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

АССОЦИАЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

DERMATOVENEROLOGIYA VA ESTETIK TIBBIYOT

ILMIY-AMALIY JURNAL

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 2008 году

№ 3/2015 (27)

ТАШКЕНТ — 2015

Адрес редакции:
Узбекистан, г. Ташкент, 100109,
Алмазарский район, ул. Фароби, д. 3.
Тел.: (8–998–71) 214–50–01;
(8–998–71) 150–71–05
Факс: (8–998–71) 214–50–98
E-mail: niidiv@mail.ru
Веб-сайт: www.dermatology.uz

Редакционная коллегия

Главный редактор У. Ю. Сабиров
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., Ибрагимов Ш.И., Мавлянова Ш.З., Маннанов А.М., Набиев Т.А., Порсохонова Д.Ф., Рахимов И.Р., Рахматов А.Б., Туйчиев Л.Н., Эшбаев Э.Х., Юлдашев К.А.

Редакционный совет

Абдуллаев М.И.	(Ташкент)	Ешимов У.И.	(Казахстан)	Полеско И.В.	(Россия)
Абдуллаев Т.У.	(Ташкент)	Исамухамедова Н.Р.	(Ташкент)	Рейимкулиев Б.Р.	(Туркменистан)
Абдусаматов У.А.	(Ташкент)	Исмаилова Г.А.	(Ташкент)	Рубинс А.Я.	(Латвия)
Азимова Ф.В.	(Ташкент)	Кабулов Ш.М.	(Ташкент)	Садыков А.А.	(Ташкент)
Акаки Т.	(Грузия)	Керимов С. Г.	(Азербайджан)	Степаненко В.И.	(Украина)
Акилов Ф.А.	(Ташкент)	Ким Э.Г.	(Ташкент)	Султанов С. Н.	(Ташкент)
Алимов Б.Д.	(Ташкент)	Кубанов А.А.	(Россия)	Тищенко А.Л.	(Россия)
Аллаева М.Д.	(Ташкент)	Кубанова А.А.	(Россия)	Халидова Х.Р.	(Ташкент)
Аннели Уускула	(Эстония)	Львов А.Н.	(Россия)	Хамидов Ш.А.	(Андижан)
Антонов В.Б.	(Россия)	Мавлянов И.Р.	(Ташкент)	Шодиев Х.К.	(Ташкент)
Балтабаев М.К.	(Киргизия)	Молочков А.В.	(Россия)	Якубович А.И.	(Россия)
Батпенова Г.Р.	(Казахстан)	Пакирдинов А.Б.	(Андижан)		
Гранштейн Р.	(США)	Панкратов О.В.	(Белоруссия)		

Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК при Кабинете Министров Республики Узбекистан при защите докторских 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 09.11.2015. Формат 60 × 84 1/8. Печать офсетная.
Усл. п.л. 30,5. Тираж 500. Заказ № 539.

Отпечатано в ООО «Niso Poligraf». Ташкентская область, Уртачирчикский район, ССГ «Ок-Ота», махалля Машъал, ул. Марказий, д. 1.

СОДЕРЖАНИЕ

Сабиров У.Ю., Абдусаматов У.А., Жуманов Д.Х.. СОВРЕМЕННАЯ ТЕНДЕНЦИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 14

Каримов Х.Я., Мавлянова Ш.З., Бобоев К.Т., Муминова С.Р., Ибрагимов З.З., Шамсутдинова Д.Б., Алимова С.М. РАЗРАБОТКА СИСТЕМ МОЛЕКУЛЯРНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ И АНАЛИЗА ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМА G84-A ГЕНА НЕЙРОНАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКИСИ АЗОТА NOS1 С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 21

Абдиева Д.Х., Алиев Х.И., Устобаева Т.Т., Валиева М.С., Дырда Н.И. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ 25

Ехалов В.В., Святенко Т.В., Хоботова Н.В. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ ВОСПРИЯТИЯ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ 28

Рахматов А.Б., М.Ю. Алиахунова, Мирахмедова Х.Т. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА 35

Сабиров У.Ю., Тоиров Б.А., Азимова Ф.В. КЕЛОИДНЫЕ РУБЦЫ 46

К ЮБИЛЕЮ ПРОФЕССОРА ШАДИЕВА ХАКИМА КАЮМОВИЧА 59

ТЕЗИСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН»

ВЕНЕРОЛОГИЯ

Mavrov G.I., Mironyuk V.I. SYPHILIS IN HIV-INFECTED PATIENTS — TREATMENT CONCEPT 62

Абдуллаев М.А., Набиев Т.А., Порсохонова Д.Ф., Извекова О.В. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ 62

Абдуллаев М.А., Набиев Т.А., Халидова Х.Р., Фаттахов Б.Ш. ПОКАЗАТЕЛИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВПЧ ВЫСОКООНКОГЕННЫХ ТИПОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ 63

Абдуллаев Т.У., Ахмедова Ш.У. СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ 64

АбидовА.М., Абишала В.А., Халидова Х.Р. ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ СЕРОДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА В УЗБЕКИСТАНЕ 64

Абидов А.М., АбидовХ.А. К ПРОБЛЕМЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА. 65

Абидов А.М., Разыков А.А., Извекова О.В., Боймурзаев Н., Халидова Х.Р. АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕНИЯ NEISSERIA GONORRHOEAE И TRIHOMONAS VAGINALIS В ЛАБОРАТОРИЯХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН В ПЕРИОД 1995–2014 гг. 66

Абидов А.М., Порсохонова Д.Ф., Абидов Х.А.. ОПЫТ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЖЕНЩИНАМИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ 67

Абишала В.А., Халидова Х.Р., Ходжаев И.Х. СТАНДАРТНЫЙ МЕТОД НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕРОДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА-RPR-CARBON 68

Айткулова В.Р., Штукерт А.В., Ли Н.П., Ягин Г.А. СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО СИФИЛИСА 69

Алимов Б.Д., Магрупов Б.А., Порсохонова Д.Ф., Каланова Н.Б. ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В КОЖЕ ПОД ДЕЙСТВИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВУЛЬВЫ 69

Баев А.И., Исламов Е.Н., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ 70

Баев А.И., Исламов Е.Н., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А. ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ 70

Баев А.И., Исламов Е.Н., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А. ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ОБ ИППП И ПРАВИЛАХ БЕЗОПАСНОГО СЕКСА У ЖЕНЩИН, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ 71

Безкоровайная Г.А. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОЛОВЫМИ БОЛЕЗНЯМИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И НЕКОТРИЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ 72

Ваисов И.А. ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРОСТАТО-ВЕЗИКУЛЯРНЫХ ЖЕЛЕЗ У МУЖЧИН В БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ С ИНФЕКЦИЯМИ ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ 72

Ваисов И.А. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПЕРМЫ МУЖЧИН БЕСПЛОДНЫХ В БРАКЕ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНЫМ ЛАЗЕРНЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ (НИЛИ) 73

Гизингер О.А., Францева О.В. ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛАЗЕРА НИЗКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ 74

Горбунцов В. В., Дюдюн С.А. УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ МАЛАССЕЗИОЗ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ 75

Жусупов Б.С., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А. СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ, ПОЛУЧАВШИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПОВОДУ ИППП 75

Жусупов Б.С., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х., Таубаева А.А. СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ОСУЖДЕННЫХ ЛИЦ 76

Захаров С.В., Захаров В.К. ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ СКРЫТОГО СИФИЛИСА 77

Захаров С.В., Захаров В.К. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО СКРЫТОГО СИФИЛИСА 77

Зиганшин О.Р., Гизингер О.А., Шеметова М.А. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА 78

Иванов С.В., Шевченко Е.П., Гилюк В.В. НАНОМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИМУНОКОРЕКЦИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ 78

Исамухамедова Н.Р. ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ 79

Исмаилова Г.А., Азизов Б.С. ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГНОЙНИЧКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ 79

Исраилов Х.Т., Растегаев В.А. РЕСПУБЛИКА ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ МУАССАСАЛАРИДАГИ АНОНИМ ТАҲЛИЛ ХОНАЛАРИ ИШИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ҲОЛАТИ 80

Исроилов Х.Т. ҚАЙТАЛАНУВЧИ ГЕНИТАЛ УЧУҚНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ 81

Исраилов Х.Т. СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ВПГ1 И 2 ТИПОВ У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ 81

Исраилов Х.Т. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМЫ У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ 82

Мирсаидова М.А., Абидов А.М. КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С НЕКОТОРЫМИ ИППП 82

Нарзикулов Р.М., Абдуллаев Д.М., Собиров С.П. ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ КОНЦЕНТРАЦИИ МЕТРОНИДАЗОЛА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ МЕТОДОМ СПЕКТРОФОТОМЕТРИИ 83

Нарзикулов Р.М., Абдуллаев Д.М. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ШТАММОВ ВЛАГАЛИЩНЫХ ТРИХОМОНАД К МЕТРОНИДАЗОЛУ И В КОМБИНАЦИИ С ТЕРРИЛИТИНОМ 84

Нарзикулов Р.М., Абдуллаев Д.М., Орипов Р.А. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕПОЛОВОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН 84

Нарзикулов Р.М., Абдуллаев Д.М. СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА 85

Нарзикулов Р.М., Абдуллаев Д.М.Исломов Н.Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА 86

Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Ботиров К.З., Кучкаров А.А. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ВИЛЬПРАФЕН» У БОЛЬНЫХ СВЕЖЕЙ ОСТРОЙ ФОРМОЙ ГОНОРЕИ 86

Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Тошпулатов Б.Х., Ботиров К.З. ПРЕПАРАТ КОНДИЛИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК 87

Пакирдинова С.А., Пакирдинов А.Б., Ёкубова М.А., Мухаммаджонова Л.А. ПРЕПАРАТ «МЕГАСЕФ» В ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ 87

Порсохонова Д.Ф., Алимухамедова Ю.А., Абидов А.М., Росстальная М.Л., Исматова Ю.Н. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ НЕКОТОРЫХ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН СОСКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ 88

Порсохонова Д.Ф., Набиев Т.А., Абидов А.М., Боймурзаев Н.И., Турсунов С.С. ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ МИКРОФЛОРЫ У БОЛЬНЫХ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ И ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ 89

Порсохонова Д.Ф., Мирсаидова М.А., Алимов Б.Д., Халидова Х.Р., Росстальная М.Л. ОСОБЕННОСТИ ВУЛЬВОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВУЛЬВЫ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ ИППП 89

Порсохонова Д.Ф., Халидова Х.Р., Алимухамедова Ю.А., Мирсаидова М.А.. ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРОЙ АССОЦИИРОВАННОЙ С ИППП ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ И ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВУЛЬВЫ 90

Головченко Д.Я., Пурышкина О.Д., Иванов С.В. ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОЭСТРОГЕНОВ ПРИ МЕНОПАУЗЕ 91

Раздайбедин С.Н. ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА 91

Саидов Б.И., Сабзалиев М.К., Муслимова Г.Р. ДИАГНОСТИКА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У МУЖЧИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 92

Саидов Б.И., Ахмедов М.М., Назаров Х.Х. ПИФ ДИАГНОСТИКА НЕГОНОКОККОВЫХ УРЕТРИТОВ У МУЖЧИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 93

Саипова Н.С., Рассадина М.В., Хамраева С. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОЛЬФУРАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА 94

Унучко С.В., Губенко Т.В., Осинская Т.В., Кутовая В.В., Безрученко А.А. АНАЛИЗ КЛИНИКИ, ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПОЗДНЕГО СКРЫТОГО СИФИЛИСА 94

Фаттахов Б.Ш. УРОГЕНИТАЛ ХЛАМИДИОЗЛИ БЕМОРЛАРДА УМУМИЙ ВА МАХАЛЛИЙ ИММУНИТЕТ ХОЛАТИ 95

Халидова Х.Р., Порсохонова Д.Ф., Ибрагимова Г.Р. ДИАГНОСТИКА ИППП У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ И ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ 96

Халидова Х.Р., Набиев Т.А., Росстальная М.Л. ПЦР В ДИАГНОСТИКЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ И ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ 96

Хара А.И., Безкоровайная Г.А. РАЦИОНАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К КУЛЬТУРАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ 97

Эшбоев Э.Х., Боймурзаев Н.И., Розиков А.А. ЖЙОЮИ ДИАГНОСТИКАСИ БИЛАН ШУҒИЛЛАНУВЧИ ЛАБОРАТОРИЯЛАРНИНГ БУГУНГИ КУНДАГИ ҲОЛАТИ ТЎҒРИСИДА 97

Юлдашев К.А., Тажибаев Б.Т., Джалилова Ш.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К., Турсунов С.С., Артиков А.Ф., Нурматова Н.Б. ЗНАЧЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ 98

Юлдашев К.А., Мавлянова Ш.З., Каланова Н.Б., Исматова Ю.Н., Курбанова Н.К. К ВОПРОСУ ВИСЦЕРОПАТОЛОГИИ ПРИ СИФИЛИСЕ 99

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К., Каланова Н.Б, Нурматова Н.Б. АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮШИЕ ЛИМФОЦИТЫ (АСЛ) В ИММУНОФЕРМЕНТНОМ АНАЛИЗЕ (ИФА) В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 99

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К., Каланова Н.Б., Жамолов Д.Н., Нурматов Н.Б. СОДЕРЖАНИЕ Y-ИНТЕРФЕРОН В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 100

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К., Каланова Н.Б. ИНТЕРЛЕЙКИН -2 (ИЛ-2) В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 100

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К., Каланова Н.Б., Жамолов Д.Н., Абзоиров К.М. ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 101

Юлдашев К.А., Артиков А.Ф., Жуманов Д.Х. К ВОПРОСУ ЛОЖНО ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИИ (ЛПБР) КРОВИ У ОБСЛЕДОВАННЫХ НА СИФИЛИС 101

Йўлдошев К.А., Жуманов Д.Х. ЭРТА ЯШИРИН ЗАХМ БЎЙИЧА ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТ ВА БАЪЗИ САБАБЛАРИ 102

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Каланова Н.Б., Жамолов Д.Н., Мирзаев Х.Р. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАК ПРИЧИНА В РАЗВИТИИ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ 102

ДЕРМАТОЛОГИЯ

Pakirdinov A.B., Khamidov F.Sh., Toshpulatov B.Ch. DYNAMICS OF IMMUNE COMPLEXES IN BLOOD SERUM OF PATIENTS ATOPIC DERMATITIS PLASMAPHERESIS AND HYPERBARIC OXYGENATION AND OM — 85BV 104

Pakirdinov A.B., Khamidov F.Sh., Nishonov N.N. DINAMICS OF IMMUNE COMPLEXEC IN BLOOD SCRUM OF PSORIATIC PATIENTS DURING PLASMAPHERESIS AND HYPERBARIC OXYDENATION 104

Pakirdinov A.B., Khamidov F.Sh., Fazilov F.A. PLASMAPHERESIS AND HYPERBARIC OXYGENATION IN COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WLTN SKIN ANGIITIS 105

Razikova I.S. NEW WAYS TO EFFECTIVELY TREAT ASTHMA IN YOUNG 105

Svyatenko Tetyana, Prokhach Andrii. PROPER MONITORING OF THE USE OF IMIQUIMOD FOR THE TREATMENT OF BCC, ACTINIC KERATOSIS 105

Tashkenbaeva U.A. PREVENTION ALLERGIC VASCULITIS OF SKIN 106

Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЬЗАМА «ХАЙКИНАЗОЛ» В ЛЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА 106

Абдиева Д.Х., Устобаева Т.Т., Хусайнов А.А., Валиева М.С., Дырда Н.И. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СЕХИФЕНАДИН В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ 107

Абдуллаев М.И. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «ПРОТОПИК» ПРИ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ 108

Абдуллаев М.И., Мун А.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СКЛЕРЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ 108

Абидова З.М., Бойназаров Н.Б., Абдурахманова Н.А. «КУРИОЗИН» ГЕЛЬ В ТЕРАПИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ 109

Аллаева М.Д., Каримова М.К. ОСОБЕННОСТИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА 110

Аллаева М.Д., Бекмуратова Э.И., Мусаева Н.Ш. КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА 110

Аллаева М.Д., Каримова М.К., Санакулова Ф., Хамраева С., Ортиков Т. ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА С УЧЕТОМ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ 111

Арифов С.С., Абдурашидов А.А., Каримбердиев Д.Р. ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИИ 111

Арифов С.С., Арифова М.Х. Нурматова И.Б. ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ 112

Арифов С.С., Якубова А.С., Арифова М.Х. ПРОТОПИК В ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ 112

Арифов С.С., Бабаджанов А.А. ТЕРАПИЯ РОЗАЦЕА С УЧЕТОМ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ 113

Ахмедов Ш.К., Суюнов А.Ф., Эрназаров С.М. КИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИНИ ДАВОЛАШДА ЭЛЕКТРОФОРЕЗНИНГ УЗИГА ХОС ХУСУСИЯТИ 113

Ахмедов Ш.К., Баратова М.Р., Абдуллаев Х. Д. ПСОРИАЗДАН СУНГ КОЛАДИГАН ИККИЛАМЧИ ДИПИГМЕНТАЦИЯДА УЛЬТРАБИНАФША НУРЛАРИНИ КУЛЛАШ 114

Ахраров Х.Х., Хаитов К.Н., Абидов Х.А. ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ 115

Бабаджонов А.А., Каримов Х.Я., Бобоев К.Т., Арифов С.С. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS1544410 У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА 115

Баев А.И., Исламов Е.Н. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНИЯ МЕТОДЖЕКТА В ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА 116

Баратова М.Р., Ахмедов Ш.К., Бегматова Д.А. ПСОРИАЗ РЕЦИДИВИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШДА УЛЬТРАБИНАФША НУРЛАРИНИ БОСКИЧМА-БОСКИЧ КУЛЛАШ 117

Батпенова Г.Р., Котлярова Т.В., Таркина Т.В., Джетписбаева З.С., Садыкова Г.З., Казиева А.С., Аймолдина А.А. СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН 117

Бекмуратова Э.И., Имамов О.С., Ибрагимова Н.С., Кузиев М.М., Юлдашев А. ГЛУТОКСИМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ 119

Бекмуратова Э.И., Аллаева М.Д., Сохибов Ж.К., Исроилов А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ФОСФОГЛИВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА 119

Бекмуратова Э.И., Нурматова И.Б., Нугманов В., Кодирова М. ОСОБЕННОСТИ СПОНТАННОЙ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ 120

Боймурзаев Н.И., Арнаутова Н.С. ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАРНИНГ ТЕРИ МИКРОФЛОРАСИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ ..120

Глушок В.С., Хара А.И. К ВОПРОСУ О МЕНЕДЖМЕНТЕ ДЕРМАТООНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ (АК) 121

Горбунцов В.В., Дюдюн А.Д., Погребняк Л.А., Полион Н.Н., Салей Е.А. МЕТОДЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ И ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ 121

Гулямова Г.Ш., Бобоев К.Т. РОЛИ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА ГЕНА TNF-α В РАЗВИТИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В УЗБЕКИСТАНЕ 122

Дадабаев Р.Д., Нуралиев Х.Х. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 123

Дюдюн А.Д., Погребняк Л.А., Горбунцов В.В., Башмаков Д.Г., Погребняк М.А. К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕС-АССОЦИИРОВАННОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ 123

Ёкубова М.А., Княжева Е.Д., Ботиров К.З. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МОКСИКУМ У БОЛЬНЫХ РОЗОВЫМ ЛИШАЕМ 124

Ёкубова М.А., Княжева Е.Д., Ефименко О.В. ДИБАЗОЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ 124

Ёкубова М.А., Княжева Е.Д., Ефименко О.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ФЛЮКОРЕМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗА У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ 125

Ёкубова М.А., Княжева Е.Д., Ботиров К.З. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ЭЛФУНАТ ПРИ ЧЕШУЙЧАТОМ ЛИШАЕ 125

Ёкубова М.А., Княжева Е.Д., Ефименко О.В. МОКСИКУМ В ЛЕЧЕНИИ ФУРУНКУЛЁЗА 126

Ёкубова М.А., Княжева Е.Д., Ефименко О.В. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПИРАЦИН-RG ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО 126

Ёкубова М.А., Княжева Е.Д., Ефименко О.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РОЛИНОЗ ПРИ НЕЙРОДЕРМИТАХ 127

Есионова Е.В., Мавлянова Ш.З. К ВОПРОСУ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 127

Иванов С.В., Головченко Д.Я., Пурышкина О.Д. ОПТИМИЗАЦИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ С НАРУШЕНИЕМ КЕРАТИНИЗАЦИИ 128

Иванов С.В., Шупенько Е.Н., Сулик Я.О. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНЫХ РЕТИНОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ 128

Имамов О.С., Бекмуратова Э.И., Рустамов Ж. К, Абдувахитова И.Н., Рихсиева М., Сохибов Ж.К. ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА «АКНИЛ» В ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА 129

Имамов О.С., Саипова Н.С., Ибрагимова Н.С. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ И ДЕРМАТОМИКОЗОВ 130

Кабилов А.Ш., Абдуллаев М.И. МЕТА-АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ О ПРИЧИНЕ ДЕТСКОЙ ПОЧЕСУХИ 130

Кабилов А.Ш., Абдуллаев М.И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭНТЕРОЖЕРМИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТСКОЙ ПОЧЕСУХИ 131

Кабулов Ш.М., Турсунов Ш.Б., Нурматов У.Б., Кабулов Н.Ш. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ ПРИ КОЖНЫХ И СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ 131

Кабулов Ш.М., ТурсуновШ.Б.,Пулатова Р.З., Насырова Ш.С. ПРИМЕНЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ИММУННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 132

Завадская Т.С., Качалова Е.А. ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ (ACNE VULGARIS) РАЗНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ 132

Качалова Е.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 133

Кириенко В.А. ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ 133

Короленко В.В., Степаненко В.И. ОБЩЕСТВЕННАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ — СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ 134

Кутасевич Я.Ф., Олейник И.А., Маштакова И.А., Гаврилюк А.А. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 134

Лесницкий А.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У КУРИЛЬЩИКОВ ТАБАКА 135

Литинская Т.А., А.В. Клименко. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 135

Литинская Т.А. СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ. МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ 136

Мавлянова Ш.З., Извекова О.В., Юнусова З.И. ИЗУЧЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНАОГО СТАТУСА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ 136

Мавлянова Ш.З., Ещанов М.К., Боймурзаев Н.И., Муллаханов Ж.Б. КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКСТАН) 137

Мавлянова Ш.З., Холмирзаев О.А., Муллаханов Ж.Б., Юнусова З.И., Иноятов Д.А. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ В НАМАНГАНСКОЙ ОБЛАСТИ 138

Мавлянова Ш.З., Тешабаева Д.А., Боймирзаев Н.М. К КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ 138

Мавлянова Ш.З., Тешабаева Д.А., Исмагилов А.И. КЛИНИКО- АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ 139

Мавлянова Ш.З., Маматкулов У.А., Есионова Е.В., Атажонов Ш.Ю., Жаббаров М.М. К СОСТОЯНИЮ БЕЛКОВОЙ ФРАКЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ 140

Мавлянова Ш.З., Алимухамедова Ю.А., Бурхонов А.У. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ОБЩЕГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е И ФНО-АЛЬФА У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ 140

Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Яхшиева М.Ф. ОПТИМИЗАЦИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ 141

Мавлянова Ш.З., Хакимов Д.Р., Акрамов Ш.Ш., Кариева Н.Р. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПТИМИЗИРОВАННОЙ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ 142

Мавлянова Ш.З., Есионова Е.В., Исмагилов А.И. НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ 143

Мавлянова Ш.З., Убайдуллаев А.А. ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА БИОСУБСТРАТОВ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ 143

Макурина Г. И. СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 144

Маннанов А.М. ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ИНБРИДИНГА НА ТЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ 145

Маннанов А.М., Мусаев Ж.З. ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ ТЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЯ У ДЕТЕЙ 145

Маннанов А.М., Сиразитдинова В.Ф. РОЛЬ ВОЗРАСТА И СОЦИАЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ МАТЕРЕЙ В РИСКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 145

Мирахмедова Х.Т., Рахматов А.Б. ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА 146

Мирахмедова Х.Т., Рахматов А.Б. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА 147

Морозова А.И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНОГО КОСМЕТИЧЕСКОГО ПИТАТЕЛЬНОГО КРЕМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕЙРОДЕРМИТОМ 148

Муминова С.Р., Тилавбердиев Ш.А., Азизова Н.Н., Каримова М.Б. АТОПИК НЕЙРОДЕРМИТДА ИММУНОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАР ТАВСИФИ 148

Муминова С.Р., Мавлянова Ш.З., Тилавбердыев Ш.А., Азизова Н.Н. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К АНТИГИСТАМИННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМАТОЗАМИ 149

*Мун А.В., Юлдашев М.А.*ЭКОАНТИБИОТИКИ (ЭКОКЛАВ) В ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИЙ 150

Нарзикулов Р.М., Абдуллаев Д.М., Баратова М.Р., Солиев К.А. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ IG E В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ 150

Нарзикулов Р.М., Абдуллаев Д.М., Саламова Л.А. МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА 151

Наумова Л.А., Степаненко В.И. КОМПЛЕКСНАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН 151

Нугманов В.З., Ибрагимова Н.С., Абдуллаева Г.И. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ 152

Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Тошпулатов Б.Х. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ГЕПАТО РИЦ» У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА 152

Пакирдинов А.Б., Ташпулатов Б.Х., Назаров Э.Р. ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ С КРЕМОМ «ОБЛЕПИХОВОЕ МАСЛО И МУМИЕ» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА 153

Пакирдинов А.Б., Тошпулатов Б.Х., Хамидов Ф.Ш. ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ С КРЕМОМ «ОБЛЕПИХОВОЕ МАСЛО И МУМИЕ» У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА 154

Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Нишонов Н.Н., Кучкаров А.А. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛЕФНО И ПЛАЗМАФЕРЕЗА 154

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Ёкубова М.А., Пакирдинова С.А. КОНЦЕНТРАЦИЯ ЛЮТЕИНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 155

Пақирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Нишонов Н.Н., Ботиров К.З. ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ С МАЗЬЮ «ЧИСТОТЕЛ» У БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА 155

Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Нишонов Н.Н., Ботиров К.З. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЗИ “ЭПЛАН” И ПРЕПАРАТА ОВЕСОЛ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА 156

Пакирдинов А.Б., Пакирдинова С.А., Мухаммаджонова Л.А., Ёкубова М.А. СОДЕРЖАНИЕ ЭСТРАДИОЛА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 156

Пакирдинов А.Б., Пакирдинова С.А., Ботиров К.З., Ёкубова М.А. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА В КРОВИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 157

Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Ботиров К.З., Ёкубова М.А., Хасанова М.Т. ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМ-БАЛЬЗАМ «ОБЛЕПИХА И МУМИЕ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «БРОНХОМУНАЛ» У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 157

Пакирдинов А.Б., Пакирдинова Г.А., Пакирдинова С.А., Ёкубова М.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ «0,3% АММИФУРИНА» У БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ 158

Пакирдинов А.Б. (д.м.н., профессор), Ботиров К.З., Тошпулатов Б.Х., Кучкаров А.А. АКНИЛ В НАРУЖНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ 159

Пакирдинова С.А., Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Ёкубова М.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ .159

Пакирдинова С.А., Пакирдинов А.Б., Пакирдинова Г.А., Ёкубова М.А. ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ РОЗЕКС В ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕСА 160

Пакирдинова С.А., Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А., Ёкубова М.А. КОНЦЕНТРАЦИЯ ЛЮТЕИНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 160

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Мухаммаджонова Л.А., Ёкубова М.А. КОНЦЕНТРАЦИЯ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 161

Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А., Ботиров К.З., Ёкубова М.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 161

Пакирдинов А.Б., Мухаммаджонова Л.А., Ёкубова М.А., Кучкаров А.А. СОДЕРЖАНИЕ ЭСТРАДИОЛА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 162

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Тошпулатов Б.Х., Ёкубова М.А. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА В КРОВИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 162

Пакирдинова С.А., Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Ёкубова М.А. КОНЦЕНТРАЦИЯ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 163

Пурышкина О.Д., Головченко Д.Я. ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОСТАТИКОВ В МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ ШАМБЕРГА 163

Рахматов А.Б. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ КОЖЕ 164

Рахматов А.Б., Ахмадиева С.Б., Рахматова Д.В. ТОПИЧЕСКАЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ВИТИЛИГО 165

Рахматов А.Б., Рахимов И.Р., Абидова З.М., Мирзаев А.У.. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ МАЛАССЕЗИОЗОМ КОЖИ 165

Рахматов А.Б. ГЛИЦИРРИЗИНОВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 164

Рахматов А.Б., Мирахмедова Х.Т. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ 167

Рахматов А.Б., Рахматова Д.В.. ПРИНЦИПЫ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ 168

Рахматов А.Б. ОНКОЛОГИЯ КОЖИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ, ОНКОГЕНЕЗА И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ 168

Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т., Юсупов И.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ОРТОНЕКСИИ ПРИ ОНИХОДИСТРОФИЯХ 169

Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т., Юсупов И.А. ПАНТОГАР В ТЕРАПИИ ОНИХОПАТИЙ 170

Рахматов А.Б., Курбанова Ш.М., Махмутов Р.Х. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОДЕРМАТОЛОГИИ 170

Рахматов А.Б.. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 171

Рахматов А.Б., Мирахмедова Х.Т. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА 172

Рахматов А.Б., Салахутдинова Ф.И. КЛИНИКО-ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ РЕКЛИНГХАУЗЕНА 173

Рахматов А.Б., Ахмадиева С.Б., Рахматова Д.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ШАМПУНЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА 173

Рахматов А.Б. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ КОЖЕ 174

Рейимкулиев Б.Р., Шамурадова М.Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА BHARGLOB В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ECTHYMA VULGARE 175

Рейимкулиев Б.Р., Шамурадова М.Х. ПРИМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД ИСТОЧНИКА АРЧМАН В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 175

Рихсиев У.Ш., Юлдашев М.А. ЭНТЕРОЛ И ВИФЕРОН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВИРУСНОЙ ЭКЗАНТЕМЫ У ДЕТЕЙ 176

Рихсиев У.Ш., Абдуллаев М.И. РОЛЬ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 176

Рихсиева Д.Д. БОЛАЛАРДА ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИНИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОР БОЛАЛАРНИ МАҲАЛЛИЙ «ЛОКАТОП» ВА «ДЕКСЕРИЛ» КРЕМЛАРИ КОМБИНАЦИЯСИ ХОЛИДА ҚЎЛЛАНИЛНИЛИШИ САМАРАДОРЛИГИ 177

Романенко К.В., Романенко В.Н. АДСОРБЦИОННО-РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ РАЗНЫХ ФОРМ 178

Романенко К.В., Романенко В.Н. О РОЛИ БОРРЕЛИЙ БУРГДОРФЕРА В РАЗВИТИИ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ 178

Романенко К.В., Романенко В.Н. СОДЕРЖАНИЕ КОЛЛАГЕНАЗЫ И ЦИТОКИНОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЙСТВИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ УФ-В (311 НМ) ТЕРАПИИ ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ 178

Романенко К.В., Романенко В.Н. ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ РАЗНЫХ ФОРМ 179

Саатов Б.Т., Абдувалиев А.А. ПРОЛИФЕРАЦИЯ И ГИБЕЛЬ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КОЖИ В УСЛОВИЯХ ИНДУЦИРОВАННОГО ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 179

Сабиров У.Ю., Исмагилов А.И., Азимова Ф.В., Иноятов А.Ш. «ВАЛАВИР» В ЛЕЧЕНИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ 180

Сабиров У.Ю., Исмагилов А.И., Азимова Ф.В., Иноятов А.Ш. ДЕЗЛОРАТАДИН («ЭДЕМ») В ЛЕЧЕНИИ ЗУДЯЩИХ ДЕРМАТОЗОВ 180

Сиразитдинова В.Ф. ВНУТРИУТРОБНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 181

Смагулова С.Т., Кенжебаева Б.У., Нечаева Е.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САНАКУТА В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 182

Солошенко Э.Н., Стулий О. Н., Ярмак Т.П., Шевченко З.М. АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ МОНОЦИТАРНОГО ХЕМОТОКСИЧЕСКОГО ПРОТЕИНА 1 (МСР-1) У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ 182

Степаненко Р.Л. СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В УЧАСТКАХ ПСОРИАТИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ НА КОЖЕ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ИММУНОСУПРЕСИВНОЙ ТЕРАПИИ 183

Степаненко Р.Л., Коновалова Т.С. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В УЧАСТКАХ ИНТАКТНОЙ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 184

Ташкенбаева У.А., Нурматова И.Б. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛГОРИТМА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ВАСКУЛИТАМИ КОЖИ 184

Трунина Т.И., Шевчук С.Н. ОПТИМИЗАЦИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГЕРПЕСА 185

Усманова Х.Д., Эгамова Ш.Б., Шакирова У.С. СИСТЕМА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ И ЭКЗЕМОЙ 185

Хаитов К.Н., Валиев А.А., Абидов Х.А. ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ГНЕЗНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ ПРОЕКТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ 186

Хаитов К.Н., Валиев А.А., Абидов Х.А. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ 187

Хаитов К.Н., Ахраров Х.Х., Эшдавлатов А.У. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ 187

Хакимов Д.Р., Мавлянова Ш.З., Алимухамедова Ю.А., Собиркулов Ш.У., Давуров А.М. К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ МИКОГЕННОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ 188

Хамидов Ф.Ш., Алиев Л. ДИСГИДРОТИК ЭКЗЕМА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРНИ КЛИНИК МАНЗАРАСИГА ЧИЗГИЛАР .188

Хамидов Ф.Ш., Алиев Л.М. ПРЕПАРАТ ДЕРМОБАКТЕР В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ 189

Хамидов Ш.А., Хамидов Ф.Ш., Салохиддинов А., Тожибоев Л., Пакирдинов А.Б., Расулов Т., Хамидова З.Ф. СКЛЕРОДЕРМИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРДА СЕРРАТА ПРЕПАРАТИНИ САМАРАДОРЛИГИ 190

Хамидов Ф.Ш. ВАЛАВИР В ТЕРАПИИ ГАНГРЕНОЗНОЙ ФОРМЫ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ 190

Хамидов Ф.Ш. ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ 191

Хамидов Ф.Ш. КРЕМ ЛОКАТОП В СТАНДАРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМОЙ 192

Акакий Цилосани. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВОЛОС И ИХ ВЫЖИВАЕМОСТЬ В РУБЦАХ РАЗНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ 192

Эгамова Ш.Б., Усманова Х.Д. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА НУЖДАЕМОСТИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ И КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ 193

Эшбоев Э.Х., Мавлянова Ш.З., Боймурзаев Н.И., Валиев А.М. ТЕРИНИНГ АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРИДА ТЕРИ МИКРОФЛОРАСИНИ МИКРОБИОЛОГИК ТЕКШИРУВИДАН ОЛИНГАН НАТИЖАЛАР (НАМАНГАН ВИЛОЯТИ МИСОЛИДА) 194

Эшбоев Э.Х., Эшбоев С.Э. ТЦАНК ҲУЖАЙРАЛАРИНИНГ МИКРОСКОПИК ДИАГНОСТИКАСИ 194

Юлдашев М.А., Мун А.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕРМАТОЗОВ СОЧЕТАННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕРМАТОЛОГА 195

Юлдашев М.А., Мун А.В., Кадиров Ш.А. ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ 196

Якубов А.А., Абидова З.М. КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ 196

Якубова А.С., Артыков А.Ф., Алексанян Э.Г., Якубов А.А. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ВИТИЛИГО СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 197

Якубович А.И., Чащин А.Ю., Никулина Е.В., Шаракшинова Г.Б. ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 197

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЧЕСОТКИ В СЕМЕЙНЫХ ИРРАДИИРУЮЩИХ ОЧАГАХ 199

Абдиева Д.Х., Устобаева Т.Т. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ЧЕСОТКИ 199

Абдуллаев М.И., Исмаилова С.М. НЕКОТОРЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ 200

Абдуллоева М.А., Зоиров П.Т. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ 200

Абидова З.М., Разыков А.А., Извекова О.В. ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕРМАТОМИКОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2009–2014 гг. 201

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Махсудов М.Р. ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОКСИДА АЗОТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ 202

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Бойназаров Н.Б, Абдурахманова Н.А., Жуманов Д.Х. СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ 202

З.М.Абидова, Разыков А.А., Извекова О.В., Давуров А.М. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ МИКОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 203

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Икрамова Н.Д., Карабаева И.Т. СОВРЕМЕННАЯ КАРТИНА ДЕРМАТОМИКОЗОВ 204

Абидова З.М., Иноятов Б.С., Ли О.Р. КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОТИВОВИРУСНОГО ПРЕПАРАТА ГРОПРИНОСИН 205

Абидова З. М., Набиев Т.А., Исраилов Х.Т., Разыков А.А. НОВЫЙ ПОДХОД К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 206

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Алимжанов Ж.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ МИКРОСТПОРИИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫМИ ПРОТИВОГРИБКОВЫМИ ПРЕПАРАТАМИ 206

Абидова З.М., Абдурахманова Н.А., Алимжанов Ж.А. ТЕРБИЗИЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ 207

Абидова З.М., Разыков А.А., Извекова О.В. ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛАБОРАТОРИЙ ПО ВЫВЛЕНИЮ ДЕРМАТОМИКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 208

Алимжанов Ж.А., И.Р. Рахимов, З.М. Абидова. ПРОТИВОГРИБКОВАЯ ТЕРАПИЯ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ У ДЕТЕЙ 209

Арифов С.С., Исмагилов А.И., Якубов А.А. МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ МИКОЗОВ И ОНИХОМИКОЗОВ 209

Ахмедов Ш.К., Юлдашев У.К., Рустамов А.У. РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИНИ БАРТАРАФ ЭТИШДА УЛЬТРАБИНАФША НУРЛАРИНИНГ АХАМИЯТИ 210

Байназаров Н.Б. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА ПО РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2012–2015 гг. 211

Горбунцов В.В., Яцюк А.С., Горбунцова В.И. МАЛАССЕЗИОЗ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ. НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ 211

Давуров А.М., Рахимов И.Р., Абидова З.М., Давурова М.С., Асадов Р.К.. БОЛАЛАРДА ДЕРМАТОМИКОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ЛАБОРАТОРИЯ ТАҲЛИЛИ 212

Давуров А.М., Рахимов И.Р., Абидова З.М., Асадов Р.К. «ЛЕЙКОЗ» КАСАЛЛИГИДА, КАНДИДА ИНФЕКЦИЯСИНИНГ МИКОЛОГИК ТАҲЛИЛИ 213

Ёкубова М.А., Княжева Е.Д., Ефименко О.В. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМОЙ ТРИХОФИТИИ ЭСЗОЛОМ 213

Исмаилова Г.А., Усмонов Ф.Х., Джураева И.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ ТЕРБИНАФИНОМ-КВ 214

Исмаилова Г.А., Усманов Ф.Х. ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ 214

Исмаилова С.М., Абдуллаев М.И. ГРОПРИНОСИН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ВУЛЬГАРНЫМИ БОРОДАВКАМИ 215

Карабаева И.Т. НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ 215

Карабаева И.Т. СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ 216

Нарзикулов Р.М., Абдуллаев Д.М. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ 216

Нарзикулов Р.М., Абдуллаев Д.М. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКАНТИМА ПРИ КОЖНОМ ЛЕЙШМАНИОЗЕ 217

Нарзикулов Р.М., Абдуллаев Д.М., Баратова М.Р. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАЛАНХОЭ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ 217

Нурматов У.Б. ЗООАНТРОПОНОЗНАЯ ТРИХОФИТИЯ ЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ И ВЛИЯНИЕ РН СРЕДЫ КОЖИ 218

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Ёкубова М.А., Хасанова М.Т. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ФЛУЗАМЕД» И МАЗИ «ЭПЛАН» У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ 219

Рахимов И.Р., Абидова З.М., Давуров А.М., Жуманов Д.Х., Бегимкулов С.Ш. СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧСЕКАЯ СИТУАЦИЯ И СОСТОЯНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ ПО ДАННЫМ РСНПМЦДИВ МЗ РУЗ ЗА 2013–2015 гг. 219

Рахматов А.Б., Рахимов И.Р., Абидова З.М. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 220

Рахматов А.Б., Мирзаев А.У., Равшанова Д.Т. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ 221

Рахматов А.Б., Рахимов И.Р., Абидова З.М. ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА КОЖИ И РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ 222

Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т., Юсупов И.А. ТЕРБИЗИЛ В ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ 222

Собирқулов Ш.У., Махсудов М.Р. ТЕРИ ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ 223

Святенко Т.В., Мамон А.А. О РОЛИ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ГРИБОВ В ПАТОЛОГИИ КОЖИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ У ЧЕЛОВЕКА 224

Смагулова С.Т., Кенжебаева Б.У., Нечаева Е.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САНАКУТА В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПАХОВОЙ ЭПИДЕРМОФИТИИ 224

Чащин А.Ю., Якубович А.И., Долженицына Н.А., Шпакова Н.А., Цыдыпова А.Б. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ НАСЕЛЕНИЯ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ 225

Эшбоев Э.Х., Нуратдинова З.К., Эшбоев С.Э. МОХОВ КАСАЛЛИГИНИНГ МАИШИЙ КОНТАКТЛАРИ ОРАСИДА УЧРАШИ ТЎҒРИСИДА 226

КОСМЕТОЛОГИЯ

Азимова Ф.В., Сабиров У.Ю., Иноятов А.Ш. ИЗУЧЕНИЕ БЕЛКОВЫХ МОЛЕКУЛ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРОЦЕССЫ МИТОЗА И ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ КЛЕТОК, У ПАЦИЕНТОВ С АЛОПЕЦИЕЙ 227

Азимова Ф.В., Сабиров У.Ю., Шакурова А.И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПИЛИНГА НА ОСНОВЕ ГЛИКОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСТАКНЕ 228

Азимова Ф.В., Умаров С.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА ШИРОКОПОЛОСНОГО ИМПУЛЬСНОГО СВЕТА(IPL)ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НЕЖЕЛТЕЛЬНЫХ ВОЛОС НА ТЕЛЕ, У ПАЦИЕНТОВ С III-V ФОТОТИПОМ КОЖИ 228

Гулямова Г.Ш., Рахимов И.Р., Касымов А.И. ПРИМЕНЕНИЕ ПЕПТИДОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ФОТОСТАРЕНИЯ 229

Караев Э.М., Шамсиева Г.И. ОЦЕНКА ВЛАГОМЕТРИЧЕСКИХ, ЭЛАСТОМЕТРИЧЕСКИХИ ПРОФИЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОЖИ ЛИЦА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ NCTF 135 НА 230

Караев Э.М., Шамсиева Г.И. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЛЛЕРОВ КОМПАНИИ PHITOGENHOLDINGSPA ПРИ КОРРЕКЦИИ НАЗОЛАБИАЛЬНЫХ СКЛАДОК, ИЗМЕНЕНИЯ ФОРМЫ И УВЕЛИЧЕНИЯ ОБЪЕМА ГУБ 230

Мухамадиева К.М., Шарипова А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ С УЧЕТОМ ФОТОТИПА 231

Мухамадиева К.М., Исматуллоева С.С. ЛЕЧЕНИЕ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ КОЖИ С УЧЕТОМ БОЛЕВОГО СИНДРОМА 232

Рахимов И.Р., Шарахмедов Ш.Ш., Пулатова Д.К. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕСАДКИ ВОЛОС МЕТОДОМ FUT ПРИ ТРАКЦИОННОЙ АЛОПЕЦИИ 232

Рахимов И.Р., Гулямова Г.Ш. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТЫ В ЛЕЧЕНИИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ 233

Рахимов И.Р., Шарахмедов Ш.Ш., Пулатова Д.К. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕСАДКИ ВОЛОС МЕТОДОМ FUE ПРИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ У МУЖЧИН 234

Рахимов И.Р., Шарахмедов Ш.Ш., Пулатова Д.К. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕСАДКИ ВОЛОС В ОБЛАСТЬ БРОВЕЙ FUT МЕТОДОМ 234

Рахимов И.Р., Шарахмедов Ш.Ш., Пулатова Д.К. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРИЖИВАЕМОСТИ ГРАФТОВ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ВОЛОС МЕТОДОМ FUE 235

Рахимов И.Р., Шарахмедов Ш.Ш., Пулатова Д.К. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕСАДКИ ВОЛОС МЕТОДОМ FUE ПРИ РУБЦОВОЙ АЛОПЕЦИИ 236

Рахматов А.Б., Д.Т. Равшанова, Д.В. Рахматова. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ В ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИИ 236

Саатов Б.Т. , Зайнутдинов Б.Р. ЛИПОСОМЫ В КОСМЕТОЛОГИИ 237

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Шакурова А.И., Тоиров Б.А., Иноятов А.Ш., Умаров С.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЛЛЕРОВ НА ОСНОВЕ СТАБИЛИЗИРОВАННОЙ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ КОРРЕКЦИИ НОСОГУБНЫХ СКЛАДОК У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 238

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Абдуллаев Т.У. ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ, У БОЛЬНЫХ АЛОПЕЦИЕЙ 238

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Худайберганова А.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КРИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКИХ БОРОДАВОК В ОБЛАСТИ ЛИЦА 239

Сабиров У.Ю., Тоиров Б.А., Азимова Ф.В., Абдуллаходжаев К.А. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ 239

Сабиров У.Ю., Тоиров Б.А., Азимова Ф.В., Абдуллаходжаев К.А. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ ПРИ ФОТОСТАРЕНИИ 240

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Иноятов А.Ш., Абдуллаев Т.У. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕРМАТОЗОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ КОЛЛАГЕНА 240

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Худайберганова А.С. ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МИМИЧЕСКИХ МОРЩИН 241

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Худайберганова А.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КРИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКИХ БОРОДАВОК В ОБЛАСТИ ЛИЦА 242

Сабиров У.Ю., Худайберганова А.С. РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН ПРИ РАЗВИТИИ КСАНТЕЛАЗМЫ ВЕК 242

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Шакурова А.И. БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЯ В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ФОТОСТАРЕНИЯ 242

Сабиров У.Ю., Умаров С.С. РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНЕНИЯ ТЕРАПИИ АППАРАТОМ ИСПОЛЬЗУЮЩИМ ТЕХНОЛОГИЮ ШИРОКОПОЛОСНОГО ИМПУЛЬСНОГО СВЕТА (IPL) И КОНСЕРВАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРХРОМИЯМИ КОЖИ 243

Таркина Т.В., Батпенова Г.Р., Котлярова Т.В., Джетписбаева З.С., Садыкова Г.З., Сагнаева Д.Ж. ВЛИЯНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОНАЛЬНОГО КРЕМА НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ АКНЕ 244

Трунина Т.И., Попова И.Е. КОМБИНИРОВАНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИМИЧЕСКОГО ПИЛИНГА 244

УДК: 616.61-002-022-036.22 (575.1)

СОВРЕМЕННАЯ ТЕНДЕНЦИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

У.Ю. САБИРОВ, У.А. АБДУСАМАТОВ, Д.Х. ЖУМАНОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии

ХУЛОСА

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ЖИНСИЙ АЛОҚА ОРҚАЛИ ЮҚУВЧИ ИНФЕКЦИЯЛАР ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЙЎНАЛИШИ

У.Ю. Сабиров, У.А. Абдусаматов, Д.Х. Жуманов

Мақолада жинсий алоқа орқали юқувчи касалликлар борасида эпидемик ҳолатининг замонавий йўналишлари 23 йиллик статистик маълумотлари асосида батафсил таҳлил қилинган. Республика аҳолиси орасида аниқланаетган «янги авлод» касалликларининг ўсишига таъсир этувчи оммиларга қарши курашиш тўгрисида таклифлар, мулоҳазалар ва чора тадбирлар еритилган.

