатилди. Энг кўп ҳолатда гуруҳланган пуфакчали элементлар аниқланиб, бу 24 та (57,1 %) беморни ташкил этган бўлса, пуфакчаларнинг эрозив сохалар билан биргаликда келиши 9(21,4 %) ҳолатда намоён бўлди. Тоза эрозияли ҳолат эса 5 та (11,9 %) беморда кузатилди, бундан ташқари 2 та (4,8 %) беморда эрозив-ярали ва яна 2 та (4,8 %) беморда ярали ўчоқлар билан ифодаланди.

Генитал учуқ элементларнинг эркакларда жинсий олат терисида 56,0 % ва қов терисида 44,0 % холатда жойлашганлиги кузатилди. Аёлларда эса касаллик элементларининг кўпроқ катта жинсий лаблар терисида жойлаши аниқланди.

Генитал учуқнинг қайталаниш даражаси 22 та (52,4 %) беморда йилига 4–6 маротаба, 11 та (26,2 %) беморда 8–9 маротаба ва касаллик рецидивининг ҳар ойда кузатилиши 9 та (21,4 %) беморда аниқланди.

Ўтказилган клиник тахлиллар хулосасига асосан, генитал учуқнинг жинсий аъзоларда 42,9 % пуфакчали-эрозив, эрозив-ярали холда кечиши ва 56,0 % холда жинсий олат терисида жойлашиши, унинг эпидемиологик юқиш холатининг ахамиятини ва бошқа турдаги ЖЙОЮИлар, айнан ОИВнинг эрозив ўчоқлар юзасидан юқтирилишига мойиллигини кўрсатади.

Генитал учуқнинг 47,6 % беморларда бир йилда 8–12 маротаба қайталаниши, ушбу гуруҳдаги беморларда иммун тизимидаги чуқур бузилишлар мавжудлигини белгилаб, уларни батафсил ўрганиш лозимлигини кўрсатади.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНИТАЛЬНОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

О.М. КАРИМОВ, Г.А. ИСМАИЛОВА

Ташкентская медицинская академия

Нами изучены показатели системы иммунитета и интерферонового (ИФН) статуса у больных рецидивирующим генитальным герпесом (РГГ) в период обострения болезни. Исследования показали, что для больных с РГГ характерны изменения в иммунном статусе, определяемые как вторичная иммунологическая недостаточность. Снижение относительного и абсолютного содержания СД3+; СД4+, индекса СД4+/СД8+, фагоцитарной функции нейтрофилов свидетельствовало об общем угнетении иммунологической защиты, выраженность которой у пациентов с различной клинической формой РГГ оказалось неодинаковой. Так, было показано, что чем больше частота рецидивов у пациентов с РГГ, тем больше снижаются адаптивные возможности иммунной системы, преходящие в дальнейшем в стойкую иммунологическую недостаточность. Изучение ИФН-статуса показало, что концентрация сывороточного ИФН у больных различных групп уменьшалась соответственно тяжести течения вирусного процесса. Вместе с тем, средние показатели α — и γ — ИФН у пациентов с РГГ различных клинических форм оказались достоверно низкими, чем соответствующие значения в норме. Эти результаты свидетельствуют с одной стороны, о потенциальных возможностях системы ИФН у больных РГГ осуществлять свои защитные

и регуляторные функции, с другой — снижение способности лейкоцитов к продукции α — ИФН и γ — ИФН говорит о снижении неспецифических защитных сил организма, в частности, о неполноценности противовирусной защиты и наличие иммунологической недостаточности.

Эти данные послужили основанием для проведения больным РГГ комплексной иммуномодулирующей терапии отечественным индуктором ИФН гозалидоном и иммуномодулином.

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК, СИМУЛИРОВАВШИЙ ПЕРВИЧНУЮ СИФИЛОМУ

Р.М. КИЛИЧЕВ, У.А. ВАЛИХАНОВ, К.З. БОТИРОВ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Наблюдаемая в последние годы повсеместный рост сифилитической инфекции, одновременно сопровождается ростом диагностических ошибок. Это в первую очередь связано отсутствием субъективных ощущений у больных при наличии того или иного сифилида, а также частым обращением больных врачам других специальностей. Диагностические ошибки первичного сифилиса, наблюдаемая нередко в практике венерологов, наглядно демонстрирует это.

Дифференциальная диагностика твердого шанкра, от плоскоклеточного рака, обычно кажется нетрудным. Однако, при изменении клинической картины рака или при осложнении твердого шанкра вторичной пиококковой инфекцией диагностика затруднена и можно допустить диагностическую ошибку.

Приводим наше наблюдение:

Больной У.А. 71 год, поступил в венерологическое отделение областного кожно-венерологического диспансера 8.10.2009 года с направительным диагнозом: сифилис первичный серо… (твердый шанкр, двухсторонний регионарный склераденит) и/б N 3477/445.

Из анамнеза выяснилось, что больным себя считает в течение 2 месяцев, когда впервые на половом члене появился инфильтрация с шелушением на поверхности. Посторонних половых контактов не имел. Больной врачам не обратился, а самовольно очаг поражения смазывал различными мазями. Постепенно инфильтрация в очаге увеличивался, стал плотным, слегка болезненным из-за трения в одежду и расчесывания, в дальнейшем больной отмечал появление язвочки на месте инфильтрации. Поверхность язвочки покрывалось коркой, которая временами отпадала и появлялась снова. Больной за медицинской помощью долго не обращался, ограничиваясь самолечением. Однако, процесс постепенно прогрессировал, язва увеличивалась, усиливалась боль, увеличились паховые лимфатические узлы с обеих сторон. Больной обратился в Андижанский областной кожно-венерологический диспансер, откуда немедленно был направлен в стационар с диагнозом «первичный сифилис серо… (твердый шанкр, двухсторонний регионарный склераденит)». При осмотре на головке полового члена обнаруживается болезненная язва неправильно-округлых очертаний, около 2,5 см в диаметре. Язва довольно глубокая, кратерообразная, дно ее неровное, как бы изрытое, зернистое, легко кровоточит, края язвы очень плотные, валикообразно приподняты и выворочены к наружу. Воспалительные явления отсутствуют. Паховые лимфатические узлы с обеих сторон увеличены размером крупной фасоли, очень плотные, неспаянные, подвижные. При неоднократном исследовании, с поверхности язвы бледная трепонема не обнаружена. Результаты КСР, РИБТ и РИФ отрицательные. Больной был проконсультирован онкологом и взята биопсия с очага поражения. Результат гистологического исследования биопсионного материала: В представленных срезах обнаружено инфильтрирующий рост атипичного плоского эпителия, с полиморфизмом клеток, тенденция к ороговению. На основании этого был поставлен клинический диагноз: плоскоклеточный рак полового члена. Больной был переведен в онкологический диспансер для дальнейшего лечения.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Т.А. НАБИЕВ, К.И. ФАЙЗИЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Течение герпесвирусных инфекций определяются состоянием системы иммунитета. В случае иммунодефицита любой природы герпесвирусы начинают активно размножаться, и нередко возникает генерализация процесса. При ВИЧ-инфекции часто наблюдаются поражения кожи и слизистых оболочек, вызванные вирусами герпеса человека (ВГЧ) различных типов, проявления которых вносят свой вклад в увеличение разнообразия клинико-лабораторных признаков у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Целью наших исследований явилось изучение клинического течения генитального герпеса у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Под нашим наблюдением находились 35 ВИЧ-инфицированных больных, со сроками заболевания от 1 года до 12 лет (от момента установления ВИЧ-инфекции). Возраст больных колебался от 18 до 59 лет, из них 57 % составили мужчины. В изучаемой группе у всех больных наблюдались клинические проявления, вызванные 1 и 2 типами ВПГ. Из анамнестических данных, клинические проявления генитального герпеса у 56 % больных наблюдались в течении 1 года, у 14 % от 2 до 5 лет, у 9 % от 5 до 10 лет и у 2 % больных более 10 лет. При изучении клинического течения заболевания у 51,4 % ВИЧ-инфицированных больных элементы поражения располагались на коже и слизистых оболочках половых органов (кожа и слизистые гениталий и перианальной области). В 48,6 % случаях герпетические элементы локализовались в различных сочетаниях областей поражения (кожа и слизистые гениталий, перианальной области в сочетании красной каймы губ, слизистой зева, плеча, бедер, ягодиц, пальцы кистей рук).