Калит сўзлар: захм, сўзак, «янги авлод» инфекциялари, жинсий йўл орқали юқувчи инфекциялар, ЖЙОЮИ лар эпидемиологияси, ЖЙОЮИ лар диагностикаси.

SUMMARY

THE MODERN TENDENTION OF EPIDEMIC SITUATION OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES IN REPUBLIC OF UZBEKISTAN

U.Y. Sabirov, U.A. Abdusamatov, D.X. Jumanov

The article reviewed a modern ways of epidemic situation of sexually transmitted infections and they 23 years statistic data. Now in our republic grows a «new generation» diseases and authors to proposed a new proposals and a new ways of decisions.

Keywords: syphilis, gonorrhea, «new generation» of sexually transmitted infections, STI epidemiology, diagnosis of STIs.

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННАЯ ТЕНДЕНЦИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ИНФЕКЦИЯМ, ПЕРЕДАВАЕМЫМ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

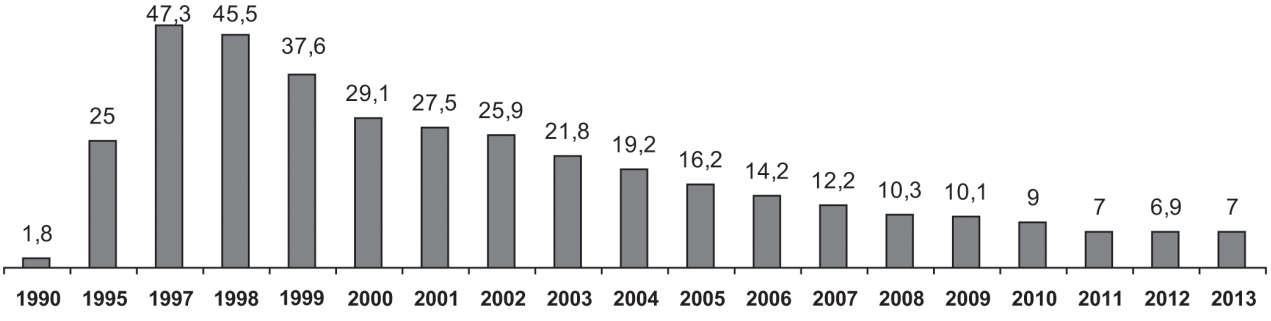
У.Ю. Сабиров, У.А. Абдусаматов, Д.Х. Жуманов

В статье приводится подробный анализ и показана тенденция современной эпидемиологической ситуации по ИППП на основе статистических данных за 1990–2013 гг. Представлены меры и предложения по борьбе с распространением ИППП «нового поколения», направленные на факторы роста их среди населения республики.

Ключевые слова: сифилис, гонорея, инфекции «нового поколения», инфекции, передаваемые половым путем, эпидемиология, диагностика ИППП.

Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в нашей республике, как и в странах СНГ, стала увеличиваться и представлять одну из основных социальных и медицинских проблем.

Анализ статистических данных за последнее десятилетие показал, что заболеваемость сифилисом приняла снижающий характер. В 1990 г. интенсивный показатель заболеваемости сифилисом составил 1,8 %, в 1997 г. вырос до 25,0 %, а пик заболеваемости отмечался в 1997 г., составив 47,3 % на 100 тыс. населения. Начиная с 1998 г., уровень заболеваемости стал снижаться (45,5 %) и к 2013 г. составил 7,0 % на 100 тыс. населения.



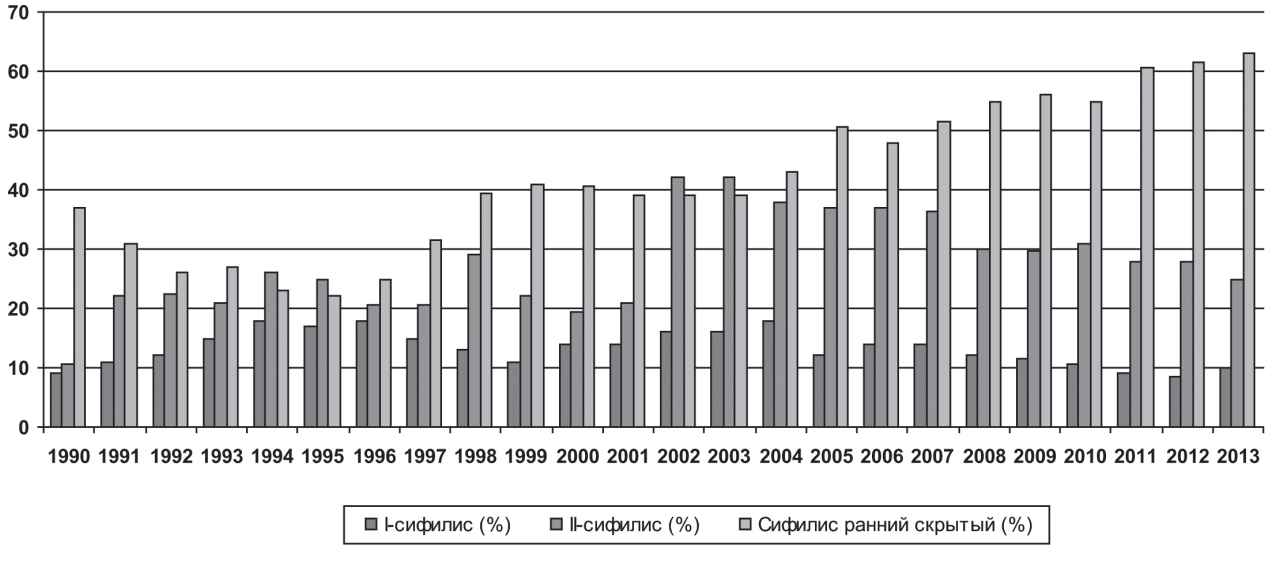
Интенсивные показатели заболеваемости сифилисом за 1990–2013 гг.

Таблица 1

Интенсивные показатели заболеваемости сифилисом за 1990–2013 гг.

Области	Годы																		
	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
г. Ташкент	5,5	94,0	132,6	108,5	99,0	81,0	69,9	61,2	51,5	39,7	30,9	29,5	22,8	19,2	18,0	15,1	11,3	10,1	10,1
Андижанская	2,0	13,2	25,2	19,1	19,5	14,8	15,8	16,4	15,6	15,2	10,2	9,0	10,2	6,8	8,4	8,8	6,5	6,5	6,4
Бухарская	0,6	20,0	40,1	42,7	37,2	30,3	29,3	37,2	26,4	20,4	21,6	15,2	15,1	13,0	12,7	8,6	8,0	6,5	7,1
Джизакская	4,7	7,5	19,3	27,4	21,2	10,6	13,7	13,7	9,5	11,0	7,1	7,2	7,3	8,4	9,3	7,5	5,3	3,1	3,4
Кашкадарьинская	0,9	5,0	9,6	10,2	9,5	9,5	10,1	9,9	9,5	8,1	7,8	9,1	6,7	5,8	5,1	4,2	3,6	3,2	3,3
Навоийская	—	10,8	89,1	49,0	33,0	16,5	16,9	29,8	20,2	33,2	49,9	25,8	28,6	23,3	17,5	7,9	8,2	5,4	8,6
Наманганская	1,3	37,6	34,6	34,6	29,4	17,1	19,6	20,3	17,6	14,3	7,7	9,0	8,6	6,8	5,5	5,2	6,2	10,0	7,4
Самаркандская	0,9	18,0	29,3	28,9	26,7	19,1	16,7	15,1	13,0	14,3	14,5	13,0	9,9	10,1	8,5	9,0	6,1	5,8	4,7
Сурхандарьинская	0,5	3,8	13,1	16,3	11,0	11,4	14,3	13,2	11,6	8,3	6,9	7,9	6,5	5,8	4,3	5,7	5,2	5,5	7,9
Сырдарьинская	—	26,6	85,0	71,2	62,5	51,0	46,3	37,2	28,6	21,6	24,3	19,0	15,3	12,8	12,0	13,4	8,9	9,1	8,9
Ташкентская	1,3	32,0	88,9	107,1	77,8	58,3	48,6	39,5	34,4	28,4	19,9	16,9	14,4	13,8	9,3	13,0	12,1	12,5	11,9
Ферганская	1,0	24,5	60,1	56,0	56,4	35,2	37,5	31,3	29,0	24,6	20,9	17,4	12,8	9,5	9,3	9,0	6,0	4,5	5,2
Хорезмская	1,7	11,4	18,7	17,7	22,0	20,9	18,0	21,8	13,4	11,4	7,8	9,8	12,7	10,2	13,0	10,2	8,7	8,4	7,8
Каракалпакстан	1,4	9,3	16,5	22,5	23,5	23,7	21,0	22,1	21,3	23,2	14,8	15,9	11,4	8,9	9,3	9,4	8,1	9,2	9,5
УЗБЕКИСТАН	1,8	25,0	47,3	45,5	37,6	29,1	27,5	25,9	21,8	19,2	16,2	14,2	12,2	10,3	10,1	9,0	7,0	6,9	7,0

Анализ данных, собранных за последние 23 года, показывает, что несмотря на некоторое снижение заболеваемости сифилисом отмечается преобладание его скрытых форм.



Клиническая структура сифилиса (1990–2013 гг.)

При некотором увеличении удельного веса первичного сифилиса за 1990–2013 гг. с 9,0 до 10,5% отмечается рост его поздних форм от 37,0 до 64,6% (табл. 2).

Таблица 2

Клиническая структура сифилиса (1990–2013 гг.)

Годы	I сифилис (%)	II сифилис (%)	Сифилис ранний скрытый (%)	Другие формы (абс. число)
1990	9,8	11,1	37,0	0
1991	11,1	22,7	31,2	0
1992	12,6	23,1	26,2	0
1993	15,7	21,3	27,6	0
1994	18,0	26,0	23,4	2
1995	17,0	25,0	23,0	2
1996	18,0	21,0	26,0	3
1997	15,0	21,0	32,0	9
1998	13,0	29,0	40,0	7
1999	11,0	22,0	42,0	8
2000	13,9	19,9	40,7	2
2001	14,2	22,4	39,6	13
2002	17,2	43,2	39,4	7
2003	17,2	43,2	39,4	7
2004	18,5	38,1	43,3	8
2005	12,6	36,0	50,8	25
2006	14,8	36,4	48,4	12
2007	15,0	32,5	52,2	6
2008	13,2	30,5	55,7	11
2009	12,6	30,0	56,8	11
2010	10,8	33,0	55,7	7
2011	9,6	28,8	60,9	12
2012	9,0	28,4	62,2	6
2013	10,5	24,7	64,6	3

Основными причинами такого положения являются плохая постановка работы эпидемиологической службы, неудовлетворительная интеграция дерматовенерологической службы с работниками центров санэпиднадзора, нехватка автотранспорта, некачественность профилактических осмотров и лечение отдельных лиц в частных медицинских учреждениях.

Особенностью нынешней ситуации по ИППП является то, что большая часть больных сифилисом из группы риска — «неработающие». В 2013 г. их удельный вес составил 76,4 % от всех заболевших сифилисом. При этом 9,9 % составили рабочие, 8,1 % — служащие, 11,0 % — работники дехканских хозяйств, 1,1 % — студенты и 0,04 % — учащиеся школ (табл. 3).

Таблица 3

Состав больных сифилисом по социальному положению (1997–2013 гг.)

Годы	Всего	Учащиеся	Студенты	Рабочие	Служащие	Работники дехканских хозяйств	Неработающие
1997	11053	99	641	2431	499	497	6886
1998	10766	116	107	2393	769	551	6830
1999	9195	175	72	1809	885	386	5868
2000	7283	47	68	1389	598	308	4873
2001	6893	71	78	1086	483	322	4853
2002	6555	32	72	942	470	300	4739
2003	5593	30	78	960	410	340	4737
2004	4690	21	67	890	380	258	3074
2005	4233	14	40	672	392	164	2951
2006	3221	11	31	346	162	139	2532
2007	3221	11	31	346	162	139	2525
2008	2815	10	30	281	150	131	2206
2009	2770	3	50	242	121	122	2226

2010	2513	5	22	174	97	159	2051
2011	2073	12	20	162	127	147	1598
2012	2071	3	33	205	123	184	1518
2013	2136	1	25	213	174	235	1483

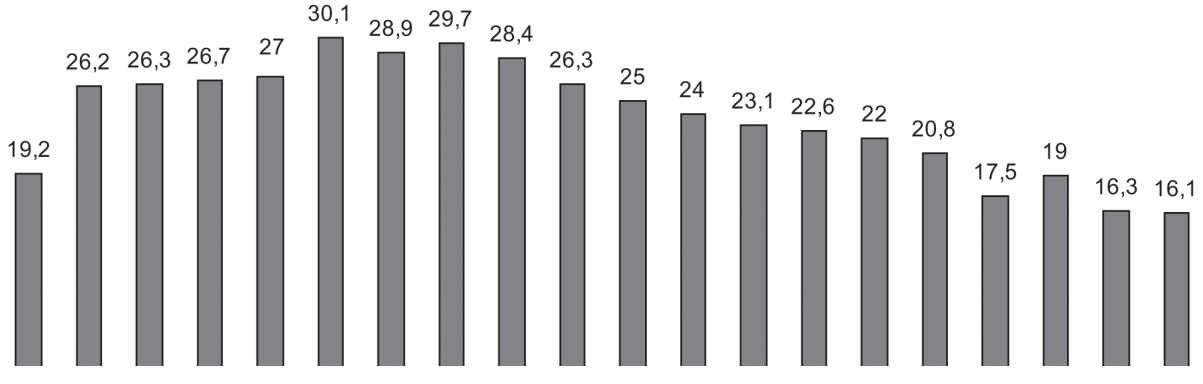
Такой высокий показатель «неработающих» больных свидетельствует об их значительной роли в эпидемиологии ИППП. Они являются активными мигрантами и составляют основную массу зараженных в возрасте от 21 до 50 лет, представляя самую значимую эпидемиологическую группу. Этот контингент создает работникам здравоохранения большие проблемы в плане активного выявления и проведения профилактических, диагностических и лечебных мероприятий.

Следует отметить, что в орбиту ИППП все чаще стали попадать дети в возрасте до 14 лет, в частности, в 1994 г. было выявлено 11 случаев, в 1997 г. — 61, в 1998 г. — 60, в 1999 г. — 60, в 2007 г. — 14, в 2008 г. — 9, в 2009 г. — 9, в 2010 г. — 5, в 2011 г. — 12, в 2012 г. — 7 и в 2013 г. — 2 случая. Рост заболеваемости среди детей прежде всего связан с изменением поведенческих стереотипов детей и подростков, ранним началом половой жизни, плохой осведомленностью об инфекциях, передаваемых половым путем, и др. Немаловажным фактором является недостаточность просветительной работы и полового воспитания детей и подростков.

Другой особенностью эпидемии сифилиса является увеличение числа женщин среди больных. Если в 1991 г. больные сифилисом женщины составляли 26,3%, то в 2013 г. этот показатель вырос до 39,3%.

Сифилитическая инфекция значительно захватила и сельское население, удельный вес которой возрос до 49,4% в 2001 г. против 9,4% в 1991 г., что указывает на усиление миграции среди этого контингента населения.

Как и заболеваемость сифилисом, в республике отмечается снижение заболеваемости гонореей — в 2013г. интенсивный показатель составил 16,1% против 30,1% в 1999 г.



Показатели заболеваемости гонореей за 1991–2013 г. (на 100 тыс. населения)

Однако необходимо отметить, что речь идет только об официально выявленном уровне заболеваемости гонореей, так как значительная часть больных занимается самолечением или лечится частным образом. С учетом этого можно полагать, что истинный уровень заболеваемости гонореей намного выше.

Таблица 4

Показатели заболеваемости гонореей за 1991–2013 гг. (на 100 тыс. населения)

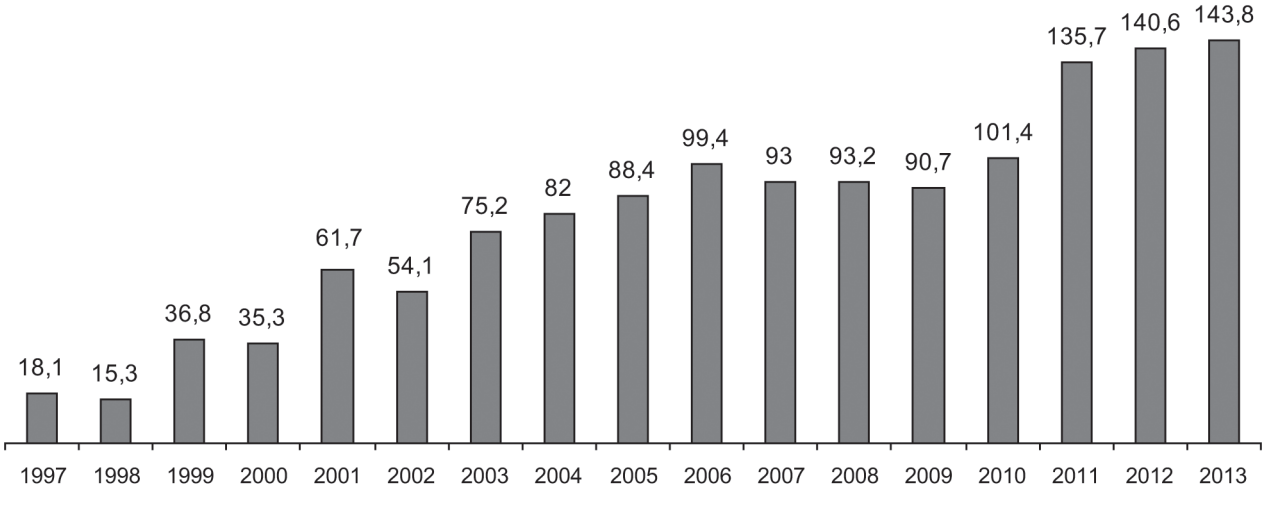
Области	Годы																			
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
г. Ташкент	59,7	64,0	60,2	60,2	61,0	77,0	78,0	84,4	83,4	71,4	61,8	52,4	52,0	43,5	36,5	33,4	30,5	26,5	16,4	15,3
Андижанская	8,4	24,0	32,0	31,1	25,1	19,6	20,0	23,5	25,2	24,5	21,7	21,9	15,4	17,0	14,5	16,3	17,7	14,2	14,4	13,6
Бухарская	28,6	26,0	22,9	22,7	29,9	26,2	23,8	27,7	26,0	26,0	19,5	23,3	23,5	24,2	24,8	28,8	25,5	29,1	22,8	26,6
Джизакская	5,1	5,0	4,3	7,2	8,1	16,8	14,2	18,0	20,6	14,1	11,2	11,2	12,3	15,5	19,0	19,8	15,6	11,1	14,2	27,7
Кашкадарьинская	6,1	7,2	6,0	9,8	11,8	12,0	11,6	17,7	19,5	21,4	22,0	19,9	19,1	18,2	18,9	20,2	16,2	13,4	11,0	11,2
Навоийская	—	36,0	57,5	43,2	22,3	24,0	20,0	12,9	18,5	17,4	37,6	37,1	28,4	27,0	34,5	23,0	18,4	19,3	17,8	18,1
Наманганская	8,4	10,6	12,6	11,0	17,5	25,0	20,5	20,9	23,0	21,3	25,9	21,7	22,8	25,4	25,6	19,2	20,0	16,3	23,0	19,2

Самаркандская	7,4	14,0	16,6	19,0	19,7	20,3	17,4	15,7	19,7	18,6	18,2	20,0	21,0	19,2	18,8	18,0	17,1	13,6	11,4	11,7
Сурхандарьинская	4,4	6,1	3,0	3,4	6,1	8,0	9,0	16,3	17,4	19,2	16,0	13,7	15,4	14,2	12,3	13,3	13,1	12,1	13,1	8,5
Сырдарьинская	17,6	36,0	26,8	15,2	12,8	15,3	12,5	7,8	11,4	11,0	6,4	9,9	11,8	12,6	13,8	9,6	15,4	11,8	12,3	7,9
Ташкентская	34,2	57,0	62,2	66,2	70,3	83,6	85,5	71,5	51,0	45,5	41,5	37,2	33,4	35,0	36,0	35,6	29,3	36,3	36,4	34,8
Ферганская	18,2	30,0	28,4	29,9	29,5	27,0	24,5	27,7	25,5	22,6	23,3	22,2	23,4	23,1	21,1	15,5	14,3	14,5	12,4	12,9
Хорезмская	15,1	8,2	13,7	10,4	16,2	18,4	14,9	15,8	11,0	17,7	17,2	16,5	19,5	22,0	21,6	19,1	18,0	17,4	13,5	12,0
Каракалпакстан	17,8	19,2	17,4	12,5	13,1	10,8	14,5	10,8	11,7	10,1	7,9	8,3	6,8	8,6	8,4	11,6	13,1	13,7	13,1	9,5
УЗБЕКИСТАН	19,2	26,2	26,3	26,7	27,0	30,1	28,9	29,7	28,4	26,3	25,0	24,0	23,1	22,6	22,0	20,8	19,0	17,5	16,3	16,1

В возрастном составе среди больных гонореей преобладают люди в возрасте от 21 до 50 лет.

Интенсивный показатель заболеваемости в 2013 г. составлял 314,6 на 100 тыс. населения против 178,1 в 1997 г.

К ИПП, имеющим тенденцию роста, относится урогенитальный кандидоз. В 1997 г. интенсивный показатель заболеваемости составил 18,1, в 2013 г. — 143,8.



Показатели заболеваемости урогенитальным кандидозом за 1997–2013 гг. (на 100 тыс. населения)

Одной из особенностей современной эпидемиологической ситуации является выраженная активизация процесса распространения ИППП «нового поколения». В последнее время резко возросла частота хламидийной, вирусной, бактериальной и смешанной инфекций, представляющих значительные трудности в диагностике, лечении и проведении профилактических мероприятий.



Эпидемическая ситуация по некоторым ИППП в Узбекистане (на 100 тыс. населения)

Таблица 5

Эпидемическая ситуация по некоторым ИППП в Узбекистане за последние 17 лет (на 100 тыс. населения)

Нозологические единицы	Годы																
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Сифилис	47,3	45,5	37,6	29,1	27,5	25,9	21,8	19,1	16,2	14,2	12,2	10,3	10,1	9,0	7,0	6,9	7,0
Гонорея	26,7	27,5	30,1	28,9	29,8	28,4	26,3	25,0	24,0	23,1	22,6	22,0	15,6	19,0	17,5	16,3	16,1
Трихомониаз	85,5	100,6	110,8	115,5	102,4	90,1	92,8	86,3	82,4	81,0	77,3	70,5	68,4	66,4	63,2	67,8	62,3
Урогенитальный кандидоз	18,1	15,3	36,8	35,3	61,7	54,1	75,2	82,0	88,4	99,4	93,0	93,2	90,7	101,4	135,7	140,6	143,8
Хламидиоз	0,0	0,2	0,2	1,8	5,3	6,9	5,8	8,5	7,6	10,0	11,4	11,4	13,8	15,7	16,0	17,8	19,2
Уреаплазмоз	0,0	0,0	0,0	0,2	1,7	0,8	1,7	1,8	1,7	2,3	2,5	3,2	4,5	5,0	4,2	5,8	6,5
Гарднереллез	0,0	0,0	0,1	1,1	9,9	5,1	5,8	6,6	10,0	13,0	15,3	16,0	18,0	20,3	24,0	26,2	23,7
Генитальный герпес	0,9	0,8	0,6	1,0	1,3	1,4	2,5	3,1	4,0	4,1	5,6	5,6	6,6	5,3	6,9	8,7	12,3
Остроконечные кондиломы	0,9	1,0	0,8	1,0	1,2	0,9	1,7	1,2	2,1	2,9	3,8	4,5	4,3	4,4	5,5	7,0	7,2
ЦМВ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,0	8,1	11,2	14,2	7,2	8,6	13,7	16,3
УЗБЕКИСТАН	178,1	188,8	217,5	208,8	238,9	212,5	233,7	233,9	236,4	251,0	252,1	248,0	251,8	254,0	289,0	311,5	314,6

Следует отметить, что клинически бессимптомное течение инфекций «нового поколения» является не менее опасным, чем их манифестные формы. Инфицированные пациенты, не подозревая о своем заболевании, являются эпидемиологически опасными и могут заражать своих половых партнеров.

Такая ситуация, по мнению ряда авторов, в скором времени может привести к преобладанию этих инфекций над классическими венерическими заболеваниями.

Заболеваемость урогенитальным кандидозом, хламидиозом, бактериальным вагинозом, имевшая ранее низкий интенсивный показатель, в последнее время резко возрастает, что указывает на широкую распространенность этих инфекций среди населения республики.

На долю инфекций «нового поколения» приходится до 92,6% всех случаев ИППП, которые требуют разработки эффективных стандартов диагностики и лечения.

За последние годы расширились диагностические возможности дерматовенерологических учреждений, вырос спектр проводимых там исследований. Некоторые мелкие лаборатории упразднились и объединились, в результате чего образовались новые централизованные лаборатории.

Таблица 6

Лабораторная служба по диагностике ИППП

Количество лабораторий, проводящих:	Годы																
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Бактериологические исследования	438	429	419	432	429	421	420	445	499	497	501	485	513	524	519	519	523
Культуральные исследования	71	65	65	71	65	64	66	64	59	61	60	52	52	49	45	45	40
Серологические исследования	217	219	213	211	211	219	224	229	230	230	191	213	214	230	222	211	214
Число врачей-лаборантов	409	412	426	420	422	294	294	284	301	314	315	335	335	269	289	290	268

Диагностическая сфера пополнилась такими современными методами, как полимеразная цепная реакция (ПЦР), иммуно-ферментный анализ (ИФА), микрометоды, входящие в комплекс стандартных реакций (КСР), РПР, РМП, метод определения трепонемацидной активности сыворотки. Разработаны новые среды для культуральных методов исследования инфекций, передаваемых половым путем. В результате этого в Узбекистане создана система унифицированных, объективных и совместимых с международными диагностических стандартов. В целях расширения доступности дерматовенерологической помощи больным с заболеваниями, передающимися половым путем, в крупных дерматовенерологических учреждениях организованы кабинеты анонимного обследования (КАО). В течение последнего пятилетия в отечественной венерологии расширился диапозон

возможностей применения современных общепризнанных в мировой практике методов лечения основных заболеваний, передающихся половым путем. Достигнут существенный прогресс во внедрении более эффективных методов лечения урогенитальных инфекций, патогенетических принципов лечения вирусных поражений урогенитальной области.

Таким образом, отмеченные выше факты о заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, подтверждают, что проблема этих заболеваний уже переросла из медицинской в социальную.

Анализ ситуации, сложившейся в республике по ИППП, подтверждает факты сложной эпидемической ситуации, главными причинами которой являются:

— активизация путей передачи инфекции в результате усиления миграционных потоков и увеличения групп «риска»;

— недостаточность эффективной и совершенной системы первичной профилактики этих болезней;

— отсутствие в системе эпидемиологического мониторинга за группами повышенного риска;

— нехватка необходимых условий для работы эпидемиологической службы.

Современная тенденция в эпидемической ситуации по ИППП в республике требует:

— разработки и реализации национальной программы по усилению борьбы с ИППП, создания службы по первичной профилактике ИППП и эпидемиологического мониторинга по наблюдению за факторами, влияющими на уровень заболеваемости населения;

— усиление интеграции работы различных ведомств по борьбе с ИППП;

— непрерывного повышения профессиональной квалификации врачей-дерматовенерологов, активизации просветительной работы среди молодежи по половому воспитанию путем издания научно-популярных и учебных пособий.

В настоящее время развитие системы своевременного, достоверного и конфиденциального информирования лиц, входящих в группы «риска», особенно молодежи, об опасности ИППП, способах их предупреждения, пропаганда традиционных моральных ценностей являются важными мероприятиями в предупреждении распространения данных заболеваний в обществе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маманов М.М. и др. Клинико-эпидемиологические особенности сифилиса в Узбекистане // Новости дерматологии и венерологии. 1999. № 1. С. 30–32.
2. Эшбаев И.У., Давуров А.М. Состояние в Республике Узбекистан лабораторной службы по диагностике болезней, передающихся половым путем // Новости дерматологии и венерологии. 1999. № 1. С. 28–29.
3. Любан Б.Л., Исмаилова Г.А. и др. Опыт борьбы с сифилисом в Узбекистане в XX столетии // Новости дерматологии и венерологии. 2000. № 4. С. 67–69.
4. Менликулов П.Р., Абидова З.М. Медико-экономические стандарты в дерматовенерологической службе // Новости дерматологии и венерологии. 2000. № 4. С. 70–72.

УДК: 616.5:576.8.095.57

РАЗРАБОТКА СИСТЕМ МОЛЕКУЛЯРНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ И АНАЛИЗА ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМА G84-A ГЕНА НЕЙРОНАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКИСИ АЗОТА NOS1 С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Х.Я. КАРИМОВ[2], Ш.З. МАВЛЯНОВА[1], К.Т. БОБОЕВ[2], С.Р. МУМИНОВА[1], З.З. ИБРАГИМОВ[2], Д.Б. ШАМСУТДИНОВА[2], С.М. АЛИМОВА[1]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз[1];
Научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови МЗ РУз[2]

РЕЗЮМЕ

АЗОТ ОКСИДИ СИНТАЗАСИ ГЕНИНИНГ (NOS1) G84-A ПОЛИМОРФИЗМИНИ МОЛЕКУЛЯР ТАХЛИЛИНИ ИШЛАБ ЧИКИШ ВА АТОПИК ДЕРМАТИТ БИЛАН ЎЗАРО БОҒЛИҚЛИГИНИ ТАХЛИЛ ЭТИШ

Х.Я. Каримов, Ш.З. Мавлянова, К.Т. Бобоев, С.Р. Муминова, З.З. Ибрагимов, Д.Б. Шамсутдинова, С.М. Алимова

Мақолада азот оксидининг нейронал синтазасининг (NOS1) G84-A полиморфизми бўйича ПЗР тахлиллар натижаси берилган. Молекуляр-генетик текширувлар натижасида азот оксиди синтазаси генининг (NOS1) G84-A полиморфизмини молекуляр тахлилини ишлаб чикиш ва атопик дерматит билан ўзаро боғлиқлигини тахлил этишга эришилди.

Калит сузлар: азот оксиди синтазаси, атопия, молекуляр тиббиёт.

SUMMARY

DEVELOPMENT OF MOLECULAR TESTS AND ANALYSIS CORRELATION BETWEEN POLYMORPHISM OF G84-A GENE NEURONAL NITRIC OXIDE SYNTHASE NOS1 WITH ATOPIC DERMATITIS

H. Karimov, SH.Z. Mavlyanova, K.T. Boboyev, S.R. Muminova, Z.Z. Ibragimov, D.B. Shamsutdinova, S.M. Alimova

The article presents the results of PCR analysis of polymorphism of G84-A gene neuronal nitric oxide synthase NOS1. As a result of the molecular genetic testing we were able to test and optimize the performance of test systems for the determination of G84-A gene NOS1 in patients with atopic neurodermatitis.

Keywords: nitric oxide synthase, atopy, molecular medicine.

РЕЗЮМЕ

РАЗРАБОТКА ТЕСТ-СИСТЕМ МОЛЕКУЛЯРНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ И АНАЛИЗА ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМА G84-A ГЕНА НЕЙРОНАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКИСИ АЗОТА NOS1 С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Х.Я. Каримов, Ш.З. Мавлянова, К.Т. Бобоев, С.Р. Муминова, З.З. Ибрагимов, Д.Б. Шамсутдинова, С.М. Алимова

В статье приведены результаты ПЦР исследований полиморфизма G84-A гена нейрональной синтазы окиси азота NOS1. В результате молекулярно-генетического тестирования удалось апробировать и оптимизировать работу тест-системы для определения G84-A гена NOS1 у больных атопическим дерматитом.

Ключевые слова: синтаза окиси азота, атопия, молекулярная медицина.

Известно, что оксид азота (NO) и его метаболиты являются наиболее важными участниками аллергического воспаления, что отражается на изменении концентрации этого соединения в сыворотке крови и в выдыхаемом воздухе у больных АД и БА [Guzik T.J., 2002; Козырицкая Д.В., 2007; Katial R., 2007]. NO участвует в процессах вазодилатации, влияет на пролифе-

рацию кератиноцитов, фибробластов, эпителия бронхов, эндотелиоцигов, является нейромедиатором периферических нервов [1, 3]. При низких концентрациях NO оказывает антиапоптотическое, а при высоких проапоптотическое действие на эозинофилы, макрофаги, моноциты [Fabio L., 2004; Филиппова Н.А., 2006].

Ферменты, синтезирующие NO, существуют в трех изоформах: нейрональная NO-синтаза (nNOS), эндотелиальная (eNOS), индуцибельная (iNOS). Эндотелиальная и нейрональная изоформы являются конститутивными, а активность индуцибельпой изоформы связана с внутренними (цитокины) и внешними (липополисахариды, аллергены) стимулами. Для всех трех изоформ доказано изменение экспрессии их генов у больных БА и АД [Holla L.I., 2006; Martines B., 2007; Batra J., 2007]. Установлено, что гены eNOS и nNOS являются кандидатными по формированию БА [Фрейдин М.Б., 2001]. При этом отсутствуют данные о роли полиморфизма генов NOS в формировании АД, а также их роли в развитии «атопического марша».

По данным некоторых авторов (R.H. Chang, 1997; A. Fischer, 2003), наряду с интерлейкинами в развитии аллергического воспаления АД принимает участие окись азота (NO). Это подтверждается высокой концентрацией нитритов (метаболитов NO) в сыворотке крови больных атопическим дерматитом (Taniuchi S., Koshima T. et all., 2002). NO-синтазы (NOS) — группа ферментов, катализирующих образование оксида азота и цитруллина из аргинина, кислорода и NADFH. NOS1-нейрональная синтаза оксида азота — фермент человека, кодируемый геном NOS1 на 12-й хромосоме. Отмечается возможная роль NOS1 при астме, шизофрении и муковисцидозе. Точный механизм участия NO в развитии аллергического воспаления в коже не описан. Согласно исследованиям P.J. Barnes (1996) и L. Fabio с соавт. (2004) NO опосредует увеличение экспресии интерлейкина-4. Одним из ферментов, образующих NO, является нейрональная NO-синтаза-nNOS и с помощью метаболита происходит регуляция тонуса сосудов и нейротрансмиссия. Высокие концентрации метаболита NO принимают участие в поддержании аллергического воспаления. Известно, что ген нейрональной синтазы окиси азота (NOS1) является кандидатным геном для атопии и бронхиальной астмы (Фрейдин М.Б., 2001). Вероятно, постоянное образование малого количества NO при атопическом дерматите у пациентов — носителей полиморфизма 276C-T гена NOS1 способствует хронизации воспаления, усилению гиперкератоза и лихенизации [5]. Также NOS может регулировать воспаление в коже, синтезируясь в провоспалительном клеточном паттерне (Shimizu Y., Sakai M., 1997). Исследование полиморфизма генов-ферментов, синтезирующих NO, у детей, больных АД и/или БА, позволит верифицировать генотип, определяющий подверженность к развитию аллергических болезней и риск реализации «атопического марша» у больных АД.

Цель исследования. Оптимизировать работу систем олигопраймеров для тестирования полиморфизма G84-A гена нейрональной синтазы окиси азота NOS1 и изучить взаимосвязь данного генетического маркера в развитиии атопического дерматита.

Материал и методы исследования. Материалами для данного исследования явились образцы ДНК, выделенные из периферической крови больных АД и условно здоровых доноров — лиц без каких-либо признаков атопических заболеваний. Общее количество изученных G и A аллелей составило 180 (136 хромосом больных и 44 хромосомы здоровых лиц).

Выделение ДНК проводили по стандартной методике с некоторыми модификациями. Реактивы и ферменты были приобретены у ведущих фирм мира («Serva», «Sigma» и т. д.) и России (ДНК-технология, сибэнзим и т. д.). При проведении генетических исследований в качестве группы сравнения использовался популяционный контроль, который был представлен образцами ДНК (n = 22) условно здоровых доноров (без каких-либо признаков атопических заболеваний) из банка ДНК отдела молекулярной медицины и клеточных технологий НИИГиПК.

Образцы ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови в соответствии с модифицированной методикой. Концентрация и чистота выделенной ДНК оценивались при измерении оптической плотности ДНК содержащих растворов при длине волны 260 и 280 нм против ТЕ на спектрофотометре NanoDrop 2000 (США).

Амплификация полиморфных локусов проводилась с использованием полимеразной цепной реакции на программируемом термоциклере фирмы «Applied Biosysteems» (США). Специфичность синтезированного фрагмента и количество амплификата проверяли методом электрофореза в 2 % агарозном геле.

Таблица 1

Последовательность олигонуклеотидных праймеров, использованных для проведения ПЦР

Ген, локализация	Полиморфизм	Структура использованных олигопраймеров
NOS1 12q24	G84-A	TGGCAAACATGAAAATCAAGGT TGAACCAGCCCTCCTAATAATTA

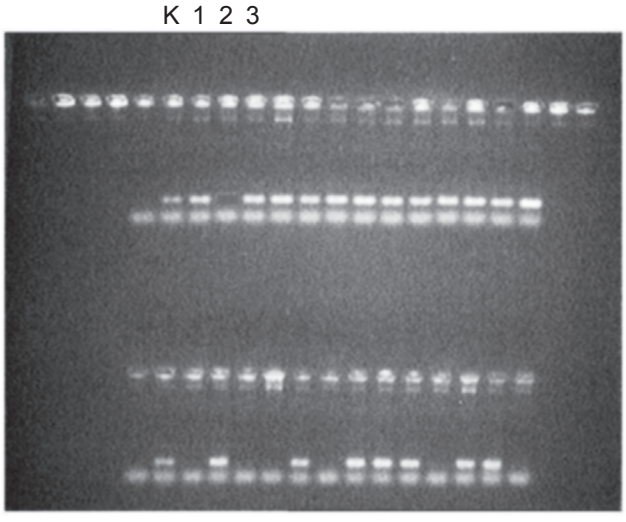


Рис. 1. Электрофореграмма ПЦР-продуктов полиморфизма G84-A гена NOS1:
К — контроль; 1 — гетерозиготный генотип; 2 — нормальный генотип; 3 — гомозиготный мутантный генотип.

Таблица 2

Частоты аллелей и распределение генотипов полиморфизма G84-A гена NOS1 среди больных АД и контрольной группы

	Частоты аллелей				Частоты генотипов						Всего, n
	G		A		G/G		G/A		A/A		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Больные АД, n=68	110	80,8	28	20,5	43	63,2	24	35,2	1	1,47	68
Контроль, n=22	33	75,0	11	25,0	14	63,6	5	22,7	3	13,6	22

Результаты исследования. Начальным этапом работы был подбор и синтез олигопраймеров для выявления полиморфизма G84-A гена NOS1. Синтез олигопраймеров осуществлен в НПО «Литех» (Москва). Информация о генных последовательностях и структуре праймеров была получена с учетом оригинального литературного источника [4] и в GeneBank. Характеристика генетического маркера и последовательность синтезированных олигопраймеров приведены в таблице 1. В результате исследования нам удалось оптимизировать температурный режим работы олигопраймеров при следующих условиях:

1 цикл	94°C — 5 мин.
35 циклов	94°C — 1 мин. 94°C — 10 сек. 68°C — 30 сек. 72°C — 20 сек.
Элонгация	72°C — 1 мин.

Интерпретация полученного результата приведена в таблице 1 и на рисунке 1.

С целью анализа распределения частот аллелей и генотипов полиморфного варианта — G84-A гена NOS1 в объединенных выборках больных АД и контрольной группы проведена апробация данной тест-системы.

Проведен анализ частоты распределения полиморфизма G84-A гена NOS1 среди больных АД и здоровых доноров. Частота встречаемости генотипических вариантов данного полиморфизма в группе больных составила: GG — 63,2%, GA — 35,2%, AA — 1,47%; в группе контроля: GG — 63,6%, GA — 22,7%, AA — 13,6%. Гомозиготный генотип AA был достоверно выше (OR=10,6) в популяционной выборке больных ($\chi2=5,8$; P=0,02 (P<0,05); OR=10,6; 95%CI — 1,04, 107,6). Высокое значение OR позволяет отнести данный генотип к маркерам пониженного риска развития АД. Выявлено легкое отклонение частот генотипов от РХВ в группе контроля ($\chi2=3,4$; P=0,06 (между ожид. и набл.)). В данном случае отклонение от равновесного распределения частот возможно связано с малым размером выборки (по статистическим причинам). Выявлено незначительное увеличение индекса AUC полиморфизма G84-A гена NOS1

(>0,05). Прогностическая эффективность данного маркера согласно значениям AUC составила 0,50 (OR=1,0; 95%CI 0,37– 2,762), что свидетельствует о недостаточной эффективности данного маркера для прогнозирования риска развития АД. Несмотря на выявленные статистически недостоверные различия, считаем целесообразным интерпретировать полученные данные как тенденцию, а не закономерность. В данном случае необходимо увеличить объем выборки, что позволит получить более надежные результаты.

Вывод:

1) в результате проведенной научно-исследовательской работы нам удалось создать и успешно апробировать тест-систему для детекции полиморфизма G84-A гена NOS1;

2) учитывая низкую прогностическую эффективность и статистически недостоверные различия, для более надежных результатов рекомендуется увеличить объем выборки исследуемых больных АД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иващенко Т.Э., Сиделева О.Г., Петрова М.А., Гембицкая Т.Е., Орлов А.В., Баранов В.С. Генетические факторы предрасположенности к бронхиальной астме // Генетика. 2001. Т. 30. №1. С. 107–111.
2. Фрейдин М.Б. Роль генов интерлейкинов и их рецепторов в формировании предрасположенности к атопической бронхиальной астме. Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. канд. биол. наук. — Томск, 2001. 25 с.
3. Геппе Н.А. и др. Оксид азота как маркер воспаления при бронхиальной астме // Вопросы практической педиатрии. 2007. Т. 2. №4. С. 27–31.
4. Shimizu Y., Sakai M. Immunohistochemical localization of nitric oxid synthase in normal human skin: expression of endothelial type and inducible-type nitric oxide synthase in keratinocytes // J. Dermatol. 1997. Vol. 24.№2. P. 80–87.
5. Neeta G., Vasudha B. et al. a study of serum nitric oxide levels in psoriasis // Indian journal of dermatology, venereology and leprology. 2005. Vol. 71. №3. P. 254–257.

УДК: 616.995.428-07-08

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ

Д.Х. АБДИЕВА, Х.И. АЛИЕВ, Т.Т. УСТОБАЕВА, М.С. ВАЛИЕВА, Н.И. ДЫРДА

Таджикский государственный медицинский университет

РЕЗЮМЕ

ҚЎТИР ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ЕНДОШИШЛАР

Д.Х. Абдиева, Х.И. Алиев, Т.Т. Устобаева, М.С. Валиева, Н.И. Дырда

Асоратланмаган қўтир касаллигини даволашнинг самарадорлигини аниқлаш учун таққосий тахлил ўтказилди 10 % ва 20 % бензил-бензоат эмульсиялари: медифакс эмульсияси (5 % перметрин, Россия) қадоқланган «Спрегал» аэразол дори воситаси ва оддий 20–33 % олтингугурт мазлари қўлланилди.

4 та қўтирга қарши дори воситалари ичида таққослаш тахлили ўтказилганда у 89,4 % ташкил этди дори воситалари самарадорлиги бўйича бир-биридан фарқ қилинди (P > 0,05) аммо қўлланилган дори воситасининг турига қараб хар хил кантакт аллергик дерматит қўтирдан кейинги қичиш асоратлари кузатилди.

Дерматовенерологлар амалиетида қўтирга қарши дори воситаси бўлиб, куп холатларда бензил-бензоат (36,5 %) ва спрегал (35,4) дори воситаси қўлланилиб, ундан сўнг эса медифакс (22 %) ташкил этади.

Калит сўзлар: қўтир, диагностиги даволаш.

SUMMARY

MODERN ASPECTS OF SCABIES TREATMENT

D.Kh. Abdieva, Kh.I. Aliev, T.T. Ustobaeva, M.S. Valieva, N.I. Dirda

The comparative analysis of the effectiveness of treatment of the uncomplicated scabies was conducted. Following pharmaceuticals had been used: benzyl benzoate emulsion 10 % and 20 %; medifoks' emulsion (permethrin 5 %, Russia), an «Spregal» aerosol and 20–33 % sulfur ointment.The comparative analysis of four scabicides ingenerally has reached 89,4 %, where effectiveness of the pharmaceuticals did not have any justified difference (P > 0,05). However there were complications such as contact allergic dermatitis, post-scabious itching, depending on the applied drug. Dermatologist frequently used scabicides' drugs in the practice that are benzyl benzoate (36,5 %), Spregal (35,4 %) and medifoks (22 %).

Keywords: scabies, diagnostics, treatment.

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ

Д.Х. Абдиева, Х.И. Алиев, Т.Т. Устобаева, М.С. Валиева, Н.И. Дырда

Проведен сравнительный анализ эффективности лечения неосложненной чесотки эмульсией бензилбензоата 10 % и 20 %, эмульсией медифокса (перметрин 5 %, Россия), средством в аэрозольной упаковке «Спрегаль» и простой 20–33% серной мазью. Сравнительный анализ эффективности четырех скабицидов в целом составил 89,4 %, причем препараты по эффективности достоверно не различались (P > 0,05), однако отмечались различные осложнения в виде контактно-аллергического дерматита, постскабиозного зуда в зависимости от используемого препарата. Наиболее часто используемыми противочесоточными препаратами являются бензилбензоат (36,5 %), спрегаль (35,4 %) и медифокс (22 %).

Ключевые слова: чесотка, диагностика, лечение.

Современный фармацевтический рынок предлагает широкий выбор противоскабиозных средств, имеющих различную стоимость, эффективность и влияние на качество жизни больных. Однако спектр акарицидных средств, применяемых в мировой практике для лечения чесотки, ограничен. Они должны быть малотоксичными, не обладать сенсибилизирующим, кожно-резорбтивным и местно раздражающим действием. У действующих веществ не должно быть отдаленных проявлений интоксикации (гонадотропное, эмбриотропное, мутагенное, канцерогенное действие). Противочесоточные средства должны обладать высокой эффективностью, хорошей переносимостью, быстротой действия, простотой и удобством применения, быть доступными, экономичными и гигиеничными.

В РФ и странах СНГ для лечения заболевания разрешены препараты на основе бензилбензоата 10% и 20%, эмульсия и мазь отечественного производства; средства, содержащие в качестве действующего вещества пиретроиды, концентрат эмульсии медифокса (перметрин 5%, Россия), средство в аэрозольной упаковке «Спрегаль» (эсдепаллетрин — 0,63%, синергист — 5,04%, пиперонилбутоксид, Франция) и простая серная мазь и ее производные (20–33%) [1, 2, 3]. За рубежом используются бензилбензоат, линдан, перметрин, кротамитон, ивермектин [4, 5]. Большинство из препаратов имеют ряд недостатков: ограничение применения при осложненной чесотке, беременности, возникновение медикаментозного дерматита и других аллергических реакций, что значительно усложняет процедуру лечения.

Цель исследования. Оценка эффективности противочесоточных препаратов, разрешенных для применения, по динамике клинических проявлений заболевания.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на базе городской клинической больницы №1. Изучена эффективность лечения неосложненной чесотки скабицидами — 20 и 33% серной мазью, 20% мазью бензилбензоата, медифоксом, «Спрегалью».

Под наблюдением находились 100 больных с типичной чесоткой в возрасте 1–65 лет. Больные были разделены на 4 группы по 25 человек в каждой. Первая группа получала лечение 10–20% серной мазью, вторая — 10–20% эмульсией бензилбензоата, третья — «Спрегалем», четвертая — эмульсией «Медифокс». Схема лечения во всех группах была одинаковой: препараты втирались в весь кожный покров в 1-й и 4-й дни лечения с учетом жизненного цикла возбудителя. Лечение проводилось под наблюдением медицинского персонала, что исключало нарушение схем лечения и использование просроченных препаратов. Лабораторное подтверждение диагноза путем обнаружения чесоточного клеща исключало ошибку диагностики.

Результаты исследования. В дерматологии сера является действующим началом многих противочесоточных препаратов. В основном ее применяют в развивающихся странах с низким экономическим уровнем, т.к. скабициды на основе серы самые дешевые в концентрациях, применяемых для лечения чесотки (10–33%), она дает выраженный кератолитический эффект, что обеспечивает лучший доступ препарата к возбудителю. Однако сера обладает наибольшим числом недостатков: имеет неприятный запах, пачкает белье и плохо отстирывается, часто вызывает аллергические контактные дерматиты, противопоказана при осложненной чесотке, плохо переносится в жаркое время года и у нее длительный курс терапии (5–7 дней).

Бензилбензоат в России и в странах СНГ является одним из наиболее широко используемых в современной практике препаратов в виде 10% и 20% водно-мыльной эмульсии и 25% эмульсионной мази.

«Спрегаль» — один из современных препаратов, предложенных для лечения чесотки. На сегодняшний день он прочно вошел в список средств, применяющихся для лечения чесотки в нашей стране и за рубежом. Следует отметить, что кратность использования препарата до конца не определена. Опыт лечения показал хорошую эффективность препарата при однократной обработке, при осложненной чесотке целесообразно повторить процедуру на 4-й день курса.

Перметрин относится к инсектоакарицидам широкого спектра действия и является эффективным и безопасным скабицидом в лечении чесотки. Он широко используется как у нас в стране, так и за рубежом. В нашей стране препаратом на основе перметрина является «Медифокс», который выпускается в виде концентрата эмульсии и разводится непосредственно перед употреблением. «Медифокс» разрешается применять при лечении детей годовалого возраста и беременных. Препараты на основе перметрина имеют ряд преимуществ. Они хорошо переносятся в условиях жаркого и влажного климата, используются при осложненной чесотке (аллергический дерматит, пиодермия, микробная экзема). Кроме того, их можно использовать для дезинфекции нательного и постельного белья, а также для лечения других паразитарных заболеваний (педикулез и фтириаз). Основной недостаток — короткий срок хранения рабочего раствора (8 часов). Однако в условия крупных иррадиирующих очагов приготовленный раствор может быть использован как для лечения больных, так и для профилактической обработки контактных лиц. Стоимость препарата позволяет использовать его даже в экономически неблагополучных семьях.

Оценка эффективности лечения чесотки по воздействию на возбудителя позволила установить истинную частоту постскабиозного зуда, медикаментозных осложнений и сохранение клинических проявлений после полноценной терапии. Сравнительный анализ эффективности четырех скабицидов в целом составил 91,1%, причем препараты по эффективности достоверно не различались ($P > 0,05$). Использование серной мази было эффективно во всех случаях (100%), однако контактный аллергический дерматит зарегистрирован у 1/2 пациентов. Лечение мазью бензилбензоата дало выздоровление в 81,8%, но у 18,1% больных зарегистрирован длительный постскабиозный зуд. При лечении «Медифоксом» эффективность составила 86,5%, постскабиозный зуд зарегистрирован у 7,8% больных, а неэффективность терапии — у 5,7%. При этом

сохранялись клинические проявления чесотки (ходы, везикулы, папулы). При эффективности «Спрегаля» в 96,0 % постскабиозный зуд наблюдали только у одного (4 %) больного, случаи неэффективности не зарегистрированы.

Изучение приоритетов дерматовенерологов в выборе скабицидов для лечения чесотки показало, что большинство предпочитают бензилбензоат (36,5 %) и «Спрегаль» (35,4 %), на втором месте находится «Медифокс» (22 %). Серную мазь используют лишь 6,1 % врачей.

По эффективности препараты практически не отличались. Отсутствие эффективности лечения проявлялось в постскабиозном зуде (13 %), развитии медикаментозных осложнений (7,7 %) и сохранении клинических проявлений чесотки при наличии живого возбудителя (3,8 %). Частое развитие контактного аллергического дерматита при использовании 33 % серной мази и его отсутствие при 20 % концентрации с сохранением 100 % эффективности позволяет рекомендовать ее для лечения взрослых пациентов. При использовании «Спрегаля» зарегистрировано наименьшее число случаев постскабиозного зуда, а случаи неэффективности не установлены.

Таким образом, полученные результаты являются весьма эффективными, но не позволяют окончательно снять проблему совершенствования терапии чесотки. В связи с этим следует продолжать работать в направлении, ведущем к исключению чесотки из числа социально значимых дерматозов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коляденко Е.В. Современные подходы к лечению чесотки // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. 2011. № 3(42). С. 63–65.
2. Корсунская И.М. Современные подходы к лечению чесотки // Consilium Medicum. 2007. Т.5. № 3. С. 148–149.
3. Урынгалиева Г.К. Современная терапия чесотки // Медицинский журнал. Астана, 2011. № 3(65). С. 126.
4. Monsel G. Management of Scabies. // Ann Dermatol Venereol. 2012. Vol. 139. P. 428–434.
5. Mytton O. Safety of benzyl benzoate lotion and permethrin in pregnancy: a retrospective matched cohort study // BJOG. 2007. Vol. 114. P. 582–587.

УДК: 378.046-021.68:37.091.321:614.23/.25

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ ВОСПРИЯТИЯ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

В.В. ЕХАЛОВ, Т.В. СВЯТЕНКО, Н.В. ХОБОТОВА

ДУ «Днепропетровская медицинская академия» МОЗ Украины

SUMMARY

TEACHING METHODS OF OPTIMIZATION OF PERCEPTION LECTURE MATERIAL IN POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION

V.V. Ehalov, T.V. Svyatenko, N.V. Khobotova

The article is devoted to the issues of relevance and importance of the lecture in the educational process. From the lecture is required to wake up and directed an independent intellectual activity of students, shaped their worldview. The lecturer must take care that his presentation was accepted by the audience to note is heard, and deposited them in memory. The lectures must be rational alternation of attention, mental stress and weaken them by the relevant discharge. You can focus the presentation features. The introduction of the principle of feedback, a kind of dialogue helps to perpetuate the lecture presentation. Using some fragments of years of teaching experience of doctors and teachers, the authors tried to adapt the educational rights, means and methods to work with the medical audience. Implementation of the recommendations given in the lecture generalized process allowed to increase the «survival knowledge» of interns and students of training cycles by 12–16 %.

Keywords: atopic dermatitis, pathogenesis, cytokine genes IL-4, cytokines IL-4, IL-5, IL-6, TNF-alpha, lipid, ednogenous intoxication.

РЕЗЮМЕ

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ ВОСПРИЯТИЯ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

В.В. Ехалов, Т.В. Святенко, Н.В. Хоботова

Статья посвящена вопросам актуальности и значимости лекции в учебном процессе. От лекции требуется, чтобы она пробуждала и направляла самостоятельную мыслительную деятельность обучаемых, формировала их мировоззрение. Лектору необходимо позаботиться о том, чтобы его презентация была принята слушателями к сведению, услышана и отложилась у них в памяти. На лекциях необходимо рациональное чередование повышенного внимания, мыслительного напряжения и ослабления их путем соответствующей разрядки. Акцентировать внимание можно особенностями презентации. Внедрение принципа обратной связи, своеобразный лекционный диалог способствуют закреплению изложенного материала. Использовав некоторые фрагменты многолетнего педагогического опыта врачей и учителей, авторы попытались адаптировать образовательные правила, способы и методы к работе с медицинской аудиторией. Внедрение приведенных обобщенных рекомендаций в лекционный процесс позволило повысить «выживаемость» знаний врачей-интернов и курсантов циклов повышения квалификации на 12–16 %.

Лекция как традиционная форма обучения зародилась в средневековых университетах Западной Европы и в настоящее время не утратила своей значимости в учебном процессе. Слово «лекция» в дословном переводе с латинского означает «чтение». Лекция раскрывает понятийный аппарат конкретной области знания, проблемы, логику, дает цельное представление о предмете, показывая его место в системе науки, связь с родственными дисциплинами, пробуждает интерес к предмету, развивает профессиональные интересы, в значительной мере определяет содержание других видов занятий. В лекциях преподаватель, наряду с систематическим изложением фундаментальных основ науки, высказывает свои научные идеи, свое отношение к предмету изучения, свое творческое понимание его сущности и перспектив развития. Каждая тема требует его личного анализа развития научных положений, исторического подхода к ним и в то же время непременного освещения их современного состояния, с критическим подходом и раскрытием противоречий в развитии науки и практике ее приложений. При создании совершенно новых курсов лекция может оказаться единственной формой передачи знаний, поскольку она опережает процесс создания учебников и пособий, который обычно длится несколько лет.

Однако усвоение материала лекции без разбора материала на практических и семинарских занятиях далеко не всегда характеризуется высокой «выживаемостью» знаний. По данным оте-

чественных и зарубежных исследователей, такой показатель редко превышает 25 %. Повысить уровень усвоения лекционного материала, «реабилитировать» лекцию как основу образования в высших учебных заведениях стало целью нашей работы. При этом мы руководствовались как результатами исследований и рекомендациями отечественных и зарубежных коллег, так и собственными педагогическими исследованиями и немалым лекторским опытом.

Основной целью последипломного медицинского обучения является не толкование «азов» составляющей учебной программы (с большей частью материала слушатели уже были ознакомлены при обучении в высшем учебном учреждении и на циклах повышения квалификации), а грамотное упорядочивание имеющихся знаний с их дополнением и развитием на основе новейших медицинских научных достижений. Подготовка к лекции требует самого тщательного отбора материала — главного, основного и существенного, привлечения ярких и выразительных примеров, иллюстрирующих современные положения науки. От лекции требуется также, чтобы она пробуждала и направляла самостоятельную мыслительную деятельность обучаемых, формировала их мировоззрение. Аудитория ждет от преподавателя живого, яркого, содержательного сообщения. Соответственно, преподаватель должен не только всесторонне знать предмет обучения, но и глубоко понимать соответствующие педагогические и психологические проблемы. Здесь от него требуется в дополнение к знаниям и профессиональному опыту широкая эрудиция, логика аргументации, увлеченность своей областью знаний и внутренняя потребность зажечь ею своих коллег. Лектору необходимо не только воздействовать на разум, но и на чувства своих слушателей, т.е. обладать известными навыками красноречия. Непрерывное поддержание высокого уровня мотивации слушателей заключается: в создании проблемной ситуации, обозначении противоречий и выдвижении проблем, связанных с темой лекции; в убеждении слушателей в теоретической и практической значимости материала; в формулировке задач и поддержании познавательного интереса аудитории, смене интонаций, логической точности и четкости изложения содержания с элементами импровизации; в создании дискуссионной ситуации, стимулировании слушателей к осмыслению и обобщению информации.

На лекциях всегда можно установить как состояние излагаемого учебного материала, так и его понимание (усвоение) слушателями по таким признакам, как внимание, интерес, вопросы и т. д. На качественных лекциях процесс рассмотрения учебной информации вполне управляем, и та обратная связь, которая для этого необходима, реально существует. На посредственных же и слабых лекциях обратная связь проявляется по-иному, там слушатели только делают вид, что «внимают», а иногда и не скрывают отсутствие интереса, занимаясь иными, посторонними делами. Посещение таких лекций действительно носит только формальный характер. Но такое положение, как известно, возникает на любых занятиях, если они плохо организованы и бессодержательны. На лекциях такая острота состояния отношений между аудиторией и педагогом выражается сильнее, так как здесь действует только преподаватель, а слушатели лишь воспринимают и усваивают лекцию, оценивая и материал, и лектора. На каждом выступлении, по сути, преподаватель держит экзамен перед аудиторией. Ясно, насколько важным является вопрос о качестве подачи лекционного материала.

Необходимо учитывать и тот факт, что излагаемый материал, хотя и воспринимается и в определенной мере усваивается, еще не закрепляется в прочные знания. Для этого существуют практические, семинарские занятия и самостоятельная работа с лекционным и дополнительным материалом. Все отдельные лекции курса требуют внутрипредметной и междисциплинарной интеграции, последовательности и единства цели.

В первую очередь лектору необходимо позаботиться о том, чтобы его презентация:

— была принята слушателями к сведению, услышана;

— отложилась у них в памяти;

— была использована ими так, как рассчитывал лектор (Стив Джобс).

При этом немалое значение имеет техническая подготовка. Если планируется выполнять записи на доске, должна быть достаточная освещенность объекта, хороший мел, влажная тряпка. Проекционная аппаратура должна быть настроена заранее: демонстрация с «непредусмотренными затруднениями» вызывает несвоевременное отвлечение (или нервозность) аудитории.

По нашему мнению, к лекции должен готовиться не только преподаватель. Слушателям заранее сообщается тема запланированного сообщения, даются рекомендации по использованию литературных источников и материалов. Не факт, что самостоятельная подготовка будет достаточно качественной. В доступной литературе приводится много противоречивых данных, не соответствующих современным стандартам и алгоритмам. Нас, в первую очередь, интересует реализация принципа «подготовленной почвы» (Е.Н. Клигуненко и соавт., 2012). Если аудитория небольшая, достаточно эффективен краткий контроль знаний обучающихся по заданной тематике на протяжении 10–15 минут, который проводится непосредственно перед лекцией. Если об опросе не предупредить заранее, то большая часть слушателей готовиться к лекции самосто-

ятельно не будет в надежде, что лектор обязательно все расскажет. А если предупредить, то и опрашивать не всегда обязательно, сославшись на «очень временные» обстоятельства (лишь бы слушатели подвоха не заметили). Во время лекции «обрывочные сведения» систематизируются, отфильтровываются, дополняются, корригируются, преобразуются в четкие теоретические знания. В результате этого «успешность» и «выживаемость» знаний в среде врачей-курсантов и интернов повышаются на 9–12% (В.В. Ехалов и соавт., 2011).

Одним из условий успеха является исходное наведение дисциплины в аудитории. Принципы демократичности в учебном процессе далеко не всегда правильно понимаются интернами и курсантами. Ведь термины «демократия» и «анархия» отнюдь не синонимы, а антонимы. Сознательность слушателей и их желание обучаться, к превеликому сожалению, тоже оставляет желать лучшего. Если предложить курсанту выбрать между самой познавательной лекцией и личными делами, немалая часть выберет второе. Опоздание слушателя на лекцию независимо от причин — жест неуважения к своим коллегам и лектору. Если уж такое произошло, слушателю корректнее будет дождаться перерыва. Появление опоздавшего в лекционном зале в разгар работы обычно сопровождается формальным извинением, приветствием друзей и коллег, шелестом пластикового пакета (пакетов) и, наконец, после шумного водружения на место, поиском пишущего инструмента. Несколько минут для аудитории при этом безвозвратно потеряно, и не только во временном аспекте — потеряна мысль, смысловая нить повествования. В социуме, где демократические принципы недостаточно действенны, вынужденно должны быть применены командно-административные методы. Согласно известной басне, не стоит заниматься увещеванием «где нужно власть употребить», однако делать это нужно только в корректной форме. Выдающийся педагог А.С. Макаренко писал: «Основной наш принцип — максимальная требовательность при максимальном уважении. Когда наши требования выполняются, мы уважаем человека».

Теперь о самом лекторе. Внешний вид его должен быть опрятным, но не вызывающим. Медицинский халат должен быть истинно белым, без полутонов, хорошо отутюженным. Часто в аудитории присутствуют коллеги с большим профессиональным стажем, с которыми лектор в практическом здравоохранении «не один пуд соли съел». Однако проявление активных эмоций и действий со стороны преподавателя по отношению к обучаемым не является приемлемым, поскольку может вызвать негативные впечатления у других присутствующих.

Когда аудитория незнакомая, то между выступающим и публикой часто возникает стена «официальности», недоверия, препятствующая воздействию на слушателей. Лучше убрать эту стену сразу, хотя со временем она разрушается сама. Этому помогают следующие общие приемы (Н.А. Кашина, 2012):

— доброжелательность, которая выражается в улыбке, доверительном тоне голоса;
— естественность;
— раскрепощенность;
— разговорный стиль изложения;
— свободные жесты и движения.

Немаловажен выбор места для выступления так, чтобы обеспечить возможность установления зрительного контакта со всем залом. Залы бывают разные, просто в метраже такое помещение охарактеризовать трудно. Чаще всего они имеют прямоугольную форму. Лектор, как правило, стоит с узкой стороны. Оптимальным будет расположение, когда между преподавателем и крайними (слева и справа) зрителями в первом ряду образуется равносторонний треугольник (а не просто равнобедренный). Это правило помогает и при других конфигурациях залов. Именно с этой точки зала лучше всего начать выступление, потому что в процессе работы преподаватель будет перемещаться по аудитории: подходить ближе, отходить дальше, смещаться в стороны, не теряя при этом чувства меры. Особое внимание следует уделять тем секторам, откуда выступающий получает сигналы утраты внимания: шевеление, шелест, шепот. В этом случае следует подойти ближе и сказать несколько фраз, обращенных, например, к правому краю. Задавая вопросы, необходимо жестом и взглядом показать ожидание ответа от расположившихся «на галерке». Устанавливая и поддерживая зрительный контакт в ходе выступления, лектор держит в поле внимания эти группы риска с целью воздействия и получения обратной информации. Однако наличие зрительного контакта глаз отнюдь не означает, что преподаватель в данный момент видит всех и каждого. Но впечатление от такого контакта с каждым слушателем создается в том случае, если лектор во время лекции будет переводить медленно взор от одной части аудитории к другой, от передних рядов к задним, не оставляя без внимания никого из слушателей. Однако не следует слишком долго задерживать взгляд на одном из слушателей, выбрав его в качестве определенного «контролирующего прибора». Это может смутить слушателя или, наоборот, будучи польщен столь исключительным вниманием, он может реагировать слишком эмоционально на речь, невольно стараясь показать преподавателю свою расположенность [1]. Лектор может переводить на мгновение взгляд в пол, на таблицу, которую демонстрирует, на свои руки. Но только на мгновение. Даже если он сбился, забыл текст, его бегающий взгляд тут же выдаст «прокол». Если же оратор будет про-

должать смотреть на аудиторию, это создаст впечатление задуманной паузы. И значение того, что он скажет после приостановления изложения, даже возрастет [2].

Говоря о педагогических и психологических качествах лектора, надо обращать внимание на развитие воли и умение подчинить себе аудиторию. Сначала надо заставить себя не бояться аудитории (запугивать аудиторию тоже не стоит). При хорошей подготовке это скоро перейдет в привычку, затем создается уверенность в своих знаниях, а это уже важнейшее условие для воздействия на слушателей.

Предел мечтаний любого лектора — непроизвольное внимание, когда люди не замечают ничего, кроме происходящего. Такое состояние возникает, когда на аудиторию действуют контрастные раздражители. Стоя на трибуне, вообразите себя телевизором. Вообразите, что слушатели держат в руках пульты. Почувствуйте, когда им захочется переключить канал. Изменяйтесь и изменяйте ход происходящего в этот момент, не дожидаясь, когда они нажмут кнопку «off». Удерживайте внимание, чтобы коллеги забыли обо всем, забыли о ходе времени и о том, где они находятся [2]. Умение заставить себя слушать предусматривает внимание аудитории. Процесс восприятия, понимание и усвоение лекционного материала невозможны без внимания, которое заключается в направленности и сосредоточенности психической деятельности человека на определенных объектах или действиях и отвлечении от всего другого, постороннего.

Привлечение внимания надо начинать с первых минут выступления. Закон риторики гласит: лучше всего слушатели запоминают начало и окончание выступления (А. Маслоу). Задача сосредоточения внимания слушателей решается, прежде всего, вступительной частью, однако овладеть вниманием мало — необходимо удержать его на протяжении всей лекции. Устойчивость внимания в большинстве случаев является результатом слияния произвольного и непроизвольного внимания аудитории. Одним из важнейших условий такого слияния является педагогическое мастерство преподавателя, а также соответствие содержания выступления интересам и установкам аудитории. Решается этот вопрос посредством использования правил, методов и приемов достижения и удержания внимания аудитории [3].

Наиболее простым средством привлечения внимания собеседника является нарастание громкости речи, но не повышение голоса до крика. Это недопустимо не только по морально-этическим, но и по тактическим соображениям. Крик любого человека — явный признак его слабости и бессилия. Но при этом нельзя не признать, что некоторое повышение голоса, особенно в начале фразы, не только привлекает внимание, но и оказывает дополнительное воздействие на слушателя.

Существует постулат, что «лекции надо читать достаточно громко, чтобы слышали, и в то же время достаточно тихо, чтобы слушали». Например, темп речи в 60–80 слов в минуту считается нормальным. Как монотонная, «замогильная» речь, так и «сверхэмоциональный визг» приводят к раздражению слушателей и подсознательному сопротивлению усвоению материала (А.Ф. Кони). Конечно, многое зависит и от личных особенностей и качеств преподавателя. Так, например, один преподаватель обладает достаточно громким голосом (а не кричит) и в больших аудиториях принципиально не пользуется микрофоном (он ему просто мешает). На лекции у него большое преимущество: чтобы его не слышать (не слушать), нужно быть «глухим от рождения». Другой же преподаватель буквально «шепчет», монотонность речи делает его лекцию похожей на надгробный речитатив. И вот второй участник учебного процесса задается целью перенять манеру изложения первого. Громко и продуктивно говорить он может только несколько минут, поскольку это требует большой затраты физической энергии. Со временем он теряет собственную мысль и переходит на фальцет, который может даже вызвать смех аудитории (в зависимости от воспитанности слушателей). Выход прост: каждый человек, в том числе и лектор, уникален. Каждый преподаватель индивидуально должен выбирать конкретно для себя действенные и доступные способы подачи информации: современные технические возможности в этом — огромное подспорье.

На лекциях необходимо рациональное чередование повышенного внимания, мыслительного напряжения и ослабления их путем соответствующей разрядки. Лекция по самому сложному, абстрактному предмету допускает юмор, иронические замечания лектора в соответствии, конечно, с содержанием [4]. Но остроты и шутки требуют чувства меры, обоснованного и тонкого умения их подачи. Советские гуманитарии В.А. Сухомлинский, Э.М. Фалькович и др. неоднократно указывали: «Если лектор рассказывает анекдот — этим он доказывает свою несостоятельность как педагога». Прошло некоторое время, забыты жесткие профессиональные и моральные ограничения. Появляется другое мнение: «можно привести пример, затрагивающий непосредственные интересы слушателей, или рассказать короткую забавную историю (анекдот). Так называемые отступления звучат неожиданно и потому позволяют слушателям отдохнуть» (П.Н. Кочетков, 2012). Позвольте же слегка проникнуть в историю понятия «анекдот». Что это, «похабщина» или действенный способ акцентирования внимания слушателей? Толковый словарь гласит: «Анекдот — вымышленный, короткий рас-

сказ о смешном, забавном происшествии», и ничего здесь нет неприличного. Суть построения интриги в таком повествовании заключается в описании довольно банальной ситуации с резко неожиданной концовкой, что и вызывает смех. Поверьте на слово, ежедневная интенсивная работа врача пестрит анекдотическими историями, только нужно их совсем немного обработать и тогда будет смешно. Не стоит, однако, забывать что у разных народов существуют серьезные отличия в восприятии юмора. Без учета этих особенностей можно неожиданно получить эффект, обратный желаемому. Естественно, предлагаемая короткая история не должна включать в себя ничего аморального. Анекдот должен быть тематически связан с излагаемым разделом медицины и способствовать закреплению материала. И, главное, не увлекаться. Одно-два таких отступления за лекцию — норма, три — уже «перебор». Все чрезмерное приводит к обратному ожидаемому эффекту, и изложение легко может потерять свой учебный эффект. Чувство меры, такт, художественный вкус — все это условия эффективного использования юмора в публичном выступлении. Примитивная или грубая шутка, сказанные «невпопад» остроты снизят авторитет оратора (Д.И. Писарев). Очень важно не допустить ситуации, когда в «юмористический процесс» включаются слушатели, это может даже погубить важный раздел лекции.

Проведенный нами анализ более двух тысяч анонимных анкет позволил сделать вывод, что в отношении лекционного материала определения «интересный» или «полезный» для врачей циклов повышения квалификации практически идентичны. В понятии же интерна «интересный материал» больше соответствует определениям «увлекающий», «захватывающий». Определение «полезный» представляет для молодых коллег нечто неизбежно необходимое, требующее затраты труда и времени. Это значит, что при планировании лекции крайне важно учитывать состав аудитории (Е.Н. Клигуненко и соавт., 2012). Речь, в которой содержится нечто новое, любопытное для аудитории, удерживает внимание слушателей сильнее, чем речь, где новизна отсутствует. Любая важная информация проходит «мимо ушей», если в ней много данных и деталей, которые не столь интересны слушателю. Большинство людей не вслушиваются в информацию, если она не очень интересна, либо когда-либо уже прослушивалась. Если человек сталкивается с чем-то скучным и обыденным, мозг начинает отфильтровывать ненужную информацию. Такого не стоит допускать. Все незнакомые слова и термины нужно объяснять аудитории. Не следует перенасыщать его терминологией и иностранными словами. «Наукообразность» языка, приведение результатов специальных исследований (диссертационных работ), понятных самому лектору, но не постижимых для подавляющей массы слушателей, затрудняет восприятие смысла сказанного, вынуждает обучаемых вначале расшифровывать информацию, чтобы понять ее. Защитные возможности нормальной психики выключают активный контакт слушателя с оратором. «Громкие фразы создают атмосферу для тихого сна» (Г. Молодцов).

Цитаты, приводимые в лекции, несомненно, важны, однако и здесь нужно соблюдать меру. «Хорошая цитата подобна изюминке в хлебе, но не выпекайте хлеб из одного изюма» (Э. Кроткий).

Опытный лектор всегда должен «держать туза в рукаве», т. е. в любой момент быть готовым к ответу на «неожиданный» вопрос из зала: «А зачем это нужно?!» Тогда ваш авторитет не пострадает, а только повысится.

Лекция, в содержание которой включены конфликтные ситуации, а также в которой подача фактов или идей дана в противопоставлении, в значительной мере поддерживает внимание слушателей.

Конкретное в речи привлекает внимание сильнее, чем абстрактное. Поэтому с целью поддержания внимания желательно чередовать абстрактные рассуждения с конкретными фактами, примерами, иллюстрациями. «Яркий пример запечатлится в памяти больше, чем проповедь» (Св. Иоанн). Внесите в свою речь что-то необычное. Человек всегда реагирует на необычные вещи. Вы сможете привлечь внимание аудитории, рассказывая об необычных явлениях и своеобразных событиях.

Аудитория, как правило, акцентирует свое внимание на тех моментах лекции, которые «подчеркивает» преподаватель. При этом, конечно, для повторения наиболее важных выводов или мыслей всякий раз следует искать новую, оригинальную форму, избегая однообразия [1]. Прием «акцентировки» используется в тех случаях, когда необходимо обратить особое внимание слушателей на самые важные (с точки зрения говорящего) моменты в сообщении. Данный прием можно реализовать с помощью прямой и косвенной акцентировки. Прямая акцентировка достигается за счет употребления таких фраз, как, например, «прошу обратить внимание», «важно отметить, что...», «необходимо подчеркнуть, что...» и т. д. Косвенная акцентировка происходит, если фрагменты, к которым нужно привлечь внимание, выделяются из общего строя сообщения так, чтобы контрастировать с окружающим фоном и автоматически привлекать внимание.

Акцентировать внимание можно и особенностями презентации. Так, неожиданное появление гиперболизированной или стилизованной анимации, яркого всплывающего окна способствует резкому обострению внимания аудитории. Например, уродливый дрожащий «аватарчик» под-

сознательно внесет в память информацию, что дрожь является благоприятным прогностическим признаком при общем переохлаждении организма, а красный прыгающий заяц — способ приближения к пострадавшему при «шаговом напряжении» электрического тока. Естественно, если объект изображен на нейтральном фоне, то он притягивает взгляд зрителя. Это довольно простой, но очень эффективный способ убедиться в том, что внимание зрителя будет приковано именно к тому объекту, к которому оно подразумевается быть приковано. Также допустимо использовать фактурный фон, однако нужно помнить о том, что фактура не должна быть слишком яркой, иначе она может отвлечь внимание зрителя от главного объекта.

Говорить стоит о том, что несет в себе некий эмоциональный заряд. Эмоции всегда привлекают внимание. Человек реагирует на любой эмоциональный всплеск инстинктивно. Очень важными являются личностные порывы и желания слушателя. Человек всегда относится трепетно к тем вещам, которые касаются его лично. Вам стоит напоминать аудитории о личностных мотивах, которые сопутствуют теме доклада/статьи/речи. Информация, которая не вызывает никаких эмоций, автоматически отфильтровывается.

Когда человек чему-то удивляется или чем-то возмущается, это прекрасно откладывается в памяти, чего мы и добиваемся. Происходит некий разрыв шаблонов, что активизирует деятельность мозга в большей мере. Опытные лекторы, прекрасно владеющие темой, иногда прибегают к провокации: заявляют нечто, что вызывает несогласие аудитории (а, следовательно, привлекает ее внимание), затем совместно с обучаемыми приходят к конструктивным выводам. В современных доступных источниках, особенно в системе Internet без авторизации, нередко появляются ложные или устаревшие рекомендации, которые при изложении лекционного материала нужно подвергать жесткой критике, причем, не мотивируя это собственным мнением, а полагаясь на базисные науки, например, физику и химию. Образец: «Рекомендация для внутривенного введения 5% раствора глюкозы при утоплении в пресной воде абсурдна, поскольку после расхода глюкозы на энергообразование в условиях гиперкатаболизма данный раствор еще более снизит осмолярность плазмы крови и, соответственно, усугубит отек легких, головного мозга и паренхиматозных органов. Элементарные законы перемещения воды и электролитов через полупроницаемую мембрану гарантируют правильность данного утверждения».

О сосредоточенности внимания аудитории свидетельствует тишина в зале, спокойные позы и внимательные взоры слушателей, устремленные на преподавателя. Во время выступления нередко наступает момент, когда внимание слушателей ослабевает. А.Ф. Кони образно назвал невнимание «утомленным вниманием». Для мобилизации внимания существует целый арсенал приемов.

При первых признаках утомления аудитории следует воспользоваться приемами, стимулирующими непроизвольное внимание. Проще всего изменить звучание голоса: интонацию, темп речи, силу звука. Этой же цели служит пауза. «Если взяла паузу, то держи пока возможно» (Луиза Конэлли, актриса).

В использовании приема «вовлечение» следуйте принципу Крещендо: требовать от аудитории необходимо поначалу выполнения простых действий, лишь со временем переходя к сложным. А не наоборот. Так и вопросы: если сразу задать вопрос, требующий развернутого ответа, не удивляйтесь, если в зале «повиснет» пауза. Гораздо результативнее вовлечение работает, если поначалу задавать вопросы простые, реакцией на которые может стать просто кивок головы: «Понятно?», «Так ведь?», «Согласны?», «Продолжим?». Постепенно наращиваем интерактивность и к финалу мы уже вполне обоснованно можем ожидать активного соучастия аудитории.

Переключение внимания мобилизует слушателя, он как бы получает толчок. Переключение внимания происходит, например, когда лектор умело завершает один вопрос или тему, а затем называет следующий. Еще больший эффект дает демонстрация наглядных пособий, предложение что-то записать, ответить на вопрос, сделать несложное вычисление, сопоставить два мнения, словом, любая работа слушателей [1].

Вопросы, которыми прерывается речь, всегда вносят определенную разрядку, обостряют внимание аудитории, заставляют ее мыслить в одном ключе с лектором. Задаваемые лектором вопросы должны четко соответствовать излагаемой тематике. Тем не менее, они могут включать в себя элементы внутри- и межпредметной интеграции. Своевременно заданный заранее запланированный вопрос позволяет аудитории временно мысленно переместиться в «другое русло», некоторое время пребывая в нем, в зависимости от степени отклонения в изложении основного материала. Для интернской аудитории степень девиации не должна превышать первого уровня, для врачебной аудитории допустимо отклонение повествования до второго уровня. Если увлечься и пойти дальше, тогда тщательно выстроенная схема лекции может развалиться как «карточный домик». Тем не менее, вопросы-отклонения являются действенным шагом к другому известному способу акцентуации внимания — «неожиданный перерыв мысли». Как правило, внимание аудитории восстанавливается, если преподаватель неожиданно прерывает начатую мысль и, некоторое время поговорив о другом, вновь возвращается к недоговоренному

ранее. Подобный прием можно использовать и для того, чтобы возвратиться к тому месту речи, которое было случайно пропущено преподавателем («Да, чуть было не забыл…»).

Суть приема «завлечение» заключается в том, что инициатор общения вначале произносит что-то трудно воспринимаемое, например, очень тихо. Собеседнику для понимания приходится предпринимать усилия, которые предполагают концентрацию внимания. При этом необходимо отметить, что прием может оказаться эффективным только в том случае, если инициатору общения уже удалось произвести на собеседника значительное впечатление своим профессионализмом и уверенностью в своих силах. Примером может послужить следующая фраза: «Внутривенное введение фуросемида со скоростью более 4 мг в минуту может привести к нарушению слуха». Последнее слово нужно сказать немного тише других. Обычно в аудитории, в которой преобладают люди уважаемого возраста, с «галерки» сразу поступает вопрос: «Чего-чего снижение?» Повторив фразу, можете не сомневаться, что этого побочного эффекта препарата слушатели уже не забудут [5].

И, наконец, внедрение принципа обратной связи: своеобразный лекционный диалог стимулирует «молчунов», способствует закреплению изложенного материала. Если лекционный материал излагается в виде монолога, то это одностороннее движение информации. В социальном плане — это форма авторитарного управления. [6]. Такой вариант изложения отвергается сегодня прогрессивной частью слушателей, им не нужна казенная, изобилующая известными истинами или назидательная речь. Поэтому переход к диалогу не должен быть воспринят как призыв полностью отказаться от традиционной формы монолога и заменой его обязательным, прямым диалогом со слушателями. Речь идет о более широком и основательном использовании немонологических приемов и видов речи, чтобы максимально активизировать мышление слушателя и тем самым способствовать его активизации в практической деятельности (Савкова З.В.).

Использовав некоторые фрагменты многолетнего педагогического опыта врачей и учителей, мы попытались адаптировать образовательные правила, способы и методы к работе с медицинской аудиторией. Внедрение приведенных обобщенных рекомендаций в лекционный процесс позволило повысить «выживаемость» знаний врачей-интернов и курсантов циклов повышения квалификации на 12–16 %.

Вывод

1. Успех лекции, в первую очередь, зависит от медицинской и педагогической профессиональности преподавателя.
2. Внедрение принципа «подготовленной почвы» оптимизирует эффект лекции.
3. Использование методов привлечения и удержания внимания аудитории значительно повышает уровень усвоения материала слушателями.
4. Методы акцентуации являются важным рычагом восстановления «утомленного внимания».

ЛИТЕРАТУРА

1. Фокин Ю.Г. Преподавание и воспитание в высшей школе: методология, цели и содержание, творчество. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. — Москва. 2002. 224 с.
2. Гандапас Р. Некоторые приемы привлечения и удержания внимания аудитории. <http://skyfamily.ru/idea/2/358_1.htm>.
3. Эрганова Н. Е. Методика профессионального обучения. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений — Москва. 2007. 160 с.
4. Станин Д.М., Ехалов В.В., Сединкин В.А. Использование юмора в процессе подготовки специалиста-медика / Збірка наукових статей: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Психолого-педагогічні проблеми становлення сучасного фахівця», Харків: «ХОГОКЗ». 2014. С. 308–311.
5. Ехалов В.В., Станин Д.М. Лященко О.В., Гайдук О.И. Вопросы оптимизации усвоения лекционного материала в последипломном медицинском образовании // Перспективні напрями розвитку сучасних медичних та фармацевтичних наук: Збірка матеріалів міжнародної науково-практичної конференції. — Дніпропетровськ: Організація наукових медичних досліджень «Salutem». 2015. С. 32–36.
6. Маркачева Т. Б., Ножин Е. А. Мастерство публичного выступления. — Москва. 1988. С. 146.

УДК:616.517-002-092-08-84

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

А.Б. РАХМАТОВ, М.Ю. АЛИАХУНОВА, Х.Т. МИРАХМЕДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз; Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

ПСОРИАТИК АРТРИТ МУАММОСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ХОЛАТИ

А.Б. Рахматов, М.Ю. Алиахунова, Х.Т. Мирахмедова

Псориатик артритнинг этиопатогенези ва диагностикаси тугрисидаги малумотлар маколаларда келтириб утилмокда, бунда касалликни терапевтик даво усулини такомиллаштириш ахамиятга олинган.