Клиническая картина генитального герпеса в группе исследованных больных была представлена в 40 % случаях сгруппированными пузырьковыми (то 20-30 и более) элементами, располагающимися на отечно-гиперимированном основании. В 28,6 % случаях элементы поражения были представлены эрозивными очагами от 1,0 до 2,5 см в диаметре с полициклическими краями. У 22,8 % больных наблюдались эрозивно-язвенные поражения и у 8,6 % больных отмечались язвенные поражения, покрытые серозно-гнойным налетом. В 31,4 % случаях у больных наблюдалась местная реакция со стороны регионарных лимфоузлов в виде их увеличения до размеров грецкого ореха, болезненных при пальпации. Субъективно больные отмечали, чувство жжения, боли в очагах поражения и их иррадиации в область бедра и ягодиц.

Изучение рецидивов заболевания показало, что в группе наблюдения только у 9 пациентов зарегистрированы первичные проявления герпетических высыпаний, у 6 больных рецидивы заболевания наблюдались до 4-6 раз в год и в 20 случаях от 6 до 12 и более рецидивов в год. Очаги поражения при последующих рецидивах заболевания не имели фиксированного характера и меняли место локализации.

Таким образом, исследования показали высокую частоту поражения половых органов генитальным герпесом, элементы которого в 60 % случаях были представлены эрозиями и эрозивно-язвенными поражениями. Высокой частотой рецидивов заболевания (до 12 и более в год) у 57 % больных, что вносит немалый вклад в эпидемиологическое состояние в распространении данных вирусов среди населения. С учетом особенностей клинического течения герпесвирусных поражений необходимо искать новые пути в терапии, которые могли бы способствовать быстрой эпителизации деструктивных очагов поражения и уменьшению количества рецидивов заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «АЗИТРОМИЦИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО УРЕАПЛАЗМОЗА

Р.А. ОРИПОВ, Н.Х. ИСЛОМОВ, Л.А. САЛАМОВА

Кафедра кожных и венерических болезней СамМИ, г. Самарканд

Уреаплазма (Ureaplazma urealyticum), как и хламидии, микоплазмы, риккетсии считается промежуточным микроорганизмом между бактериями и вирусами и является облигатным внутриклеточным паразитом.

Сапрофитический образ жизни для этого микроорганизма у человека и животного невозможен, так как уреаплазмы используют АТФ, АТФ азу пораженной клетки, жизненный цикл возбудителя уреаплазмы завершается гибелью клеточной мембраны. Клиническая картина заболеваний мочеполовых органов, вызванных уреаплазмами протекает торпидно, во многом напоминают течение других негонококковых инфекции, отличающейся, главным образом, меньшей остротой воспаления, большей частотой осложнений и резистентностью по отношению к терапии антибактериальными препаратами.

В этой связи, как известно, выбор эффективного препарата при лечении урогенитальных инфекций является одним из ведущих факторов успешного излечения.

Проведенное нами исследование направлено на изучение эффективности действия препаратов применяемых при урогенитальном уреаплазмозе.

В проведенной нами исследовательской работе участвовали 26 больных урогенитальным уреаплазмозом, из них — 18 мужчин и 8 женщин, которые получили прпотивоуреоплазмозное лечение Азитромицином и составили основную группу.

Нами был предложен препарат Азитромицин по 250 мг 4 раз в сутки совместно с симптоматической терапией, физиотерапией и местными лечебными процедурами.

В контрольную группу больных урогенитальным уреаплазмозом входили 16 больных.

Из них 7 мужчин и 9 женщин. Им так же совместно с вышеуказанными терапевтическими методами был предложен препарат эритромицин по 250 мг 4 раз в день.

При этом было установлено, что в группе больных получавших препарат Азитромицин клинические признаки заболевания исчезали на 10 день и лабораторные данные (исследование мазков) показали отрицательный результат.

В группе больных применявших препарат эритромицин клиническое выздоровление наступало на 16–19 день терапии, а лабораторные анализы показывали на положительные результаты.

Таким образом, применение препарата «Азитрамицин» является более эффективным терапевтическим средством при лечении урогенитального уреаплазмоза чем препарат эритромицин, что выражается в укорочении сроков выздоровления больных.

ЧАСТОТА НЕЙРОСИФИЛИСА У БОЛЬНЫХ РАННИМИ ФОРМАМИ СИФИЛИСА

А.Б. ПАКИРДИНОВ, У.А. ВАЛИХОНОВ, Р.М. КИЛИЧЕВ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Характерной особенностью современного патоморфоза сифилитической инфекции является преобладание вторичного рецидивного и раннего скрытого сифилиса, и как следствие этого частое вовлечение в патологический процесс внутренних органов и нервной системы. По данным литературы, в последнее время, отмечается рост удельного веса нейросифилиса в общей структуре сифилитической инфекции, составляя около 12 % всех случаев выявленного сифилиса. Это связано не только ростом заболеваемости сифилисом, но и нередко некачественным лечением. В настоящее время наиболее часто встречаются асимптомный и менинговаскулярный нейросифилис. Нейросифилис несет прямую угрозу жизни больного. Ранняя его диагностика играет определяющую роль в плане прогноза, течения и лечения заболевания. Однако, диагностика нейросифилиса представляет значительные трудности, связанные с неспецифичностью симптоматики, атипизмом и стертостью клинических проявлений, увеличением частоты скрытых форм нейросифилиса, недостаточным использованием современных высокоинформативных методов исследования.

Мы ретроспективно (на основании изучения историй болезни) анализировали частоту выявления сифилиса нервной системы у больных ранними формами заболевания, лечившихся в Андижанском областном кожно-венерологическом диспансере в период с 2004 г. по 2009 г. За эти годы лечились 1375 больных ранними формами сифилиса, из них 784 были мужчины, 591 женщины. Первичный серонегативный сифилис был диагностирован у 51 больных, сифилис первичный серопозитивный у 119, сифилис вторичный свежий у 181, сифилис вторичный рецидивный у 374,

сифилис скрытый ранний у 650 больных. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно — положительным КСР и обнаружением бледной спирохеты у больных первичным серонегативным сифилисом. В процессе лечения больные по показаниям были консультированы врачами-специалистами — невропатологом и окулистом. В результате у 81 больных был диагностирован скрытый (латентный) сифилитический менингит, у 47 больных ранний менинговаскулярный сифилис, у 38 больных сифилитическое поражение зрительных нервов. Всего выявлено 166 больные с поражением нервной системы разной степени, что составляет 12,1 % от всего числа больных. Исследование спинномозговой жидкости у этих больных выявил наличие патологии различной степени: от минимально выраженной (RW(микрореакция) ++, РИФ-abs +++, РИФ-200 +++, белок — 0,4‰, цитоз — 8 клеток в 1 мм^3, реакция Нонне-Апельта ++, реакция Панди ++), до выраженной (RW(микрореакция) ++++, РИФ-abs ++++, РИФ-200 ++++, белок — 1,6–2,1‰ цитоз — 10–20 клеток в 1 мм^3, реакция Нонне-Апельта и Панди — положительные или резко положительные +++ или ++++).

Как видно, из поражений нервной системы чаще всего встречается скрытый сифилитический менингит, что согласуется с данными других авторов. Однако, по литературным данным поражение нервной системы у больных ранними формами сифилиса встречается от 43 % до 73 % случаев, а в нашем случае она составила всего 12,1 %. Следовательно, необходимо обратить внимание на более тщательное и углубленное обследование больных с ранними формами сифилиса с привлечением специалистов-невропатологов, офтальмологов, ЛОР врачей и использовать современные методы исследования, такие как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, компьютерная томография с использованием одиночной фотонной эмиссии и др.

Таким образом, наши исследования показали, что у больных ранними формами сифилиса из поражений нервной системы превалирует скрытый сифилитический менингит, однако процент выявляемости сифилитического поражения нервной системы остается очень низкой.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, А.М. АБИДОВ

Ташкентский научно-исследовательский институт дерматологии и венерологии МЗ РУз

Цель. Изучить клинические и анамнестические особенности у женщин с уреамикоплазменной инфекцией.

Материал и методы. Под наблюдением находились 48 женщин с уреамикоплазменной инфекцией. Для установления диагноза использовался культуральный метод (посев на питательную среду ЭД-1), ПЦР-детекция Ureaplasma urealythicum, Ureaplasma urealythicum (Parvo), Mycoplasma genitalium

Результаты. У всех обследованных больных отмечались различной степени выраженности воспалительные проявления со стороны урогенитального тракта. Зуд и жжение отмечались у 31,2 % женщин, дизурические явления — у 39,6 %. Выделения из половых путей беспокоили 83,3 % больных, боли в нижней части живота постоянного или периодического характера — 47,9 %.