Калит сузлар: псориатик артрит, патогенез, диагностика, критериялар, даволаш.

SUMMARY

MODERN STATUS OF PROBLEMS OF THE PSORIATIC ARTHRITIS

A.B. Rakhmatov, M.Y. Aliahunova, H.T. Mirahmedova

Here will be showed information about etiology, pathogenesis and diagnosis of psoriatic arthritis from articles. In this article given attention to improving methods of treatment of disease.

Keywords: psoriatic arthritis, pathogenesis, diagnosis, criterion, treatment.

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

А.Б. Рахматов, М.Ю. Алиахунова, Х.Т. Мирахмедова

Рассматриваются литературные данные по этиопатогенезу и диагностике псориатического артрита, которые намечают пути терапевтической коррекции заболевания.

Ключевые слова: псориатический артрит, патогенез, диагностика, критерии, лечение.

Псориатический артрит (ПА) имеет не только медицинское, но и большое социальное значение, что обусловлено его значительной распространенностью и прогрессирующим характером течения, приводящим к нетрудоспособности и ранней инвалидизации больных. ПА можно сравнить по темпам прогрессирования, инвалидизации и ухудшения качества жизни пациентов с ревматоидным артритом [12, 24, 82].

Для более глубокого понимания проблемы ПА следует различать псориаз и ПА, которые являются самостоятельными заболеваниями со своей генетикой, особенностями течения и клинической картины, однако между этими заболеваниями имеется тесная взаимосвязь и взаимообусловленность [1].

Серьезных работ по эпидемиологии ПА не проводилось. Однако известно, что псориаз поражает 2–7 % населения нашей планеты [8, 9]. Распространенность артрита среди больных псориазом, по разным данным, колеблется от 7 до 47 % [35, 58, 67]. Что же касается распространенности ПА в общей популяции, то она составляет 0,04–1,4 %, причем в некоторых странах, например, в Италии, это заболевание встречается чаще, чем ревматоидный артрит. В комплексном исследовании C. Salvarini и соавт. (1995) [85], где в качестве экспертов были привлечены ревматологи и дерматологи, распространенность псориатического артрита у больных псориазом составила 36 %, при этом использовались критерии как Европейской группы по изучению спондилоартропатий, так и критерии B. Amor. Рахматов А.Б. (2009) [25], обследовав более 33 тысяч жителей сельских районов Узбекистана, выявил 317 больных псориазом, из них у 19,2 % диагностирована артропатическая форма псориаза. В то же время, рассматривая распространенность артрита у больных псориазом, следует делать поправку на возможность развития псориатического артрита без сопутствующего псориаза (arthritis sine psoriasis).

Несмотря на многолетний опыт изучения заболевания, этиология ПА остается неизвестной, недостаточно изучены многие аспекты патогенеза, вызывает затруднение диагностика. В последние 10–15 лет взгляды на основные аспекты проблемы существенно изменились.

Псориатический артрит — одно из основных воспалительных заболеваний суставов и позвоночника — наряду с анкилозирующим спондилоартритом и реактивными артритами относится к серонегативным спондилоартритам/спондилопатиям. Серонегативные спондилоартриты относятся к иммуновоспалительным заболеваниям, основное значение в развитии которых имеют тяжелые нарушения иммунитета, характеризующиеся как аутоиммунитет и аутовоспаление [16, 21].

Причины развития ПА остаются невыясненными, среди факторов формирования можно выделить генетические, иммунологические и факторы внешней среды. Однако основой патогенетического механизма является активизация клеточного иммунитета у лиц с врожденной предрасположенностью. Генетические аспекты псориатического артрита отражены в ряде работ Ибрагимова Ш.И. (1983); Рахматова А.Б. (1990), Солиева Т.С. (2002), Эрдес (1987), Eder L., et al. (2012), Costantino F. et al (2012) [10, 27, 32, 36, 51, 46]. Проведенные исследования показали, что в развитии псориатического артрита большую роль играют наследственные факторы. Проверка генетических гипотез о типе наследования ПА показала соответствие заболевания признакам мультифакториальности: наследуемость подверженности по Фалконеру составила 68 %. При обследовании семей пробандов ПА получены доказательства генетической предрасположенности к этому заболеванию. Частота вторичных случаев ПА среди родственников 1 степени родства составила 2,0 %, что в 20 раз превосходит распространенность в популяции (0,1 %), частота неосложненного псориаза — 13,3 % (в популяции — 0,7 %). Изучение распределения генетических маркеров при ПА и неосложненном псориазе выявило связь с антигеном Р1, фенотипом гаптоглобина I–I и некоторыми дерматоглифическими параметрами. Результаты исследования у больных антигенов тканевой совместимости позволили обнаружить закономерную корреляцию между носительством определенных лейкоцитарных антигенов и клиническими проявлениями заболевания.

При ПА достоверно чаще, чем у больных псориазом и здоровых, выявляются HLA-B 27, HLA-B 38, HLA-C 06. HLA-B 27 тесно ассоциирован с рентгенологическими признаками сакроилиита, а HLA-B 38 и B 39 — с периферическим артритом, HLA DR4 определяется при ревматоидоподобном заболевании, сопровождающимся тяжелым артритом, а HLA B 27, B 39 и DQw3 ассоциируются с прогрессированием ПА [51, 59, 72].

При псориазе также известно большое количество генов, которые, как и при ПА, не только определяют наследственную предрасположенность, но и отвечают за гетерогенность чешуйчатого лишая [40]. К ним относится семейство генов psors HLA — Cw6, B17, B57, B13, HLA-Cw2, 17q. Эти гены отличаются от тех, которые выявляются при ПА. Такие данные служат веским аргументом концепции, согласно которой псориаз и ПА являются разными заболеваниями с присущими им факторами риска, хотя между ними существует тесная взаимосвязь и взаимообусловленность [2]

В патогенезе ПА определенное значение имеет гиперпродукция циркулирующих иммунных комплексов, содержащих иммуноглобулин А (IgA), при этом заболевании выявлена поликлональная гаммапатия, установлено преобладание CD4+ Т-лимфоцитов в клеточных инфильтратах синовии. Лимфоцитарная инфильтрация характерна для псориатических бляшек, синовиальной оболочки и энтезисов. В этих зонах выявляется большое количество В-лимфоцитов, хотя псориаз и ПА не ассоциированы с высоким уровнем выработки аутоантител, а функция В-клеточной инфильтрации при этих заболеваниях недостаточно изучена. Установлено, что при ПА наблюдается активация клеточного ответа с ведущей ролью Т-лимфоцитов. Т-клеточные инфильтраты кожи и синовиальной оболочки состоят в основном из CD8+ и CD4+ Т-лимфоцитов (с преобладанием CD4+ Т-лимфоцитов) в соотношении 2:1, в то время как в энтезисах и синовиальной жидкости соотношение CD4:CD8 меняется на противоположное. Эти клетки продуцируют цитокины Th1-типа, например фактор некроза опухоли α (ФНО-α), интерлейкин 2 (ИЛ-2), интерферон γ (ИНФ-γ), которые обладают провоспалительной активностью [26, 44, 47, 80, 90].

В понимании патогенеза псориаза и ПА существенное место принадлежит дисбалансу про- и противовоспалительных цитокинов, таких как ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-12, ИЛ-17, ИЛ-23, и хемокинов [31, 74, 91]. При этих патологических состояниях наблюдается повышение концентрации ФНО-α в биологических средах и тканях организма, в частности в очагах псориаза, синовиальной оболочке, энтезах, синовиальной жидкости и крови, которое соответствует степени активности воспалительного процесса. Экспрессия провоспалительных цитокинов в синовиальной оболочке, включая ФНО-α, ИЛ-2, ИНФ-γ и особенно ИЛ-10, при ПА выше, чем при ревматоидном артрите, т. е. том заболевании, которое рассматривается в качестве модели значительных нарушений дисбаланса цитокинов. ФНО-α обладает воспалительной и иммунорегуляторной активностью. Он повышает экспрессию клеточных и сосудистых молекул адгезии-1, которые участвуют в миграции лимфоцитов в зону воспаления, активирует лимфоциты и пролиферацию фибробластов, стимулирует синтез простагландинов, лейкотриенов, оксида азота и матриксных металлопротеиназ, в частности коллагеназы, стромелизина и желатиназы, индуцирующих хрящевую и костную деструкцию. ФНО-α путем активации

факторов транскрипции регулирует активность нескольких генов, кодирующих синтез провоспалительных цитокинов, таких как ИЛ-1, ИЛ-6, гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор, ИНФ-γ и провоспалительных хемокинов (ИЛ-8 или RANTES), а также других медиаторов воспаления. Кроме того, воздействуя на гепатоциты, он регулирует острофазовый ответ, повышая содержание С-реактивного и других острофазовых белков. ФНО-α индуцирует синтез свободных кислородных радикалов и тормозит апоптоз воспалительных клеток. Он принимает активное участие в костном ремодулировании, усиливая RANKL-зависимый остеокластогенез, и, возможно, ответствен за развитие внутрисуставного остеолиза у больных ПА, столь характерного стигмата этого заболевания [30, 39, 43].

Исследованиями последних лет установлена взаимосвязь между отдельными генами предрасположенности к псориазу и ПА с экспрессией отдельных цитокинов. Так, показана достоверная ассоциация между HLA-Cw6, обычно выявляемого у больных псориазом и ПА молодого возраста, с ФНО-α, а также генов предрасположенности семейства PSORS, расположенных в локусах 1, 3, 6 с ФНО-α, ИЛ-1 и ИЛ-8. Эти данные представляют большой интерес и являются своеобразным «мостом» между генетической и иммунологической концепциями псориаза и ПА, а также ключом к развитию их генной коррекции [2].

В исследовании J. Balding с соавт. [39] была выявлена достоверная связь аллелей ФНО-α-308 А и ФНО-β-252 с рентгенологической деструкцией и быстро прогрессирующим течением артрита при раннем ПА. Возможное использование HLA и ФНО генов как прогностических маркеров в клинике раннего ПА требует дальнейшей оценки и остается в круге активного исследовательского интереса [19, 65]. Идентификация полиморфных вариантов генов иммунного ответа (генов цитокинов и их рецепторов) — перспективное направление в изучении генетических факторов риска развития воспаления в коже и суставах при псориазе и ПА. Поиск генетических маркеров риска развития псориаза и ПА является важным шагом персонализированного подхода к прогнозу течения заболевания и формированию профилактических мероприятий с целью предупреждения прогрессирования патологического процесса [30]. Хотя многое в этиологии и патогенезе ПА остается недостаточно изученным, в последние годы терапия этого заболевания, ассоциированного псориазом, претерпела значительные изменения и стала более эффективной. Появление данных о роли провоспалительных цитокинов в патогенезе ПА привело к широкому применению синтетических базисных противовоспалительных и генно-инженерных биологических препаратов [15, 42, 53, 71].

Ожирение и табакокурение рассматриваются в качестве факторов, повышающих риск развития ПА у больных псориазом, особенно у лиц молодого возраста [69]

Псориатический артрит — хроническое прогрессирующее системное заболевание, ассоциированное с псориазом, характеризуется преимущественной локализацией воспалительного процесса в опорно-двигательном аппарате и приводит к развитию эрозивного артрита, сакроилеита, спондилоартрита, энтезита и внутрисуставного остеолиза. а также к системным нарушениям и разнообразным коморбидным состояниям [2, 22, 35, 82]. При ПА, в отличие от ревматоидного артрита, первичной локализацией патологического процесса является не синовиальная оболочка, а кость и энтезы, при этом последние имеют первостепенное значение [74]. Энтезиты лежат в основе многих характерных стигматов этого заболевания, таких как дактилит, типичные параартикулярные явления, внутрисуставной остеолиз, паравертебральные оссификаты, периостальные наслоения, прежде всего, на костях таза, пяточные шпоры и т. д. В этом плане ПА, как и другие спондилоартриты, можно рассматривать с позиции «генерализованной энтезопатии» [4, 55].

До настоящего времени не существует единых критериев диагностики и классификации ПА. Это создает сложности при постановке диагноза на ранней стадии, особенно при не очевидных псориатических изменениях кожи [92, 64]. Распространенными являются критерии J.M.H. Moll и V. Wright [76], в которых ПА определен как воспалительный артрит, ассоциированный с псориазом и негативный по ревматоидному фактору (РФ), и выделено 5 форм ПА в зависимости от клинической картины: 1 — асимметричный моно-/олигоартрит; 2 — мутилирующий артрит; 3 — артрит дистальных межфаланговых суставов; 4 — ревматоидоподобный полиартрит; 5 — псориатический спондилит.

Асимметричный моно-/олигоартрит встречается у большинства (до 70 %) больных ПА. Обычно вовлекаются коленные, лучезапястные, голеностопные, локтевые, а также межфаланговые суставы кистей и стоп, при этом общее число воспаленных суставов не превышает четырех [13].

Мутилирующий артрит — редкая клиническая форма ПА — наблюдается у 5 % больных и характеризуется распространенной резорбцией суставных поверхностей (остеолиз) с укорочением пальцев кистей и/или стоп с формированием «телескопической деформации», укорочения, разнонаправленных подвывихов пальцев конечностей. В то же время локальный (ограниченный) остеолиз суставных поверхностей может развиваться при всех клинических вариантах ПА. Как упоминали в своей монографии профессор В.А. Молочков и соавт. [20], «внутрисуставной осте-

олиз — один из наиболее значимых симптомов ПА придает этому заболеванию столь характерную картину, которая не встречается ни при какой другой ревматической болезни». И с этим утверждением сложно спорить, хотя рентгенологические изменения, описываемые как «карандаш в стакане» (pencil-incup), отмечены также при системном склерозе и болезни Бехчета. Однако данное состояние действительно встречается практически только при ПА, причем данная патология не связана ни с эндокринными заболеваниями, ни с остеопорозом.

Артрит дистальных межфаланговых суставов (ДМФС) кистей и/или стоп наблюдается у 5% больных ПА. Вовлечение ДМФС наряду с другими суставами часто наблюдают при других клинических вариантах ПА. Вовлечение ДМФС встречается у 20–39% пациентов с ранним ПА. В Дублинской когорте раннего ПА вовлечение ДМФС ассоциировалось с клиническими проявлениями энтезопатий и поражением ногтей, но обычно не влияло на неблагоприятный клинический или рентгенологический исход болезни [66].

Симметричный полиартрит, наблюдаемый у 15–20% пациентов с ПА, характеризуется вовлечением парных суставных (ревматоидоподобная форма) областей как при РА. Часто наблюдают асимметричный полиартрит пяти или более суставов.

Псориатический спондилит (ПС) — преимущественное поражение позвоночника характеризуется воспалительным поражением позвоночника, крестцово-подвздошного соединения как при анкилозирующем спондилоартрите, часто сочетается с периферическим артритом, редко (до 5%) наблюдают изолированный спондилит.

В когорте из 130 пациентов с ПА, находящихся под наблюдением в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, преимущественно дистальная форма заболевания отмечена у 5%, асимметричный олигоартрит — у 25%, асимметричный полиартрит — у 63%, ревматоидоподобная форма — у 3%, мутилирующий артрит — у 5% [12].

Наиболее удобной является отечественная классификация ПА одного из ведущих специалистов по данной патологии В.В. Бадокина, (1995) [1]. В первом варианте указаны клинические формы, варианты суставного синдрома и наличие системных проявлений. Второй вариант отражает введение в классификацию основных параметров псориаза, что определяется взаимообусловленностью двух главных синдромов ПА — кожного и суставного.

В 2006 г. были опубликованы новые классификационные критерии, разработанные международной группой CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis) [62]. Эта работа основана на изучении 588 больных ПА и 536 больных с другими синдромо-сходными заболеваниями, включая 383 — с ревматоидным артритом, 72 — с анкилозирующим спондилоартритом, 38 — с недифференцированным артритом, системными заболеваниями соединительной ткани — 14 и с другими заболеваниями — 28 больных. Данные критерии включают наличие псориаза, псориаз в анамнезе или семейный псориаз, дактилит, ремодуляцию кости (периоститы, формирование костных анкилозов), отрицательный ревматоидный фактор, дистрофию ногтевых пластинок. Диагноз ПА устанавливается при наличии минимум трех баллов, при этом псориатические высыпания на коже оценивается в 2 балла, все остальные критерии — 1 балл. Эти критерии оказались более специфичными (0,99) по сравнению с другими предложенными ранее, хотя их чувствительность оказалась не столь высокой (табл. 1). Учитывая высокие показатели основных аналитических характеристик критериев CASPAR и их валидизацию, использование данных критериев для диагностики ПА является обязательным.

Таблица 1

Критерии ПА CASPAR

Признаки	Баллы
1. Псориаз: псориаз в момент осмотра псориаз в анамнезе семейный анамнез псориаза	 2 1 1
2. Псориатическая дистрофия ногтей: точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз	1
3. Отрицательный результат теста на РФ (кроме латекс-теста)	1
4. Дактилит: припухлость всего пальца в момент осмотра дактилит в анамнезе (зафиксированный ревматологом)	 1 1
5. Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и стоп	1

Трудности своевременной диагностики ПА обусловлены чрезвычайной вариабельностью его проявлений, многообразием клинико-анатомических вариантов суставного синдрома и вариантов дебюта, различными сочетаниями основных синдромов [7, 34, 48]. Болезнь может начаться в любом возрасте, но пик заболеваемости приходится на вторую и третью декады жизни, мужчины и женщины болеют одинаково часто. У 70% больных псориатическое поражение кожи появляется раньше поражения суставов, позвоночника или энтезисов, у 20% развиваются одновременно, у 15–20% ПА возникает до первых клинических проявлений псориаза [78]. Клиническая картина заболевания вариабельна и может иметь сходство как с РА (периферический

артрит), так и с анкилозирующим спондилитом (спондилит и сакроилиит).

Не вызывает сомнений большое значение кожного синдрома в распознании ПА. Но отсутствие псориаза еще не исключает диагноз ПА. По данным Бадокина В.В. [3], в 29% случаев высыпания псориаза на коже появились спустя длительный период от начала первых симптомов поражения суставов и позвоночника, порой достигая 20 лет и более. Выделяют даже самостоятельный вариант ПА без кожных проявлений дерматоза. С этим согласуется концепция о первичном и вторичном латентном псориазе. Кроме того, возможна псориатическая онихопатия без кожных высыпаний [38, 73]. Единого мнения о влиянии псориаза на тяжесть артрита пока нет. При анализе когорт пациентов с ранним ПА [66] не было получено убедительных данных о взаимосвязи между тяжестью поражения кожи и суставов. Большинство исследователей считают [1, 6, 58], что характер дерматоза оказывает влияние на формирование клинико-морфологических вариантов суставного синдрома и других особенностей поражения суставов, включая темпы прогрессирования костно-хрящевой деструкции, активность заболевания, другие параметры патологического процесса и, в частности, выраженность системных проявлений. На практике это означает, что более легкое течение кожного процесса, как правило, сочетается с благоприятным течением артрита, и наоборот, атипичные формы кожного псориаза ассоциируются с тяжелым, быстро прогрессирующим генерализованным суставным синдромом. Так, вульгарный очаговый псориаз сочетается с дистальным или моноолигоартритическим вариантом артрита и длительным сохранением функциональной способности суставов. Экссудативный и атипичный дерматоз (эритродермия, пустулезный псориаз) сопровождается развитием генерализованного артрита, остеолитического и спондилоартритического вариантов быстро прогрессирующего течения.

К основным клиническим проявлениям ПА относят: периферический артрит, дактилит, энтезит, спондилит [13, 52, 62, 79]. Клинически *периферический артрит* проявляется болью, припухлостью, ограничением подвижности суставов. Характерные признаки — асимметричное, часто хаотичное вовлечение отдельных суставов кистей или стоп, осевой артрит (одновременное воспаление трех суставов одного пальца), артрит дистальных межфаланговых суставов кистей, I плюснефаланговых суставов, I запястно-пястных суставов кистей (т. е. суставы — исключения для РА), а также I межфаланговых суставов кистей и стоп, возможно изолированное вовлечение одного или двух коленных суставов с накоплением большого количества внутрисуставного выпота.

Дактилит (син. воспаление пальца), или палец в виде «сосиски» (характерный признак ПА), наблюдается у 39% больных, особенно на ранней стадии заболевания. Исследования по визуализации дактилита показали, что это прежде всего теносиновит сгибателя пальца с отеком окружающих мягких тканей и различной степени выраженности синовитом мелких суставов. Проявляется болью, равномерной припухлостью всего пальца с цианотично-багровым окрашиванием кожных покровов, плотным отеком пальца, болевым ограничением сгибания; формируется характерная для ПА «сосискообразная» деформация пальца. Дактилит является прогностически неблагоприятным фактором в отношении развития эрозий суставов.

Энтезит — воспаление в месте прикрепления сухожилий и связок к кости — также является характерным признаком раннего ПА. Энтезит при раннем ПА чаще всего локализуется в месте прикрепления подошвенного апоневроза к пяточной кости, ахиллова сухожилия, а также связки надколенника и сухожилия четырехглавой мышцы бедра. Анализ 401 пациента итальянской когорты выявил 14 человек, имевших энтезит и дактилит как единственное проявление ПА [86].

Псориатический спондилит — преимущественное поражение позвоночника — часто наблюдается в сочетании с периферическим артритом. Изолированный ПС наблюдается редко (до 5% случаев). В целом, поражение позвоночника может наблюдаться при любой клинической форме ПА, по некоторым оценкам, у 25–70% больных. Клинически ПС проявляется воспалительной болью в спине (ВБС) по критериям ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society — Международное общество по изучению спондилоартритов) в любом отделе позвоночника, главным образом, в шейном и поясничном, скованностью, особенно при фиксированных позах и в утреннее время, ограничением подвижности позвоночника в трех плоскостях (горизонтальная, фронтальная, сагиттальная), снижением экскурсии грудной клетки, у части больных отмечается боль в грудной клетке при дыхании, а также болезненность при пальпации остистых отростков тел позвонков [77]. ВБС может быть как длительный, так и кратковременный. Нередко ПС протекает малосимптомно, без заметных функциональных нарушений, несмотря на наличие грубых синдесмофитов и/или паравертебральных оссификатов, выявляемых при рентгенографии позвоночника. К другим поражениям аксиального скелета при ПА относят сакроилиит, часто асимметричный. Клинически проявляется перемежающейся болью в ягодицах или ВБС. Для ПА характерно медленное рентгенографическое прогрессирование сакроилиита, при длительном течении ПА полный анкилоз крестцово-подвздошных суставов наблюдается у 6% больных.

К нерешенным аспектам проблемы ПА относятся и висцеральные поражения, которые не

нашли достаточного освещения в специальной литературе. У больных ПА наблюдаются лимфаденопатия, метаболический синдром, кардиоваскулярные заболевания, поражение печени, почек, глаз, нейромышечный синдром и синдром Рейно [3, 6, 23, 28, 38, 87]. Среди системных проявлений наблюдается разнообразная глазная симптоматика: от псориатического блефарита до острого переднего увеита со значительной потерей остроты зрения. По данным литературы, вовлечение органа зрения в орбиту патологического процесса при ПА достигает 31 %. При ПА возможно развитие хронического гепатита, цирроза и амилоидоза печени. Особенностью гепатопатий при ПА является малая выраженность ее клинических проявлений. В индуцировании поражения печени имеют значения особенности кожного синдрома и активность заболевания. Верификация поражения печени представляется чрезвычайно важной, особенно в плане выбора объема терапевтических мероприятий и, прежде всего, назначения модифицирующих препаратов. В большинстве случаев гепатомегалия не сопровождается нарушением функционального состояния печени. Частота поражения печени не коррелирует с давностью заболевания и тяжестью артрита, но имеет определенную зависимость с активностью заболевания и выраженностью других висцеропатий. Псориаз и ПА являются факторами риска развития кардиоваскулярных заболеваний. При ПА показатель смертности выше по сравнению с популяционной (у мужчин на 59 %, у женщин на 65 %) [33, 60]. В исследованиях на крупных выборках больных ПА (более 3 тыс. человек) показано повышенное по сравнению с популяцией распространение атеросклероза — в 1,4 раза, ИБС — в 1,3 раза, заболеваний, связанных с нарушением периферического кровообращения, — в 1,6 раза, СД 2-го типа — в 1,5 раза, гиперлипидемии — в 1,2 раза, артериальной гипертензии — в 1,3 раза [19, 70, 89]. При ПА и псориазе у половины пациентов выявляют метаболический синдром, нарушения сердечной проводимости, признаки атеросклероза в виде утолщения комплекса интима–медиа сонных артерий [14, 29].

Нет специфических биохимических или иммунологических маркеров. Все это приводит к несвоевременному распознаванию этого заболевания. [61]. Мало изучены вопросы взаимосвязи клинических показателей с демографическими признаками (пол, возраст, национальность) пациента. При псориазе может развиться любое ревматическое заболевание [37]. Диагноз ПА устанавливают, в первую очередь, на основании выявления типичных клинических и рентгенологических признаков [5, 16, 57]. Ревматоидный фактор (РФ) в крови обычно отсутствует. В редких случаях (12 и 17 % соответственно) обнаруживают РФ и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), главным образом, в низких титрах. Как и при других воспалительных заболеваниях, выявляется увеличение скорости оседания эритроцитов и С-реактивного белка. В последние годы пытаются выделить генетические маркеры развития ПА, идентифицировать различные аллели человеческого лейкоцитарного антигена (Human leucocyte antigen HLA). Анализ синовиальной жидкости не дает специфических результатов, иногда обнаруживается высокий цитоз. Инструментальная диагностика ПА включает минимально обязательное стандартное рентгенографическое исследование кистей, стоп, таза (в прямой проекции).

Несмотря на успехи в диагностике и лечении суставного синдрома при ПА, остается недостаточно разработанной конкретная оценка составляющих опорно-двигательного аппарата, тем более что не всегда клиническая и лабораторная картина болезни соответствует собственно патологическому процессу в суставах. В свете вышесказанного становится очевидной важность разработки показаний к использованию современных методов диагностики, в частности методов визуализации, которые могли бы дать объективную информацию о состоянии определенного сустава. К таким методам относятся компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) и ультразвуковое исследование (УЗИ) [45].

Рентгенографию считают стандартным инструментальным методом обследования больных с воспалительными заболеваниями суставов. При раннем ПА самыми частыми рентгенологическими изменениями являются отек мягких тканей, эрозии суставов, сужение суставной щели и периостит [63]. В последние годы возрос интерес к изучению ранних форм ПА, что обусловлено как совершенствованием инструментальной диагностики поражения суставов и околосуставных структур (капсула сустава, сухожильно-связочный аппарат), так и расширением возможностей лечения этого заболевания у пациентов с факторами неблагоприятного прогноза [17]. В последние 10 лет одним из самых доступных для диагностики состояния опорно-двигательного аппарата, в частности при ревматических болезнях, стало УЗИ [50]. Простота, безопасность и неинвазивность, высокая информативность новых ультразвуковых технологий обеспечили УЗИ приоритет среди инструментальных методов исследования суставов и мягких тканей [4]. Высокоразрешающее ультразвуковое исследование является чувствительным методом для определения синовита и энтезитов при установленном ПА [49], превосходящее даже, по мнению некоторых авторов, МРТ [41]. УЗИ обеспечивает более высокое разрешение при исследовании инфраструктуры сухожилий и связок, чем МРТ и позволяет в реальном времени клинически оценить каждую обнаруженную патологию. При

раннем ПА, как и при раннем РА, УЗИ оказалось более чувствительным, чем клиническое обследование в определении синовита и выпота в суставах, а также при диагностике энтезитов, обнаруживая эрозивный процесс в суставах и местах прикрепления энтезисов при длительности болезни менее 12 недель [84]. Были опубликованы данные контролируемого исследования, свидетельствующие о выявлении при УЗИ энтезитов нижних конечностей у пациентов с псориазом без клинических признаков артропатии [55]. По мнению авторов, это свидетельствует о субклиническом, бессимптомном воспалении энтезисов у больных с псориазом и может способствовать ранней диагностике ПА, что требует подтверждения при динамическом наблюдении за этой группой пациентов. Однако число публикаций о возможности УЗИ при исследовании больных ПА уступает таковому при РА [19].

МРТ позволяет получить четкое изображение мягких тканей хряща и кости с более широким полем зрения, чем стандартное УЗИ. МРТ и УЗИ имеют сходные показания для определения синовита, энтезита и эрозий при раннем ПА, хотя применение МРТ ограничено из-за его отсутствия во многих клиниках и дороговизны. МРТ исследования при спондилоартропатиях выявили воспалительные изменения в энтезисах на ранней стадии болезни, это позволило предложить основанную на МРТ-изображениях классификацию раннего ПА, сосредоточенную на анатомической локализации болезни, что требует проспективного анализа [18, 75, 81].

КТ обладает огромными возможностями для выявления изменений костной ткани. Она является более информативным методом по сравнению с рентгенографией, но уступает УЗИ и МРТ в выявлении ранних костных эрозий в головке бедра при РА и в диагностике синовита [11]. В связи с тем, что КТ является радиоактивным методом, УЗИ и МРТ предпочтительнее для оценки суставов при раннем воспалительном артрите. КТ и МРТ сравнимы при визуализации хронического сакроилиита, однако МРТ предпочтительнее при раннем сакроилиите и спондилите, так как способна выявить субхондральный и костный отек — ранний признак активного сакроилиита и спондилита.

Исследование R. Scarpa с соавт. [84] показало существенное расхождение между клиническими результатами и данными инструментального обследования. Клинические проявления раннего ПА могут быть недостаточно явными. Полученные данные убедительно доказали, что под маской олиго-энтезоартрита при ПА на самом деле может скрываться полиартрит, что увеличивает риск клинической прогрессии болезни. Авторы пришли к заключению, что ранний ПА является энтезоартикулярным синдромом с постоянным риском клинической прогрессии. Обнаружение воспаленных энтезисов — это отличительный клинический признак, который помогает дифференцировать ПА на ранней стадии от других заболеваний суставов, таких как РА, особенно ранний. Большинство клинических исследований по ПА проведены на группах пациентов с установленным диагнозом ПА, уже имеющих необратимые изменения суставов и разную степень прогрессии болезни. Хронологическое определение раннего ПА было экстраполировано из исследований раннего РА. Ранний ПА — это периферический артрит длительностью менее 2 лет без предшествующего лечения БПВП [63]. Диагноз раннего ПА следует рассматривать, когда у пациента с псориазом или семейным анамнезом псориаза имеется периферический артрит (в первую очередь олигоартрит с вовлечением дистальных межфаланговых суставов — ДМФС), энтезит, теносиновит, дактилит и/или боль в спине воспалительного характера (спондилит). Опыт изучения раннего РА показывает, что ранняя диагностика и лечение воспалительного артрита может привести к лучшему исходу в отношении деструкции и функции суставов. Эти данные говорят о необходимости акцентировать внимание на раннюю диагностику и более интенсивное лечение пациентов с ПА [54, 56, 88]. Внедрение в дебюте болезни генно-синтезированных биологических препаратов подводит клиницистов к лечению, конечной целью которого являются все три органа-мишени ПА: кожа, синовия и энтезисы. Длительное наблюдение за когортами больных, которым был поставлен ранний диагноз и назначено интенсивное лечение, позволит доказать, что такой подход приведет к улучшению исходов у пациентов с ПА [91, 92].

Таким образом, ПА имеет важное медицинское и социальное значение, поскольку это хроническое, прогрессирующее заболевание, которое приводит к деструкции и деформации суставов, потере их функции, что негативно отражается на качестве жизни, работоспособности и продолжительности жизни больных. Трудности диагностики псориатического артрита в дебюте заболевания обусловлены полиморфизмом его клинических проявлений, специфичность которых недостаточно выражена. Несмотря на наличие определенного уровня знаний об участии иммунной системы, определенных генетических структур и факторов внешней среды, в патогенезе ПА не установлена специфичность указанных признаков для формирования заболевания и его прогрессии. В настоящее время исследования по уточнению значимости цитокинов в патогенезе ПА интенсивно продолжаются, что особенно важно в связи с разработкой новых лекарственных препаратов, способных влиять на течение и

прогноз заболевания, среди которых особое внимание привлекают ингибиторы ФНО-α. Наиболее важными остаются теоретические исследования в области изучения HLA антигенов, их субтипов, структуры, функции и роли в патогенезе ПА. Прогресс в изучении патогенеза ПА и создание новых лекарственных средств могут изменить и стратегию его терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадокин В.В. Псориатический артрит: клиника, диагностика, лечение. Автореф. дис. д. м. н. — Москва. 2003.
2. Бадокин В.В. Ревматология. Клинические лекции. Под ред. Бадокина В.В. — М.: «Литтерра». 2012. С. 151–82.
3. Бадокин В.В. Псориатический артрит и псориаз: проблема взаимосвязи и взаимообусловленности. Избранные лекции по клинической ревматологии. — М.: «Медицина». 2001. С. 82–90.
4. Бадокин В.В. Трошкина И.А. Клинико-инструментальная оценка энтезитов при раннем псориатическом артрите // Врач скорой помощи. 2012. №9. С. 53–59.
5. Бадокин В.В., Трошкина И.А., Александрова Е.Н. Ревматоидный фактор и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду у больных с псориатическим артритом. // Научно-практическая ревматология. 2011. №5. С. 32–7. http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2011-1458.
6. Бекмуратова Э.Э., Мирахмедова Х.Т., Акбаров Ш.Ф. Некоторые показатели липидного и пуринового обмена у больных псориазом и псориатическим артритом. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2013. №2. С. 4–7.
7. Егоров И.В. Случай псориатической артропатии: сложности диагностики и лечебный подход // Справочник поликлинического врача. 2012. №1. С. 21–26.
8. Завадский В. Псориаз // Медицинская газета. 2013. № 66.
9. Знаменская Л.Ф., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В., Минеева А.А. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации // Вестник дерматологии и венерологии. 2012. №5. С. 20–29.
10. Ибрагимов Ш.И. Клинико-генетический анализ артропатической и обычной форм псориаза. Автореф. дис. к.м.н. — Москва. 1983. 26 с.
11. Клементенко Н.Л., Завадовская В.Д., Пестерев П.Н., Перова Т.Е. и др. Ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография в оценке характера изменений суставов при псориатическом артрите // Медицинская визуализация. 2011. №5. С. 84–92.
12. Коротаева ТВ. Псориатический артрит: клиника, диагностика, патогенез, лечение, маркеры кардиоваскулярного риска. Под ред. Е.Л. Насонова. — М.: НПО «Медиа-Графика». 2013. 309 с.
13. Коротаева Т.В. Псориатический артрит: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение // Научно-практическая ревматология. 2014. №52(6). С. 650–659.
14. Коротаева Т.В., Логинова Е.Ю. и др. Влияние ингибитора фактора некроза опухоли α на клиническую активность, реологические свойства крови и состояние артериальной стенки при псориатическом артрите // Научно-практическая ревматология. 2010. №3. С. 36–41.
15. Корсакова Ю.Л. Лечение больных псориатическим артритом. Рекомендации Европейской антиревматической лиги // Современная ревматология. 2012. №1 С. 5–32.
16. Корсакова Ю.Л. Псориаз и псориатический артрит: актуальные вопросы // Современная ревматология. 2012. №3. С. 28–32.
17. Красненко С.О., Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В., Смирнов А.В. Сравнительная характеристика данных магнитно-резонансной томографии, рентгенографического и клинического исследования суставов кистей и стоп у больных с ранним псориатическим артритом // Научно-практическая ревматология. 2013. №51(2). С. 149–153.
18. Кундер Е.В. Псориатический артрит: классификация, активность, лабораторная и инструментальная диагностика // Вестник ВГМУ. 2013. Т. 12. №2. С. 31–41.
19. Логинова Е.Ю., Коротаева Т.В. Ранний псориатический артрит // Научно-практическая ревматология. 2008. №6. С. 47–55.
20. Молочков В.А., Бадокин В.В., Альбанова В.И., Волнухин В.А. Псориаз и псориатический артрит. — М.: КМК, Авторская академия. 2007. 300 с.
21. Насонов Е.Л. Перспективы лечения ревматических болезней в начале XXI века // Терапевтический архив. 2011. №5. С. 5–9.
22. Насонов Е.Л. Ревматология. Клинические рекомендации. 2-е изд. — М.: «ГЭОТАР-Медиа»; 2010. 742 с.
23. Никитина Н.М., Ребров А.Л., Гайдукова И.З. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний при псориатическом и ревматоидном артритах // Терапевтический архив. 2011. №5. С. 20–24.

24. Опыт ведения пациента с тяжелым течением псориатического артрита // Алексеева Е.И., Базарова Т.М., Фетисова А.Н. и др. // Вопросы современной педиатрии. 2013. №3. С. 90–96.
25. Рахматов А.Б., Мирхамидова Н.В. Эпидемиология псориаза в Узбекистане и перспективы его лечения // Дерматовенерология и эстетическая медицина. 2009. №1. С. 8–10.
26. Рахматов А.Б., Баклыкова Е.М. Принципы дезинтоксикационной терапии больных псориазом // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. 2011. №3 (42). С. 22–31.
27. Рахматов А.Б. Причины клинического полиморфизма и факторы риска псориаза. Автореф. дисс. к.м.н. — Москва. 1990. 32 с.
28. Ребров А.П. Каргальская О.Г. Распространенность хронической болезни почек у больных псориатическим артритом // Клиническая нефрология. 2012. №3. С. 10–12.
29. Сергиевич А.В., Литвяков А.М. Сравнительный анализ проатерогенных изменений комплекса интима-медия стенки артерий различных сосудистых регионов у пациентов с псориазом и псориатическим артритом // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2013. №3. С. 65–69.
30. Смирнова С.В. Смольникова М.В. Иммунопатогенез псориаза и псориатического артрита // Медицинская иммунология. 2014. №2. С. 127–138.
31. Смольникова М.В., Смирнова С.В. Патогенез псориатического артрита // Медицинская иммунология. 2014. №3. С. 211–220.
32. Солиев Т.С., Мирахмедова Х.Т., Арифжанов К.Р., Набиева Д.А. Фенотипы гаптоглобина при спондилоартритах и у здоровых людей // Клиническая лабораторная диагностика. 2002. №4. С. 41–42.
33. Ткаченко С.Г., Беловол А.Н., Кондрашова В.Б. и др. Анализ международного опыта изучения коморбидности псориаза и метаболического синдрома // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. 2011. №2 (41). С. 29–37.
34. Чамурлиева М.Н., Логинова Е.Ю., Мирович О.В. и др. Трудности дифференциальной диагностики поражения костно-мышечной системы у больной псориазом на ранней стадии заболевания (клиническое наблюдение) // Вестник последипломного медицинского образования. 2013. №2. С. 22–26.
35. Чамурлиева М.Н. Ранняя диагностика псориатического артрита у больных псориазом. Обзор литературы // Вестник последипломного медицинского образования. 2012. №3–4. С. 56–62.
36. Эрдес Ш. Клинико-генетическое исследование поражения суставов при псориазе. Автореф. дисс. к.м.н. — Москва. 1987. 26 с.
37. Эрдес Ш.Ф. Является ли псориатический артрит действительно псориатическим? // Научно-практическая ревматология. 2014. №52(6). С. 678–681.
38. Юсупова Л.А., Филатова М.А. Современное состояние проблемы псориатического артрита // Дерматовенерология, косметология. 2013. №1–4 (73). С. 24–28.
39. Balding J., Kane D., Livingstone W. et al. Cytokine gene polymorphisms: association with psoriatic arthritis susceptibility and severity // Arthr. Rheum. 2003; 48(5); 1408–13.
40. Barton J., Ritchlin C.T. Immunopathogenesis. Psoriatic arthritis. Psoriasis and psoriatic arthritis. // Springer; 2004; 36–45.
41. Backhaus M., Kamradt T., Sandrock D. et al. Arthritis of the finger joints: a comprehensive approach comparing conventional radiography, scintigraphy, ultrasound, and contrast-enhanced magnetic resonance imaging // Arthr. Rheum. 1999; 42(6); 1232–45.
42. Baranauskaite A., Raffayova H., Kungurov N.V. et al. Infliximab plus methotrexate is superior to methotrexate alone in the treatment of psoriatic arthritis in methotrexate-naive patients: the RESPOND study // Ann Rheum Dis. 2012; 71; 541–8.
43. Bowes J., Budu-Aggrey A., Huffmeier U. et al. Dense genotyping of immune-related susceptibility loci reveals new insights into the genetics of psoriatic arthritis // Nat Commun. 2015; 6; 6046.
44. Cameron A., Kirby B., Fei W., Griffiths CEM. Natural killer and natural killer-T cells in psoriasis // Arch. Derm. Res. 2002. Vol. 294. P. 363–369.
45. Coates LC, Hodgson R, Conaghan PG, et al. MRI and ultrasonography for diagnosis and monitoring of psoriatic arthritis // Best Pract Res Clin Rheumatol. 2012; 26;805–22.
46. Costantino F. et al. Prevalence of spondyloarthritis in reference to HLA-B27 in the French population: results of the GAZEL cohort Ann Rheum Dis. 2015;74:689–693.
47. Costello P., Winchester R.J., Curran S.A. et al. Psoriatic arthritis joint fluids are characterized by CD8 and CD4 cell clonal expansions that appear antigen driven // J Immunol. 2001;166;2878–86.
48. Cresswell L., Chandran V., Farewell V.T., Gladman D.D. Inflammation in an individual joint predicts damage to that joint in psoriatic arthritis // Ann Rheum Dis. 2011 Feb;70(2);305–8.
49. D'Agostino M.A., Said-Nahal R., Hacquard-Bouder C. et al. Assessment of peripheral enthesitis in the spondylarthropathies by

ultrasonography combined with power Doppler: a cross-sectional study // Arthr. Rheum. 2003;48(2);523–33.
50. De Simone C., Caldarola G., D'Agostino M. et al. Usefulness of ultrasound imaging in detecting psoriatic arthritis of fingers and toes in patients with psoriasis // Clin. Dev. Immunol. 2011. Vol. 8.
51. Eder I., Gladman V., Pellet F. et. al. Humon leucocyte antigen risk alleles for psoriatic arthritis among patients with psoriasis // Ann Rheum. Dis. 2012; 71–5.
52. Eder L. et al. Obesity is associated with a lower probability of achieving sustained minimal disease activity state among patients with psoriatic // Ann Rheum Dis. 2015;74;813–817.
53. Elizabeth G., Araujo, Stephanie Finzel, Matthias Englbrecht, Dominik A Schreiber, Francesca Faustini, Axel Hueber, Kemal Nas, Juergen Rech, Georg Schett High incidence of disease recurrence after discontinuation of disease-modifying antirheumatic drug treatment in patients with psoriatic arthritis in remission et al. // Ann Rheum Dis. 2015;74;655–660.
54. Gisondi P., Tinazzi I., Del Giglio M., Girolomoni G. The diagnostic and therapeutic challenge of early psoriatic arthritis // Dermatology. 2010;221; Suppl. 1;6–14.
55. Gisondi P., Tinazzi I., El-Dalati et al. Lower limb enthesopathy in patients with psoriasis without clinical signs of arthropathy: a hospital-based case-control study // Ann. Rheum. Dis. 2008;67(1);26–30.
56. Gisondi P., Tinazzi I., Del Giglio M., Girolomoni G. The diagnostic and therapeutic challenge of early psoriatic arthritis // Dermatology. 2010;221 Suppl 1:6–14.
57. Gossec L., Smolen J.S., Gaujoux-Viala C. et al. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies // Ann Rheum Dis. 2012;71(1);4–12.
58. Gladman D.D. et al. Psoriaticarthritis: epidemiology, clinicalfeatures, courseandoutcome // Ann. Rheum. Dis. 2005. Vol. 64, (Suppl. 2). P. 14–17.
59. Gladman D.D., Farewell V.T. The role of HLA antigens as indicators of disease progression in psoriatic arthritis. Multivariate relative risk model // Arthr. Rheum. 1995;38(6);845.
60. Gulliver W., Tomi Z., MacDonald D. Comorbidities associated with soriasis in the Newfoundland and Labrador founder population // J. Am. Acad. Dermatol. 2009. P. 501.
61. Gisondi P., Tinazzi I., Del Giglio M., Girolomoni G. The diagnostic and therapeutic challenge of early psoriatic arthritis // Dermatology. 2010;221; Suppl. 1;6–14.
62. Helliwell Ph. Classification criteria for psoriatic arthritis. 1st World Psoriasis and Psoriatic arthritis Conference. 2006. Stockholm. 2006. P. 97.
63. Hitchon C.F., Peschken C.A., Shaikh S. et al. Early undifferentiated arthritis. // Rheum Dis Clin North Am. 2005;31;605–26.
64. Hoff M. et al. Prevalence and incidence rates of psoriatic arthritis in central Norway: data from the Nord-Trondelag Health Study (HUNT) // Ann Rheum Dis. 2015;74;60–64.
65. John B., Sabine L., Ashley B.-A. et. al. PTPN 22 is associated with susceptibility to psoriatic arthritis but not psoriasis: evidence for a further PsA-specific risk locus // Ann Rheum Dis. 2015;0;1–4.
66. Kane D., Stafford L., Bresnihan B., Fitz Gerald O. A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience // Rheumatology (Oxford). 2003;42(12);1460–8.
67. Kaeley G.S. Review of the Use of Ultrasound for the Diagnosis and Monitoring of Enthesitisin Psoriatic Arthritis // Curr. Rheumatol. Rep. 2011. Vol. 10.
68. Kristensen S.L. et al. Psoriasis, psoriatic arthritis and cardiovascular risk: are we closer to a clinical recommendation? // Ann Rheum Dis February. 2015. Vol. 74.
69. Love T.J., Zhu Y., Zhang Y. et al. Obesity and the risk of psoriatic arthritis: a population-based study // Ann Rheum Dis. 2012;71;1273–7.
70. Lin H.W., Wang K.H., Lin H.C. Increased risk of acute myocardial infarction in patients with psoriasis: a 5-year population-based study in Taiwan // J Am Acad Dermatol. 2011;64(3);495–501.
71. Mandl P. et al. EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice // Ann Rheum Dis. 2015;0;1–13.
72. Marsal S., Armadans-Gil L., Martinez M. et al. Clinical, radiographic and HLA associations asmarkers for different patterns of psoriatic arthritis // Rheumatology (Oxford). 1999;38(4);332.
73. Maejima H., Taniguchi T., Watarai A., Katsuoka K. Evaluation of nail disease in psoriatic arthritis by using a modified nail psoriasis severity score index // Int. J. Dermatol. 2010. Vol. 49 (8). P. 901–906.
74. Mease P.J. Psoriatic arthritis: update on pathophysiology, assessment and management // Ann Rheum Dis. 2011. Suppl 1;i77–84.
75. Mease PJ. Measures of psoriatic arthritis: Tender and Swollen Joint Assessment, Psoriasis Area and Severity Index (PASI), Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI), Modified Nail Psoriasis Severity Index (mNAPSI), Mander/Newcastle Enthesitis Index (MEI), Leeds Enthesitis Index (LEI), Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC), Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score (MASES), Leeds Dactylitis Index (LDI), Patient Global for Psoriatic