Гиперемия и отечность наружного отверстия уретры, вульвы, слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки носили очаговый характер и отмечались у 43,8 % больных. У остальных слизистая оболочка гениталий имела розовую или бледно-розовую окраску. Скудные слизистые выделения из половых путей наблюдались в 6,3 % случаев, слизистые в среднем количестве — в 10,4 %, молочно-белые в среднем количестве — в 39,6 %, гноевидные в среднем количестве — в 14,5 %, молочно-белые обильные — в 20,8 %, гноевидные — в 8,3 %. Эндоцервицит диагностирован у 87,5 % женщин, уретрит — у 45,8 %, кольпит — у 66,7 %, эндометрит — у 62,5 %, сальпингоофорит — у 16,7 %. У 8,3 % — эрозия шейки матки, у 10,4 % больных отмечено поражение кожи промежности в виде нейродермита вульвы и микробной экземы, а также акне.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имел место у 72,9 % больных. У 14,6 % женщин отмечалась неразвивающаяся беременность, у 27,1 % — самопроизвольный аборт в раннем сроке, у 10,4 % — в позднем, у 6,2 % — рождение мертвого плода (от 1 до 4 эпизодов), у 12,5 % — неонатальная смерть младенцев, у 14,6 % — первичное бесплодие, у 12,5 % — вторичное, у 4,1 % — более 3 медицинских абортов.

Выводы. 1.У пациенток с уреамикоплазменной инфекцией частота репродуктивных осложнений значительно превышает таковую в общей популяции.

2.В структуре репродуктивных осложнений преобладают бесплодие, невынашивание беременности и воспалительные процессы органов малого таза.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ТАШКЕНТА

У.Ю. САБИРОВ, Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, А.М. АБИДОВ, К.А АГАХАНЯН., Б.Ш. ФАТТАХОВ, Г.Р. ИБРАГИМОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

За последние годы отмечается чрезвычайно неблагоприятная обстановка по заболеваемости населения инфекциями нового поколения, передающимися половым путем (ИППП). Среди них особое место принадлежит инфекции, обусловленной Chlamydia trachomatis. У 50 % мужчин и 74 % женщин она протекает в форме бессимптомного урогенитального хламидиоза, который лишь в самом начале своего развития ограничивается поражением половых органов (уретрит, простатит, эндоцервицит, аднексит и др.). При этом он нередко поражает глаза, глотку, прямую кишку. Иногда наступают тяжелые последствия со стороны различных органов и систем (реактивный артрит, миокардит и др.), нередко приводящие к снижению и потере трудоспособности или даже к смерти (болезнь Рейтера).

Урогенитальный хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, генитальный герпес, ЦМВ, остроконечные кондиломы и другие инфекции в последующем ведут к различным осложнениям: бесплодие, невынашивание беременности, хронические заболевания моче-половых органов, психические расстройства, онкологические заболевания и т.д., которые оказывают воздействие на репродуктивное здоровье мужчин и женщин (1).

В связи с вышеизложенным целью нашего исследования явилось оценка структуры негонококковых ИППП среди жителей г.Ташкента (Сабир-Рахимовского, Чиланзарского, Юнус-Абадского районов).

Материалы и методы исследования. Обследование больных включало бактериоскопическое, бактериологическое, молекулярно-биологическое (ПЦР) исследования отделяемого мочеполовых путей.

Наибольший процент из выявленных инфекций мочеполовых органов у пациентов составила уреаплазменная инфекция (66 %), причем биовар Parvo встречался чаще в 54 %, чем T-960, который был выявлен у 18 % обследованных больных, и процент выявляемости у мужчин был в два раза выше, чем у женщин. По литературным данным уреаплазменная инфекция занимает третье место среди негонококковых уретритов, тогда как по нашим данным в структуре заболевания уреаплазменная инфекция заняла первое место.

Mycoplasma genitalium была выявлена у 30 (60 %) обследованных больных, из них мужчин — 19 (38 %), женщин — 11 (22 %). Mycoplasma hominis выявлена у 10 (20 %) обследованных больных, среди мужчин у — 6 (12 %), среди женщин — 4 (8 %).

Хламидийная инфекция была выявлена у 12 (50 %) обледованных больных. Трихомонадная, гонорейная, гарднерелезная инфекции встречались менее чем у 10 % из всех обследованных больных.

Анализ собранного материала показал (рис.), что основное количество обратившихся больных были жителями Сабир-Рахимовского района, которые составили 50 %, жители Чиланзарского района — 28 %, Юнус-Абадского района — 22 %.

Таким образом, проведенные наши исследования среди жителей трех районов города Ташкента выявило преобладание ИППП среди жителей Сабир-Рахимовского района, а также преимущественное выявление уреамикоплазменной инфекции, клинически, которая характеризовалась хроническим течением.

ЯРИШ-ГЕРКСГЕЙМЕР РЕАКЦИЯСИ КУЗАТИЛГАН ЗАХМ БЕМОРЛАРИДА ЖИГАР ФЕРМЕНТЛАРИ-ТРАНСАМИНАЗАЛАР ХОЛАТИ

К.А. СОБИРОВ

Хоразм вилоят тери-таносил касалликлари диспансери, Урганч ш.

Жигар ферментлари — трансаминазалар кўпчилик касалликларда ўзгаришлари билан диққатни жалб этишини хисобга олган холда тадкикотимиздан максад захм касаллиги утказган Яриш-Герксгеймер реакцияси кузатилган беморларда трансаминазаларни даводан олдин, Яриш-Герксгеймер реакцияси пайтида ва даводан сунги узгаришлари динамикасини аниклашдан иборат бўлди. Кузатувимиз остида 62 та бемор бўлди. Шулардан эркаклар 43 (69 %) та, аёллар 19 (31 %) тани ташкил килди. Беморларнинг ёшлари Беморларнинг ёшлари 17 ёшдан 42 ёшгача бўлди. Захмнинг турлари буйича: бирламчи захм — 18 та, иккиламчи захм — 44 тани ташкил килди.

Яриш-Герксгеймер кузатилган беморлар тана хароратининг кутарилишига караб 4 та гуруҳга булиб урганилди. I-гуруҳга тана харорати 37.6 С дан 38.5 гача, II-гуруҳга 37,6 С дан 38,5 гача, III-

гуруҳга 38.5 дан 40 С ва ундан ортик беморлар киритилди. IY-гуруҳга Яриш-Герксгеймер реакцияси кузатилмаган (назорат гуруҳи) беморлардан иборат бўлди. Заҳм касаллигида ҳам бу ферментлар, яъни АЛТ ва АСТ лар меъёрий даражасидан ишонарли ошгани аниқланди: — 1-гуруҳда ўртача 0,67±0,07 ммоль/литргача; 2-гуруҳда 0,78±0,2 ммоль/литргача; 3-гуруҳда 0,69±0,02 ммоль/литргача ва 4-гуруҳда 0,71±0,03 мколь/литр гача. АСТ буйича курсаткичлар ҳам шунга ухшаш, яъни барча гуруҳлардаги беморлар курсаткичлари даволашгача меъёр даражасидан ишонарли юқори бўлди (P<0,001). Даволашдан сунг 1-, 2- ва 3-гуруҳлардаги кўрсаткичлар меъёрий чегарагача етган булиб мос равишда 0,45±0,06; 0,55±0,01; 0,43±0,03 мколь/литр, (P<0,001), 4-гуруҳда кўрсаткичлар ишонарли пасайган бўлса ҳам, меъёрий даражагача пасаймаган (P<0,05). АСТ ҳам барча гуруҳларда ишонарли пасайган (P<0,05), аммо фақатгина 3-гуруҳ беморларида даволашдан сўнг ушбу фермент миқдори 0,30±0,05 мкмоль литргача пасайиб меъёрлашган.(меъёр 0,32±0,01 ммоль/литр).

Хулоса килиб айтганда, жигар ферментларининг ишонарли ошиши захмда кузатиладиган патологик жараённинг гепатобилиар тизимига ҳам салбий таъсири оқибатидир, дейиш мумкин.

ЯРИШ-ГЕРКСГЕЙМЕР РЕАКЦИЯСИ КУЗАТИЛГАН ЗАХМ БЕМОРЛАРИДА УМУМИЙ ОКСИЛ КУРСАТКИЧЛАРИ

К.А. СОБИРОВ

Хоразм вилоят тери-таносил касалликлари диспансери, Урганч ш.

Илмий ишимизнинг мазмуни Яриш-Герксгеймер реакцияси кузатилган захм беморларида умумий оқсил курсаткичларини даводан олдин, Яриш-Герксгеймер реакцияси пайтида ва даводан сунги узгаришлари динамикасига бахо беришдан иборат. Кузатувимиз остида 62 та бемор бўлди. Шулардан эркаклар 43 (69 %) та, аёллар 19 (31 %) тани ташкил килди. Беморларнинг ёшлари 17 ёшдан 42 ёшгача бўлди. Захмнинг турлари буйича: бирламчи захм — 18 та, иккиламчи захм — 44 тани ташкил килди.