Arthritis, Dermatology Life Quality Index (DLQI), Psoriatic Arthritis Quality of Life (PsAQOL), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F), Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC), Psoriatic Arthritis Joint Activity Index (PsAJAI), Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA), and Composite Psoriatic Disease Activity Index (CPDAI). Arthritis Care Res (Hoboken). 2011;63(Suppl. 11):S64–85.
76. Moll J.M.H., Wright V. Psoriatic arthritis // Semin. Arthr. Rheum. 1973;3;55–78.
77. Molto A. et al. Evaluation of the validity of the different arms of the ASAS set of criteria for axial spondyloarthritis and description of the different imaging abnormalities suggestive of spondyloarthritis: data from the DESIR cohort Ann Rheum Dis. 2015;74;746–751.
78. Olivieri I., Padula A., D'Angelo S., Cutro M.S. Psoriatic arthritis sine psoriasis // J Rheumatol. 2009;Suppl. 83;28.
79. Palominos P.E., Gaujoux-Viala C., Fautrel B. et al. Clinical outcomes in psoriatic arthritis: a systematic literature review // Arthritis Care Res (Hoboken). 2012;64;397–406.
80. Philip J. Mease psoriatic arthritis: update on pathophysiology, assessment and management Ann Rheum Dis. 2011;70 (Suppl. 1);i77–i84.
81. Poggenborg R.P. et al. Enthesitis in patients with psoriatic arthritis, axial spondyloarthritis and healthy subjects assessed by 'head-to-toe' whole-body MRI and clinical examination // Ann Rheum Dis. 2015;74;823–829.
82. Ritchlin C.T., Kavanaugh A., Gladman D.D. et al. Treatment recommendations for psoriatic arthritis // Ann Rheum Dis. 2009;68;1387–94.
83. Reis A. et. al. Review of the Use of Ultrasound for the Diagnosis and Monitoring of Enthesitisin Psoriatic Arthritis // Curr. Rheumatol. Rep. 2011. Vol. 10.
84. Scarpa R., Cuocolo A., Peluso R. et al. Early psoriatic arthritis: the clinical spectrum // J. Rheumatol. 2008;35;137–41. Sherlock J.P., Joyce-Shaikh B., Turner S.P. et al. IL-23 induces spondyloarthropathy by acting on ROR_ gammat+ CD3+CD4_CD8_ entheseal resident T cells // Nat Med. 2012;18;1069–76.
85. Salvarani C. et al. Prevalence of psoriatic arthritisin Italian psoriatic patients // J Rheumatol. 1995; 22;1499–503.
86. Salvarani C., Cantini F., Olivieri I. et al. Isolated peripheral enthesitis and/or dactylitis: a subset of psoriaticarthritis // J. Rheumatol. 1997;24(6);1106.
87. Shang Q., Tam L.S., Yip G.W. et al. High prevalence of subclinical Left Ventricular dysfunction in patients with psoriatic arthritis // J. Rheumatol. 2011.
88. Sorensen J. et al. Diagnostic delay in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: results from the Danish nationwide DANBIO registry ann rheum dis. 2015;74:e12.
89. Tam L.S., Tomlinson B., Chu T.T. et al. Cardiovascular risk proile of patients with psoriatic arthritis compared to controls — the role of inflammation // Rheumatology (Oxford). 2008; 47;718–23.
90. Fitzgerald O., Winchester R. Psoriatic arthritis: from pathogenesis to therapy // Arthritis Res Ther. 2009;11;214.
91. Fitz Gerald O., Helliwell P., Mease P. et al. Application of composite disease activity scores in psoriatic arthritis to the PRESTA data set // Ann Rheum Dis. 2012;71(3);358–62.
92. Weger W. An update on the diagnosis and management of psoriatic arthritis // GItal Dermatol Venereol. 2011;146(1);1–8.

УДК: 616.5-003.923-089

КЕЛОИДНЫЕ РУБЦЫ

У.Ю. САБИРОВ, Б.А. ТОИРОВ, Ф.В. АЗИМОВА

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

ХУЛОСА

КЕЛОИД ЧАНДИҚЛАРИ

У.Ю. Сабиров, Б.А. Тоиров, Ф.В. Азимова

Ушбу мақолада келоид чандиқлари ҳақида, яъни патогенези, молекуляр-генетик аспектлари ва даволаш тактикалари тўғрисида бир неча авторларнинг шу кунга қадар бўлган илмий изланишлари асосида чуқур ўрганиб чиқилди.

SUMMARY

KELOID SCARS

U.Yu. Sabirov, B.A. Toirov, F.V. Azimova

In this article described keloid scars. In this article were studied the pathogenesis, molecular — genetic aspects and treatment tactics of keloid based on scientific research with were done by many researchers.

РЕЗЮМЕ

КЕЛОИДНЫЕ РУБЦЫ

У.Ю. Сабиров, Б.А. Тоиров, Ф.В. Азимова

В статье на основе последних научных изысканий разных авторов рассмотрены и изучены патогенез, молекулярно-генетические аспекты и методы лечения келоидных рубцов.

В современной дерматокосметологии одним из перспективных направлений является не только анатомическое восстановление тканей, в частности кожных покровов, но и эстетическая составляющая, минимизирующая отрицательные последствия репарационных процессов.

Несмотря на то, что в течение последних трех десятилетий было опубликовано множество научных работ, посвященных патогенезу образования рубцов, первоначально не было уделено должного внимания точному использованию терминологии заболевания. Примеры взаимозаменяемости терминов и перспектив дальнейшего исследования в данном направлении прекрасно проиллюстрированы в статьях Alster и Williams [1] и McGrouther [2]. Такое обобщение терминологии различных типов рубцов привело к неполному пониманию патогенеза. Рубцы, являясь выраженным косметическим недостатком, часто приводят к психоэмоциональному дискомфорту, а также к развитию психосоциальной дезадаптации и снижению качества жизни [7].

Келоиды были описаны египетскими хирургами около 1700 лет назад до нашей эры. Baron Jean-Louis Alibert (1768–1837) идентифицировал келоид как сущность в 1806 году. В течение многих лет клиника Alibert's при госпитале L'Hopital Saint-Louis была мировым центром дерматологии. Baron Jean-Louis Alibert назвал келоид канкроидами (ракообразными), позднее изменив название на chéloïde (хелоид), чтобы избежать сопоставления с онкологическим заболеванием. Слово «chéloïde» производно от греческого χηλή, chele, означающего «hoof» (копыто) (здесь в восприятии «царапающих щипцов»), а суффикс -oid, означающий «подобный». «Olmec of Mexico» (древний центр в центральной Америке) в доколумбовые времена использовал келоидную скарификацию (насечку) в эстетических целях. В современную эру женщины Египта умышленно скарифицировались лицевыми келоидами в качестве средства декорации. Нуэр и Нуба (страны близ Судана) использовали губные пробки, келоидные татуировки вдоль лба, подбородка и над губой. Как часть ритуала, народ Папуа Новой Гвинеи разрезает свою кожу и вкладывает глину или пепел в раны для образования перманентных шишек (опухолей), известных как келоиды или рубцы. Этот болезненный ритуал почетен для членов их клана.

Келоид (keloidum: греч. kele — выбухание, припухлость + eidos — вид) — плотное разрастание соединительной ткани кожи, напоминающее опухоль. Келоидные рубцы развиваются как следствие извращенной реакции тканей на травму, это особая, более тяжелая группа рубцов, отличающихся от других по виду и патогенезу [7]. Келоидальное рубцевание является одной из самых значительных проблем в патологическом заживлении раны. Келоидные рубцы встречаются от 4,5 до 16 % от общей популяции [10, 11, 12]. Сравнительный анализ частоты встречаемости

келоидных рубцов у чернокожих пациентов по сравнению с белокожими был рассчитан Matasom [11] и показал меньшую частоту встречаемости заболевания (от 3 до 18 раз) у белокожих людей. Истинная частота заболеваемости остается неизвестной. Большинство исследователей соглашаются, что келоидные рубцы встречаются при всех типах кожи, но чаще у чернокожих [10, 11]. Келоиды могут развиваться в любом возрасте, но в большинстве случаев встречаются одинаково часто у женщин и у мужчин в возрасте 10 и 30 лет [10, 11, 12].

Келоиды развиваются после поражения или воспаления кожи, обусловленного хирургическим или нехирургическим вмешательством, и даже после минимального повреждения кожи (например, укуса москита или вакцинации) или воспалительных состояний кожи (например, акне вульгарные, фолликулиты, ветряная оспа) [5, 23, 52, 53] Клинически келоиды определяются как рубцы, которые охватывают соседнюю здоровую ткань и редко регрессируют со временем [8, 9]. Это твердые, болезненные или зудящие бугристые образования. Рубцы часто встречаются на плечах, груди и шее, верхней части рук, мочках ушей и щеках. Келоиды имеют различную величину: от 2–3 мм папул до больших подвесных опухолей. Формы келоидных рубцов отличаются в зависимости от равномерного контура: от симметричных выступов с ровными контурами до несимметричных с неровными напоминающими коготь выступами. Цвет келоидных рубцов также изменчив: свежие очаги розоватые эритематозные, а старые рубцы более насыщенны, красного цвета [10, 14, 15].

В клинической практике считается, что гистопатологический диагноз обеспечивает третейский суд высшей точности. Это не везде правомерно, особенно при рубцовой патологии. Гистологический анализ осложняется общей матриксной морфологией и клеточной функцией в ранних фазах келоида и гипертрофированных рубцах [16]. Хотя патологическое рубцевание условно по морфологическим и функциональным изменениям, которые могут быть идентифицированы во времени, эти альтерации не появляются одновременно в целой рубцовой ткани. Таким образом, основной задачей в гистологическом анализе рубца является правильный отбор проб и точная характеристика клеточного или тканевого начала [17].

Образование гипертрофических рубцов и келоидов происходит с аналогичных морфологических признаков, постепенная пролиферация в дальнейшем приводит к формированию статического коллагена. Келоиды захватывают окружающую нормальную дерму, что дифференцирует их от гипертрофических рубцов, которые могут появиться без конца растущими, но гистологически они не выходят за границы раневой ткани [16, 18]. Оба типа рубцов показывают повышенное накопление коллагена и протеогликанов внутри дермы и подкожной клетчатки (subcutis). Общей характеристикой является увеличенная плотность фибробластов, но только при келоидах отмечается увеличение уровня фибробластной пролиферации [8, 20]. Коллагеновые пучки в дерме нормальной зрелой рубцовой ткани образовываются ненапряженными и находятся в беспорядочном расположении. Коллагеновые пучки гипертрофических рубцов и келоидов растягиваются и выстраиваются в том же плане эпидермиса [9, 22]. Гипертрофированные рубцы содержат первоначально коллаген типа III с обильными узлами, содержащими миофибробласты и длинные коллагеновые филаменты. Применяя контрастное вещество, определяется состав келоидов — гипоклеточных пучков коллагена типа I и III без миофибробластов [21]. Гистологическое появление келоидов характеризуется обширной дермой. Коллагеновые волокна в келоидах длиннее, толще и более волнистые, чем в гипертрофических рубцах или нормальных зрелых рубцах, и образуют безклеточные узлоподобные структуры в глубокой дермальной части повреждения [8, 9, 16, 19]. Безклеточная сердцевина окружена высокой концентрацией гиперпролиферативных фибробластов и содержит толстые пучки незрелого коллагена, который бедно васкуляризирован. Общепринято, что наличие длинных, широких, тесно расположенных волокон коллагена также параллельно эпидермису и состоящих из многочисленных фибрилл, является последовательной гистологической дифференциальной характеристикой келоидов [17, 22, 19].

Butler с соавт. обобщили четыре гистологических свойства, которые обнаруживаются в келоидных образцах и считаются патогномоничными (характерными для данной патологии) для диагноза келоидов: наличие келоидального гиалинизированного коллагена; языкоподобного продвинутого краевого нижнего нормально появившегося эпидермиса; папиллярной дермы горизонтальных клеточных фиброзных лент в верхней ретикулярной дерме и выступающих фасциеподобных фиброзных лент [22].

Несмотря на то, что генетическая предрасположенность и повреждение кожи являются основными принятыми критериями в клинической практике келоидов, подробное знание патофизиологической картины дает скудную информацию и многие вопросы остаются открытыми [3].

Marneros и сотрудники исследовали семьи с аутосомальной моделью доминантного наследования келоидов. Генные сканограммы обнаружены в локусах келоидной восприимчивости на хромосомах 2q23 и 7p11 [26]. Семейные тенденции предполагают полигенную модель наследования. Однако более темный цвет кожи не коррелирует с более высоким уровнем келоидного образо-

вания, как видно из изучения 175 малазийских больных, страдающих келоидами [8, 25]. Видимо состояние HLA человека потенцирует развитие келоидных фенотипов. Первоначальные данные показывают релевантную связь типов HLA: HLA-DR5, HLA- DQw3, HLA-DQA1 и HLA-DQB1 с келоидным формированием [27, 28]. Были высчитаны различные генные полиморфизмы, кодирующие подтипы GF-B, B-1, B-2 и B-3, а также рецептор TGF-B, у белокожих больных без какого-либо доказательства статистически важных связей с келоидами [29–32] Возможно, множественные гены дают восприимчивость к келоидному развитию с многочисленными генами, способствующими келоидному образованию в различных семьях [23]. Одновременный анализ множественных генов позволил по-новому рассмотреть келоидный патогенез. Посредством этого была обнаружена повышенная выраженность фибронектина и цепочки a-1 белков коллагена типа I, которые связаны с патологическим заживлением раны. По сравнению со здоровыми дермальными фибробластами в келоидных фибробластах наблюдается повышение концентрации протоонкогенов bcl-2, c-jun, c-fos, гена опухолевого супрессора p53 [33]. Уровень p53 наиболее высок в келоидах, что нельзя сказать о нормальных и гипертрофированных рубцах [34]. Два онкогенных рибосомальных белка 18 и Stat-3, играющие особую роль в клеточной пролиферации, могут быть также связаны с келоидным патогенезом [35, 36].

Хроническое воспаление в коже также приводит к дополнительной стимуляции базальных кератиноцитов, следствием чего является повышение продукции СЭФР. Оксидантный стресс, сопровождающийся накоплением большого числа свободных радикалов (O-2, NO-), в сочетании с хроническим воспалением способен приводить к возникновению существенных изменений функции эндотелия сосудов, которые, в свою очередь, служат местным пусковым механизмом нарушения регенерации дермы и создают предпосылки к образованию келоида [86, 87, 88]

Другим важным фактором, связанным с келоидным образованием, может быть разрегулировка апоптоза [37, 38]. Если келоидные фибробласты перестают подвергаться физиологически запрограммированной клеточной гибели и, таким образом, продолжают вырабатывать и выделять соединительную ткань за пределами периода, ожидаемого в нормальном рубцовом формировании, гипертрофическая и прогрессивная природа келоидов может завершиться [39]. Было отмечено, что в культуре нормальных кожных фибробластов процентное содержание апоптозных клеток в 2 раза выше, чем в культуре келоидных фибробластов [40]. Кроме того, выраженность связанных с апоптозом генов, например, DAD-1 (защитник против клеточной гибели 1) или TRADD (TNF R-1 связанный домен гибели), значительно редуцирована в келоидных фибробластах [39]. Seifert с соавт. обнаружили повышенную регуляцию ингибитора апоптоза AVEN на периферии келоидов, в то время как вызывающие апоптоз гены, такие как ADAM12, и гены, вызывающие деградацию внеклеточного матрикса, такие как матриксная металлопротеиназа-19, были повышены в регрессивном келоидном очаге [41].

Келоиды связаны с особенными подтипами лейкоцитов человека [8]. Наследственный аномальный иммунный ответ на кожное повреждение открывает другие перспективы в патогенезе келоидного образования. Генетическое воздействие может быть направлено через иммунный фенотип. Иммунологические альтерации были зафиксированы разными исследовательскими группами. По сравнению со здоровой кожей больные с развившимся келоидом имеют высокую частоту аллергического диатеза и повышенные уровни сывороточных концентраций в иммуноглобулинах IgG, IgA и IgM [8, 27, 42–45]. Множественные исследования обнаружили тенденции в моделях сывороточного комплемента и уровнях иммуноглобулинов G и M у келоидобразующих больных [42–44]. Клиническое доказательство также предполагает в своей основе гиперчувствительную медиированную клетками иммунную систему у келоидных больных [8, 43]. В соответствии с гипотезой иммунного ответа Appleton и сотрудники отметили многочисленные апоптозные клетки на поверхности между дермой и келоидами, свойство, характерное для моделированной клетками иммунной атаки [37]. Многочисленные обсуждения об иммунной реакции келоидов различаются в корне от локальной иммунной реакции до аутоиммунного заболевания соединительной ткани [44, 46]. Нейтрофилы и тучные клетки являются маркерными клетками во время воспалительной фазы физиологического раневого заживления. Фиброзные повреждения часто ассоциируются с повышенной плотностью тучных клеток [47, 48]. Выход цитокинов, в высокой степени интерлейкинов и TGF-B, стимулирует гемотаксис тучных клеток и фибробластную продукцию коллагена. Кожное поражение делает видимым волосисто-сальный узел к системному кровообращению, и у чувствительных лиц этот стимул — спусковой крючок Т-лимфоцитарного распознания и пролиферации антиген-специфических Т-лимфоцитов, подобных реакции гиперчувствительности замедленного типа [49]. Этот процесс продолжается как келоидный рост и отдаленные волосисто-сальные узлы на продвинутой границе разрываются [50, 51]. Клетки памяти развиваются, инициируя вторичные иммунные ответы. Гипотеза кожного сала объясняет распространение и состояние келоидов. Келоиды поражают только людей, так как у животных нет сравнимых сальных желез. Они не появляются на ладонях и подошвах, так как эти

области лишены волосисто-сальных желез. Келоиды появляются в юности и раннем периоде полового созревания, когда продукция кожного сала максимальна [50]. Больные с келоидами показывают положительную кожную реакцию на внутридермальный сальный антиген с сальной вакциной, способной вызывать падение чувствительности антигенов из келоидного рецидива после иссечения [51].

В патогенезе при келоидных рубцах внеклеточный матрикс (ВКМ) играет центральную роль в здоровой кожной физиологии, а также в раневых заживляющих реакциях. Господствующей клеткой рубцовой ткани является фибробласт, который несет ответственность за синтез коллагена и другие внеклеточные компоненты матрикса, включая ферменты, вовлеченные в процесс реконструкции. Выраженность клеточного гена контролируется адгезивным взаимодействием клеток соединительной ткани с их окружающим ВКМ. Контакт фибробластов с окружающим ВКМ устанавливается рецепторами интегрина [61, 62]. На выраженность интегрина влияет такой цитокин, как TGF-B. Интегрины α1β1, α2β1 и α3β1 были описаны как связь с коллагенами с несколькими членами, такими как ламинин (α1β1) или фибронектин (α3β1), также связывающими с другими компонентами ВКМ. Главный рецептор фибронектина — интегрин α5β1, который, как известно, выражается фибробластами [63]. Выраженность интегрина регулируется цитокинами и факторами роста, выходящими из ВКМ через лимитированный протеолиз или из соседних клеток посредством аутокринных и паракринных механизмов [9, 20, 62]. На фибробластах распознавание коллагена в основном достигается интегринами α1β1 и α2β1. Некоторые данные предполагают, что присоединение интегрина α1β1 к коллагену I завершается почти полным завершением синтеза коллагена в соответствии с негативным механизмом обратной регуляции [64]. Блокировка антител интегрина α1β1 защищает от пониженной регулировки синтеза коллагена [65]. Присоединение интегрина α2β1 не имеет эффекта на синтез коллагена [61]. Аномальное снижение выраженности α1β1 может завершиться потерей отрицательного ответа, который может объяснить повышенный коллагеновый синтез внутри келоидной ткани. Однако Szulgit с соавт. [63] наблюдали самую большую выраженность интегрина α1β1 в келоидных фибробластах. Этот вывод обусловлен влиянием профибротического цитокина TGF-B, который обнаружен в повышенных концентрациях ВКМ келоидов, также было продемонстрировано, что он регулирует выраженность поверхностного интегрина [66].

Неотъемлемым качеством восстановления ткани и процессов реконструкции является протеолитическая деградация ВКМ. В фазе восстановления во время заживления раны коллаген III замещается коллагеном I, синтезируются протеогликаны, а фибрин и фибронектин деградируют. Две самые большие группы ВКМ деградирующих ферментов — это серин протеиназы, включая тканевой плазминогенный активатор (ТПА), урокиназный плазминогенный активатор (УПА) и матриксные металлопротеиназы (ММП). Они взаимодействуют с литическим каскадом реконструкции ВКМ [9]. ММП-1 (коллагеназа-1), ММП-8 (коллагеназа-2) и ММП-13 (коллагеназа-3) приводят в упадок коллаген типов I, II и III посредством протеолиза тройной спирали [67]. Самая главная функция плазминогенного активатора — это контроль активации плазминогена в плазмин. Плазмин является первичным эффективным ферментом при фибринолизе. Он также активирует проколлагеназу в коллагеназу и участвует в других аварийных процессах белков ВКМ. Начало протеиназного каскада посредством плазминогенного активатора завершается значительным увеличением протеолитической активности [9]. Сложность цельной системы может визуализироваться контрольной обратной петлей плазмина, который также индуцирует выход активного TGF-β из связанных протеинов [68]. Вышедший TGF-β регулирует ингибитор-1 плазминогенного активатора (ИПА-1), матриксные металлопротеиназы, протеиназы-1 тканевого ингибитора (ПТИ-1), кодирующие гены — компоненты ВКМ и их интегриновые рецепторы [9].

Большинство келоидных исследований охватывают оценку белковых факторов и сигнальных путей, которые могут играть роль в образовании келоидов. Значительное число цитокинов и факторов риска связано пошагово в каскаде реакций. Согласно многообразию многие цитокины могут играть потенцирующую роль в патогенезе келоидов. Келоидные фибробласты индуцируют повышенное число факторов роста и их рецепторов. Более того, рецепторы келоидных фибробластов более чувствительны к сигналам, индуцированным факторами роста [18]. Таким образом, сбой матриксной продукции в келоидах находится под сильным воздействием факторов риска, при которых TGF-β и PDGF играют центральную роль в физиологическом заживлении раны. Оба фактора показывают выраженную аномальную активность в келоидных фибробластах [8]. TGF-β активирует выработку ВКМ, а PDGF стимулирует клеточную пролиферацию и миграцию. Кроме этих двух важных факторов, должны быть упомянуты другие цитокины; базовый фибробластный фактор роста (FGF) индуцирует ангиогенез, а фактор опухолевого некроза (TGF-α) и интерлейкин-1 промовируют воспаление, клеточную миграцию и пролиферацию [69]. TGF-β является одним из наиболее изученных факторов роста и играет главную роль в патофизиологии чрезмерного рубцового формирования, обнаруженного в келоидах [20, 75]. Первоначальным шагом в развитии фиброзной

реакции в рубцовой ткани является повышенная индукция TGF-β неоваскулярными эндотелиальными клетками. Они активируют прилегающие фибробласты и коллаген типов I и VI [76]. Келоидные фибробласты более чувствительны к стимуляции TGF-β и отвечают на более низкие концентрации фактора по сравнению с нормальными фибробластами [69, 77]. TGF-β активирует пролиферацию фибробластов и синтез компонентов ECM (например, эластина, фибронектина и коллагена типов I и III). Значение TGF-β было показано Shah и сотрудниками, которые использовали нейтрализующие антитела TGF-β. Результаты показали более качественное заживление раны и редуцирование образования рубцовой ткани [78, 79]. Проведенные исследования в изучении TGF-β доказали, что этот фактор роста является одним из самых значительных цитокинов и отвечает за стимулирование множества сигнальных механизмов. Рост матрикса также косвенно стимулируется TGF-β через индукцию PDGF. Было показано, что PDGF несет ответственность за ускорение формирования грануляционной ткани и стимуляцию коллагеновой продукции во время поздних стадий заживления раны [69]. У келоидных фибробластов также отмечается усиленная ответная реакция на PDGF по сравнению с нормальными дермальными фибробластами [80]. Следовательно, значительная аномальная активность наблюдается в келоидной ткани относительно факторов роста TGF-β и PDGF [4, 6, 8]. Дополнительно к повышенной продукции цитокинов келоидные фибробласты также показывают повышенную транскрипцию соответствующих рецепторов [22].

Дифференциальные изоформы TGF-β выражены во время физиологического заживления кожи и келоидного образования. Известно, что TGF-β1 и -β2 имеют профибротические качества и TGF-β3 ингибирует фиброзные реакции [22, 81]. TGF-β продуцируется различными клетками. Самые высокие концентрации были обнаружены в тромбоцитах, начальных клетках раневого заживления. Эффект TGF-β медиируется через рецепторы типов I, II и III. Кроме стимуляции увеличенной клеточной продукции компонентов ВКМ, TGF-β также повышает клеточную выраженность матриксного рецептора интегрина и синтез ИПА-1 и ПТИ, в то время как выраженность коллагеназы и активатора плазминогена снижается (ПА). Эта усиленная регуляция ингибиторного синтеза и пониженная регуляция синтеза протеаз в дальнейшем усиливает аккумулирование белков ВКМ, что является основой формирования фиброзной ткани, обусловленного чрезмерным действием TGF-β [9].

Концентрация изоформ TGF-β1 и -β2 сильно повышена в келоидных фибробластах [18]. Дополнительно повышенная активность рецепторов типов I и II TGF-β и усиленная фосфорилизация SMAD-3 (и связанной с TGF-β внутриклеточной сигнальной молекулой) являются дальнейшими этапами развития келоидов, которые поддерживают центральную роль TGF-β в келоидном патогенезе [82]. В исследовании Campaner с соавт. [83] отмечено, что повышенная индукция TGF-β1 является важным компонентом в образовании келоидной ткани. Однако это скорее независимый фактор, обеспечивающий доказательство гипотезы, что келоидное формирование — это мультифакторный процесс [23].

Хотя многие другие факторы роста, такие как эпидермальный фактор роста (EGF), фактор роста соединительной ткани (CTGF), фактор роста фибробластов (FGF) и фактор опухолевого некроза (TGF-α), имеют существенное влияние на клеточный рост и дифференцировку во время заживления раны, эффекты этих факторов в келоидной ткани обсуждаются противоречиво [9, 69].

В дополнение к вышеупомянутым ключевым факторам при келоидном образовании было представлено множество гипотез, которые акцентировались на разных деталях келоидного развития. Тем не менее, на сегодняшний день ключевой вопрос о келоидном образовании остается открытым и дискутируется неоднозначно. В настоящее время не может быть сформулирована единая унифицированная гипотеза. Многообразие способов лечения и отсутствие единого, подтвердившего свою эффективность, подчеркивает сложный и мультивариантный патогенез этого заболевания [22]. Следовательно, проводимые исследования должны быть направлены на изучение механизмов фактора роста, раневой деградации матрикса и иммунологического ответа, чтобы выдвинуть на первый план сложный процесс келоидного рубцового образования. Разработки новых технологий, использующие трехмерные модели для анализа механического компонента, и модели на животных (например на трансгенных мышах) в дальнейшем могут раскодировать сложность патогенеза образования келоидов и тем самым разработать более эффективные терапевтические режимы и профилактические стратегии развития рецидивов заболевания [7, 85].

Что касается методов терапии, то на данном этапе развития медицины недостаточно эффективных методов профилактики появления патологических рубцов. Современные стратегии коррекции этого заболевания строятся на рациональном сочетании оперативных и консервативных вмешательств [89, 90, 91]. Широкую популярность приобрели физические и физиотерапевтические методы (использование окклюзивных повязок, компрессионной и лазерной терапии, криохирургии, электрофореза и т. д.), лучевая терапия с целью предотвращения рецидива, а также косметические процедуры, направленные на внешнюю коррекцию дефекта и не несущие

какой-либо терапевтической цели (пилинг, мезотерапия, дермабразия) [92, 93, 94].

Учитывая тот факт, что хирургическое лечение келоидных рубцов (наиболее сложного варианта развития патологического рубцевания) в 50–100 % случаев приводит к еще более тяжелым рецидивам, особую роль приобретают методы их фармакологической коррекции [13, 22, 95, 96]. Авторами обращено внимание на обстоятельство, что несмотря на активную терапию в послеоперационном периоде рецидив нередко может превосходить размер первоначального поражения, когда рост его выходит за пределы участка иссечения, распространяясь на окружающие ткани [70, 139, 140, 141]. Borges A.F считает, что в области лица и шеи нарушение функции является прямым показанием к операции даже при молодых келоидах, однако ввиду высокой вероятности рецидива не следует прибегать к хирургическому лечению пациентов с поствоспалительными и множественными рубцовыми поражениями, не использовав максимально возможности терапевтических мероприятий [130, 131].

Современный арсенал лекарственных средств, которые используются в терапии патологических рубцов, представлен препаратами различных фармакологических групп, воздействующих на конкретные звенья патогенеза рубцовой ткани [97, 98, 99]. Так, основой терапии на данный момент остается внутрирубцовое введение кортикостероидов, тормозящих синтез медиаторов воспаления и пролиферацию фибробластов, что уменьшает образование глюкозаминогликанов и коллагена в процессе заживления ран [100]. Наиболее частое применение находит гидрокортизон и его аналоги в виде инъекций, также широко используют топические кортикостероидные средства, которые наносятся ежедневно непосредственно на образование. В литературных источниках появились данные об эффективном клиническом применении кортикостероида бетаметазона дипропионата: инъекций дипроспана и мази «Белосалик», наносимой под окклюзионную повязку [89]. Многочисленные сообщения свидетельствуют, что эффективность внутриочагового введения кортикостероидов при патологических рубцах составляет от 50 до 100 % [66, 126, 127, 128].

Для лечения патологических рубцов кожи в настоящее время также активно применяются ферментные препараты (коллагеназа и гиалуронидаза), обеспечивающие гидролиз коллагена и гликозаминогликанов в рубцовоизмененных тканях с последующим восстановлением нормального состава и структуры внеклеточного матрикса. Классическими остаются препараты протеолитического фермента гиалуронидазы — «Лидаза» и «Ронидаза», а также новые препараты — «Лонгидаза» (гиалуронидаза с полиоксидонием) и «Ферменкол» [101, 102, 103].

С 1980 года местное покрытие силиконовым гелем является хорошо зарекомендовавшим себя методом лечения рубцов, терапевтическая эффективность которого широко представлена в литературе [104, 129]. Силиконовые пластины и пластыри предотвращают избыточное образование рубцов за счет равномерного давления, уменьшающего объем внеклеточного матрикса, способствуют параллельному расположению коллагеновых волокон [96, 105]. Доказана целесообразность использования силиконовых гелей «Дерматикс» и «Кело-кот» [106]. После высыхания они образуют тончайшее покрытие на поверхности кожи, которое защищает рубец от механических повреждений и испарения влаги, тем самым восстанавливая водный баланс в эпидермисе, нормализуя функциональную активность фибробластов и препятствуя дальнейшему разрастанию соединительной ткани. Среди относительно новых препаратов на основе силиконового геля следует отметить самоклеящийся противорубцовый пластырь «СИКА-КЕА» [9].

На сегодняшний день имеется информация о целесообразности использования в терапии келоидных рубцов препаратов из группы цитостатиков — 5-фторурацила и блеомицина [56, 129]. Данный метод предложен в качестве альтернативы инъекциям стероидов в плохо поддающихся лечению случаях и находится в стадии изучения. В некоторых исследованиях доказана эффективность монотерапии келоидов 5-фторурацилом (антиметаболитом, угнетающим размножение фибробластов), показано преимущество использования блеомицина в терапии больших келоидных рубцов по сравнению с комбинированным применением глюкокортикостероидов и криотерапии [105].

Блокатор кальциевых каналов (верапамил), вводимый в область рубца, по результатам трех клинических испытаний оказался перспективным средством для предупреждения рецидива после иссечения келоида. Ковалевский А.А. с соавт. (2008 г.) показали эффективность применения фонофореза с верапамиловой мазью для профилактики и лечения гипертрофических и келоидных рубцов у больных с ожоговой травмой. Механизм действия верапамила объясняют угнетением кальций-зависимых процессов, участвующих в синтезе внеклеточного матрикса, а также усилением его деградации (увеличение продукции коллагеназ) [107, 108, 109, 110, 111].

Среди инновационных подходов к профилактике образования патологических рубцов следует также отметить применение цитокинов. По современным представлениям, цитокин TGF-β (transforming growth factor-β) является одним из ведущих факторов роста в патогенезе келоидных образований. TGF-β1 и TGF-β2 способствуют развитию патологии, а TGF-β3, напротив, способствует физиологическому заживлению ран,

что дает предпосылки к возможному использованию ингибиторов TGF-β1 и TGF-β2 и индукторов TGF-β3 в терапии рубцов [75]. В частности, были опубликованы результаты клинических испытаний внутрикожного введения препарата «Авотермин» (рекомбинантный человеческий TGF-β3), которые свидетельствуют о его высокой эффективности в плане профилактики патологического рубцевания [85].

Особое внимание следует уделить еще одному новому и весьма перспективному методу лечения келоидных рубцов — терапии интерферонами, которые известны своими антипролиферативными свойствами [8, 96, 112, 113]. Установлено, что интерферон-альфа2b уменьшает синтез коллагена типов I и III — основных структурных компонентов келоидной ткани. Согласно литературным данным систематические инъекции интерферон-альфа2b намного эффективнее инъекций кортикостероидов [98, 114].

В качестве экспериментального метода лечения предложено использование витамина А и его производных (ретиноидов) путем нанесения на поверхность кожи или внутрикожных инъекций [8, 85, 115]. Ретиноиды ускоряют заживление ран, вызывают регрессию патологической рубцовой ткани, повышают пролиферацию клеток эпидермиса, угнетают пролиферацию фибробластов и отложение коллагена. Так, была показана достоверная эффективность третиноина в виде 0,05%-ного крема при лечении келоидных и гипертрофических рубцов в двойном слепом плацебо-контролируемом клиническом испытании [85].

Для нормализации процесса заживления раны возможным является применение антиоксидантных препаратов, действие которых направлено на нормализацию процессов перекисного окисления липидов, уменьшение окислительного стресса, улучшение микроциркуляции и восстановление функции эндотелия [116]. Была установлена эффективность местного применения витамина Е для профилактики образования келоида, а также улучшения косметических результатов в послеоперационном периоде у детей: ни у одного пациента исследуемой группы не сформировался келоид, 96% пациентов отмечали заметный косметический эффект [117]. Перспективными антиоксидантами в настоящее время признаны растительные полифенолы — флавоноиды, оксикоричные кислоты, дубильные вещества [118, 119, 120].

Некоторыми авторами отмечено, что кверцетин и кемпферол — вещества, входящие в экстракт репчатого лука, угнетают продукцию коллагена и фибронектина за счет ингибирования экспрессии 2, 3 и 4 SMAD-генов, участвующих в реализации сигналов фактора роста TGF-бета, тем самым воздействуя на патогенез рубцов [121, 122]. Эндотелиопротекторный механизм лежит в основе действия геля «Контрактубекс», используемого для удаления неглубоких дефектов кожного покрова как в монотерапии, так и в сочетании с физиотерапевтическими процедурами, [16, 163]. Аналогичное действие на рубцовую ткань оказывает гель «Медерма», активными компонентами которого являются сок листьев алоэ вера и экстракт лука (Cepalin) [123].

Интерес вызывает гомеопатическая мазь «Траумель С», содержащая эссенции фитокомпонентов (календулы, гамамелиса, арники, тысячелистника, окопника и т. д.), в качестве дополнения к основному лечению келоидных рубцов. Исследования in vitro на первичных культурах дермальных фибробластов человека показали, что в присутствии препарата «Траумель С» нормализуется образование коллагена и восстанавливается функционирование внеклеточного матрикса [124, 125].

Клинический эффект криохирургии обусловлен воздействием низкой температуры на микроциркуляцию рубцовых тканей, что в последующем приводит к деструкции келоида [128, 132, 133, 134]. Исследования E. Muti показали, что в первые 30 часов после криовоздействия возникающая транссудация из поврежденных сосудов приводит к отслойке эпителиального слоя кожи с образованием волдырей, которые через несколько дней самостоятельно вскрываются, а к 7-му дню рана покрывается струпом, отторгающимся частями примерно в течение месяца [135]. Многие научные публикации, посвященные методам криотерапии при келоидах, утверждают зависимость эффективности терапии от давности заболевания и размера патологического очага. Так, наиболее хорошо поддаются лечению молодые келоиды давностью до года и небольшие келоиды, независимо от возраста пациента [128, 136, 137]. Вместе с тем, J.P. Shepherd с соавт. обратили внимание на факт, что относительно хуже реагируют на криохирургическое воздействие более плоские рубцовые очаги на широком основании [138]. Наряду с этим, сообщается и о неудовлетворительных конечных результатах криохирургии келоидов [142,143], что может быть следствием нарушения техники выполнения процедуры, в частности, использования неадекватного времени замораживания и/или количества сеансов [144].

Большинство исследований [11] обнаружили, что радиационная терапия чрезвычайно эффективна в уменьшении рецидивов келоидов с улучшением показателей от 70 до 90% после хирургического иссечения. В рандомизированных исследованиях результаты терапии заболевания показали рецидивы у двух из 16 келоидов на ушных мочках (13 процентов), леченных радиотерапией, и у 4 из 12 келоидов ушных мочек (33 процента), леченных стероидными инъекциями [145].

Лечение импульсным цветным лазером, который индуцирует регрессию келоидов вследствие

подавления пролиферации келоидных фибробластов, апоптоз и ферментную активность, может иметь место в терапии келоидов, Сочетанная терапия импульсным цветным лазером с препаратами кортикостероидов в патологические очаги и/или флуороурацилом считается наиболее эффективной методикой лечения в противовес монотерапии [146]. В то же время, ряд авторов отмечают аналогичные результаты и частоту рецидивов после изолированного использования различных видов лазеров: импульсного лазера на красителях — от 39 до 92 %; аргонового — от 45 до 93 %; Nd-YAG — от 53 до 100 % [143].

Таким образом, образование рубцов как следствие хирургических вмешательств или травм непредсказуемо. Поиск новых способов фармакологического лечения и профилактики келоидных рубцов представляет актуальную медико-социальную проблему, так как традиционно используемые методы лечения зачастую приводят к отсутствию достижения ожидаемого косметического результата и возникновению рецидивов.

Вследствие такой бурно развивающейся отрасли медицины, как молекулярная биология, представляется возможной перспектива изучение патогенеза заболевания более глубоким исследованием процессов митоза и дифференцировки клеток, а именно, изучение протеинов (факторы роста, цитокины, рецепторы мембран), воздействующих непосредственно на ремоделирование коллагена и приводящих к образованию келоида. Возможно, не только качественное и количественное определение этих белковых молекул, но и их взаимодействие между собой, выявление корреляционных связей помогут раскрыть цепочки патогенеза келоида и прольют свет на разработку новых методов терапии и профилактики. Такое молекулярно-генетическое направление проводится с января 2015 г. в научно-исследовательском проекте «Разработка новых методов прогнозирования и дифференцированной терапии дерматозов, сопровождающихся ремоделированием коллагена, на основе изучения молекулярно-генетических факторов регуляции фибробластов», результаты исследований которого в дальнейшем будут опубликованы в научной литературе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Alster T.S., Williams C.M.: Treatment of keloid sternotomy scars with 585nm flashlamp-pumped pulsed-dye laser // Lancet. 1995. 345; 1198–1200.
2. McGrouther D.A. Hypertrophic or keloid scars? Eye. 1994. 8; 200–203.
3. Gregor M. Bran, Ulrich R. Goessler, Karl Hormann, Frank Riedel, Haneen Sadick. Keloids: current concepts of pathogenesis // International journal of molecular medicine/ 2009: 24; 283–293.
4. Bayat A., McGrouther D.A. Clinical management of skin scarring // Skinmed. 4; 2005; 165–173.
5. Cohen I.K., Peacock E.E. Keloids and hypertrophic scars // Plast Surg. 1990. 1; 732–746,
6. Mustoe T.A., Cooter R.D., Gold M.H. et al.: International clinical recommendations on scar management // Plast Reconstr Surg 2002. 110; 560–571.
7. Галлямова Ю.А. др. Гипертрофические и келоидные рубцы // Лечащий врач. 2009. № 10. http://www.lvrach.ru/2009/10/10860691.
8. Al-Attar A., Mess S., Thomassen J.M. et al. Keloid pathogenesis and treatment // Plast Reconstr Surg. 2006. 117; 286–300.
9. Tuan T.L., Nichter L.S. The molecular basis of keloid and hypertrophic scar formation // Mol Med Today. 1998. 4; 19–24.
10. Child F.J., Fuller L.C., Higging E.M., Vivier D.U. A study of the spectrum of skin disease occurring in a black population in South-East London // Br J Dermatol. 1999; 141; 512–7.
11. Shaffer J.J., Taylor S.C., Cook-Bolden F. Keloidal scars: a review with a critical look at therapeutic options // J Am cad Dermatol. 2002; 46; 63–97.
12. Kuflik E.G. Cryosurgery updated // J Am Acad Dermatol. 1994; 31; 925–44.
13. Ragoowansi R., Paul G.S., Glees J.P. Treatment of keloids by surgical excision and immediate postoperative single-fraction radiotherapy // Plast Rec Sur. 2003; 111; 1853.
14. Burton J.L., Lovell C.R. Disorders of connective tissue. In: Champion R.H., Burton J.L., Burns D.A., Breathnach S.M. // Textbook of Dermatology. Oxford: Blackwell Science; 1998. p. 2003–71.
15. From L., Assaad D. Neoplasms, pseudoneoplasms and hyperplasias of the dermis. // Dermatology in General Medicine. New York: McGraw-Hill; 1999. P. 1161–75.
16. Blackburn W.R., Cosman B. Histologic basis of keloid and hypertrophic scar differentiation: clinicopathologic correlation // Arch Pathol. 1966. 82; 65–71.
17. Burd A., Huang L. Hypertrophic response and keloid diathesis: two very different forms of scar // Plast Reconstr Surg. 2005. 116; 150e–157e.
18. Slemp A.E., Kirschner R.E. Keloids and scars: a review of keloids and scars, their pathogenesis, risk factors, and management // Curr Opin Pediatr. 2006; 18; 396–402.

19. Ehrlich H.P., Desmouliere A., Diegelmann R.F. et al. Morpho-logical and immunochemical differences between keloid and hypertrophic scars // Am J Pathol. 1994. 145; 105–113.
20. Bock O., Mrowietz U. Keloide — Eine dermale fibro-proliferative erkrankung unbekannter Ursache // Der Hautarzt. 2002. 53; 515–523.
21. Clore J.N., Cohen I.K. and Diegelmann R.F. Quantitative assays of types I and III collagen synthesized by keloid biopsies and fibroblasts // Biochem Biophys Acta. 1979. 586; 384–390.
22. Butler P.D., Longaker M.T., Yang G.P. Current progress in keloid research and treatment // J Am Coll Surg. 2008. 206; 731–741.
23. Robles D.T., Moore E., Draznin M., Berg D. Keloids: pathophysiology and management // Dermatol Online J. 2007. 13; 9.
24. Baisch A., Riedel F. Hyperplastic scars and keloids: part I: basics and prevention // HNO. 2006. 54; 893–905.
25. Alhady S.M. and Sivanantharajah K. Keloids in various races. A review of 175 cases // Plast Reconstr Surg. 1969. 44; 564–566.
26. Marneros A.G., Norris J.E., Watanabe S. et al. Genome scans provide evidence for keloid susceptibility loci on chromosomes 2q23 and 7p11 // J Invest Dermatol. 2004. 112; 1126–1132.
27. Rossi A., Bozzi M. HLA and keloids: antigenic frequency and therapeutic response // G Ital Dermatol Venereol. 1989. 124; 341–344.
28. Lu W.S., Wang J.F., Yang S. et al. Association of HLA-DQA1 and DQB1 alleles with keloids in Chinese Hans // J Dermatol Sci. 2008. 52; 108–117.
29. Bayat A., Bock O., Mrowietz U., Ollier W.E., Ferguson M.W. Genetic susceptibility to keloid disease and transforming growth factor beta 2 polymorphisms // Br J Plast Surg. 2002. 55; 283–286.
30. Bayat A., Bock O., Mrowietz U., Ollier W.E., Ferguson M.W. Genetic susceptibility to keloid disease and hypertrophic scarring: transforming growth factor beta 1 common polymor-phisms and plasma levels // Plast Reconstr Surg. 2003. 111; 535–543.
31. Bayat A., Bock O., Mrowietz U., Ollier W.E., Ferguson M.W. Genetic susceptibility to keloid disease: transforming growth factor beta receptor gene polymorphisms are not associated with keloid disease // Exp Dermatol. 2004. 13; 120–124.
32. Bayat A., Walter J.M., Bock O., et al. Genetic susceptibility to keloid disease: mutation screening of the TGFbeta3 gene // Br J Plast Surg. 2005. 58; 914–921.
33. Teofoli P., Barduagni S., Ribuffo M. et al. Expression of Bcl-2, p53, c-jun and c-fos protooncogenes in keloids and hypertrophic scars // J Dermatol Sci. 1999. 22; 31–37.
34. Tanaka A., Hatoko M., Tada H. et al. Expression of p53 family in scars // J Dermatol Sci. 2004. 34; 17–24.
35. Satish L., Lyons-Weiler J., Hebda P.A., Wells A. Gene expression patterns in isolated keloid fibroblasts // Wound Repair Regen. 2006. 14; 463–470.
36. Lim C.P., Phan T.T., Lim I.J., Cao X. Stat 3 contributes to keloid pathogenesis via promoting collagen production, cell proliferation and migration // Oncogene. 2006. 25; 5416–5425.
37. Appleton I., Brown N.J., Willoughby D.A. Apoptosis, necrosis and proliferation: possible implication in the etiology of keloids // Am J Pathol. 1996. 149; 1441–1447.
38. Luo S., Benathan M., Raffoul W., Panizzon R.G., Egloff D.V. Abnormal balance between proliferation and apoptotic cell death in fibroblasts derived from keloid lesions // Plast Reconstr Surg. 2001. 107; 87–96.
39. Sayah D.N., Soo C., Shaw W.W. et al. Downregulation of apoptosis-related genes in keloid tissues // J Surg Res. 1999. 87; 209–216.
40. Messadi D.V., Le A., Berg S., Jewett A., Wen Z., Kelly P., Bertolami C.N. Expression of apoptosis-associated genes by human dermal scar fibroblasts // Wound Repair Regen. 1999. 7; 511–517.
41. Seifert O., Bayat A., Geffers R., Dienus K., Buer J., Lцfgren S., Matussek A. Identification of unique gene expression patterns ithin different lesional sites of keloids // Wound Repair Regen. 2008. 16; 254–265.
42. Cohen I.K., McCoy B.J., Mohanakumar T., Diegelmann R.F. Immunoglobulin, complement and histocompatibility antigen studies in keloid patients // Plast Reconstr Surg. 1979. 63; 689–695.
43. Bloch E.F., Hall M.G. Jr, Denson M.J., Slay-Solomon V. General immune activity in keloid patients // Plast Reconstr Surg. 1984. 73; 448–451.
44. Kazeem A.A. The immunological aspects of keloidal tumor formation // J Surg Oncol. 1988. 38; 16–18.
45. Kischer C.W., Shetlar M.R., Shetlar C.L. and Chrapil M. Immuno-globulins in hypertrophic scars and keloids // Plast Reconstr Surg. 1983. 71; 821–825.
46. Placik O.J. and Lewis V.L. Jr. Immunologic associations of keloids // Surg Gynecol Obstet. 1992. 175; 185–193.
47. Diegelmann R.F., Evans M.C. Wound healing: an overview of acute, fibrotic and delayed healing // Front Biosci. 2004. 9; 283–289.
48. Artuc M., Hermes B., Steckelings U.M., Grutzkau A., Henz B.M. Mast cells and their mediators in cutaneous wound healing-active participants or innocent bystanders? // Exp Dermatol. 1999. 8; 1–16.

49. Abbas A.K., Lichtman A.H., Pober J.S. Effector mechanism of T-cell-mediated immune response. In: Cellular and Molecular Immunology. 2nd edition, W.B. Saunders. 1994.
50. Fong E.P., Bay B.H.: Keloids — the sebum hypothesis revisited // Med Hypotheses. 2002. 58; 264–269.
51. Yagi K.I., Dafalla A.A., Osman A.A.: Does an immune reaction to sebum in wounds cause keloid scars? // Br J Plast Surg. 1979. 32; 223–225.
52. Murray J.C., Pollack S.V., Pinnel S.R. Keloids: a review // J Am Acad Dermatol. 1981. 4; 461–470.
53. Bock O., Schmid-Ott G., Malewski P., Mrowietz U. Quality of life of patients with keloid and hypertrophic scarring // Arch Dermatol Res. 2006. 297; 433–438.
54. Peacock E.E. Jr, Madden J.W., Trier W.C. Biologic basis for the treatment of keloids and hypertrophic scars // South Med J. 1970. 63; 755–759.
55. Crockett D.J. Hypertrophic scars // Br J Plast Surg. 1964. 17; 245–253.
56. Curtis A.S., Seehar G.M. The control of cell division by tension or diffusion. Nature. 1978. 274; 52–53.
57. Sussmann M.D. Effect on increased tissue traction upon tensile strength of cutaneous incisions in rats // Proc Soc Exp Biol Med. 1996. 123; 38–41.
58. Calnan J.S., Copenhagen H.J. Autotransplantation of keloid in man // Br J Surg. 1967. 54; 330–335.
59. Brody G.S., Peng S.T., Landel R.F. The etiology of hyper-trophic scar contracture: another view // Plast Reconstr Surg. 1981. 67; 673–684.
60. Wang Z., Fong K.D., Phan T.T. et al. Increased transcriptional response to mechanical strain in keloid fibroblasts due to increased focal adhesion complex formation // J Cell Physiol. 2006. 206; 510–517.
61. Eckes B., Zigrino P., Kessler D. et al. Fibroblast-matrix interactions in wound healing and fibrosis // Matrix Biol 19; 2000; 325–332.
62. Hynes R.O. Integrins: versality, modulation, and signaling in cell adhesion // Cell. 1992. 69; 11–25.
63. Szulgit G., Rudolph R., Wandel A., Tenenhaus M., Panos R. and Gardner H. Alterations in fibroblast alpha1beta1 integrin collagen expression in keloids and hypertrophic scars // J Invest Dermatol. 2002. 118; 409–415.
64. Langholz O., Rockel D., Mauch C. et al. Collagen and collagenase gene expression in the three-dimensional collagen lattices are differentially regulated by alpha1 beta1 and alpha 2 and beta1 integrins // J Cell Biol. 1995. 131; 1903–1915.
65. Ravanti L., Heino J., Lopez-Otin C., Kahari V.M. Induction of collagenase-3 (MMP-13) expression in human skin fibroblasts by three-dimensional collagen is mediated by p38 mitogenactivated protein kinase // J Biol Chem. 1999. 174; 2446–2455.
66. Babu M., Diegelmann R., Oliver N. Keloid fibroblasts exhibit an altered response to TGF-βeta // J Invest Dermatol. 1992. 99; 650–655.
67. Ravanti L., Кдhдri V.M. Matrix metalloproteinases in wound repair // Int J. Mol Med. 2000. 6; 391–407.
68. Lyons R.M., Gentry L.E., Purchio A.F., Moses H.L. Mechanisms of activation of latent recombinant transforming growth factor beta 1 by plasmin // J. Cell Biol. 1990. 110; 1361–1367.
69. Niessen F.B., Spauwen P.H., Schalkwijk J., Kon M. On the nature of hypertrophic scars and keloids: a review // Plast Reconstr Surg. 1999. 104; 1435–1458.
70. Tredget E.E., Nedelec B., Scott P.G., Ghahary A. Hypertrophic scars, keloids and contractures. The cellular and molecular basis for therapy // Surg Clin North Am. 1997. 77; 701–730.
71. Wall S.J., Bevan D., Thomas D.W. et al. Differential expression of matrix metalloproteinases during impaired wound healing of the diabetic mouse // J Invest Dermatol. 2002. 119; 91–98.
72. Sadick H., Herberger A., Riedel K. et al. TGF-βeta1 antisense therapy modulates xpression of matrix metalloproteinases in keloidderived fibroblasts // Int J Mol Med. 2008. 22; 55–60.
73. Neely A.N., Clendening C.E., Gardener J., Greenhalgh D.G.,Warden G.D. Gelatinase activity in keloids and hypertrophic scars // Wound Repair Regen. 1999. 7; 166–171.
74. Fujiwara M., Muragaki Y., Ooshima A. Keloid-derived fibroblasts show increased secretion of factors involved in collagen turnover and depend on matrix metalloproteinase for migration // Br J Dermatol, 2005. 153; 295–200.
75. Border W.A., Noble N.A. Transforming growth factor beta in tissue fibrosis // N Engl J Med. 1994. 331; 1286–1292.
76. Peltonen J., Hsiao L.L., Jaakkola S. et al. Activation of collagen gene expression in keloids: Co-localization of type I and VI collagen and transforming growth factor beta 1 mRNA // J Invest Dermatol. 1991. 97; 240–248.
77. Russell S.B., Trupin K.M., Rodriguez E.S., Russell J.D., Trupin J.S. Reduced growth factor requirement of keloid-derived fibroblasts may account for tumor growth // Proc Natl Acad Sci USA. 1988. 85; 587–591.
78. Shah M., Foreman D.M., Ferguson M.W. Control of scarring in adult wounds by neutralising antibody to transforming growth factor beta // Lancet. 1992. 339; 213–214.
79. Shah M., Foreman D.M., Ferguson M.W. Neutralisation of TGF-βeta 1 and TGF-βeta 2 or exogenous addition of TGF-βeta 3 to cutaneous rat wounds reduces scarring // J Cell Sci. 1995. 108; 985–1002.

80. Haisa M., Okochi H., Grotendorst G.R. Elevated levels of PDGF alpha receptors in keloid fibroblasts contribute to an enhanced response to PDGF // J Invest Dermatol. 1994. 103; 560–563.
81. Bock O., Yu H., Zitron S., Bayat A., Ferguson M.W., Mrowietz U. Studies of transforming growth factors beta 1–3 and their receptors I and II in fibroblasts of keloids and hypertrophic scars // Acta Derm Venereol. 2005. 85; 216–220.
82. Chin G.S., Liu W., Peled Z. et al. Differential expression of transforming growth factor-beta receptors I and II and activation of Smad 3 in keloid fibroblasts // Plast Reconstr Surg. 2001. 108; 423–429.
83. Campaner A.B., Ferreira L.M., Gragnani A., Bruder J.M., Cusick J.L., Morgan J.R. Upregulation of TGF-βeta expression may be necessary but is not sufficient for excessive scarring // J Invest Dermatol. 2006. 126; 1168–1176.
84. Брайловская Т.В. Морфологическая характеристика течения раневого процесса при экспериментальном моделировании резаных и рвано-ушибленных кожных ран // Биомедицина. 2009. №1. С. 68–74.
85. Mutalik, S. Treatment of keloids and hypertrophic scars // Indian J. Dermatol, venereal, leprol. 2005. Vol. 71. P. 3–8.
86. Максимович Н.Е. Роль оксида азота нейронального и экстранейронального происхождения в повреждении эндотелия и формировании его дисфункции при ишемии-реперфузии головного мозга у крыс // Экспериментальные исследования. 2004. Т.3. №2. С.63–68.
87. Тенчурина, Т.Г. Дисбаланс вазоактивных компонентов и его роль в формировании гипертрофических рубцов при пластических операциях // Медицинские науки. 2006. №11. С. 17–20.
88. Allison M. Andrews, Dov Jaron et al. Direct real-time measurement of shear stress-induced nitric oxide produced from endothelial cells in vitro // Elsevier Inc. All rights reserved. 2010. №3. P. 1–8.
89. Карапетян Г.Э. и др. Лечение гипертрофических и келоидных рубцов // Фундаментальные исследования. 2013. №3. С. 70–73.
90. Michelle C. et al. Curent conceptsin the etiology and treatment of keloids // Facial Plastic Surgery. 2012. Vol. 28. P. 504–512.
91. Ogawa R. The most current algorithms for the treatment and prevention of hypertrophic scars and keloids // Plast. Reconstr. Surg. 2010. №125(2). P. 557–568.
92. Чуб С.Г. Современные тенденции в эволюции методов профилактики и лечения патологического рубцевания // Вестник эстетической медицины. 2009. Т. 8. №2. С. 6–22.
93. Durani, P. et al. Levels of evidence for the treatment of keloid disease // J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. 2008. №61. P. 4–17.
94. Hartman-Adams J. Management of keloid and hypertrophic scars // Am. Fam. Physician. 2009. №80(3). P. 253–256.
95. Atiyeh B.S. Nonsurgical management of hypertrophic scars: evidence-based therapies, standard practices, and emerging methods // Aesthetic Plast. Surg. 2007. Vol. 31. P. 468–494.
96. Chike-Obi C.J. et al. Keloids: pathogenesis, clinical features, and management // Semin. Plast. Surg. 2009. №23. P. 178–184.
97. Тимошенко Е.В. Нестандартное использование ботулинического токсина типа А: возможности профилактики образования и коррекции рубцов // Инъекционные методы в косметологии. 2011. №1. С. 64–71.
98. Kelly A.P. Update on the management of keloids // Semin Cutan Med Surg. 2009. №28(2). P. 71–76.
99. Leventhal D. et al Treatment of keloids and hypertrophic scars: a meta-analysis and review of the literature // Arch. Facial. Plast. Surg. 2006. Vol. 8. P. 362–368.
100. Berman B., Flores F. Recurrence rates of excised keloids treated with postoperative triamcinolone acetonide injections or interferon alfa-2b injections // J. Am. Acad. Dermatol. 1997. Vol. 37. P. 755–757.
101. Курганская И.Г., Ключарева С.В. Восстановительные технологии ремоделирования келоидных рубцов кожи // Вестник восстановительной медицины. 2011. №2. С. 43–47.
102. Лаврешин П.М., Линченко В.И., Владимирова О.В. Опыт применения геля «Контрактубекс» и «Лонгидазы» с целью профилактики избыточного рубцеобразования в раннем периоде ранозаживления // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии. Москва-Ростов-на-Дону. 2008. С. 175.
103. Регистр лекарственных средств (РЛС) [электронный ресурс]. http://www.rlsnet.ru.
104. Fulton J.E., Silicone gel sheeting for the prevention and management of evolving hypertrophic and keloid scars // Dermatol. Surg. 1995. Vol. 21. P. 947–51.
105. David T. Robles et al. Abnormal wound healing: keloids // Clinics in Dermatology. 2007. №25. P. 26–32.
106. Кремы, мази, гели от рубцов и шрамов // Пластическая хирургия. Косметология. Антиэйдж: официальный сайт [электронный ресурс]. http://www.tecrussia.ru/.
107. Ковалевский А.А. и др. Лечение больных с послеожоговыми гипертрофическими и келоидными рубцами // Бюллетень сибирской медицины. 2008. №4. С. 69–77.
108. Скальский С.В. Влияние верапамила на продукцию провоспалительных цитокинов

перитональными мононуклеарами // Вестник Рос. акад. мед. наук. 2010. № 3. С. 33–35.
109. Doong H. et al. Calcium antagonists alter cell shape and induce procollagenase synthesis in keloid and human dermal fibroblasts // J. Burn Care Rehabil. 1996. № 17. P. 497–514.
110. Giugliano G. et al Verapamil inhibits interleukin-6 and vascular endothelial growth factor production in primary cultures of keloid fibroblasts // J. Plast Surg. 2003. № 56. P. 804–809.
111. Mustoe T.A. et al. International clinical recommendations on scar management // Plast. Reconst. Surg. 2002. Vol. 110. № 2. Vol. 560–571.
112. Федотов В.П., Рыбалкин С.Б., Романцов М.Г. Очерки по иммунокоррекции в дерматовенерологии. Пособие для врачей. — СП-б. 2005. 102 с.
113. Jimenez S.A., Freundlich B., Rosenbloom J. Selective inhibition of human diploid fibroblast collagen synthesis by interferons // J. Clin. Invest. 1984. Vol. 74. P. 1112–1116.
114. Berman B., Duncan M.R. Short-term keloid treatment in vivo with human interferon alfa-2b results in a selective and persistent normalization of keloidal fibroblast collagen, glycosaminoglycan, and collagenase production in vitro // J. Am. Acad. Dermatol. 1989. Vol. 21. P. 694–702.
115. Gauglitz G.G. et al. Hypertrophic Scarring and Keloids: Pathomechanisms and Current and Emerging Treatment Strategies // Mol. Med. 2011. Vol. 17. № 1–2. P. 113–125.
116. Тюренков И.Н. и др. Эндотелиопротекторы — новый класс фармакологических препаратов // Вестник Рос. акад. мед. наук. 2012. № 7. С. 50–57.
117. Zampieri N. et al. A prospective study in children: pre- and post-surgery use of vitamin E in surgical incisions/ // J. of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 2010. Vol. 63. № 9. P. 1474–1478.
118. Th. Wallerath et al. A blend of phenolic compounds explains the stimulatory effect of red wine on human endothelial NO synthase // Nitric Oxide. 2005. № 12. P. 97–104.
119. Lorenz M. et al. A constituent of green tea, epigallocatechin-3-gallate, activates endothelial nitric oxide synthase by a phosphatidylinositol-3-OH-kinase-, camp-dependent protein kinase-, and Akt-dependent pathway and leads to endothelial-dependent vasorelaxation // J. Biol. Chem. 2004. Vol. 279, № 7. P. 6190–6195.
120. Phan T.T. et al. Quercetin inhibits fibronectin production by keloid-derived fibroblasts. Implication for the treatment of excessive scars // J. Dermatol. Sci. 2003. Vol. 33. № 3. P. 192–194.
121. Jackson B.A. et al. Pilot study evaluating topical onion extract as treatment for postsurgical scars // Dermatol. Surg. 1999. Vol. 25. № 4. P. 267–269.
122. Chung V.Q. et al. Onion extract gel versus petrolatum emollient on new surgical scars: prospective doubleb-linded study // Dermatol. Surg. 2006. Vol. 32. P. 193–197.
123. Saulis A.S. et al. Effect of Mederma on hypertrophic scarring in the rabbit ear model // Plast. Reconstr. Surg. 2002. Vol. 110. № I. P. 177–183.
124. Грешнова З.А. Оценка эффекта дополнительного назначения Траумель С при лечении келоидных рубцов. Тез. докл. 20 Москов. междунар. гомеопат. конференц. — Москва. 2010. С. 64–65.
125. Шпигель А.С., Грешнова З.А. Терапевтические эффекты Траумель С при лечении келоидных рубцов // Биологическая медицина. 2010. № 1. С. 30–34.
126. Griffith B.H., Monroe C.W., Mckinney P. A follow-up study on the treatment of keloids with triamcinolone acetonide // Plast. Reconstr. Surg. 1970. Vol. 46. № 2. P. 145–150.
127. Hirshowitz B., Lerner D., Moscona A.R. Treatment of keloid scars by com bined cryosurgery and intralesional corticosteroids // Aesthetic Plast. Surg. 1982. Vol. 6. P. 153–158.
128. English R.S., Shenefelt P.D. Keloid and hypertrophic scars // Dermatol. Surg. 1999. Vol. 25. № 8, P. 631–638.
129. Sawada Y., Sone K. Hydration and occlusion treatment for hypertrophic scars and keloids // Br. J. Plast. Surg. 1992. 45; 599–603.
130. Borges A.F. Principles of scar camouflage // Facial Plast. Surg. 1984. Vol. I. P. 181–190.
131. Borges A.F. W-plasty In: Thomas J.R., Holt G.R. eds. Facial Scars: Incision, Revision and Camouflage. St. Louis: C.V. Mosby Co, 1989. P. 150–159.
132. Задорожный Б.А. Криотерапия в дерматологии. — К.: «Здоровья», 1985. 72 с.
133. Джексон А. Руководство по криохирургии для врачей общей практики // Лечащий врач. 1999. № 6. С. 59–64.
134. Castro-Ron G., Pasquali P. Cryosurgery. In: Robinson J.K., Sengelmann R.D., Hanke C.W., Siegel D.M., eds Surgery of the skin. Procedual dermatology. Philadelphia: Elsevier Mosby. 2005. P. 191– 202.
135. Muti. E., Ponzio E. Cryotherapy in the treatment of keloids // Ann. Plast. Surg. 1983. Vol. 3. P. 227.
136. Сизов В.М., Печенова Т.Н., Володина Т.Г. и др. Изменение структуры послеожоговых келоидных рубцов до и после криотерапии // Врачебное дело. 1990. № 9. С. 95–97.
137. Zouboulis C., Blume U., Buttner P., Orfanos C. Outcomes of cryosurgery in keloids and hypertrophic scars // Arch. Dermatol. 1993. Vol. 129. P. 1146–1151.

138. Shepherd J.P., Dawber R.P. The response of keloid'scars to cryosurgy // Plast. Reconstr. Surg. 1982. Vol. 70. №6. P. 677–681.
139. Белоусов А.Е. Очерки пластической хирургии. Т 1. — СП-б. 2005. 128 с.
140. Lawrence W.T. In search of the optimal treatment of keloids: Report of a serie's and a review of the literature // Ann. Plast. Surg. 1991. Vol. 27. P. 164–178.
141. Berman B., Bieley H.C. Adjunct therapies of surgical management of keloids // Dermatol. Surg. 1996. Vol. 22. P. 126–130.
142. Mustoe T.A., Cooter R.D., Gold M.N. et al. International clinical recommendations on scar management // Plast. Reconstr. Surg. 2002. Vol. 110. №6. P. 560–571.
143. Berman B., Kapoor S. Keloid // Medicine Journal. 2001. Vol. 2. №11. P. 247.
144. Rusciani L., Rossi G., Bono R. Use of cryotherapy in the treatment of keloids // J. Dermatol. Surg. Oncol. 1993. Vol. 19. №6. P. 529–534.
145. Sclafani A.P., Gordon L., Chadha M. Prevention of earlobe keloid recurrence with postoperative corticosteroid injections versus radiation therapy: a randomized, prospective study and review of the literature // Dermatologic Surgery. 1996. 22(6); 569–574.
146. Asilian A., Darougheh A., Shariati F. New combination of triamcinolone, 5–Fluorouracil, and pulsed-dye laser for treatment of keloid and hypertrophic scars // Dermatologic Surgery. 2006. 32(7); 907–915.

К ЮБИЛЕЮ ПРОФЕССОРА ШАДИЕВА ХАКИМА КАЮМОВИЧА



Шадиев Хаким Каюмович родился 1 сентября 1945 г. в г. Ташкенте в семье служащих. Окончив школу, поступил на лечебный факультет ТашГосМИ и в 1969 г. окончил его. Свою трудовую деятельность в качестве дерматовенеролога Х.К. Шадиев начал под руководством выдающегося профессора, одного из основателей школы дерматовенерологии Узбекистана Армаиса Аристагесовича Аковбяна. Затем работал в качестве практического врача-дерматовенеролога и заведующего отделом Сырдарьинского областного кожно-венерологического диспансера. За время работы он показал себя высокоэрудированным специалистом, добрым наставником, чутким и внимательным в отношении к коллегам и больным, в это время раскрылись качества разностороннего специалиста-дерматовенеролога. Под его руководством были достигнуты высокие результаты по снижению частоты встречаемости заразных кожных и венерических заболеваний областного масштаба. Дальнейшая служебная деятельность профессора Х.К. Шадиева продолжалась в качестве ассистента кафедры кожных и венерических болезней Среднеазиатского медицинского педиатрического института (1972–1982 гг.) Набрав опыт практика-дерматовенеролога, он продолжил свою деятельность как педагог и научный сотрудник на кафедре кожных и венерических болезней СамПИ. Его последующая деятельность была связана с прохождением учебы в аспирантуре с 1973 по 1976 гг. в Центральном кожно-венерологическом институте г. Москвы под руководством профессора Шеклакова Николая Дмитриевича. Он впервые изучил электронную ультраструктуру зооантропонозного гриба Microsporum canis, а также ее изменения под воздействием противогрибкового препарата «Гризеофульвин-форте». Работая под руководством профессора Владимира Владимировича Делекторского, ему удалось получить данные сканирующей и трансмиссионной электронной микроскопии Microsporum canis, что в последующем способствовало изменению и расширению взглядов мировых микологов в отношении этого гриба. Это помогло в последующем в разработке эпидемиологических и профилактических мероприятий. В результате этих исследований Х.К. Шадиев в 1976 гг. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Ультраструктура Microsporum canis и ее изменения под действием гризеофульвина» в ЦКВИ г. Москвы.

Далее Х.К. Шадиев продолжил работу на кафедре дерматовенерологии СамПИ в качестве ассистента, однако его стремление достичь высоких результатов не дало ему остановится и в 1980 г. он поступил в докторантуру. Работа выполнялась на стыке двух специальностей — дерматологии и онкологии под руководством академика Н.Н. Трапезникова (Всесоюзный онкологический научный центр) и профессора А.А. Каламкаряна (Центральный кожно-венерологический институт). Выполняя тематику докторской диссертации, профессор Х.К. Шадиев впервые установил непосредственную связь в изменении патологии кожи с патологией внутренних органов. Им был доказан метод прогнозирования патологии внутренних органов с помощью изменения со стороны кожи. Предлагаемый метод вошел в науку под термином «паранеоплазия» и в 1985 г. работа завершилась защитой докторской диссертации «Паранеопластические дерматозы».

Как специалист, Х.К. Шадиев формировался под руководством таких выдающихся ученых, как академик Ю.К. Скрипкин, проф. Н.М. Туранов, Н.Н. Трапезников, Н.Д. Шеклаков, В.В. Делекторский.

В 1989 г. Х.К. Шадиев был назначен заведующим кафедрой кожных и венерических болезней Ташкентского педиатрического медицинского института, где проработал до 2009 г., при этом активно участвовал в общественной жизни института, в течение 10 лет выполнял обязанности декана I-го педиатрического факультета.

Профессор Х.К. Шадиев создал свою школу дерматовенерологов и подготовил 8 кандидатских и 4 докторских диссертации, из которых 4 кандидатских и 3 докторских были выполнены под его непосредственным руководством. На руководимой им кафедре остепененность профессорско-преподавательского состава составляла 60%, из них 40% — доктора наук. За время существования кафедры было выпущено более 78 клинических ординаторов, работающих в настоящее время в различных медицинских учреждениях нашей страны и за рубежом.

Он является автором более 150 научных работ и 4 монографий: «Паранеопластические дерматозы» (Н.Н. Трапезников, Х.К. Шадиев, 1994); «Патогенез и лечение атопического дерматита» (У.К. Ибрагимов, Т.Т. Шахобиддинов, 1996); «Тери ва таносил касалликлари ўқув қўлланмаси» (Х.К. Шодиев,

К.Р. Ахмедов, 1995); «Заболевания, передаваемые половым путем, у детей» (Х.К. Шадиев, Г.А. Дмитриев, В.Ф. Сиразитдинова, 2013), 18 учебных пособий и 73 статей.

С 1997 г. Х.К. Шадиев — почетный член Европейской академии дерматовенерологии. Он ежегодно принимает активное участие в ее работе, регулярно посещает симпозиумы и конгрессы, проводимые в разных странах мира. Был участником 20 съездов, 12 международных конгрессов, 15 научно-практических конференций. Также он является членом редакционного совета журналов «Вестник дерматологии и венерологии» (г. Москва), «Дерматовенерология и эстетическая медицина», «Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья», «Педиатрия». Долгие годы он был членом Специализированного совета по специальности 14.00.11 «Кожные и венерические болезни», а также членом Ученого совета ТашПМИ.

В 1974 г. профессор Шадиев Х.К. награжден орденом «Знак почета», с 2004 г. является обладателем диплома за «Выдающиеся достижения в области дерматологии и венерологии» (Кембридж, Англия).

По его инициативе на кафедре была создана богатейшая библиотека по дерматовенерологии, имеющая в том числе и версию электронного формата. Он также уделял большое внимание внедрению в учебный процесс современных методов обучения, способствовал укреплению связей с научно-исследовательскими институтами АН РУз, Российской Федерации, Великобритании (Кембридж), США (штат Орегон). В 2002–2005 г. под его руководством на кафедре проводился большой научно-технический проект в рамках государственной грантовой программы.

Работая в высшем учебном заведении, профессор Х.К. Шадиев воспитал прекрасную плеяду высококвалифицированных профессоров, кандидатов медицинских наук, врачей-дерматовенерологов, которые продолжают дело своего учителя. Он является одним из ведущих специалистов в области дерматовенерологии, сочетает в себе таланты наставника и руководителя, организатора и ученого-исследователя, признанного лектора и блестящего врача-клинициста.

Коллектив Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и венерологии МЗ РУз

Коллектив кафедры дерматовенерологии, детской дерматовенерологии и СПИДа ТашПМИ

Ассоциация дерматовенерологов Узбекистана

Редакционная коллегия научно-практического журнала «Дерматология и эстетическая медицина»

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

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ МЗ РУз
АССОЦИАЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА ЭСТЕТИК ТИББИЁТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ» ХАЛҚАРО ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Илмий ишлар тўплами

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

Тезисы научных работ

Тошкент ш.
20–21 ноябр 2015 й.

г. Ташкент
20–21 ноября 2015 г.

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

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

SYPHILIS IN HIV-INFECTED PATIENTS — TREATMENT CONCEPT

MAVROV G.I., MIRONYUK V.I.

State Institution "Institute of Dermatology and Venereology Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv

The purpose of the work was to review of existing methods of syphilis treatment in HIV-infected persons and estimation of their efficiency, and to develop a principled approach to therapy of patients with a combination of syphilis and HIV/AIDS. A literature search was carried out through portals «PubMed/MEDLINE», «National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine», «Scientific electronic library eLIBRARY.RU» and «Russian index of scientific citation (RISC)». In randomized comparative studies some authors have not obtained evidence that any other treatment would be more effective than regimens recommended for patients without HIV. Therefore, the guidelines of the CDC USA (2010) and IUSTI Europe (2014) recommend a similar treatment of early syphilis for HIV-positive and HIV-negative patients both (benzatin penicillin G, 2.4 million u/m, once). In Russian literature some authors offer higher course dose of penicillin (1.5–2 times) and the use of non-specific (immune) therapy. Many authors insist on careful follow-up after the treatment and on CSF examination to exclude asymptomatic neurosyphilis. So there is no consensus about the risk of the development of neurosyphilis and positive serology relapse after the early syphilis treatment in HIV-infected patients with conventional schemes. The issues of the antiretroviral therapy effect and the degree of the immune system damage influence on treatment outcome have not resolved yet.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ

АБДУЛЛАЕВ М.А., НАБИЕВ Т.А., ПОРСОХОНОВА Д.Ф., ИЗВЕКОВА О.В.

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

В этиопатогенезе развития остроконечных кондилом наряду с патогенностью ВПЧ, одним из важных значений имеет фактор местного и системного иммунитета. Степень выраженности изменений в иммунной системе находится в определенной взаимосвязи с клинической картиной и давностью заболевания.

Целью исследования явилось изучение состояния системы иммунитета у больных страдающих остроконечными кондиломами в зависимости от давности течения патологического процесса.

Под наблюдением находились 50 больных (37 мужчин и 13 женщин) с остроконечными кондиломами в возрасте от 17 до 54 лет с давностью заболевания от 1 месяца до 5 лет. Группу сравнения составили 20 практически здоровых лиц. Больные в зависимости от давности заболевания были подразделены на две группы от 1 месяца до 1 года (1 группа — 25 пациентов) и свыше 1 года (2 группа — 25 пациентов).

Анализ полученных результатов показал, что в обеих группах больных наблюдаются определенные изменения в системе иммунной реактивности организма. Так, у больных 1 группы отмечается увеличение В-лимфоцитов (CD20+) до 19,9 ± 1,55 %; $p < 0,05$ и снижение относительного количества CD3+ лимфоцитов до 51,5 ± 1,25 %; $p < 0,05$. В субпопуляционном составе CD3+ лимфоцитов значительных изменений по сравнению с контрольной группой не наблюдалось. У больных 2 группы с давностью заболевания свыше 1 года, патологический процесс сопровождался достоверными изменениями во всех звеньях иммунитета по сравнению с группой контроля и с показателями 1 группы больных.

Во 2 группе больных с остроконечными кондиломами было выявлено снижение относительного количества CD3+ лимфоцитов периферической крови до 47,3 ± 0,25 %, при контроле 60,4 ± 0,22 % ($p < 0,001$). При этом отмечалось уменьшение числа Т-хелперов (CD4+) до 32,6 ± 0,43 % при

36,2±0,23% в контроле (p<0,01). Содержание цитотоксических лимфоцитов (CD8+) было повышенным до 22,1±0,27%, (p<0,01). При изучении содержания В-лимфоцитов (CD20+) установлено увеличение их количества до 23,0±0,21%, (p<0,001). При анализе содержания циркулирующих иммунных комплексов отмечается их повышение до 2,5 раз (33,0±0,21% при 12,8±0,81%, p<0,001).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что у больных с остроконечными кондиломами отмечаются количественные изменения в клеточном и гуморальном звене иммунной системы, проявляющиеся снижением общего количества CD3+, CD4+ лимфоцитов, увеличением содержания цитотоксических лимфоцитов CD8+ клеток, CD20+ лимфоцитов и высокое содержание ЦИК. Степень выраженности нарушений в различных звеньях иммунной системы, зависят от давности течения остроконечных кондилом, что является одним из факторов развития рецидивов заболевания, а также могут служить дополнительно неблагоприятным фоном в развитии неопластических нарушений в ткани остроконечных кондилом при наличии в них ВПЧ высокоонкогенных типов.

ПОКАЗАТЕЛИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВПЧ ВЫСОКООНКОГЕННЫХ ТИПОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ

АБДУЛЛАЕВ М.А., НАБИЕВ Т.А., ХАЛИДОВА Х.Р., ФАТТАХОВ Б.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Дерматологии и венерологии МЗ РУз.

Согласно классификации ВОЗ, остроконечные кондиломы относятся к группе инфекций передаваемых, половым путем (ИППП), и занимают в этой группе одно из весомых мест от 3% до 28% в различных странах мира.

Как известно остроконечные кондиломы (ОК) являются фиброэпителиальными опухолями вирусной природы, вызванные вирусами папилломы человека (ВПЧ), которые относятся к ДНК–содержащим вирусам и являются высокоспецифичными к коже и слизистым оболочкам человека. Заражения данными вирусами до 70–85% составляет половой путь.

В настоящее время по онкопатенциальным своим свойствам не менее 35 типов ВПЧ (16,18 и др.) вызывают дисплазию и рак половых органов (шейки матки, вульвы, влагалища, полового члена), гортани и аноректальной области. До 10–35% всех неоплазий у человека напрямую связаны с папилломавирусными инфекциями. Прогноз генитальных бородавок зависит от типа обусловливающих их ВПЧ, сопутствующих заболеваний (включая ИППП). Если ВПЧ-16 типа обычно приводит к развитию плоскоклеточного рака, то ВПЧ-18 — к развитию аденокарценомы шейки матки — формы рака с неблагоприятным прогнозом в своем течении, зачастую проявляющиеся в молодом возрасте, особенно среди женщин репродуктивного возраста.

Особая актуальность ранней диагностики и лечения заболеваний, вызванных ВПЧ, обусловлена и тем, что вирусы не только распространяются при половых контактах, но и могут служить пусковым механизмом в развитии предраковых поражений и плоскоклеточного рака органов гениталий.

Учитывая вышеизложенное, целью нашей исследовательской работы явилась типовая идентификация ВПЧ (16,18,31,33 типы) с наиболее высоким онкопатенциалом методом ПЦР и оценка частоты их встречаемости у больных с остроконечными кондиломами. Материалом для исследования служили биоптаты кожи и слизистых оболочек взятые с очагов ОК расположенных в генитальной и перианальной области. Исследование проводили в лаборатории «ПЦР диагностики ИППП» РСНПМЦДиВ на аппарате ПЦР-REAL TIME (Corbett RESEARCH, model: RG 6000, Австралия).

Нами были обследованы 31 больных (22 мужчин, 9 женщин) с остроконечными кондиломами, находившиеся на амбулаторном и стационарном лечении в клинике РСНПМЦДиВ. Больные были в возрасте от 17 до 54 лет. Длительность заболевания составляла от 1 месяца до 5 лет. При изучении анамнеза 82% пациентов указали на половой путь передачи заболевания.

Результаты проведенных исследований показали, что из 31 больных у 11 выявлены ВПЧ 16,18 типа, что указывает на высокий уровень распространенности (35%) высокоонкогенных типов ВПЧ у больных с остроконечными кондиломами и является неблагоприятным показателем, определяя данных больных в группу повышенного риска по развитию онкологических заболеваний органов гениталий. Данное состояние требует разработки ранних методов профилактики, как в плане распространения вирусного этиоагента, так и развития паранеопластических изменений кожи и слизистых оболочек органов гениталий.

СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ

АБДУЛЛАЕВ Т.У., *АХМЕДОВА Ш.У.

РСНПМЦДиВ; *ТашПМИ, Узбекистан, Ташкент

Актуальность. Работы по исследованию гормонального гомеостаза в норме и при воспалении указывают на возможность эндокринной регуляции иммуногенеза в связи с взаимозависимостью этих систем в онто- и филогенезе и важной ролью тимолимфатической и нейроэндокринной систем в поддержании гомеостаза организма. Позднее были исследованы нейроэндокринные сдвиги в процессе развития иммунного ответа и выявлены их коррелятивные взаимоотношения с рядом показателей иммунной системы в норме и при патологических процессах.

Результаты и наблюдения. Нами были обследованны 56 больных в возрасте 19–35 лет, страдающих кандидозной инфекцией более 10 лет (основная группа), и 20 практически здоровых женщин контрольной группы, которым проведено исследование содержания базисного уровня гонадотропных гормонов на 5-й день менструального цикла, половых гормонов (эстрадиола в раннюю фолликулиновую фазу, прогестерона на 7-й день после овуляции или на 23-й день ановуляторного менструального цикла), гормонов коры надпочечников и общего тестостерона в плазме крови на 23–24-й день менструального цикла. Поскольку воспалительный процесс часто приводит к нарушениям репродуктивной функции женского организма, в основную группу были отобраны пациентки, страдающие первичным или вторичным бесплодием: первичное бесплодие встречалось у 48,27%, вторичное — у 51,73% женщин.

Базальный уровень ЛГ и ФСГ достоверно не отличались от нормы ($p > 0,01$). Однако у 71,2% пациенток было отмечено снижение показателей ЛГ вплоть до нижней границы нормы; уровень ФСГ у 49,3% пациенток имел тенденцию к снижению также вплоть до нижней границы нормы. Колебания полученных значений ЛГ и ФСГ выражены незначительно: ни в одном случае не наблюдалось снижение данных гормональных параметров ниже границы нормы, одновременно минимальный процент достигал среднего значения контрольной группы, что свидетельствует о формировании стойкой и умеренно выраженной гипофункции гипофиза на фоне имеющегося кандидоза более 10 лет. Среднее значение уровня эстрадиола и прогестерона были в три раза ниже, чем в группе контроля.

При изучении менструальной функции этих больных были выявлены следующие нарушения: ановуляторные менструальные циклы по типу атрезии фолликулов наблюдались у 52,3% женщин; недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла была диагностирована у 41% пациенток; недостаточность обеих фаз менструального цикла была выявлена у 5,8% пациенток.

Выводы. Полученные в результате проведенного комплексного исследования уровней гормонов в плазме крови у женщин с кандидозным процессом выявили следующие, характерные для данной патологии, признаки: у подавляющего большинства больных менструальная функция нарушена, основной тип нарушения — ановуляция, выявлено значительное отставание секреторной трансформации эндометрия, обусловленное снижением функциональной активности желтого тела. Все это, указывает на постоянное наблюдение за пациентами с кандидозным процессом: контроль состояния гормонального фона (особенно у женщин репродуктивного возраста), консультации у специалистов и при необходимости проведение курса терапии.

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ СЕРОДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА В УЗБЕКИСТАНЕ

АБИДОВ А.М., АБИШАЛА В.А., ХАЛИДОВА Х.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, г.Ташкент

Сифилис относится к социально значимым заболеваниям и представляет собой серьезную проблему, так как может протекать в скрытой форме и при несвоевременной диагностике может приводить к серьезным осложнениям (третичный, врожденный, мертворождение), распространению инфекций половым путем. В связи с этим ежегодно в ЛПУ Узбекистана проводится 100% профилактическое обследование на сифилис.