Яриш-Герксгеймер кузатилган беморлар тана хароратининг кутарилишига караб 4 та гуруҳга булиб урганилди. I-гуруҳга тана харорати 36.6 С дан 37.5 гача, II-гуруҳга 37,6 С дан 38,5 гача, III-гуруҳга 38.6 дан 40°С ва ундан ортик беморлар киритилди. IV-гуруҳга Яриш-Герксгеймер реакцияси кузатилмаган (назорат гуруҳи) бемордан таркиб топди.

Биз урганиб чиккан барча гуруҳларда даволашгача умумий оксил микдори кузатилди — 1-гуруҳда 68,2±0,1 г/л; 2-гуруҳда 67,1±0,6; 3-гуруҳда 64,8±0,7; 4-гуруҳда 70,1±0,8 г/л.га тенг бўлди. Назорат гуруҳида бу кўрсаткич ишонарли юқори бўлди (P<0,05) — 78,2±0,1 г/л

Умумий оқсил микдори 1-гуруҳда даволашдан сўнг меъёр чегарасига яқинлашган бўлса ҳам (74,7±0,7 г/л), аммо бу ишонарли даражагача кўтарилмади. 2- ва 3- гуруҳларда эса умумий оқсил даволашдан сўнг беморларда меъёр даражасигача етди (мос равишда 77,4±0,2 ва 83,6±0,4 г/л). 1-гуруҳда умумий оқсил миқдорининг даволашдан сўнг даволашгача бўлган параметрлардан ошиши 1,1 мартани, 2-гуруҳда 1,2 мартани, 3-гуруҳда эса 1,3 мартани ташкил этди. 4-гуруҳда умумий оксил миқдори текшириш муддати давомида амалий жиҳатдан ўзгаришсиз қолди (P<0,05).

Шуни алоҳида таъкидлаш жоизки, 1-; 2-; 3-гуруҳларда даволашгача, Яриш-Герксгеймер реакцияси даврида ва даводан сўнгги кўрсаткичлари босқичма-босқич ошиб борган. Кўрсаткичлар орасидаги фарқлар ҳар учала босқичда ҳам бир-биридан ишонарли фарқ қилган. Бундай ҳолат Яриш-Герксгеймер реакцияси кузатилганда умумий оқсил миқдорининг тез тикланиши билан кечишини ва меъёр даражасига етишни кўрсатади.

Хулоса килиб шуни айтиш мумкинки, ушбу кайталаниш реакцияси жигар фаолиятининг кучайишига ҳамда унинг оқсил ишлаб чиқариш функциясининг тез тикланишига замин яратади.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ХАМЗИНСКОГО РАЙОНА ГОРОДА ТАШКЕНТА ЗА ТРИ ГОДА (2007–2009)

Б.Т. ТАДЖИБАЕВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Л.Ф. ЗОЛОТОРЕВСКАЯ, Р.Т. КАМАЛОВА, Ш.М. ШОТЕМИРОВ

Кожно-венерологический диспансер №8, г. Ташкент

В последнее десятилетие отмечено широкое распространение инфекции передающихся половым путем (ИППП). Кроме общеизвестных венеричиских заболеваний (сифилис, гонорея, трихомониаз) нас подстерегают и такие инфекции, как уреаплазмоз и микоплазмоз,гарднереллез, кандидозные инфекции и многие другие. Одним из частых этиологических агентов восполительных заболеваний мочеполового тракта является Chlamydia trachomatis, на долю которого прихо-

дится до 60% случаев ИППП. Причем наиболее часто хламидийная инфекция встречается в виде микст-инфекции. Клинико-лабараторное обследование проведено у 208 болных с ИППП.(женщины 143, мужчины 65).Средний возраст болных составил 28,5 лет. Были применены методы исследования: ИФА,ПИФ,цитологический метод. Урогенитальная хламидийная инфекция обнаружена у 97 болных, что составило 46.6% от общего числа больных. T.vaginalis-30,1%(21 случаев),U. urealyticum-32,9%(23случаев),N.gonorhoeae-9,5%(7 случаев) Gardnerella vaginalis-15,1%(11 случаев),M.hominis-5,5%(4 случаев),Candida-6,8(5 случаев).

Таким образом, наиболее частым возбудителем воспалительных заболеваний полового тракта являются хламидии, причем они наиболее часто регистрируются в виде ассоциации с такими инфекциями как T.vaginalis,U.urealyticum N.gonorhoeae, M.hominis, Candida, Gardnerella vaginalis.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

У.А. ТАДЖИБАЕВ, О.И. КАСЫМОВ, А.О. КАСЫМОВ

Кафедра дерматовенерологии ТИППМК, г. Душанбе

Введение. Урогенитальный хламидиоз (УГХ) относится к наиболее распространенным болезням мочеполовой системы мужчин.

Клинические проявления хламидиоза у мужчин разнообразны и в настоящее время уже не вызывает сомнения, что длительно протекающая урогенитальная хламидийная инфекция сопровождается осложнениями. У мужчин, в частности, к числу таких осложнений относятся хронический уретрит и простатит.

Изменения иммунологической реактивности у больных УГХ освещены в многочисленных научных публикациях, однако данные литературы, особенно при хроническом его течении, крайне противоречивы.

Цель исследования. Изучить состояние иммунологических показателей у мужчин, больных урогенитальным хламидиозом.

Материал и методы исследований. Под наблюдением находились 60 больных хроническим УГХ в возрасте от 19 до 46 лет (средний возраст составил 34,7 ± 2,2 года). Длительность заболевания у 13 (21,7 %) больных было от полугода до года, у 14 (23,3 %) — от 1 до 3 лет, у 33 (55 %) — более 3 лет. У 22 (36,7 %) больных был диагностирован хронический уретрит, у 38 (63,3 %) — уретропростатит.

Для выявления хламидий использовали метод прямой иммунофлуоресценции (ПИФ) с применением стандарстных кит-наборов моноклональных антител «Хламискан» (Россия).

Определено состояние некоторых показателей клеточного и гуморального иммунитета и неспецифических факторов защиты (фагоцитарная активность лейкоцитов и фагоцитарное число). Количественное содержание общих СД3 (Т-лимфоцитов), СД20 (В-лимфоцитов), СД4 (Т-хелперов) и СД8 (Т-супрессоров) определялось методом иммунофлуоресценции с использованием моноклональных антител. Содержание общих иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом, циркулирующие иммунные комплексы — методом преципитации полиэтиленгликоля по Гриневичу Ю.А. и соавт. (1981), фагоцитарное число (ФЧ) и фагоцитарную активность лейкоцитов (ФАЛ) — по Парку Х.А. (1972).

Результаты и их обсуждение. Результаты иммунологических показателей 60 больных УГХ приведены в таблице.

Состояние иммунологических показателей у больных хроническим УГХ

Показатели	Контрольная группа (n = 30)	Больные с уретритом (n = 22)	Больные с уретропростатитом (n = 38)
Лимфоциты, абс.	2293 ± 167	2176 ± 171	2032 ± 162
Лимфоциты, %	33,6 ± 1,7	31,4 ± 1,5	29,5 ± 1,6
$СД_3$ (Т-лимфоциты), %	71,4 ± 2,8	66,5 ± 2,6	61,5 ± 2,4**
$СД_4$ (Т-хелперы), %	45,8 ± 2,2	39,3 ± 1,9*	37,4 ± 2,0**
$СД_8$ (Т-супрессоры), %	27,6 ± 1,8	24,3 ± 1,6	23,6 ± 1,5
$СД_4$ / $СД_8$	1,64 ± 0,14	1,62 ± 0,13	1,58 ± 0,14
$СД_{20}$ (В-лимфоциты), %	16,2 ± 1,2	18,7 ± 1,3	19,8 ± 1,2*
igA, г/л	2,34 ± 0,17	1,98 ± 0,16	1,88 ± 0,17
igM, г/л	1,76 ± 0,15	1,96 ± 0,17	2,13 ± 0,18
igG, г/л	12,3 ± 1,1	16,2 ± 1,2**	18,5 ± 1,3***
ЦИК, г/л	2,36 ± 0,18	2,68 ± 0,19	2,96 ± 0,20*
ФАЛ, %	67,6 ± 5,1	52,2 ± 4,9*	46,4 ± 4,1***
ФЧ	5,3 ± 0,4	4,3 ± 0,3*	4,0 ± 0,3***

Примечание: достоверность различия к показателям контрольной группы: *p<0,05; **p<0,02; ***p<0,01.

Как видно из данных таблицы, у больных хроническим уретропростатитом наблюдается выраженное угнетение активности иммунокомпетентных клеток, выразившееся в уменьшении общего количества СД3-лимфоцитов и их хелперной субпопуляции, тенденции к абсолютной и относительной лимфопении. Со стороны показателей гуморального иммунитета определяется повышение их активности, что проявилось увеличением уровня СД20, иммуноглобулинов G и циркулирующих иммунных комплексов.

Снижение функциональной активности нейтрофилов, на что указывают пониженные цифры фагоцитарной их активности и фагоцитарного числа, позволяет заключить о нарушении неспецифических факторов защиты.

У больных с хроническим хламидийным уретритом иммунологические нарушения выражены значительно меньше.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СИФИЛИСА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОМАНИЕЙ

Т.М. УСМАНОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Проблема инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) и наркомании во всем мире сегодня стоит довольно остро. По данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируется более 350 млн. случаев ИППП, а общее число лиц, потребляющих наркотические вещества составляет 50–60 млн.

За последние 20 лет статистические данные свидетельствуют о значительном росте заболеваемости сифилисом в республике Узбекистан. Так, интенсивный показатель заболеваемости сифилисом в 1997 г, по сравнению с 1990 г., увеличился более чем в 20 раз, достигнув в среднем в стране — 47,3 против 1,78 на 100.тыс. населения.

С целью изучения спектра наркозависимости, сопровождающийся сифилитической инфекцией, нами проведено клинико-эпидемиологическое обследование 435 больных сифилисом, находившихся на стационарном лечении в Ташкентском городском кожно-венерологическом диспансере. Из числа обследованных больных сифилисом на основании клинических, серологических и иммуноферментного анализов установлено у 52 больных сифилис сочетанный с наркоманией. Из них, диагноз сифилиса вторичного был установлен у 19 (30,4 %), и у 33 (69,6 %) сифилис скрытый ранний.

По полу больные сифилисом страдающих наркоманией были распределены: 43 (82,6 %) мужчин и 9 (17,4 %) женщин.

По социальному составу больные распределялись: неработающие — 32 (61,5 %), рабочие — 9 (17,3 %), сельхоз работники — 5 (9,6 %), служащие — 3 (5,7 %), домохозяйки — 2 (3,8 %), учащийся — 1(1,9 %).

Несмотря на то, что показатели уровня заболеваемости сифилисом по Республике снижаются, ситуация с данной патологией в целом остается достаточно сложной из-за увеличения удельного веса скрытых форм сифилиса.

Настораживает факт изменения клинической структуры заболеваемости в период 2002–2009 гг. увеличение доли сифилиса раннего скрытого с 39,4 до 56,8. Анализ данных показывает, что большую часть (58,2) из числа заболевших ИППП составляют городские жители. За период с 2002 по 2009 г. частота выявления поздних форм сифилиса увеличилась среди сельского населения с 38,7 до 41,8 %.

Существенные изменения произошли среди больных ИППП и в социальном статусе. Так, среди заболевших сифилисом увеличилось число лиц, беременных женщин (в 1,3 раза), неработающих (до 80,3 %).

Так, результаты анкетирования вышеуказанных больных ИППП показали, что из них 71,2 % не имели представления о ИППП, 13,2 % имели информацию, но не осведомлены о клинических проявлениях, лишь 7,9 % имели определенное значение о ИППП.

Следует отметить, рост внутренней миграции населения и это привело к тому, что, многие люди в течение длительного времени оторваны от своей семьи, и находятся в финансовой зависимости от неформальной экономики. Эти изменения способствуют общим беспорядочным половым связям.

Согласно докладу представителей ЮНЕЙДС/ ВОЗ (2005), миллионы молодых людей каждый день начинают активную половую жизнь, не имея достаточного доступа к услугам по профилактике ИППП.

Соответственно усугубляется проблема наркомании, как серьезная угроза здоровью населения республики. Согласно результатам исследований проводившихся в рамках проекта: «Предварительное содействие в сокращении спроса на наркотики: экспресс оценка положения в области злоупотребления наркотиками в странах Центральной Азии». В настоящее время среди населения Республики Узбекистан имеется более 90 тысяч потенциальных больных наркоманией.

По данным статистики, за период с 1996 по 2000 годы заболеваемость наркоманией в республике увеличилась в 2,7 раза, а с 1991 года отмечался рост в 8 раз. Безусловным лидером в абсолютном количестве больные наркомании, являются промышленно развитые регионы республики.

Число больных наркоманией находящихся под наблюдением наркологических диспансеров увеличилось за период с 1995 года по 2004 год почти в 4 раза и составило в 2004 г. 75,4 на 100 тыс. населения (в 1995 г — 29,0). Особую значимость имеют исследования, направленные на выявление факторов способствующих поддержанию высокой заболеваемости ИППП и наркомании с учетом региональных особенностей, что важно для создания адекватной системы профилактики, как наркомании, так и ИППП на местах.

Наркомания является фактором «риска» в распространении ИППП Указанные тенденции требуют совершенствования и определенной перестройки учреждений дерматовенерологической службы. В частности, изменения подходов к диагностике, профилактике и лечению больных сифилисом, ассоциированным наркоманией, поиск новых способов работы с молодежью, развития сети кабинетов анонимного обследования и лечения, более интегрированной и слаженной работы дерматовенерологов и наркологов в этом направлении.

Доля женщин среди зарегистрированных случаев наркомании составляет 4–7 % и остается стабильной в течение многих лет.

В настоящее время в Узбекистане 56 % женщин в возрасте 15–49 лет не работают, и 47 % не работали в течение 12 месяцев. Безработица широко распространена среди молодых женщин, проживающих в сельской местности, среди женщин с низким уровнем образования, 6 % работающих женщин заняты менее 5 дней в неделю, 7 % женщин выполняют сезонные или случайные работы.

Несомненно, особенность социальной роли женщин сильно влияют на уровень обращаемости женщин за лечением в учреждения наркологической и дерматовенерологической служб. В настоящее время среди населения, особенно малых населенных пунктов, сохраняется боязнь огласки своего заболевания, поскольку ИППП и наркоманию считают «неприличными болезнями». Поэтому очень часто многие заболевшие считают излишним посещение специализированного медицинского кабинета.

Следует отметить, что сегодня в системе борьбы с сифилисом, ассоциированным с наркоманией наибольшее эпидемиологическое значение приобретают контингенты повышенного риска как потенциальные источники распространения инфекции.

Особый интерес представляют лица потребители инъекционных наркотиков (ПИН) обследовавшиеся анонимно в «пунктах доверия» г. Ташкента.

Так, только за один 2005 год среди 204 анонимно обследованных ПИН было выявлено 23 (11,2 %) больных сифилисом. Возрастная структура этих лиц варьировала от 17 до 49 лет, доля женщин составила — 21,4 %, мужчин — 78,6 %. При этом высокий уровень распространенности сифилиса среди ПИН был обусловлен сопровождающимися рискованным сексуальным поведением; недостаточным уровнем знаний о профилактике сифилиса; недоступностью охвата профилактическими мероприятиями.

Следовательно, на сегодняшний день, приоритетными задачами дерматовенерологической и наркологической служб, и ВОП являются усилия направленные на совершенствование системы профилактических осмотров с соблюдением принципа территориальности, интеграцию дерматовенерологической, наркологической и акушерско-гинекологической, и других служб для профилактики наркомании и ИППП, а также предупреждение распространения инфекций среди социально-дезадаптированных контингентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «СЕКНИДОКС» У БОЛЬНЫХ ТРИХОМОНИАЗОМ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Ш.А. ХАМИДОВ, К.З. БОТИРОВ, А.К. САЛОХИДДИНОВ, У.Ю. ДАДАЖОНОВ, Н.Д. АБДУСАЛЯМОВ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Андижанский областной кожно-венерологический диспансер

Цель исследования. Изучить эффективность препарата секнидокс (World Medicine, England) у больных урогенитальным трихомониазом.

Методы и материалы исследования. Под наблюдением находились 22 больных в возрасте 17-47 лет, из них мужчин было — 16, женщин — 6. У 20 больных (14 мужчин и 6 женщин) была диагностирована острая форма трихомониаза, у 2 мужчин — хроническая. Из этого числа больных 10 ранее лечились различными препаратами от трихомониаза, но эффекта от проведенной терапии не было. У больных острой формой трихомониаза инкубационный период в среднем составлял 12,6±0,8 дня, у пациентов хронической — более 2 месяцев. У всех больных диагноз подтвержден бактериоскопически и бактериологиче-

ски, а у 13 (11 мужчин и 5 женщин) из них выявлено смешанное гонорейно-трихомонадное поражение. Кроме препарата секназол, пациентам со смешанной гонорейно-трихомонадной инфекцией одновременно назначали антибактериальные препараты (зитрамин, азимак, азимед и др.).

Результаты лечения. Больным острой формой трихомониаза Секнидокс назначался в дозе 2000 мг однократно, а больным хронической формой — в 1 день 2000 мг, со второго дня по 1000 мг 1 раза в день с интервалом в 24 часа, на курс 4,0 г. Определяли время исчезновения трихомонад из отделяемого уретры и цервикального канала. У 20 больных острой формой трихомониаза, после лечение секнидоксом из выделений трихомонады исчезали через 3 часа. Выделения из уретры и цервикального канала у большинства больных прекратились через 12–14 часов, рези при мочеиспускании прекратились полностью к концу первой сутки. У 20 (90,9 %) больных трихомониазом получавших секнидокс получено этиологическое излечение. Только у 2 (9,1 %) больных на 3-й день в мазке вновь были найдены трихомонады. Им было назначено повторное лечение с применением иммунотерапии. Все больные лечение переносили хорошо, побочные явления отсутствовали. При контрольном наблюдении в течение 1 месяца рецидивы заболевания не регистрировались.

Вывод. Секнидокс является высокоэффективным препаратом в лечении трихомониаза.

СЎЗАК КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА «ЦЕФТРИАКСОН» ПРЕПАРАТИНИНГ ЭФФЕКТИВЛИГИ

Ж.Р. ХОШИМОВ, Ш.Б. АХМЕДОВА

Навоий вилоят тери таносил касалликлари диспансери

Навоий вилоятида 2007–2009 йиллар давомида 593 та сўзак касаллиги рўйхатга олинган. Шундан стационар шароитда даволанган 19–42 ёшли 108 та сўзак касаллиги билан оғриган бемор 2 гуруҳга бўлинди. I-гуруҳда 55 та бемор, шундан 32 та эркак, 23 та аёл. II-гуруҳда 53 та бемор шундан 28 таси эркак ва 15 таси аёл.

Беморлар бактериоскопик текширилганда қуйидагилар аниқланди.

	У.Ю.		II-гуруҳ	
	Эркаклар 32 та (58 %)	Аёллар 23 та (42 %)	Эркаклар 28 та (53 %)	Аёллар 25 та (47 %)
Гонококк	20	9	18	12
Гонококк + кандидоз	1	4	1	5
Гонококк + трихомонада	8	7	5	4
Гонококк + Бошқа инфек.	5	3	4	4

I-гуруҳ беморлар Сўзак касаллигини даволаш қўлланмаси (21.08.1996 й.) асосида бензилпенициллин натрийли тузи 400000 Т.Б. дан ҳар 3 соатда курс дозаси 10-12 000 000 Т.Б гача ва бемор суртма натижаларига қараб керакли специфик муолажаларини олди. Даволашнинг 2-кунида 12та (22 %) беморда, 3-кунида 24 та (44 %) беморда шикоятлари йўқолди. Даволаш курсининг охирида 14 та беморда жинсий аъзоларида дискомфорт сақланиб қолди. Провакациядан сўнг олинган контроль тахлилларда 12 та беморда гонококлар қайта аниқланди.

II-гуруҳ беморлар асосий дори воситаси сифатида цефтриаксон 1,0 гр мушак орасига курс дозаси 4,0 гр. гача ва қўшимча бемор суртма натижаларига қараб керакли специфик муолажаларини олди. Даволашнинг 2-кунида 32 та (60 %), 3-кунида 21 та (40 %) беморда шикоятлари йўқолди. Даво курси тўлиқ ўтказилиб провакациядан сўнг олинган контроль тахлилларда гонококлар аниқланмади.

Хулоса сифатида шуни таъкидлаш керакки гонококларнинг ҳозирда бензилпенициллинга сезгирлигининг пасайганлиги ва цефтриаксонга сезгирлиги яққол намоён бўлди.

ОСТРАЯ ЯЗВА ВУЛЬВЫ ЛИПШЮТЦА-ЧАПИНА

У.Х. ШАДЫЕВ

Кафедра кожных и венерических болезней СамМИ, г. Самарканд

Острая язва вульвы Липшютца — Чапина возникает главным образом у девушек и молодых женщин. Возбудитель — влагалищная палочка Дедерлейна (Bacillus crassus) в обычных условиях являющаяся сапрофитом слизистой оболочки влагалища.

Клиника. Заболевание характеризуется внезапным началом и острым течением (от нескольких дней до 2 нед). Проявляется сильно болезненными некротическими язвами, располагающимися на фоне отечной, несколько покрасневшей слизистой оболочки вульвы и половых губ. Язвы

располагаются поверхностно, имеют мягкое основание, рыхлые подрытые края и серовато-желтое серозно-гнойное отделяемое в области дна. Количество язв — от одной до многих. После отпадения корок наступает быстрая эпителизация или рубцевание язв.

Диагноз. Резкая болезненность очагов поражения, анамнестические данные об отсутствии половых сношений, позволяют проводить дифференциальную диагностику с язвами мягкого и твердого шанкра, эрозированные папулами вторичного периода сифилиса.

Приводим наше наблюдение.

Больная З. 21 год, из Ургутского района Самаркандской области, поступила в СамГорКВД в феврале 2010 года. С жалобами на поражение больших половых губ, боль, жжение, зуд. До обращения в СамГорКВД больная в течение 10 дней, самостоятельно проводила лечение местными аппликациями 10 % ихтиоловой мази, принимала препарат «Корфлам». От данного лечения улучшения не наступило, процесс прогрессировал, больная была вынуждена обратиться к специалисту. Объективно: на внутренней поверхности больших половых губ имеются множественные язвы округлой формы, размером в диаметре от 1 до 3 см. с серозно-гнойным отделяемым при микроскопировании обнаружены в большом количестве палочки Дедерлейна и стрептококки. Диагноз: Острая язва вульвы Липшютца — Чапина.

Назначено лечение. Цефтриаксон по 0,5 гр., 2 раза в сутки, 7 дней; Натрия тиосульфат 10% — 10 мл, в/в 1 раз в сутки, 10 дней; Таб. Пипольфен по 1 таблетке перед сном, 7 дней; Поливитамин «Полижен» по 1 таблетке 1 раз в день, 10 дней;

Местно: Фукарцин смазывать язвы 2 раза в сутки, после подсыхания Цинковая мазь 10 % с «Гиоксизоном». Рекомендован постельный режим.

После лечения, через 10 дней, у больной язвы разрешились, новых элементов не обнаружено, субъективных ощущений нет, отметилось полное клиническое излечение.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ., К.М. АБЗОИРОВ., С.С. ТУРСУНОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В формировании серорезистентности при сифилисе отводят аутоиммунным процессам. Длительное лечение инфекционного процесса предрасполагает к развёртыванию спектра иммунологических реакций, включая синтез антигена направленных на антитела и антигенам бледной трепонемы.

Большинство исследователей изучавших проблему серорезистентности отмечают нарушения иммунологического статуса больных сифилисом.

Нами изучены некоторые показатели иммунитета у больных до начала дополнительного лечения, в процессе и после него с целью изучить влияние дополнительного лечения на вышеуказанный показатель.

Все больные с серорезистентностью распределены на 3 группы:

I группа больных лечены согласно инструкции от 1996 г. пенициллином по 1 млн. ЕД каждые 4 часа в течении 28 дней, всего 168 млн.ЕД.

Больным II группы лечение проводилось препаратом Цефтриаксон в дозе 1,0 ежедневно, в курсовой дозе 14,0.

Больным III группы лечение проводилось Цефтриаксоном по 1,0, ежедневно №14, но антибиотик вводился непрямым лимфотропным методом.

Нами изучены некоторые показатели клеточного иммунитета у обследуемых больных до начала дополнительного лечения, а также в процессе и после него с целью изучить влияние дополнительного лечения на иммунный статус организма.

Исследование включало определение показателей количества Т-лимфоцитов и их субпопуляций, количество В-лимфоцитов, и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Результаты исследования выявили в крови больных с серорезистентностью достоверное снижение общего пула Т-лимфоцитов — 49,7±1,6, причём снижение происходило в основном за счёт снижения Т-лимфоцитов, хелперов до 25,1±1,25, при 35,85±0,37 в контроле.

Относительное содержание Т-супрессоров напротив было несколько повышенной и составило 21,4±1,81, что оказалось достоверно выше показателей в контроле — 15,89±0,47.

Установлено увеличенное процентное соотношение В-лимфоцитов — 17,4±1,53, при 14,88±0,93 в контроле. Уровень циркулирующих иммунных комплексов оказался повышенным в 2 раза и составил 27,7±1,68. иммунорегуляторный индекс при этом составил 1,17±1,21.

Результаты исследования после проведённого лечения в 3-х группах больных оказались различными.

Так, у больных I группы, отмечалась тенденция к нормализации иммунологических показателей. Содержание Т-лимфоцитов у больных пер-

вой группы увеличивалось с 4,7±1,6 до 52,4±1,1, уровень В-лимфоцитов несколько увеличивался и составил 15,1±0,95. несколько увеличивалось процентное содержание и Т-хелперов 31,2±1,2, при этом показатели Т-супрессоров несколько уменьшались — 18,5±1,02.

Указанные изменения после проведённого лечения приводили и к некоторой нормализации иммунорегуляторного индекса, который несколько повышаясь (до 1,68) всетаки не достигал контрольных значений.

Уровень ЦИК также имел тенденцию к снижению и составил 21,3±2,6.

Отмечено, что некоторая коррекция иммунологических показателей в этой группе больных после лечения носила недостоверный характер по отношению к показателям до начала дополнительного лечения.

Результаты лечения у больных 2-й группы, лечённых препаратом »Цефтриаксон", в комплексе с иммунокорректором Иммуномодулин и витаминами показали, что коррекция иммунологических показателей в этой группе больных имела более отчётливый характер.

Так, уровень Т-лимфоцитов повышался до 54,2±1,8, при этом показатель Т-хелперной популяции увеличился до 32,3±1,6, что, следует отметить, было достоверно значимым по отношению к данным показателям до дополнительного лечения.

Также отмечено, снижение В-лимфоцитов в данной группе больных до 14,9±1,4 и снижение Т-супрессоров до 17,8±1,3.

Уровень ЦИК после лечения снизился до 19,5±1,6. наблюдалось также повышение иммунорегуляторного индекса до 1,81.

Результаты иммунологических исследований после проведённого лечения в III группе больных также выявили некоторую нормализацию уровня Т-хелперов. Так, увеличение Т-лимфоцитов в этой группе больных составило до 55,8±1,3, причём значения Т-хелперов приближались к показателям в контрольной группе — 33,1±1,2. уровень Т-супрессоров также достоверно снижался и составил — 16,1±2,1, а относительное содержание В-лимфоцитов достигло показателей в контроле. Кроме того, отмечалось выраженное снижение ЦИК до 17,6±2,1, а уровень иммунорегуляторного показателя составил — 2,05.

Следует предположить, что положительное влияние дополнительного лечения на коррекцию иммунологических показателей обусловлено с одной стороны трепонемоцидными свойствами цефтриаксона, который, вводимый непрямқм лимфатропным методом, оказывал более выраженное терапевтическое действие на L и цист формы трепонем, скрытых в лимфатической системе больных.

Таким образом, определённую роль в этом имело также применение иммуномодулятора Иммуномодулина, влияние которого при применении Цефтриаксона оказалось более выраженным, чем при применении водорастворимого пенициллина.

ОРТИРИЛГАН ИММУН ТАНҚИСЛИГИ (ОИТ) МАВЖУД БЎЛГАН ХОМИЛАДОРЛАРДА АЙРИМ ИММУНОЛОГИК ВА БИОХИМИК КЎРСАТКИЧЛАР

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.С. АТАБЕКОВ, А.К. МАНГИТОВ

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази

Охирги йилларда дунёда ортирилган иммун танқислигига чалинган беморлар сони ортиб бормоқда.

Биз шу сабабли ОИТ билан рўйҳатга олинган 48 та хомиладор аёлларнинг қонидаги биохимик кўрсаткичлари ва иммунологиясини ўрганиб чиқдик.

Улар ёши бщйича қуйидагича кўринишга эга: 17 ёшдан — 35 ёшгача бўлиб, 20 ёшгача — 5 тани, 21 ёшдан — 30 ёшгача — 39 тани, 31 ёшдан каттала-ри эса — 4 нафар аёлларни ташкил қилди.

Хомиладорлик ваыти бўйича: I хомиладорлик билан — 15 та, II хомиладорлик билан — 13 та, III хомиладорилик билан — 3 та, IV хомиладорлик билан — 2 та, V хомиладорлик билан — 1 та, VI хомиладорлик билан — 1 та, VII хомиладорлик билан — 3тани ташкил этди.

Бу беморларнинг иммунологик холати таҳлил этилганда CD_4 бўйича аниқланган бўлиб, (норма-да 550 дан — 1000гача) 48 та ортирилган иммун танқислигига чалинган хомиладорлардан 38тасида CD_4 549 дан — 146гача камайганлиги аниқланди. Уларга қуйидаги ташхислар аниқланган: ОИТ I даража — 30 тада, II даража — 17 тада III даража — 1та хомиладор аёлда кузатилди.

Қон биохимик кўрсаткичлари таҳлил этилганда оқсил алмашинувига кирувчи умумий оқсил, мочевина, креатининлар вуйидагиларни кўрсатди: умумий оқсил миқдори 44 та бемордан 11 тасида 61,9 дан — 42,9 г/л гача камайган. (N 62–80 г/л), 6 та беморда 81 дан — 92,3 г/л га ошган. Мочевина 38 та беморда аниқланиб, шулардан 3 тасида 1,5 дан — 1,2 ммоль/л га пасайган. (N 1,6–1,8 ммоль/л), 2 та беморда 8,4–22,6 ммоль/л га ошган.

Углевод кўрсатгичларидан: глюкоза 48 бемордан 13 тасида 3,4 дан — 2,37 ммоль/л гача

пасайиши кузатилди. 3 та беморда 6,2 дан — 7,9 ммоль/л гача ошган. (N 3,5 дан — 6,11 ммоль/л).

Ферментлар алмашинувига кирувчи: умумий билирубин ўзгаришсиз қолди. АлТ-48та бемордан 3 тасида 0,1–0,06 нмоль/л гача пасайди. (N 0,1–0,45 нмоль/л), 7 тасида 0,45–1,55 нмоль/л га ошган. АсТ-48 беморда пасайиши кузатилмади. 4 та беморда 0,1–1,32 нмоль/л га ошган. (N 0,1–0,68 нмоль/л).

Шулар асосида ОИТ га чалинган хомиладор аёлларда биохимик кўрсатгичларда ҳам ўзига хос ўзгаришлар кузатилиб, уларни коррекцияси билан шуғулланиш муҳим ахамиятга эга.

ПОКАЗАТЕЛИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ (СЭИ) У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ, С.С. ТУРСУНОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Развитие серорезистентности при сифилисе обусловлено множеством факторов, среди которых не последняя роль принадлежит явлениям эндотоксикоза организма. В связи с этим, нами было изучено состояние СЭИ организма путём определения уровня среднемолекулярных пептидов (СМП) и сорбционной способности эритроцитов (ССЭ), лейкоцитарный (ЛИИ) и гематологический (ГПИ) индекс интоксикации.

СЭИ было изучено у 94 больных, в том числе у 52 больных до, и у 42 больных после лечения. Возраст больных колебался от 24 до 49 лет.

У обследованных больных отмечались повышенные показатели СЭИ, сорбционная способность эритроцитов (ССЭ) оказалась повышена в 1,6 раза по сравнению с аналогичным показателем в группе контроля (51,6±2,7/0,43±1,6), после дополнительного лечения отмечено снижение данного показателя, хотя контрольных значений не достигало.

Уровень СМП оказался увеличением в 1,66 раза по сравнению с данными в контроле. После лечения данный показатель существенно не менялся (0,38±2,8/0,31±1,8), хотя и отмечалась тенденция к некоторому его снижению.

Высчитанный ЛИИ у больных до лечения оказался повышенным в среднем в 1,57 раза (1,91±0,12). Проведенное лечение приводило к некоторому его снижению (1,75±0,16), хотя снижение оказалось статистически недостоверным.

ГПИ оказался повышенным в среднем в 1,5 раза по сравнению с контрольными значениями (1,87±1,8), снижение его после лечения оказалось также недостоверным и носило нестабильный характер (1,61±1,1).

Таким образом, выявлено, что у больных с серорезистентностью отмечаются выраженные явления эндотоксикоза, проявляющиеся в увеличенных показателях всех исследуемых параметров (ССЭ, СМП, ЛИИ, ГПИ). Дополнительно проведенное лечение приводит к некоторому снижению данных показателей, однако не приводит к показателям контрольных значений.

ЗНАЧЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ РИСКА

К.А. ЮЛДАШЕВ, Б.Т. ТАДЖИБАЕВ, Ш.А. ДЖАЛИЛОВА, В.Д. ЦОЙ, Д.С. МУХИДДИНОВА, Н.К. КУРБАНОВА, З.В. МИРЗАНЕМЕТОВ

РСНПМЦДиВ МЗ РУз, КВД №2, 4, 5, 8 и городской кожно-венерологический диспансер, г. Ташкент

Санация женщин, относящихся к группе риска в венерологии имеет большое значение, так как они являются активными распространителями ИППП.

Цель — изучение состояния венерических заболеваний среди женщин относящихся к группе риска.

Материалом исследования явились данные 18635 женщин обследованных на венерические заболевания, относящихся к группе риска за 2004–2009 годы.

Методы исследования. Все женщины обследованы на сифилис, гонорею, трихомониаз и другие венерические заболевания. Для чего применены: КСР, РИТ, РИФ в крови, бактериоскопические, и бактериологические исследования взятые из отделяемых вагины, цервикального канала и уретры, исследована кровь на ВИЧ (СПИД).

В результате тщательного обследования у 632 женщин, диагностирован сифилис. При этом первичный сифилис определён в 14,2 %, вторичный в 36,8 % и скрытый ранний в 42 % случаях и все больные пролечены в стационаре согласно существующей «Инструкции по лечению диагностике и профилактике сифилиса» утверждённой Минздрава РУз от 1996 года.

Среди выше указанных женщин 1935 случаях определена гонорея, из которых хроническая форма составило 26,8 %, острая — 46,2 % и 27 % — подострая форма.

В результате обследования женщин за вышеуказанное время у 4520 женщин выявлен трихомониаз.

Кроме того, среди них в 4369 случаях выявлены другие ИППП. Практически здоровыми оказались 7059 женщин. Выявленные больные женщины получили соответствующее лечение согласно существующей инструкции, утвержденной в1996 г. Минздрава РУз и выписаны после определения критерии излеченности.

Выводы: в результате тщательного обследования 18635 женщин, относящихся к группе риска у 11576 выявлены различные венерические заболевания, что указывает на необходимость, усиления данной работы для санации этих лиц.

К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ РАННЕГО СКРЫТОГО СИФИЛИСА

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Удельный вес раннего скрытого сифилиса в Республике остается высоким. Надо отметить, что начиная с 1997 года когда скрытый сифилис составил 32 % и начал расти, в последующем выглядел следующим образом: в 1998 г. — 40 %; в 1999 г. — 42 %; в 2000 г. — 40,7 %; в 2001 г. 39,6 %; в 2002 г. — 39,4 %; в 2003 — 43,3 %; в 2004 г. — 47,3 %; в 2005–50,8 %; в 2006 г. — 48,3 %, в 2007 г. — 50,2 % и в 2008 г. — 51,2 % из общего числа сифилиса.

Нами осуществлён анализ 418 больных ранним скрытым сифилисом находящихся в клинике РСНПМЦДиВ МЗ РУз. Мужчин было 240, женщин — 176. Возраст больных колебался от18 до 69 лет. Больных до 20 лет было 41, от 21 до 30 лет 174, от 31 до 40 лет — 94 от 41 до 50 лет 49, от 51до 60 лет 38, от 61 и более лет — 20 человек.

Позитивность серологической реакции крови отмечалась: в реакции Вассермана с кардиолипиновым антигеном в 89,6 %, трепонемным антигеном в — 87,3 %, в микрореакции — в 93,3 %, из специфических реакций РИФ абс дала позитивность в 95, 6 % случаях, РИФ 200 — в 92,4 %, РИБТ — 90,1 % случаях.

При интерпретации причин развития раннего скрытого сифилиса нами выявлены следующие: беспрерывный приём антибиотиков отмечен в 37,2 % случаях, у больных занимающихся самолечением; 42,8 % больных не знали о проявлениях сифилиса и только о болезни узнали при госпитализации в стационарах; у 7 % больных отмечено изменение отношения к собственному здоровью; 7,2 % больных лечились в негосударственных, частных лечебницах; 7,8 % больных не знали о бесплатности лечения сифилиса и затруднялись в денежных средствах.

Нужно отметить, что ранний скрытый сифилис не всегда остаётся скрытым, так как при тщательном обследовании больных можно определить различные отклонения со стороны внутренних органов и систем.

Выше указанных тезисах подтверждаются следующие полученные данные: из 396 больных ранним скрытым сифилисом в 24,5 % случаях отмечены отклонения со стороны неврологического статуса; из 64 больных обследованных ликворологически в 62 случаях выявлено его патологическое состояние. При обследовании 101 больного ранним скрытым сифилисом 44,1 % случаях выявлены признаки аортита и в 31,2 % случаях миокардита. Биохимические показатели указывающие на состояние функции печени (общий белок, креатин, мочевина, билирубин, глюкоза и др.) до лечения были снижены или увеличены, но они под влиянием специфической терапии нормализовались.

Резюмируя, можно отметить, что у больных ранним скрытым сифилисом при тщательном обследовании можно выявить различные отклонения со стороны висцеральных органов, нервной системы путём применения чувствительных серологических реакций крови, и инструментальных исследований.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КУПУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ МУЖЧИН, ОТЯГОЩЕННОЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

К. К. ЮЛДАШЕВ, А.М. АБИДОВ

Специализированном научно-практическом центре дерматологии и венерологии МЗ РУз.,КВД №8

Для анализа эректильной дисфункции была использована шкала Мужская копулятивная функция (МКФ), предложенная О. Б. Лораном и А. С. Сегалом (1998).

Применение шкалы МКФ возможно лишь при соблюдении определенных условий. К ним относятся: наличие у мужчины постоянной половой партнерши, доброжелательные отношения с ней и приемлемые условия сексуальной жизни. Обследованные мужчины группы с эректильной дисфункцией, но без урогенитальный хламидиоза (УГХ), значительно лучше оценивают свою сексуальную функцию по сравнению с больными, имеющими в качестве сопутствующего заболевания УГХ. Данные, полученные по результатам анкетирования обследуемых больных без УГХ, практически соответствуют нормативным критериям шкалы количественной оценки мужской сексуальной функции. Исходя из сведений, полученных при анкетировании больных обеих групп, можно заключить, что больные с ЭД без УГХ гораздо выше оценивают свою половую функцию по сравнению с больными с ЭД отягощенной УГХ. Отмечается значительное снижение всех показателей по составляющим копулятивного цикла в среднем в 1,8-1,9 раза. Полученные результаты указывают на наличие выраженных расстройств мужской копулятивной функции.

Таким образом, наличие УГХ отягощает состояние купулятивной функции. Распространение воспаления, обусловленное УГХ на предстательную железу может является причиной бесплодия. Длительная персистенция УГХ инфекции грозит развитием, конверсии эректильных и гладкомышечных тканей, гладко-мышечных клеток сосудов полового члена и кавернозных тел, что вызывает развитие эректильной дисфункции.

УРОГЕНИТАЛ ИНФЕКЦИЯЛАР ТЎҒРИСИДА

Э.Х. ЭШБОЕВ, С.Э. ЭШБОЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази

Маҳаллий ва хориждаги тиббиётга оид адабиётларда сийдик таносил тизими касалликларининг қўзғатувчиси сифатида Ch.trachomatis, Ur.urealyticum, M.hominis, G.vaginalis, оддий герпес вируси ва цитомегаловирус каби инфекцияллар кўп талқин қилинмоқда.

Биз ушбу маълумотларни эътиборга олган ҳолда РИДваВИАТМ клиникасига биринчи бор гонококксиз уретрит ташхиси билан мурожаат қилган 18 та беморларни урогенитал инфекцияларга текширдик. Изланиш жараёнида барча замонавий диагностик услубларидан (микроскопик, бактериологик, серологик, ИФА, ПЗР) фойдаланилди.

Тадқиқотдаги беморларнинг ёши 19–35 ёшгача бўлиб, уларнинг 9 тасини эркаклар ва яна 9 тасини эса аёллар ташкил қилди.

Изланишларимиздан маълум бўлдики, аёлларнинг 4 тасида C.albicans моноинфекция тарзида, 2 тасида эса C.albicans + Ur.urealyticum билан ҳамкорликда учради. Аксинча, эркакларда C.albicans билан зарарланиш кузатилмади, лекин уларнинг 3 тасида Ch.trachomatis инфекцияси Ur.urealyticum билан ассоциацияда келди. Бор йўғи битта эркак беморда Ur.urealyticum моноинфекция тарзида қайт қилинди. Аёл беморларнинг бирида эса Ur.urealyticum + Tr.vaginalis билан бирга учради. Айтиш жойизки, урогенитал инфекция аниқланган беморларнинг суртмаларида (мазок) яллиғланиш белгиларини кўрсатувчи лейкоцитлар сони 7–8 дан 25–30 тагача, айримларида ҳатто 45–50 тагача эканлиги кузатилди.

Шундай қилиб, текширилганларнинг 12 таси (66,6 %) урогенитал инфекциялар билан зарарланган. Эътиборлиси шундаки, уларнинг 38,9 % да қўзғатувчилар ассоциация ҳолати учрар экан.