До недавнего времени при получении положительного результата при скрининговых исследо-

ваниях на сифилис во многих областях Республики Узбекистан не было возможности провести на месте лабораторную верификацию в трепонемных реакциях, так как существовавшие на то время диагностические подтверждающие тесты (РИБТ, РИФ) весьма сложны при постановке: требуют содержания лабораторных животных для получения антигена (штамма Никольса), дополнительной дорогостоящей аппаратуры, оценка результатов должна проводиться весьма квалифицированным специалистом и занимает много времени (реакция РИФ от 3-х часов и РИБТ до 18–20 часов). Приходилось отправлять в референс-лабораторию (ЦСЛ с ПЦР диагностикой клиники РСНПМЦДиВ МЗ РУз) высушенные сыворотки крови для верификации в подтверждающих трепонемных тестах, что затягивало своевременную постановку окончательного диагноза.

В последние годы методы серологической диагностики сифилиса были усовершенствованы. В настоящее время Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан выпущен приказ №128 от 10.05.2012 года «Об организации профилактического обследования на сифилис в лечебно-профилактических учреждениях», где официально утверждены современные методы по серодиагностике сифилиса, которые являются широко доступными, сравнительно недорогими тестами, обладающие коротким сроком получения результата. К ним относятся: не трепонемный тест (НТТ) — реакция быстрого определения реагинов плазмы (РоРП, RPR) и трепонемные тесты (ТТ) — реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), иммунохроматографический анализ (ИХА), иммуноферментный анализ (ИФА).

Одна из первых в Узбекистане по внедрению современных методов серодиагностики сифилиса была Республика Каракалпакистан ККР (2010 г.), далее Самаркандская область (2011 г.), затем Ташкентская, Сырдарьинская, Наманганская, Хорезмская (2012 г.). В настоящее время почти во всех областях ставятся трепонемные тесты.

Таким образом внедрение в практику современных методов диагностики сифилиса в Узбекистане позволила решить проблему специфической серодиагностики в областях, ускорить процесс верификации позитивных результатов выявляемых в ЛПУ и своевременную постановку окончательного диагноза.

К ПРОБЛЕМЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА.

АБИДОВ А.М., АБИДОВ Х.А.

РСНПМЦДиВ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Ташкентский педиатрический медицинский институт

В последние годы в мировой медицине отмечается тенденция ухудшения показателей здоровья некоторых групп населения, нарушения репродуктивной способности и снижение эффективности антибактериальной терапии. Существенное значение в структуре данных проблем на наш взгляд, (после инфекций дыхательных путей) имеет распространенная практика неадекватной антибиотикотерапии (АБТ) при инфекциях передающихся половым путем (ИППП), воспалительных заболеваниях органов малого таза (ВЗОМТ).

Ведущими факторами, способствующими этому является;

— недостаточное обучение в медицинских ВУЗах рациональному применению антибиотиков и случаи антибиотикорезистентности;

— широкое распространение ИППП и ВЗОМТ среди лиц репродуктивного возраста;

— трудности выявления и, как следствие гипердиагностика урогенитальных ИППП (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, генитальный герпес, бактериальный вагиноз (гарднереллеза));

— подход принципа лечения каждого из сексуальных партнеров, при обнаружении ИППП у одного из них, без тщательного дообследования, что удваивает эффект ошибки;

— лечение в акушерско-гинекологических, урологических учреждениях без должного обследования на бактериальную микрофлору и ИППП;

— отсутствие в «стандартах диагностики и лечения» смежных специалистов(урологов) обследования на ИППП;

— широкое распространение самолечения из-за свободной продажи лекарственных средств;

— коммерческие интересы фирм-производителей антибактериальных препаратов и врачей.

По нашему мнению наиболее частыми ошибками при ведении данной категории больных являются:

— диагностика и постановка диагноза ИППП на основании одного вида лабораторного теста. Необходимо выполнять несколько взаимодополняющих лабораторных методов (ПИФ, ИФА, ПЦР);

— необоснованное проведение АБТ при выявлении урогенитального уреаплазмоза, микоплазмоза без определения патогенности штамма.

— проведение АБТ при выявлении урогенитального уреаплазмоза, микоплазмоза, гарднереллеза, являющихся условно патогенной микрофлорой, не требующей лечения при отсутствии клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса (исключение генитальные микоплазмы)

— отсутствие оценки эффективности АБТ врачами впервые 48–72 часа от начала лечения

— назначение неоправданно длительных, повторных и комбинированных курсов АБТ. (установлено, что продолжительность курса лечения АБ препаратами за редким исключением составляет не более 7–10 суток)

— недооценка значения санации всех половых партнеров среди врачей акушер-гинекологов

— применение АБТ при абактериальном простатите (категория IIIA и IIIB) и бактериальном вагинозе должна быть строго индивидуальна

Следовательно, для уменьшения резистенности АБ необходимо пересмотр подходов к назначению АБТ при различных патологических состояниях с учетом антибиотикочувствительности, внедрение алгоритмов и разработка стандартов ограничения использования антимикробных препаратов.

АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕНИЯ NEISSERIA GONORRHOEAE И TRIHOMONAS VAGINALIS В ЛАБОРАТОРИЯХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН В ПЕРИОД 1995–2014 гг.

АБИДОВ А.М., РАЗЫКОВ А.А., ИЗВЕКОВА О.В., БОЙМУРЗАЕВ Н., ХАЛИДОВА Х.Р.

Введение. Диагностика заболеваний, вызываемых Neisseria gonorrhoeae и Trihomonas vaginalis, относящихся к первому поколению ИППП, до сих пор остается актуальной. Основным методом выявления этих возбудителей остается бактериоскопия, которая доступна, проста в исполнении и не требует больших материальных затрат. Кроме того, она может применяться на всех этапах лабораторной службы кожно-венерологической сети и других ЛПУ (республиканских, областных, городских, районных). Однако признано, что «золотым» стандартом диагностики Neisseria gonorrhoeae и Trihomonas vaginalis являются культуральные исследования, проведение которых имеет важное значение при хронических и латентных формах заболевания. Кроме того, проблемы формирования и распространения антибиотикорезистентности, касающиеся в основном Neisseria gonorrhoeae, требуют регулярного изучения чувствительности возбудителя к антибиотикам с использованием культурального метода. В настоящее время бактериоскопическая диагностика ИППП проводится в 516 лабораториях (из них 61 находится в кожно-венерологической сети, остальные 450 при других ЛПУ), а культуральная — в 44 (24 — при КВД и 20 при ЛПУ). За этот период Neisseria gonorrhoeae и Trihomonas vaginalis как и другие микроорганизмы претерпели определенные изменения, которые не могут не сказаться на общей эпидемиологической ситуации и на их выявлении. На качество работы лабораторий по выявлению оказывают влияние различные факторы — такие как децентрализация проводимых исследований, реорганизация отдельных медицинских учреждений (закрытие женских консультаций и передача их функций районным семейным поликлиникам), открытие частных медицинских учреждений и разрешение проведения исследований на ИППП (венерические заболевания), которые не подотчетны головному профильному учреждению — невозможность проверки качества выполнения исследований, а также получения данных по выявлению этих инфекций. Свою роль вносит нерегулярность, в ряде случаев — полное отсутствие данных по выявлению и регистрации больных ИППП в республиканских учреждениях (НИИ, РСЦ и РСНПМЦ). В связи с этим сложно говорить о реальной и достоверной распространенности и идентификации этих инфекций.

Поэтому **целью** нашего исследования явилось проведение анализа выявляемости этих возбудителей в период 1995–2014 гг. В работе дана характеристика выявления Neisseria gonorrhoeae и Trihomonas vaginalis как по республике, так и по отдельным областям.

Материал и методы исследования. Материалом для данного исследования явились годовые отчеты республиканского КВД Каракалпакии, областных КВД, КВД г. Ташкента за период 1995–2014 гг., поступивших в отделение организационно-методической работы и медицинской статистики.

Результаты. Анализ результатов показал, что по Республике Neisseria gonorrhoeae в 1995 г. была выявлена в 6719 случаях, а в 2014 г. — в 5159. Наибольшее выявление наблюдалось в 1999 г. и составляло — 7445. Выявление Trihomonas vaginalis в 1995г. составляло 47050 случаев, в 2014 г. — 20053, наибольшее выявление наблюдалось в 1996г — 55997 случаев.

В соответствии с полученными данными наблюдается тенденция к уменьшению выявления Neisseria gonorrhoeae в 1,4 раза, Trihomonas vaginalis в 2,8 раза, несмотря на прирост населения за этот период на 25 %.

Выводы. Таким образом, статистические данные показывают снижение выявления Neisseria gonorrhoeae и Trihomonas vaginalis в целом по республике, в отдельных областях (снижение гонореи: Самаркандская и Андижанская область в 1,8 раз, Каракалпакстан — в 1,4 раза, снижение регистрации трихомониаза: Самаркандская, Андижанская области и Каракалпакстан в 2; 1,2 и 2,5 раза соответственно) и особенно г. Ташкенте (в 3,8 и в 29,4 раза соответственно).

Такие разнонаправленные изменения связаны с вышеуказанными факторами: недостаточное использование культуральной диагностики, децентрализация исследований в ЛПУ, открытие частных медицинских учреждений и другие. Возложение функций женских консультаций на семейные поликлиники привело к несоответствию качества обследования на ИППП — отсутствие провокации, нестандартное взятие материала, нарушению правил окраски и микроскопии. В то время как открытие частных медицинских учреждений привело к оттоку пациентов, в том числе обращающихся для обследования на ИППП. На достоверность статистических показателей оказывает влияние отсутствие данных по выявлению ИППП от республиканских учреждений (НИИ, РСЦ и РСНПМЦ).

Вышеизложенное диктует необходимость:

1. Приостановить дальнейшую децентрализацию проводимых исследований на ИППП, особенно в сельских районах (до уровня СВП).
2. Усилить контроль со стороны учреждений дерматовенерологической службы за качеством забора материала, окраски и его исследования, регистрации результатов и выявленных больных в ЛПУ по вертикали.
3. На постоянной основе проводить дообследование больных с использованием культуральных методов диагностики (пациентов с повышенным лейкоцитозом, подозрение на латентные и хронические формы заболевания и пр., проведение исследований на определение чувствительности к антибиотикам).
4. Республиканским учреждениям, где проводится бактериоскопическая диагностика отделяемого урогенитального тракта, обеспечить своевременное и достоверное предоставление в РСНПМЦ ДиВ данных по выявлению случаев ИППП.
5. Внести предложение в МЗ РУз о предоставлении данных о выявленных случаях ИППП негосударственными медицинскими учреждениями, в лабораториях которых проводится бактериоскопическая диагностика отделяемого урогенитального тракта.

ОПЫТ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЖЕНЩИНАМИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

АБИДОВ А.М., ПОРСОХОНОВА Д.Ф., АБИДОВ Х.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр Дерматологии и Венерологии МзРУз

Введение. Роль инфекций передающихся половым путем (ИППП) в генезе репродуктивных нарушений доказана многими исследователями, однако частота выявления тех или иных возбудителей при данной патологии значительно варьирует.

Целью нашего исследования было изучить распространенность ИППП среди пациенток с репродуктивными нарушениями и оценить частоту рецидивов, их причины и эффективность различных методов терапии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в консультативной поликлинике РСНПМЦДиВ на длительном диспансером контроле (от 6 мес до 1,5 лет) находилось 200 женщин, состоящих в браке, с различными репродуктивными нарушениями, среди которых встречалось первичное и вторичное бесплодие (от 2 до 8 лет) невынашивающих беременности, патология в родах, связанная с инфекционными осложнениями (эндометриты, плацентиты, хорионамнионити и др). Для диагностики ИППП проводилась идентификация возбудителей из соскоба отделяемого урогенитального тракта методом ПЦР, бактериологическими и бактериоскопическими методами.

Результаты и обсуждение. Полнота клинических наблюдений, возрастающая точность и объем диагностических возможностей позволили выявить связь между присустствием ИППП и отделенными последствиями в виде нарушений в генеративной системе женщин. ИППП выявлены у 85–87 % обследуемых. Наиболее часто диагностировались хламидийная, гонорейная, трихомонадная инфекции и их сочетания. В период диспансеризации рецидивы хдамидийной инфекции, а также случаи нарушения репрдукции регистрировались от 2 до 5 раз у женщин, получивших обычную иммуно-антибактериальную терапию. На основе углубленного изучения патогенеза гонорейной, гонорейно-трихомонодной, хламидийной, хламидийно-уреоплазменной инфекции в комплекс мероприятий по диспансери-

зации потребовалось ввесте назначение повторных курсов с включением гормонозаместительной терапии и физиотерапевтических процедур, включающих воздействие инфракрасного лазера. Полученные результаты позвалили значительно аовысить результативность лечения и рекомендовать женщинам с ИППП и репродуктивными осложнениями после негативации ИППП в постантибактериальном периоде при необходимости подключать курсы гормонозаместительной и физиотерапии с использованием инфракрасного лазера .

СТАНДАРТНЫЙ МЕТОД НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕРОДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА-RPR-CARBON

АБИШАЛА В.А., ХАЛИДОВА Х.Р., ХОДЖАЕВ И.Х.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

В последние годы методы серологической диагностики были усовершенствованы и предложены новые трепонемные и нетрепонемные тесты. RPR-carbon (Rapid plasma reagin) является одним из стандартных методов не специфической серодиагностики сифилиса, который вошел в приказ МЗ РУз за № 128 от 10 мая 2012 года «Об организации профилактического обследования на сифилис в лечебно-профилактических учреждениях». RPR-carbon (быстрый тест для качественного и количественного определения реагиновых антител в сыворотке или плазме крови) относят к нетрепонемным флокуляционным тестам по выявлению антител, ассоциированных с сифилисом. RPR-carbon — модифицированный зарубежный аналог реакции микропреципитации (РМП) с кардиолипиновым антигеном. Преимуществом этого метода является простота исполнения, отсутствие специального оборудования и кратковременность исполнения; при этом реакция демонстрирует высокую чувствительность и специфичность среди нетрепонемных тестов при всех стадиях сифилиса. Немаловажным является то, что антиген стабилен, выпускается в готовом виде к употреблению и имеет сравнительно большой срок годности (в течение года), в отличие от своего аналога РМП, антиген которой необходимо готовить перед применением. Он не стабилен и рабочая эмульсия годна лишь в течение недели, так как ее активность снижается. RPR-carbon необходимо применять в тех лабораториях, где проводят серологические исследования на сифилис, менее чем 140 анализов в неделю.

Нами были проведены исследования сыворотки крови по определению чувствительности и специфичности при помощи RPR-Carbon производства HUMAN (Германия) по сравнению с РМП.

Принцип метода заключается в следующем: при добавлении к плазме или сыворотке крови больного сифилисом суспензии стабилизированного кардиолипинового антигена в смеси с мелкодисперсными частицами древесного угля происходит образование комплексов антиген-антитело, собирающих частицы древесного угля в более крупные агрегаты; при этом результат реакции становится возможным учитывать невооруженным глазом.

Методом RPR-carbon были обследованы 2 890 образцов сывороток крови. Из них выявлено 6 позитивных результата, что составило — 0,20 % от всех обследованных. При проведении клинического обследования дерматовенерологом и углубленного дообследования положительных результатов в серологических реакциях КСР + РИФ + РИБТ у 5 (0,17 %) пациентов, поставлен диагноз поздний сифилис скрытый, у одного пациента (0,03 %) при тщательном обследовании диагноз сифилис не подтвердился. Следует отметить, что у трех пациентов (60 % из позитивных результатов) RW и РМП при дообследовании были отрицательными, а специфические реакции положительными.

Таким образом, полученные результаты показали, что чувствительность метода RPR-carbon выше по сравнению с РМП. И внедрение этого метода исследования как не специфического теста серодиагностики сифилиса позволит повысить выявление больных сифилисом с разным уровнем позитивности.

СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО СИФИЛИСА

АЙТКУЛОВА В.Р., ШТУКЕРТ А.В., ЛИ Н.П., ЯГИН Г.А.

Павлодарский филиал ГМУ г. Семей, Казахстан, г. Павлодар

Кардиоваскулярный сифилис (КВС) — специфическое поражение сердца и сосудов (главным образом аорты и коронарных артерий), возникающее вследствие развития инфекционно-аллергического процесса в миокарде и сосудистых оболочках на любой стадии сифилиса. Ранние проявления КВС, развивающиеся на фоне ранних форм сифилиса, носят функциональный характер и исчезают на фоне специфической терапии [1]. Поздние формы КВС сопровождаются дегенеративно-дистрофическими изменениями Поражение сердечно-сосудистой системы развивается в 90–94 % случаев специфической висцеральной патологии. Однако ее прижизненная диагностика является большой редкостью. Сифилис занимает 7-е место среди других причин возникновения аневризм аорты, как правило, является одним из исходов плохо леченого сифилиса.

Клинический случай: Больной Р., 1976 г.р. из анамнеза жизни: лечился в КВД 14 лет назад с первичным сифилисом. Находился на лечении в ПОТД с диагнозом инфильтративный туберкулез левого легкого. На фоне проводимого патогенетического и симптоматического лечения состояние пациента было стабильно средней тяжести. В один из дней у больного утром открылась рвота алой кровью, и наступил смертельный исход. Патологоанатомическое исследование: в стенке пищевода в верхней трети обнаружен линейный дефект длиной 5 см, который сообщался с аортой. Со стороны аорты в месте сообщения было мешотчатое образование размерами 5:4 см с неровной поверхностью. Гистологически в стенке пищевода и стенки аорты, сформированные сифилитические гуммы. На основании вышеизложенного, причиной смерти пациента явилась разрыв аневризмы аорты, причиной формирования которой явилась сифилитичекая инфекция, перенесенная 14 лет назад. Продемострированный случай еще раз подтверждает необходимость своевременной, ранней диагностики кардиоваскулярного сифилиса, а так же необходимость сотрудничества дерматовенерологов с врачами других специальностей, и повышения осведомленности специалистов в вопросах клиники, диагностики и лечения.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В КОЖЕ ПОД ДЕЙСТВИЕМ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВУЛЬВЫ

АЛИМОВ Б.Д., МАГРУПОВ Б.А., ПОРСОХОНОВА Д.Ф., КАЛАНОВА Н.Б.

Республиканская клиническая кожно-венерологическая больница МЗРУз,
Республиканский Специализированный научно-практический медицинский
Центр дерматологии и венерологии МзРУз

Введение. Дистрофические заболевания вульвы (ДЗВ), к числу которых относятся склероатрофическийлихен, гиперпластическая дистрофия, ограниченный нейродермит, лейкоплакия и др., представляют собой серьезную медико-социальную проблему. Существующие методы терапии либо неэффективны, либо дают временное облегчение паци-енткам. В связи с этим поиск новых более эффективных методов лечения ДЗВ является весьма актуальным.

Целью нашего исследования явилось изучение морфологических особенностей тка-ни вульвы под действием низкоинтенсивного лазерного изучения при склероатрофиче-скомлихене.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 10 пациенток с диагно-зом склероатрофическийлихен вульвы и плоскоклеточная гиперплазия в возрасте от 18 до 60 лет. Нами проведено комплексное клинико-морфологическое исследование. Патомор-фологические исследования после предварительной фиксации кусочков ткани в 4 % растворе формалина на фосфатном буфере (pH 7,6) и заливки ткани в парафин по З.Лойда (1982) проводились на кафедре патологической анатомии и судебной медицины ТашИУВ (зав. д.м.н. Мавлянходжаев Р.Ш.).

Результаты и обсуждение. Основной жалобой пациенток являлся зуд кожи гениталий различной интенсивности, усиливающийся преимущественно в ночное время. Клиническая картина заболевания в основном представлена присутствием инфильтративных бляшек, а также истончением и уплотнением тканей с характерной белесоватостью кожи и слизистой малых и больших половых губ, клитора, входа во влагалище. У некоторых пациенток процесс распространялся на всю вульву, перианальную область и внутреннюю поверхность бедер. У 5 (50 %) отмечены

явления депигментации вследствие постоянных расчесов.

При морфологическом исследовании биоптатов слизистой вульвы у пациенток с ДЗВ обнаружены различной степени выраженности следующие изменения ткани: истон-чение эпидермиса с нормальным роговым слоем, гипер- и паракератоз; наличие активной пролиферации эпидермиса; сглаженный сосочковый слой; измененные ядерные структуры эпидермиса в виде увеличения ядра, многоядерность клеток; утолщение и отек коллагеновых волокон в строме; лейко- и лимфоцитарная инфильтрация, дисплазия эпителия I–II степени.

Для лечения пациенток применена комплексная терапия, состоящая из лазерной терапии, антибактериального воздействия, системной энзимотерапии. Для импульсного и непрерывного излучения использован АЛТ «Восток» Дельта 02 с наличием функции двойной модуляции, несущей частотой до 4000 Гц и возможностью использования терми-налов в диапазоне от 0,48 до 1,3 мкм. Оно включало облучение области гениталий (2мин) насадкой КМ-2 мощность 75%, пахового сосудисто-нервного пучка слева и справа по 1 минуте мощность 50%, паравертебральных ганглиев на уровне SIII (слева и справа от по-звоночного столба), по 1 минуте мощность 75% насадкой ЗН30 (10 сеансов). Критериями эффективного лечения были восстановление нормального анатомо-морфологического состояния кожно-слизистого покрова вульвы, исчезновение жалоб пациенток и вульвоскопических изменений. В результате проводимой терапии уже на 3–4-е сутки от начала лечения у 8 пациенток купировался зуд и выделения из половых путей. А к 14–15-му дню лечения отмечалось значительное смягчение кожи вульвы и перианальной области, рассасывание зоны инфильтрации, восстановление кожного рисунка. В результате применения данного метода получена 90% эффективность уже после первого курса терапии. Рецидив зуда отмечен у 2-х пациенток спустя 1 месяц по окончании лечения, им был проведен повторный курс лазеротерапии.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует об эффективности комплексной терапии с применением низкоинтенсивного лазерного излучения.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ

БАЕВ А.И., ИСЛАМОВ Е.Н., ДЖУСУПГАЛИЕВА М.Х., ТАУБАЕВА А.А.

РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗСР РК, г. Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования: провести клинико-лабораторное обследование на предмет ИППП среди работниц коммерческого секса (РКС).

Материалы и методы исследования: исследование было проведено в период прохождения Всемирного дня борьбы со СПИДом в рамках проекта USAID «Диалог по ВИЧ и туберкулезу». В исследовании приняли участие 30 респондентов из числа РКС в возрасте от 18 до 35 лет, средний возраст обследованных составил 26,5 ±1,5 лет.

Результаты и обсуждения: клинико-лабораторное обследование, проведенное на предмет ИППП у 30 РКС показало, что сифилис встречался у одной секс-работницы, гонорея — у 4, урогенитальный трихомониаз — у трех, урогенитальный хламидиоз — у 16, урогенитальный уреа-микоплазмоз — у 13, ВПГ (2 тип) и цитомегаловирусная инфекция — у всех 30.

Таким образом, учитывая большую и растущую численность контингента секс-работниц, в ситуации эпидемии ИППП врачи обязаны найти способы доставки необходимой информации, проведения обследований (на добровольной основе), быстрого и эффективного лечения, а также развертывания профилактической работы в группе повышенного риска — сексуальных работниц.

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ

БАЕВ А.И., ИСЛАМОВ Е.Н., ДЖУСУПГАЛИЕВА М.Х., ТАУБАЕВА А.А.

РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗСР РК, г. Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования: изучение особенностей сексуального поведения у работниц коммерческого секса (РКС).

Материалы и методы исследования: исследование было проведено в период прохождения Всемирного дня борьбы со СПИДом в рамках

проекта USAID «Диалог по ВИЧ и туберкулезу». В исследовании приняли участие 34 респондента из числа РКС в возрасте от 18 до 35 лет, средний возраст обследованных составил 26,6 ± 1,3 лет.

Результаты и обсуждения: более половины РКС (52,9 %) употребляли алкогольные напитки два-три раза в неделю и чаще; 5,9 % респондентов сообщили, что имели в прошлом эпизодический опыт употребления инъекционных наркотиков. 82,4 % РКС — не имеют другого источника дохода кроме предоставления сексуальных услуг; 17,6 % респондентов из числа РКС в качестве прочих мотивов занятием сексом называли — «пример подруги», «принуждение». Средний возраст начала половой жизни РКС составил 18,9 ± 0,5 лет. 58,8 % опрошенных имели стаж секс работы менее года; 23,5 % — в интервале от одного до трех лет; 11,7 % — 3–5 лет. Более 5 лет стаж работы отмечался у 5,9 % РКС. По данным результатов исследований нашей выборки среднее количество партнеров составило 75,2 ± 2,0. По результатам анкетирования за неделю каждая РКС имеет, в среднем, 2,9 ± 0,2 половых контакта с клиентами. Большинство секс-работниц работают на улице (94,1 %), нередко сочетая другие варианты предоставления сексуальных услуг (выезд по вызову — 17,6 %, прием клиента на квартире — 14,7 %, знакомство в баре, клубах — 14,7 %). При этом 79,4 % РКС работают с сутенерами, остальные (20,6 % — преимущественно те секс-работницы, которые имеют больший стаж работы в сфере предоставления сексуальных услуг) — в одиночку. Во время выполнения сексуальных услуг 44,1 % РКС подвергались физическому насилию, побоям со стороны клиентов, принуждению. Во время занятия сексом с клиентами в 100 % случаев используется вагинальное совокупление; оральный секс — в 73,5 % случаев; анальный коитус — в 20,6 %.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ОБ ИППП И ПРАВИЛАХ БЕЗОПАСНОГО СЕКСА У ЖЕНЩИН, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ

БАЕВ А.И., ИСЛАМОВ Е.Н., ДЖУСУПГАЛИЕВА М.Х., ТАУБАЕВА А.А.

РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗСР РК, г. Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования: оценить информированность работниц коммерческого секса (РКС) об ИППП и возможных мерах профилактики.

Материалы и методы исследования: исследование было проведено в период прохождения Всемирного дня борьбы со СПИДом в рамках проекта USAID «Диалог по ВИЧ и туберкулезу». В исследовании приняли участие 34 респондента из числа РКС в возрасте от 18 до 35 лет, средний возраст обследованных составил 26,6 ± 1,3 лет.

Результаты и обсуждения: на вопрос о том, может ли презерватив защитить от инфекции, 79,4 % ответили — «не всегда», доверяют профилактическому значению презервативов — 11,8 %, и не верят полностью — 8,8 %. Декларируемый уровень использования презерватива при сексуальном контакте с клиентом остается не достаточно высоким — всего 64,7 % РКС используют презерватив постоянно; 26,4 % — используют его периодически и 8,8 % — не используют. Однако на вопрос, предлагали ли они клиенту использовать презервативы, 88,2 % — ответили утвердительно и 11,8 % — отрицательно. Подавляющее большинство секс-работников (91,1 %) указали на то, что они слышали об ИППП. 88,2 % респондентов указали на то, что они знают название такого заболевания, как сифилис; о гонореи знают — 85,3 %; о трихомониазе — 73,5 %; о хламидизе — 58,8 %. Относительно клинических симптомов ИППП: 73,5 % из числа опрошенных репондентов знают такой симптом как «дурно пахнующие выделения»; 52,9 % — «язвы/нарывы в области наружных половых органов». Два мене известных признака — «жгучая боль при мочеиспускании» (17,6 %) и «набухание в паху» (11,8 %). Многие РКС (52,9 %) сообщили, что видели у клиентов какие-то признаки, подозрительные на венерические заболевания. При этом только 29,4 % девушек отказывались от контактов, остальные все равно шли на половой контакт. 38,2 % РКС, будучи сами больны, вступали в половые контакты с клиентами, либо не зная о своей болезни, либо не обращая на нее внимания.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить некоторые факты: большинство из РКС не имеют должного представления об опасности заражения ИППП, часто допускают незащищенный секс.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОЛОВЫМИ БОЛЕЗНЯМИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И НЕКОТРИЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ

БЕЗКОРОВАЙНАЯ Г.А.

Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, Тернополь, Украина

Цель работы: Изучить распространеннность и структуру заболеваемости инфекциями, передающимся половым путем среди контингентов лиц возрастной группы 14–26 лет, посещающих венерологический кабинет «Клиники, дружественной к молодежы» (КДМ)

Материалы и методы. Проведены клинические и статистические исследования в отношении лиц молодого возраста, посещающих венерологический кабинет «Клиники, дружественной к молодежы». Диагностика ИППП у этих лиц производилась в соответсвии со стандартами, принятыми в Украине. Использованы методики виявления возбудителей в клинических образцах (виделениях, соскобах слизистых оболочек), полученные чистой культуры возбудителей, а также использовався метод имуно-ферментного анализа. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке.

Результаты и обсуждение. Всего в период с 2013 по 2015 годы в венерологический кабинет КДМ обратилось 4823 пациента. У 3466 из них были выявлены болезни, передающиеся половым путем. Сифилис был диагностирован у 0,13 %; гонококковая инфекция у 12,41 %; трихомониаз у 20,57 %; хламидиоз у 2,56 %; кандидоз у 18,40 %; гарднерелез у 5,29 %. 22,4 % больных имели смешаные ИППП (2 и более). Для углубленного исследования отобрано 367 больных, из них гонореей 76 больных, трихомониазом 74 больных, кандидозом 60 больных, гарднерелезом 40 больных. Смешанная инфекцыя составляла 117 случаев, или 34,88 % обследованной группы. Проведено изучение возможностей экспресс-диагностики у этих больных, поскольку поведенческие особенности, пациентов обследованной группы требовали быстрого установления диагноза и назначения соотсветсвующего лечения, т.к. возможность повторного визита была сомнительной. Поэтому, согласно опыту аналогичных клиник в сранах Европы, микроскопические исследования проводились непоследственно в кабинете врача-дерматовенеролога, обученного технике окраски биоматериала и прямой микроскопии. Таким образом в кабинете КДМ удалось выявить 89,47 % гонореи у юношей и 76,31 % гонореи у девушек. Аналогично, микроскопией в кабинете врача возможно выявить 84,85 % мочевого трихомониаза у юношей и 70,73 % у девушек. Кандидоз, хламидиоз, гарднерелез были выявлены в лаборатории.

Выводы. Оказание венерологической помощи молодежи в условиях КДМ является перспективным методом удовлетворения спроса на быструю и достоверную диагностику и лечение ИППП. Установлен высокий уровень заболеваемости ИППП в молодежней среде. Диагностика некотрых ИППП непосредственно в кабинете врача обеспечывает приемлемый уровень их выявления у лиц, чьи дальнейшые визиты к врачу-дерматовенерологу сомнительны.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРОСТАТО-ВЕЗИКУЛЯРНЫХ ЖЕЛЕЗ У МУЖЧИН В БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ С ИНФЕКЦИЯМИ ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

ВАИСОВ И.А.

Цель исследования: оценить состояние половых желез у мужчин в бесплодном браке с инфекциями передающимися половым путем (ИППП).

Материал и методы. 102 (20,2 %) больных из 500 мужчин, состоящих в бесплодном браке, которым был определен диагноз уретрит и/или простатит.

1 группа — 72 больных с ИППП (трихомонады, хламидии, гарднереллы, ВПГ). 2 группа — 30 больных с бактериальным уретропростатитом. Контроль — 20 здоровых фертильных мужчин.

Проведено трансректальное пальцевое исследование и УЗИ простаты, уретроскопия, цистоскопия, микроскопия секрета простаты и осадка третьей порции мочи, исследование эякулята, бактериологический посев секрета предстательной железы, с определением чувствительности к антибиотикам.

Результаты и их обсуждение. У 20,2 % мужчин в бесплодном браке выявлено наличие бактериального уретропростатита, из них у 70,6 % ассоциированного с ИППП. В поражении простато-везикулярной системы из ИППП наиболее вы-

сока роль Chlamidia trachomatis (у 75% больных) и Trichomonas vaginalis (у 58,3% больных). При этом, диагносцирован простатит у 54,2%, везикулит у 16,7%, эпидидимит у 8,3% больных с хламидиозом, и в 43,1%, 12,5% и в 6,9% соответственно у больных с трихомониазом (таблица).

Таблица

Частота простатитов, везикулитов и эпидидимитов у больных в бесплодном браке в зависимости от выявляемой флоры

Этиологический фактор простатитов, везикулитов	Число больных	простатит	везикулит	Эпидидимит
Trichomonas vaginalis	54 (75%)	39 (54,2%)	12 (16,7%)	6 (8,3%)
Chlamidia trachomatis	42 (58,3%)	31 (43,1%)	9 (12,5%)	5 (6,9%)
Mycoplasma hominis	6 (7,6%)	6 (100%)	2 (20%)	
Ureaplasma urealiticum	24 (30%)	20 (83,3%)	4 (16,6%)	1 (4,1%)
Herpes simplex virus	26 (32,5%)	24 (92,3%)	2 (7,7%)	
Gardnerella vaginalis	16 (20%)	14 (87,9%)	5 (31,2%)	

Выводы. Использование традиционных методов диагностики выявило у 20,2% мужчин в бесплодном браке наличие бактериального уретропростатита, из них у 70,6% ассоциированного с ИППП. Наиболее значимыми в поражении простато-везикулярной системы являются: Chlamidia trachomatis — у 54 (75%) больных, где простатит у 39 (54,2%), везикулит у 12 (16,7%), эпидидимит у 6 (8,3%); и Trichomonas vaginalis — у 42 (58,3%) больных, где простатит у 31 (43,1%) везикулит у 9 (12,5%) и эпидидимит у 5 (6,9%).

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПЕРМЫ МУЖЧИН БЕСПЛОДНЫХ В БРАКЕ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНЫМ ЛАЗЕРНЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ (НИЛИ)

ВАИСОВ И.А.

Мужская инфертильность в 30–60% является причиной бесплодия в браке.

Цель исследования: Оценить эффективность влияния НИЛИ на показатели спермы мужчин в бесплодном браке.

Материал и методы. Из 110 мужчин в бесплодном браке с ИППП и астеноспермией: у 30 — хламидиоз, у 30 — хламидиоз+трихомониаз +уреаплазмоз, и у 15 мужчин НБИ.

Больные и 10 фертильных мужчин (контроль) в возрасте от 20 до 35 лет.

Из них у 20 мужчин варикоцеле, у 14 — гипогонадизм, у 75 — «идиопатическое бесплодие». У 3 мужчин с первичным гипогонадизмом — истинный крипторхизм. Оперативное лечение варикоцеле и крипторхизма проводилось в НЦХ им В.Вахидова или РСНПМЦ Урологии МЗ РУз.

Обследование включало исследование эякулята, гормонального статуса периферической крови, соскоб уретры на наличие ИППП и посев спермы.

Для лечения использовали лазерный аппарат «Матрикс» (длина волны 0,365 мкм, импульсная мощность от 1 до 250 мВт, частота импульсов от 10 до 3000 Гц). Больным проводили биполярное лазерное облучение яичек в боковой и продольной проекциях, ежедневно, по 10 мин на каждое яичко, в течение 14 дней.

НИЛИ применялась как монотерапия, или в сочетании с гормональной стимуляцией при гипогонадизме, или с этиотропной терапией ИППП. Контроль спермы поводился через 1 и 2 месяца после лазеротерапии.

Результаты. Снижение концентрации сперматозоидов и наиболее выраженные изменения сперматогенеза чаще определялись у мужчин в бесплодном браке с леченной трихомонадной и хламидийной инфекцией в анамнезе, а также у пациентов с первичным гипогонадизмом. После проведенной локальной лазерной терапии у всех больных, достоверно увеличивалась жизнеспособность сперматозоидов, подвижность, количество морфологически нормальных форм ($p < 0,01$). (таблица 1).

Таблица 1

Показатели спермограммы и гормонального профиля у фертильных мужчин контрольной группы до и после НИЛИ

Исследуемые параметры	До НИЛИ	После НИЛИ	Норма
Концентрация в 1 мл	41,4±5,0 х 106	47,2±5 х 106	20 х 106 и более
Жизнеспособность	78%±3,8%	88%±3%	75% и более
Подвижность (a+b)	52%±2%	64%±3%	50% и более
Морфологически нормальные	54%±4,0%	66%±5%	30% и более
ЛГ мЕд/мл	5,4±2,2	7,2±2,4	1,1–12,0
ФСГ мЕд/мл	9,45±1,42	6,75±1,4	3,4–15,8
Тестостерон нмоль/л	13,8±1,2	16,2±2,0	7–35

Проведенные исследования показали, что воздействие НИЛИ на яички при нормоспермии вызывает увеличение количества жизнеспособных форм с 78% до 88%, подвижности с 52% до 64% и количества морфологически нормальных форм сперматозоидов с 54% до 66%. Воздействие НИЛИ на семенники вызывает улучшение параметров спермы и снижение уровня ФСГ у всех обследованных больных. Монотерапия НИЛИ яичек мужчин с варикоцеле повышает концентрацию активно-подвижных форм с 25% до 28%, количество морфологически нормальных форм с 26% до 38%. Эффективность лечения бесплодных мужчин с варикоцеле повышается при комбинированной терапии, когда НИЛИ проводится после операции. Локальное лазерное облучение яичек у мужчин с гипогонадизмом увеличивает количество морфологически нормальных форм и улучшает подвижность. Больным с олигоастено-тератозоспермией, как правило, встречающейся у мужчин с гипогонадизмом, в процессе подготовки к ЭКО, желательно провести курс НИЛИ для улучшения качества параметров спермы. При идиопатическом бесплодии применение локальной НИЛИ вызывает повышение подвижности сперматозоидов (a+b) с 19% до 34% и увеличение количества морфологически нормальных форм сперматозоидов с 13% до 23%.

Таким образом, применение низкоинтенсивного лазерного излучения оказывает противовоспалительный эффект и способствует нормализации спермы, восстановлению репродуктивной функции у мужчин и может быть эффективным вспомогательным методом комплексной терапии бесплодия.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛАЗЕРА НИЗКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ

ГИЗИНГЕР О.А., ФРАНЦЕВА О.В.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Важное место в терапии мужского бесплодия, вызванного нарушениями двигательной активности сперматозоидов, занимает комплекс мероприятий, направленных на повышение функционального статуса сперматозоидов с использованием неинвазивных методов, в том числе физиотерапевтических воздействий. К одним из эффективных физиотерапевтических методов относится лазерное излучение низкой интенсивности.

Цель работы: оценка влияния низкоинтенсивного лазерного излучения (длина волны 632 нм, частота 25 кГц) на двигательную активность сперматозоидов.

Материалом исследования служил эякулят 20 пациентов, собранный согласно требованиям преаналитического этапа лабораторного исследования. Сформировано 3 группы: 1 группа — 7 здоровых пациентов без урогенитальных инфекций, 2 группа — 7 пациентов с Chlamydia trachomatis в отделяемом уретры, 3 группа — 6 пациентов с Mycoplasma spp в отделяемом уретры. При исследовании эякулята до воздействия лазера низкой интенсивности был выявлен нормокинезис у пациентов 1 группы — 31%, 2 группы — 13,9%, 3 группы- 16,4%; гипокинезис 1 группы — 25%, 2 группы — 14,6%, 3 группы — 19,5%; акинезис у пациентов 1 груп-

пы — 44 %, 2 группы — 71,5 %, 3 группы — 64,1 %. После воздействия лазера низкой интенсивности было выявлено нормокинезис у пациентов 1 группы — 41 %, 2 группы — 21,3 %, 3 группы — 25,4 %; гипокинезис 1 группы — 24 %, 2 группы — 16,5 %, 3 группы — 24,3 %; акинезис у пациентов 1 группы — 35 %, 2 группы — 62,2 %, 3 группы — 50,3 %. Таким образом, при использовании лазера низкой интенсивности наблюдается достоверное улучшение функционально-метаболического статуса сперматозоидов у пациентов с ИППП.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ МАЛАССЕЗИОЗ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ГОРБУНЦОВ В.В., ДЮДЮН С.А.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины», Днепропетровск, Украина

Выявление и лечение малассезийной инфекции урогенитального тракта у больных ИППП мужчин является актуальной проблемой современной дерматовенерологии и смежных дисциплин. Урогенитальный малассезиоз (УГМ) может быть как самостоятельной проблемой, так и сочетаться с другими ИППП. УГМ у мужчин отличается своеобразием клинических проявлений и течения, особенностями иммунных и биохимических нарушений, часть из которых по виду, степени направленности подобна изменениям больных ИППП, не имеющих УГМ, а часть — имеет противоположное направление и зависит от особенностей проявлений сопутствующего малассезиоза. Следует отметить, что особенностями клинических проявлений УГМ является наличие пери- и внегенитальных проявлений малассезиоза кожи и слизистых; инфильтративно-фолликулярно-паракератотически-десквамативный характер патологического процесса; наличие на коже гениталий многочисленных фолликулярных ретенционных кист; проявления негнойного фолликулита, своеобразного подострого баланопостита, наличие подострого дистального уретрита (навикулита) с аденитом желез уретры, явлениями кератоза (дискератоза) и десквамации эпителиоцитов; особенности микроскопической картины выделений. Проведенными нами у 232 пациентов исследованиями показано, что дифференцированная комплексная этио-патогенетическая терапия, учитывающая наличие УГМ у больных ИППП, особенности проявлений малассезиоза и патогенетических клинико-лабораторных изменений, в сравнении с общепринятыми методами терапии ИППП существенно повышает качество лечения.

СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ, ПОЛУЧАВШИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПОВОДУ ИППП

ЖУСУПОВ Б.С., БАЕВ А.И., ДЖУСУПГАЛИЕВА М.Х., ТАУБАЕВА А.А.

РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗСР РК, г. Алматы, Республика Казахстан

Целью исследования явилась оценка состояния сексуального и репродуктивного здоровья у лиц, получавших медицинскую помощь по поводу ИППП.

Материалы и методы исследования: В работе описываются результаты обследования 55 больных (16 мужчин, 39 женщин, включая подростков), получавших медицинскую помощь по поводу ИППП.

На основе данных социологического исследования были рассчитаны десять индикаторов сексуального и репродуктивного здоровья. Каждый индикатор представлен в виде числителя, знаменателя и их отношения, умноженного на сто. Индикаторы разбиты по полу.

Результаты и обсуждения. Результаты исследований показали, что значения первого показателя индикатора воздействия (распространенность искусственных абортов, на 100 беременных) составило 45,%; значения второго показателя индикатора воздействия (число респондентов, имевших симптомы ИППП в течение 12 месяцев, на 100 опрошенных) — 44,0 % для лиц мужского пола и 56,0 % для женского пола, соответственно; значения третьего показателя (число респондентов, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев, на 100 опрошенных) 53,0 % и 47,0 % для молодых лиц мужского и женского пола, соответственно. Значения четвертого показателя (число респондентов, которые указали на использование презерватива

во время последнего полового контакта, на 100 опрошенных — индикатор итоговой деятельности) — 60,0 % для молодых лиц мужского и 37,0 % для женского пола, соответственно.

Расчет пятого показателя (неудовлетворенные нужды в предупреждении беременности с помощью современных методов контрацепции на 100 опрошенных) был равен 50,0 %.

Число респондентов с симптомами ИППП, получивших соответствующие услуги по диагностике, лечению и консультированию в ЛПО, на 100 опрошенных составило 33,0 % для лиц мужского пола и 9,0 % — для женского.

Расчет другого показателя (результат соотношения числа респондентов, которые дали правильные ответы на вопросы, связанные с риском ВИЧ-инфицирования и профилактики ВИЧ-инфекции — с одной стороны и общего числа респондентов) составил — 25,0 % и 26,0 % для пациентов мужского и женского пола, получавших медицинскую помощь по поводу ИППП, соответственно.

Большинство респондентов получали информацию о сексуальном и репродуктивном здоровье из средств массовой информации, интернета, от медицинских работников. Значения данного индикатора составили: 88,0 % для мужчин и 62,0 % для женщин.

От 10 % до 40 % респондентов прошли добровольное тестирование на ВИЧ-инфекцию и получили его результаты в течение последних 12 месяцев, предшествующих исследованию.

Результаты данного показателя были следующими: 19,0 % и 10,0 % — для пациентов мужского и женского пола, получавших медицинскую помощь по поводу ИППП, соответственно.

СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ОСУЖДЕННЫХ ЛИЦ

ЖУСУПОВ Б.С., БАЕВ А.И., ДЖУСУПГАЛИЕВА М.Х., ТАУБАЕВА А.А.

РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗСР РК, г. Алматы, Республика Казахстан

Целью исследования явилась оценка состояния сексуального и репродуктивного здоровья у осужденных лиц.

Материалы и методы исследования: В работе описываются результаты обследования 119 (мужчин — 18, женщин — 101) осужденных лиц. Большая доля женщин среди респондентов из мест лишения свободы обусловлена особенностями формирования выборки — большим количеством опрошенных в женской колонии.

На основе данных социологического исследования были рассчитаны десять индикаторов сексуального и репродуктивного здоровья. Каждый индикатор представлен в виде числителя, знаменателя и их отношения, умноженного на сто. Индикаторы рассчитаны для каждой уязвимой группы по полу.

Результаты и обсуждения. Результаты исследований показали, что значения первого показателя индикатора воздействия (распространенность искусственных абортов, на 100 беременных) составило 52,9 %; значения второго показателя индикатора воздействия (число респондентов, имевших симптомы ИППП в течение 12 месяцев, на 100 опрошенных) — 33,0 % — для осужденных мужского и 23,0 % для женского пола, соответственно; значения третьего показателя (число респондентов, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев, на 100 опрошенных) — 23,0 % и 9,0 % для осужденных мужского и женского пола, соответственно; значения четвертого показателя (число респондентов, которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта, на 100 опрошенных — индикатор итоговой деятельности) — 23,0 % для осужденных мужского и 28,0 % для женского пола, соответственно.

Уровень использования презервативов для осужденных был низким.

Расчет пятого показателя (неудовлетворенные нужды в предупреждении беременности с помощью современных методов контрацепции на 100 опрошенных) был равен 43,0 %.

Число респондентов с симптомами ИППП, получивших соответствующие услуги по диагностике, лечению и консультированию в ЛПО, на 100 опрошенных составило 33,0 % для лиц мужского пола и 9,0 % для женского.

Расчет седьмого показателя (результат соотношения числа респондентов, которые дали правильные ответы на вопросы, связанные с риском ВИЧ-инфицирования и профилактики ВИЧ-инфекции — с одной стороны и общего числа респондентов) — 28,0 % для мужчин и 33,0 % для женщин.

Как показали результаты исследований, недоступность презервативов не является основной причиной их неиспользования. Причем на эти причины в основном указывают мужчины. То есть доступность презервативов не является гарантией их использования, а главным фактором является желание двух половых партнеров. Число

респондентов, которые заявили, что презервативы недоступны, на 100 респондентов составило 50,0 % среди мужчин и 0,0 % — среди женщин.

11,0 % и 30,0 % — для осужденных мужского и женского пола прошли добровольное тестирование на ВИЧ-инфекцию и получили его результаты в течение последних 12 месяцев, предшествующих исследованию.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ СКРЫТОГО СИФИЛИСА

ЗАХАРОВ С.В., ЗАХАРОВ В.К.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины»

В структуре заболеваемости сифилисом наблюдается непрерывное увеличение удельного веса скрытого сифилиса за счет раннего скрытого. По нашим наблюдениям, данная закономерность прослеживается более 30 лет. Несмотря на стабилизацию заболеваемости в последние годы, количество больных скрытым сифилисом продолжает расти. Его удельный вес превысил 50 %, а в отдельных регионах 70 %. Более высокий уровень заболеваемости наблюдается среди беременных (около 85–90 %). Среди больных ранним скрытым сифилисом увеличилось количество городских жителей, средний возраст больных снизился на 10 лет, удельный вес больных, не состоящих в браке увеличился почти на 20 %, количество не работающих выросло в 4 раза, у 60 % больных источником заражения послужили малознакомые лица. Количество сопутствующих заболеваний на одного больного составляло 3,25, т.е. увеличилось почти в 2 раза за последние 30 лет. Среди наиболее вероятных причин роста скрытых форм сифилиса следует обратить внимание на неконтролируемое применение антибиотиков, по нашим данным около 50 % больных за 3–12 месяцев до установления им диагноза сифилис принимали антибиотики. Значительная негативная роль принадлежит лечению сифилиса пролонгированными препаратами пенициллина. Отмечено, что в настоящее время особенностями серологических реакций у таких больных является значительный процент больных со слабыми или низкими титрами РСК 23,2 %; увеличение почти в 2 раза числа резкопозитивных результатов РСК в высоком титре (свыше 1:160), числа слабоположительных или положительных РСК только с одним из антигенов (15 %); увеличение в 2 раза слабопозитивных и негативных результатов РИФ-200 и РИФ-абс относительно РИТ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО СКРЫТОГО СИФИЛИСА

ЗАХАРОВ С.В., ЗАХАРОВ В.К.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины»

Актуальность проблемы эффективного лечения больных ранним скрытым сифилисом связана с высокой частотой его регистрации, возникновением после неэффективного лечения либо не лечения поздних форм сифилиса нервной и сердечно-сосудистой системы, врожденного сифилиса, серорезистентности (при которой у 59,7 % больных первоначальный диагноз ранний скрытый сифилис). Чувствительность бледной трепонемы к пенициллину остается по-прежнему высокой, поэтому этот препарат является основным препаратом для лечения всех форм сифилиса. Однако пенициллин обладает рядом недостатков: длительность пребывания больного в стационаре, аллергическая реакция, слабое проникновение его через гематоэнцефалический барьер. Приведенные данные обуславливают более широкое применение цефтриаксона, который не обладает такими недостатками. Под нашим наблюдением находились 284 больных ранним скрытым сифилисом в возрасте от 18 до 61 года. В зависимости от этиотропной терапии больные были разделены на 4 группы: 1-я — пенициллин G, 2-я — бициллин-5, 3-я — цефтриаксон (1,0 в/м 1 р. в сутки), 4-я — цефтриаксон (2,0 в/м 1 р. в 2 суток). Динамика и сроки негативации РСК были близкими в 1, 3 и 4 группах. Наилучшая положительная динамика РПГА и суммарного ИФА отмечена в 3 и 4 группах (снижение РПГА у 51,2 %, ИФА негативация у 10,2 %, снижение у 69,3 %), несколько хуже результаты в 1-й (42,3 %, 6,1 % и 61,5 %), наихудшие во 2-й (25,4 %, 2 % и 48,3 % соответственно). Динамика трепонемных тестов (ИФА, РПГА) подтверждает результаты лечения, которые оценивались РСК. При оценке отдаленных результатов лечения установлено, что

удельный вес пациентов в 3 и 4 группах с серорезистентностью был ниже, чем в 1 и 2 группах. Таким образом, при лечении скрытого сифилиса установлена наиболее высокая эффективность цефтриаксона независимо от методики введения, а применение бициллина-5 нецелесообразно в связи с недостаточной эффективностью лечения.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

ЗИГАНШИН О.Р.[1], ГИЗИНГЕР О.А.[1], ШЕМЕТОВА М.А.[2]

ГБОУЗ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ России, Челябинск[1];
ООО «Экология здоровья» МЦ «Ситимед», г. Челябинск, Россия[2]

Целью настоящего исследования является повышение эффективности лечения генитального герпеса, с использованием ВЛОК, способствующего уменьшению количества требуемых лекарственных препаратов, увеличению периода между рецидивами данного заболевания и активизации факторов антимикробной защиты организма.

Материалы и методы: было обследовано 78 женщин с рецидивирующим гениальным герпесом, возраст 28,9 ± 0,4 года. 1 группа (40 чел.) — здоровые женщины, 2 группа (38 чел.) получали терапию валацикловиром по 500 мг один раз в день, 3 группа (40 чел.) — дополнительно к валацикловиру по 500 мг один раз в день получали ВЛОК. Материалом для исследования иммунного статуса служила периферическая кровь. Лазерное облучение крови проводили с помощью аппарата «Матрикс — ВЛОК», курс лазерной терапии — 6 сеансов. Эффективность лечения оценивали по изменению длительности и тяжести рецидива генитального герпеса, показателей иммунного статуса.

Результаты исследования: восстановление количественного и качественного состава нейтрофилов периферической крови, повышении активности фагоцитоза нейтрофилов на 16 %, интенсивность фагоцитоза нейтрофилов на 38 %, усиление активности спонтанного НСТ-теста на 34 %, усиление интенсивности спонтанного НСТ-теста на 19 %, увеличение функционального резерва нейтрофилов периферической крови на 26 %, увеличение содержания интерферона гамма на 87 %.

НАНОМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИМУНОКОРЕКЦИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

ИВАНОВ С.В., ШЕВЧЕНКО Е.П., ГИЛЮК В.В.

Национальный медицинский университет имени О.О.Богомольца, Киев, Украина

На современном этапе, на фоне достаточно высокого уровня заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, довольно распространенными являются урогенитальные хламидиоз и микоплазмоз, а также генитальный герпес и папиломавирусная генитальная инфекция.

При этих инфекциях, наряду с клиническими проявлениями, в организме больных формируется иммунная перестройка: развитие вторичной иммунной недостаточности, угнетение реакций клеточного иммунитета, снижение неспецифической защиты, что выражается уменьшением β- и γ-интерферонпродуцирующей способности лейкоцитов. По литературным данным, применение в комплексном лечении вместе с антибактериальными и противовирусными препаратами парентеральных интерферонов или их индукторов позволяет значительно повысить эффективность лечения с одновременным укорочением его сроков.

Вместе с тем, инъекционные препараты рекомбинантного интерферона α-2b имеют ряд побочных эффектов (гриппоподобный синдром, депрессия, алопеция, лейкопения, диспептические явления, обострение аутоиммунных процессов). Основным барьером для перорального применения интерферонов является активная пищеварительная среда, которая полностью разрушает эту белковую молекулу. На современном этапе, одним из направлений в решении этой проблемы является привлечение наномедицинских технологий и создание липосомальной формы препарата. Цель работы — изучить и оценить эффективность клинического применения нового липосомального интерферона α-2b для перорального применения «Липоферон» в лечении

урогенитальных инфекций. Под наблюдением находились 97 больных, среди них 45 (46,4 %) мужчин и 52 женщины (53,6 %). Средний возраст пациентов составлял 26 ± 2,7 лет. При комплексном клинико-лабораторном обследовании Chlamidia trachomatis были выявлены у 43,6 % пациентов, Micoplasma spp. — у 41,4 %, ВПГ-2 — у 19,9 %, папиломавирусы — у 26,3 % больных. При этом ассоциация всех четырех вышеуказанных возбудителей была диагностирована у 9 больных (9,3 %), трех видов возбудителей — у16(16,5 %), двух — у 43 (44,3 %), а моноинфекцию — у 29 (29,9 %).

В комплексном лечении пациентов первой группы (48 больных) параллельно со специфической терапией были использованы обычные инъекционные рекомбинантные интерфероны. Пациентам второй группы наблюдения (49 больных), параллельно со специфической терапией рекомендовали препарат «Липоферон» на протяжении 10 дней в суточной дозе 1 млн МО.

Результаты иммунограммы у всех больных после проведенного лечения препаратами интерферона (инъекционные рекомбинантные интерфероны, липосомального интерферона α-2b «Липоферон») указывали на позитивные изменения: повышение уровня CD4+ и иммунорегуляторного индекса, статистически достоверный рост CD19+ (< 0,05), значимый рост абсолютных и относительных уровней CD16+ (< 0,05), снижение ЦИК, что свидетельствует об активизации клеточного звена иммунитета и значительное снижение уровня аутоиммунной агрессии.

Таким образом,комплексная терапия больных урогенитальными инфекциями с включением «Липоферона» позволяет повысить эффективность специфического лечения, в частности, способствует елиминации возбудителей и регрессу клинической симптоматики поражений, вызванных хламидиями, микоплазмами, вирусом простого герпеса и папилломавирусами.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ

ИСАМУХАМЕДОВА Н.Р.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Дерматологии и Венерологии Минздрава РУз

Наиболее предпочтительным методом удаления новообразований (остроконечные кондиломы, папилломы) по праву считается лазерное удаление.

В отделении ИППП и репродуктивных нарушений Республиканского Центра Дерматологии и Венерологии приобретен аппарат диодного лазера (Velas 30), который является самым современным и высокотехнологичным для оказания высококвалифицированной помощи пациентам.

С помощью данного аппарата производится удаление папиллом, остроконечных кондилом на половых органах и путях мужчин и женщин. Удаление лазером проходит с точностью до микрона, поэтому повреждение удаляется, не затрагивая здоровые ткани. Метод является менее бескровным и менее болезненным, и заживляемость после удаления патологических элементов уменьшается в 2 раза, чем при других предшествующих методах.

Данная процедура проводится как стационарно, так и амбулаторно. Лазерное удаление патологических элементов возможно и при беременности и у нерожавших. Операция занимает около 15–20 минут в зависимости от величины элемента. Данный метод используется как на коже, так и на слизистых оболочках.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГНОЙНИЧКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

ИСМАИЛОВА Г.А., АЗИЗОВ Б.С.

Ташкентская медицинская академия
Ташкентский стоматологический институт

Цель исследования: определить встречаемость и спектр бактерий у ВИЧ- инфицированных больных с пиодермиями. Проведено обследование 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 — фурункулез, у 5 — гидраденит, карбункул у 4, вульгарные угри у 12, импетиго у 14 больных (щелевидное у 6, буллезное у 5, поверхностный панариций у 3 больных), Эктима выяв-

лена у 19, хроническая язвенная пиодермия у 5, 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 с 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.

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.

РЕСПУБЛИКА ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ МУАССАСАЛАРИДАГИ АНОНИМ ТАҲЛИЛ ХОНАЛАРИ ИШИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ҲОЛАТИ

ИСРАИЛОВ Х.Т., РАСТЕГАЕВ В.А.

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббий маркази

Ҳозирги куннинг долзарб муаммоси ЖЙБЮК лар ва терининг юқумли касалликлари бўйича эпидемиологик ҳолатнинг танглиги ортиши сабабли аҳолининг турли қатламларининг дерматовенерологик хизматга ишончини ошириш ва бу хизматдан фойдаланиш қулайлигини яратишдир.

Мақсад: Дерматовенерологик хизмат кўрсатиш муассасаларида ЖЙБЮК/ОИВ/ОИТС бўйича текширув ва даволаш аноним хоналари иш фаолиятини ва замонавий ҳолатини ўрганиш.

Изланиш натижалари: АТХ иш фаолияти ЎзРССВнинг 31.03.2010 йилдаги 99-сонли буйруғи (илова №6) билан изоҳланади, шунингдек муассаса раҳбари ишлаб чиққан ички буйруқ ва ходимларнинг лавозим мажбуриятларига асосланади. АТХнинг асосий иш фаолиятиЖЙБЮКлар борасида тестдан олдинги, тестдан кейинги ва тестдан ташқари мулоқот ўтқазиш ва маълумотлар бериш, стационар ва амбулатор шароитда даволанишга йўналтириш, беморларни ЖЙБЮК нинг барча турлари бўйича текширув ва даволашни АТХ ташкил этилган муассаса даражасида ўтказиш, беморларга ОИВ хақида тушунча бериш ва уларнинг розилигини олган холда текширувни ўтказишдан иборат. Беморларни кузатув ва даволаниши тасдиқланган «Дерматовенерология ва тиббиёт косметологияда текширув ва даволаш стандартлари» асосида олиб борилади.

Тери-таносил муассасаларида беморларга бу хилдаги юқори малакали ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатишданмақсад ижтимоий салбий қарашларни ва ўзбошимчалик билан даволаниш ҳолатларини камайтиришдир.

Изланиш натижалари шуни кўрсатдики, йиллар давомида республика бўйича АТХ хизматига мурожаат қилганлар сони тўлқинсимон ўзгарган бўлиб, 2008–2012 йилларда максимал даражага етган (9939–9733 та), бу ўтган йилларга нисбатан 3 баробар кўпдир, 2014 йил ҳолатига келиб бу кўрсаткич 1,7%га (5957 та мурожаат) камайган. Республика бўйлаб мурожаат қилганларнинг даволаниш кўрсаткичи барча вилоятда турличадир, хусусан 2014 йил холатига кўра, Тошкент шаҳрида мурожаатлар сони энг кўп бўлишига қарамасдан (1627 та — 27%) даволаниш кўрсаткичи 70,5%ни ташкил қилди. Бухоро, Самарқанд, Фарғона ва Қашқадаре вилояти АТХларига мурожаат қилганлар сони бошқа вилоятларга қараганда юқори бўлиб, даволаниш кўрсаткичи хам 95–100%ни ташкил қилган. Бошқа баъзи вилоятларда, жумладан Андижон, Жиззах ва Хоразм вилоятларида бу кўрсаткичлар жуда пастдир: мурожаат қилганлар сони 45–112 та атрофида, даволанганлар сони 5,2% дан 66% гачадир.

Изланиш натижасида шу нарса маълум бўлдики, АТХга жами мурожаатлар сони етарлича кўп, лекин сўнгги йилларда унинг кескин камайиши кузатилмоқда. Бу АТХ ташкил этиш ғоясини дискредитация қилади.

Хулоса:

1. Вилоят кураторлари ташкилий-услубий бўлим билан биргаликда ҳар бир вилоятда АТХ ташкил этиш жойини ҳал қилиши ва вилоятда АТХ фаолиятини яхшилаш мақсадида паспортизация ва фаолият натижаларини таҳлил қилиш;

2. Тиббий статистика бўлими ва ташкилий услубий ишлари бўйича АТХ ишлари юзасидан бир кунлик семинар ташкил этиш ва Республика ТТДларидаги АТХ фаолияти маълумотларининг тўлиқлиги ва ҳаққонийлигини таъминлаш;

3. ЖЙБЮКни аниқлаш бўйича АТХ маълумотларини республиканинг умумий статистикасига қўшиш Республика бўйича АТХ фаолиятини яхшиланишига ёрдам беради.

ҚАЙТАЛАНУВЧИ ГЕНИТАЛ УЧУҚНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

ИСРОИЛОВ Х.Т.

Республика Ихтисослаштирилган Дерматология ва Венерология Илмий Амалий Тиббиёт Маркази

Мақсади. Қайталанувчи генитал учуқнинг клиник хусусиятларини ўрганиш.

Материал ва методлар. Тадқиқот давомида тез-тез қайталанувчи генитал учуқ билан хасталанган 84 та беморларда касалликнинг клиник кечиши ўрганилди. Ушбу гуруҳда касалликнинг қайталаниши йилига 6–7 мартадан 10–12 мартагача кузатилди. Генитал учуқ билан хасталанган беморларнинг ўртача еши 2–38 дан иборат бўлиб, уларнинг 82,0 % оилали. Касалликнинг давомийлиги эса 1ойдан 6 йилгача эканлиги аниқланди.

Тадқиқот натижалари. Генитал учуқнинг клиник кўриниши бироз шишган, қизарган терида гурухланган 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 20 (23,8 %) тасида бир томонлама ва 16 (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. Кузатув гурухидаги беморларнинг 48 тасида (57,1 %) гуруҳланган пуфакчали элементлар аниқланиб, пуфакчаларнинг эрозив сохалар билан биргаликда келиши 18 (21,4 %) ҳолатда намоён бўлди. Эрозив тошмали ҳолат эса 10 та (11,9 %) беморда кузатилди, бундан ташқари 4 та (4,8 %) беморда эрозив-ярали ва яна 4 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. Аелларда эса касаллик элементларининг 61 % холатда 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.

Хулоса. Ўтказилган клиник тахлиллар натижасига асосан, генитал учуқнинг жинсий аъзоларда 33,3 % пуфакчали-эрозив, эрозив-ярали холда кечиши шунингдек эркакларда асосан жинсий олат терисида, аелларда эса кўпроқ катта жинсий лаблар терисида жойлашиши бошқа турдаги ЖЙБЮКлар учун эпидемиологик ахамиятга эга эканлигини кўрсатади.

Генитал учуқнинг 47,6 % беморларда бир йилда 8–12 маротаба қайталаниши, ушбу гурухдаги беморларда иммун тизимидаги чуқур бузилишлар мавжудлигини белгилаб, уларни батафсил ўрганиш лозимлигини кўрсатади.

СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ВПГ1 И 2 ТИПОВ У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

ИСРАИЛОВ Х.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Дерматологии и Венерологии МЗ РУз, г. Ташкент

Серологические исследования были проведены у 194 пациентов с генитальным герпесом (ГГ). Определение специфических маркеров хронической герпесвирусной инфекции (IgG) показало, разный уровень частоты встречаемости ВПГ 1 и 2 типов (IgG) у пациентов с ГГ. Если IgG к ВПГ 1 типа выявлен у 187 пациентов в 96,4 %, а к IgG ВПГ 2 типа у 165 (85,0 %) в группе больных с ГГ. В группе пациентов с ГГ не было зарегистрировано больных с одновременным отсутствием маркеров острой и хронической инфекции к ВПГ 1 и 2 типа. Сочетание обоих маркеров IgM и IgG к

ВПГ 1 типа, выявлено у 58 (29,9 %) пациентов и в 7 (3,6 %) случаях у пациентов наблюдались выявления только IgM к ВПГ 1 типа, изолированно маркеры хронической инфекции у 129 (66,5 %) пациентов.

При исследовании на ВПГ 2 типа сочетание обоих маркеров IgM и IgG выявлено у 41 (21,1 %) и в 2-х случаях у пациентов наблюдались выявление только IgM к ВПГ 2 типа, изолированно маркеры IgG хронической инфекции наблюдались у 62,9 % пациентов. В остальных случаях у 29 (15,0 %) пациентах не выявлены специфические маркеры к ВПГ 2 типа, что указывает на ВПГ 1, как на этиологический агент в развитии ГГ.

Обычно этиологическим агентом является вирус простого герпеса 2 типа, однако в последние годы от 10 до 26 % случаев причиной болезни является вирус простого герпеса 1 типа, что объясняется путями передачи (бытовой и орально-генитальный) ВПГ 1 типа.

При исследовании на ВПГ 1 и 2 типа отсутствие обоих маркеров не наблюдалось, тогда как, одновременная регистрация маркеров острой и хронической инфекции к ВПГ 1 и 2 типа было выявлено у 165 (85,0 %) пациентов. Наличие только IgM или IgG к ВГЧ 1 типа было выявлено в 15,0 % случаях соответственно.

Таким образом, проведенные исследования показали разный уровень распространения отдельных типов (ВПГ ½) герпесвирусной инфекции у пациентов с ГГ, где превалирует регистрация маркеров к ВПГ 1 типа до 96,4 % (при ВПГ 2 типа до 85,0 % соответственно).

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМЫ У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

ИСРАИЛОВ Х.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Дерматологии и Венерологии МЗ РУз, г. Ташкент

Нами было обследовано 220 пациентов с клиническими проявлениями генитального герпеса (ГГ). Среди обследованных пациентов в 10 % случаев отмечалась эрозивно-язвенная форма ГГ, которая была представлена более глубоким поражением (дермального слоя кожи), в сочетании с поверхност-ным дефектом кожных и слизистых покровов органов гениталий.

Наряду с этим у 4,5 % случаев больных наблюдались язвенные очаги ГГ представленные глубокими поражениями кожных покровов органов гениталий. Язвенная форма ГГ была представлена очагами округло-овальных форм, размерами от 0,5 до 1,0 см в диаметре с неровными, слегка возвышающимися инфильтрированными, гиперимированными краями. Дно язвы покрыто серозно-геморрагическим экссудатом, местами грануляционной тканью. При ГГ эрозивно-язвенной и язвенной формы субъективные симптомами представлены в виде боли в очагах поражения. Течение данных форм заболевания было затяжным, в средним составляло 14–16 дней с медленной эпителизацией и рубцеванием очагов поражения.

В группе обследованных пациентов наряду с локальными субъектив-ными симптомами у 30 больных (13,6 %) отмечались невралгические боли с иррадиацией в паховую область и в нижние конечности по ходу седалищного нерва, общая слабость, ломота, головная боль и повышение температуры тела до 37,5–38ºС. У 20 (18,2 %) больных наблюдались осложнения в виде одностороннего пахового лимфаденита (32 пациентов) с увеличением до размеров лесного ореха и болезненностью при пальпации, а также у 8 больных отмечалось присоединение вторичной пиогенной инфекции.

Клинические манифестации ГГ характеризовались в 10 % эрозивно-язвенной и 4,5 % язвенной формами поражений кожи и слизистых органов гениталий, которые предрасполагают массивному выходу герпесвирусов в окружающую среду и являются в эпидемиологическом плане неблагоприятным фактором в распространении.

КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С НЕКОТОРЫМИ ИППП

МИРСАИДОВА М.А., АБИДОВ А.М.

Республиканский Специализированный Научно Практический Медицинский Центр Дерматологии и Венерологии МЗ РУз

Материал исследования: В отделении ИППП и репродуктивного здоровья проведено кольпоскопическое исследование 20 женщинам с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий, у которых было установлено: эрозия и эндоцервицит шейки матки. Жалобами больных

были выделения из половых путей, зуд, жжение. Возраст женщин с 20 до 30 лет составили 40%, свыше 30 лет 60%. При обследовании на УГИ у 3 пациенток были обнаружены ureaplasma urealyticum, у 5 ВПЧ и остроконечные кондиломы, у 3 chlamydia trachomatis и 9 бактериальный вагиноз.

Методы исследования: расширенную кольпоскопию проводили поэтапно: вначале шейку матки очищали от отделяемого ватным тампоном, затем, смазывали поверхность шейки матки раствором уксуса в разведении, после чего обрабатывали шейку матки расвором люголя (проба Шиллера), для определения состояния эпителия шейки матки, и локализацию патологического очага.

Результаты исследования: у 9 больных при кольпоскопии было выявлена нормальная зона трансформации, т.е поверхность многослойного плоского эпителия имела красный цвет за счет просвечивания полнокровной подлежащей ткани. Закрытые железы белесовато-желтоватого цвета полусферически выступали над окружающей тканью, на их поверхности выявлялся равномерный сосудистый рисунок с радиально расположенными сосудами, идущими от периферии к центру.

У 5 больных, с диагнозом остроконечные кондиломы и в анализах на ПЦР были выявлены ВПЧ, при кольпоскопической картине, после нанесения уксусной кислоты, выявился ацетобелый эпителий (эпителий с определенными нарушениями в структуре самих клеток, увеличение и нарушение в структуре ядер, изменение ядерно-цитоплазматических взаимоотношений) возможная ассоциация с дисплазией. Немой йоднегативный участок — участок с четкими краями не окрашивающийся раствором, явления пунктации представляющий собой атипическую васкуляризацию эпителия.

У 5 пациенток, у которых при обследовании были выявлены ureaplasma urealyticum и chlamydia trachomatis, кольпоскопическая картина показала, явления эндоцервицита, которая после нанесения раствора уксуса, интенсивно окрашивалась в белый цвет, сохраняя стойкость — ацетобелый эпителий с четкими границами, вокруг зева атипичный сосуды не сокращающиеся под действием уксуса, после нанесения раствора люголя йоднегатиная зона с причудливыми очертаниями.

Кольпоскопические исследования подтверждались Пап-исследованием, в котором, были обнаружены клетки с атипией (ASCUS — атипичные клетки неопределенного значения), в основном, где было сочетание с ИППП.

Данное исследование доказывает, что некоторые урогенитальные инфекции имеют важную роль при заболеваниях шейки матки и могут спровоцировать озлакачествление процесса.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ КОНЦЕНТРАЦИИ МЕТРОНИДАЗОЛА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ МЕТОДОМ СПЕКТРОФОТОМЕТРИИ

НАРЗИКУЛОВ Р.М., АБДУЛЛАЕВ Д.М., СОБИРОВ С.П.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд

Целью эксперимента была изучение концентрации метронидазола в сыворотке крови кроликов при пероральном введении различных доз препарата для выбора в последующем его оптимальных доз для использования в клинике. Для работы было взято 16 кроликов породы «шиншилла». Концентрацию препарата в сыворотке крови эксперементальных животных определяли методом спектрофотометрии. Уровень концентрации метронидазола в сыворотке крови был определен в процессе лечения у 40 женщин больных мочеполовым трихомониазом (432 пробы). В сыворотке крови кроликов выявлены значительные индивидуальные колебания препарата. Так, через час после перорального введения дозы, эквивалентной 0,5 г для человека, колебания концентрации препарата составляли от 6,8 до 10,7 мкг/мл (в среднем 9,2 мкг/мл). При введении дозы, эквивалентной 1 г, колебания были от 12,2 до 23,7 мкг/мл (в среднем 17,3 мкг/мл). Изучение концентраций метронидазола в сыворотке крови 20 больных мочеполовым трихомониазом женщин, леченных по схеме, показало, что максимальный уровень метронидазола достигается через 1–2 часа после однократного приема 0,5 г препарата и затем наблюдается снижение его концентрации у всех обследуемых. Уже через 4 часа после приема препарата у 6 пациенток концентрация метронидазола была ниже 12,0 мкг/мл, то есть верхного предела минимальной подавляющей концентрации для штаммов влагалищных трихомонад, через 6 часов — 9, через 8–12 часов — у всех обследуемых. На связь недостаточных концентраций метронидазола в крови и неэффективности лечения указывает тот факт, что у 4 пациенток с рецидивом заболевания метронидазол в сыворотке крови определялся в концентрациях, значительно ниже терапевтически эффективных. Таким образом, показано, что высокая вероятность рецидивов при лечении мочеполового трихомониаза связана с особенностями фармокинетики метронидазола — быстрым падением его уровня в сыворотке крови ниже порога терапевтически эффективных концентраций.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ШТАММОВ ВЛАГАЛИЩНЫХ ТРИХОМОНАД К МЕТРОНИДАЗОЛУ И В КОМБИНАЦИИ С ТЕРРИЛИТИНОМ

НАРЗИКУЛОВ Р.М., АБДУЛЛАЕВ Д.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд

Целью настоящего исследования являлось определение чувствительности штаммов влагалищных трихомонад к метронидазолу in vitro в аэробных и анаэробных условиях изолированно и в сочетании с террилитином.

Для определения чувствительности штаммов влагалищных трихомонад к метронидазолу использовали 30 штаммов, выделенных от женщин, больных мочеполовым трихомониазом. Применен метод серийных разведений. Жизнеспособность влагалищных трихомонад изучили в процессе лечения у 30 больных мочеполовым трихомониазом женщин.

Результаты исследований показали, что все штаммы были чувствительны к метронидазолу как в аэробных, так и в анаэробных условиях культивирования, причем минимальная подавляющая концентрация метронидазола в аэробных условиях соответствовала 4,0–12 мкг/мл, в анаэробных условиях — 0,6 — 8,0 мкг/мл. При этом 76,0 % штаммов погибало при концентрации метронидазола в среде 4,0 — 6,0 мкг/мл. Изучение действия метронидазола на трихомонады, выделенные от больных с рецидивом заболевания, показали, что в одном случае штамм был более устойчив к метронидазолу (8,0 и 12,0 мкг/мл), в другом устойчивость его соответствовала таковой при изучении штаммов, полученных от больных с не леченым трихомониазом. Учитывая, что террилитин не применялся ранее совместно с метронидазолом, было проведено in vitro определение трихомонацидной активности метронидазола в присутствии террилитина в аэробных условиях. Установлено, что минимальная подавляющая концентрация метронидазола с террилитином составила 0,4–6,0 мкг/мл, в то время как без террилитина — 4,0–12 мкг/мл, то есть террилитин усиливает трихомонацидную активность метронидазола в 2–10 раз ($p < 0,05$).

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕПОЛОВОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН

НАРЗИКУЛОВ Р.М., АБДУЛЛАЕВ Д.М., ОРИПОВ Р.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд

Целью исследования явилось изучение особенности клинического течения, роли инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) при мочеполовом хламидиозе для разработки более эффективных методов лечения с учетом выявленных нарушений.

Под наблюдением находились 126 больных диагнозом мочеполовой хламидиоз в возрасте от 17 до 44 лет. Из них городских жителей было 42 (33,33 %) и сельских 84(66,67 %). Замужние 72 (57,14 %), не замужние 54(42,86 %). Давность заболевания составила от 6 дней до 6 лет. Боли внизу живота отмечали в 68 % случаях, зуд и жжения в области гениталий у 60 %, нарушение менструального цикла у 62 % больных. Среди больных мочеполовым хламидиозом у женщин преобладали репродуктивный возраст (от 17 до 33 лет). У 16 (12,70 %) больных заболевание протекало вульвитом, а также с явлениями уретрита у 38 (30,16 %), вестибулита у 12 (9,52 %), бартолинита у 18(14,29 %), вагинита у 88 (69,84 %), цистита у 17 (13,49 %), эндоцервицита у 92 (73,02 %), эрозии шейки матки у 18 (14,29 %), метрита у 36 (28,58 %), эндометрита у 48 (38,10 %), оофорита у 41 (32,54 %), сальпингита у 32 (25,40 %) пациентов. У всех обследованных больных наблюдались выделения различного характера. Среди них у 22 больных женщин отмечались обильные выделения, у 74 скудное и умеренное выделения слизисто-гнойного, гнойного, творожистого характера, желтоватого или белого цвета с неприятным запахом. У больных данной патологией в 88 % случаях при бактериоскопическом исследовании отделяемого влагалища и шейки матки выявлялись значительный лейкоцитоз, а также у 12 % больных умеренный лейкоцитоз.

Обследование на ИППП проводили до и после лечения согласно приказу МЗРУз от 2002 г. При выявлении ИППП у женщин, также обследовались их половые партнеры. При обследовании на ИППП у больных урогенитальным хламидиозом у 8(6,35 %) выявлены гонококки; у 16(12,70 %) — трихомонады; у 22(17,46 %) — уреаплазмы; у 56(44,44 %) — кандиды; у 86(68,25 %) — бактериальная инфекция. Мочеполовой хламидиоз в

12% случаев отмечался без сочетания с ИППП, и ассоциация с ИППП у 88% больных.

Вышеуказанные послужило нам поводом для разработки более эффективного метода лечения с учетом выявленных нарушений. При монохламидийной инфекции больные получали Азицид по 1 табл. 2 раза в день в течение 5 дней. Помимо азицида больные получали внутри вагинальные суппозитории (химопсин, метилурацил 1 мг флуконазол 50 мг) 2 раза в день утром вечером в течение 5 дней. При смешанной инфекции на фоне местной внутри вагинальной (суппозиторий химопсин, метилурацил 1 мг флуконазол 50 мг) терапии пациенты кроме азицида принимали атрикан по 500 тыс. 2 раза в день в течение 4 дней. Также больные получали витамины и биогенные стимуляторы.

От полученного лечения у больных на следующий день отмечались резкое уменьшение выделений из влагалища и шейки матки, на 3 день выделений полностью прекратились. На 6 день при обследовании гениталий (вульвы, уретры, влагалища, шейки матки) никаких признаков воспаления не наблюдались. Зуд, жжение и боли внизу живота исчезли на 2 день. При тщательном обследовании больных после окончании лечения на 7, 14, 30 и 60 дни, инфекции ППП не выявлялись.

Полученные данные свидетельствуют, что включения в комплексной терапии больных с мочеполовым хламидиозом в сочетании со смешанными инфекциями ППП азицида и местно внутривагинальные суппозитории (химопсин, метилурацил, флуконазол) способствует более раннему сроку выздоровления.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕПОЛОВОГО ТРИХОМОНИАЗА

НАРЗИКУЛОВ Р.М., АБДУЛЛАЕВ Д.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд

Целью настоящего исследования явилось изучение терапевтической эффективности комплексного метода лечения мочеполового трихомониаза у женщин метронидазолом в сочетании с террилитином и гентамицином с учетом предупреждения рецидивов заболевания и снижения частоты пост трихомонадных осложнений.

В процессы работы были обследованы и прошли назначенный курс лечения 125 больных мочеполовым трихомониазом женщин.

С целью выбора антибиотика, к которому была бы чувствительна указанная бактериальная флора, проведено определение чувствительности к гентамицину, цефамизину, эритромицину, линкомицину, пенициллину, тетрациклину. Выяснено, что 90,0% культур были чувствительны к гентамицину сульфату. Это определило выбор данного антибиотика для комплексной терапии мочеполового трихомониаза. Учитывая важную роль вагинальной флоры в поддержании воспаления, для более полного воздействия на патогенетические механизмы трихомонадного воспалительного процесса, было сочтено целесообразным, сочетать ферменты с антибиотиками, так как террилитин усиливает действие многих антибактериальных средств. Это основано на способности фермента активно расщеплять, и разжижать некротические массы, денатурированные белки, устранять питательную среду для микроорганизмов и улучшать проникновение антимикробных препаратов в очаг воспаления для тесного контакта с микробной клеткой. Известно, что террилитин обладает также иммуностимулирующим действием. Совместному применению террилитина и гентамицина предшествовали опыты in vitro , в которых изучалось влияние фермента на антимикробную активность гентамицина. Установлено, что фермент усиливал активность антибиотика, так как зоны задержки роста составляли в среднем у гентамицина сульфата 20,9+0,9 мм, в то время как с террилитином — 25,4+0,9 мм ($p<0,01$).

С целью создания наибольшей концентрации в очаге поражения гентамицин и террилитин был применен местно. Готовили суппозитории с использованием нейтральной основы (масло какао 2,0) и 0,02 г гентамицина, 100 ПЕ террилитина которые вводили интравагинально 2 раза в сутки с интервалом 12 часов на протяжении 5 дней. Одновременно проводили специфическую терапию метронидазолом (1,0 г, 0,5 г, 0,5 г с интервалом 8 часов, в течение 4-х дней).

Излеченность трихомониаза наблюдали в 100%, остаточный воспалительный процесс лишь в 5,0% случаев. О высокой эффективности нового метода свидетельствуют и данные, полученные при изучении жизнеспособности влагалищных трихомонад при этой схеме лечения. Их гибель наступало через 4 — 16 часов от начала лечения.

Предлагаемый метод предотвращает развитие рецидивов мочеполового трихомониаза и существенно снижает число посттрихомонадных воспалительных явлений (5,0% против 61,9% в группе сравнения ($p<0,01$).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

НАРЗИКУЛОВ Р.М., АБДУЛЛАЕВ Д.М., ИСЛОМОВ Н.Х.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд

Целью исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения циклоферона, улкарила и местно герпевира, цитеала в терапии мочеполового рецидивирующего герпеса.

В испытаниях принимали участие 60 больных в возрасте от 20 до 58 лет (36 мужчин; 24 женщины), с давностью заболевания от 6 месяцев до 22 лет. Рецидив болезни наблюдался 3–8 раз в год с продолжительностью 10–15 дней.

Больные получали циклоферон по 250 мг (2 мл) в.м. 1 раз в день в течение 10 дней. Противовирусный препарат улкарил назначали внутрь по 400 мг 5 раз в день в течение 10 дней. Местно — на коже в области наружных половых органов применяли мазь герпевир 2 раза в день. На пораженных участках слизистой влагалища и шейки матки наносили цитеал (1 мл препарата разводили в 10 мл физиологическом растворе и обрабатывали эрозивный поверхность слизистой оболочки).

Результаты наблюдений показали положительную динамику клинических показателей. Уже на 2 день лечения у всех больных отмечался резкий спад воспалительного процесса. Отек и гиперемия исчезли на 5–8 день лечения. Везикуло-эрозивный очаг эпителизировались на 6–9 день. Полное клиническое выздоровление наступило у всех больных на 9 день терапии. Субъективное ощущение стихало полностью на 2–3 день лечения. Из всех исследованных больных только у 3-х отмечался рецидив болезни. Со стороны биохимических исследований функции печени, общей анализов крови и мочи отклонения от нормы не выявлено.

Таким образом, предлагаемый нами комплексный метод лечения больных мочеполовым рецидивирующим герпесом является экономичным, безопасным и высокоэффективным.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ВИЛЬПРАФЕН» У БОЛЬНЫХ СВЕЖЕЙ ОСТРОЙ ФОРМОЙ ГОНОРЕИ

ПАКИРДИНОВ А.Б., ХАМИДОВ Ф.Ш., БОТИРОВ К.З., КУЧКАРОВ А.А.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан Кафедра дерматовенерологии

Заболеваемость гонореей остается высоким во всем мире, в том числе и в нашей Республике. Надежное, быстрое и полноценное клинико-бактериологическое излечение гонореи особенно среди лиц группы риска является важной задачей венерологии, так как это приведет к санацию эпидемиологического очага и снижению заболеваемости. Отмечается рост вялотекущих, асимптомных форм гонореи и осложнений, что связано с развитием резистентности гонококков к антибиотикам, поэтому внедрение в практическое здравоохранение для лечения гонореи новых высокоэффективных антибактериальных препаратов является актуальной задачей. К таким препаратам относится «Вильпрафен» (джозамицин) — антибиотик обладающий широким спектром действия. Препарат применяется для лечения бактериальных инфекций, бактериостатическая активность джозамицина, как и других макролидов, обусловлена ингибированием синтеза белка бактерий. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие.

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность препарата «Вильпрофен» у больных свежей острой формы гонореи.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 20 больных свежей острой формой гонореи (15 мужчин, 5 женщин, в возрасте от 20 до 40 лет). У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно обнаружением на мазках гоноккоки Нейссера. Препарат «Вильпрафен» (джозамицин) — антибиотик обладающий широким спектром действия. Препарат применяется для лечения бактериальных инфекций, бактериостатическая активность джозамицина, как и других макролидов, обусловлена ингибированием синтеза белка бактерий. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие.

Больным со свежей острой гонореей препарат назначался по следующей схеме:

1. В таблетках — по 500 мг 2 раза в день после еды, в течение 3-х дней, на курс лечения 3,0 препарата «Вильпрафен».

Таким образом, комплексный метод лечения, включающий препарат «Вильпрафен» способствует достижению стойкого благоприятного эффекта, положительной динамике клинической картины у больных со свежей формой гонореи, а также оказывает значительное влияние на лабораторные показатели. Учитывая эти данные, можно придти к заключению, что этот метод лечения может быть широко использован, у больных со свежей острой формой гонореи как наиболее благоприятно влияющий на течение патологического процесса.

ПРЕПАРАТ КОНДИЛИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК

ПАКИРДИНОВ А.Б., ХАМИДОВ Ф.Ш., ТОШПУЛАТОВ Б.Х., БОТИРОВ К.З.

Андижанский Государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Цель: Оценить эффективность и безопасность препарата кондилин у пациентов с аногенитальными бородавками.

Материалы и методы: Двадцать пять больных с диагнозом аногенитальные бородавки (13 женщины и 12 мужчин, средний возраст 28,5 лет) получали препарат кондилин наружно 2 раз в день, в течение 3 дней, потом 4-х дневной перерыв; далее повторный 3-х дневной курс лечения. Перед проведением лечения больные были осмотрены дерматологом и онкологом, проведены необходимые лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, биохимическое и иммунологическое исследование крови). У всех больных наличие вируса папилломы человека подтверждено методом ПЦР. Эффективность терапии контролировалась через 10 дней. Оценивалась переносимость препарата и результат после проведенного лечения.

Результаты: У двух пациентов (8%) отмечались побочные явления, которые проявлялись местными реакциями в виде покраснения, незначительно выраженной боли. Данная симптоматика исчезла после окончания лечения.

В процессе наблюдения через месяц у 5 пациентов (20%) полностью исчезли клинические проявления. У 19 пациентов (76%) наблюдались явления регресса кондилом (уменьшение в размере). У одного (4%) отсутствовала положительная динамика клинической картины. Через 3 месяца у 10 пациентов (40%) отмечено выздоровление, а у остальных — 15 пациентов (60%) отмечался регресс высыпаний.

Через 6 месяцев наблюдения у 20 пациентов (80%) полностью исчезли бородавки.

У 4 пациентов (16%) отмечался дальнейший регресс высыпаний, а еще у одного — рецидив высыпаний.

В контрольных исследованиях методом ПЦР у 23 пациентов (92%) получен отрицательный результат. У одного пациента, с клиническим рецидивом, лабораторное обследование дало положительный результат и еще у одного пациента без клинических проявлений, также был получен положительный результат. При повторном определении иммунного статуса у 6 пациентов из 7, имевших отклонения в иммунном статусе, отмечалась его нормализация и у одного пациента — улучшение.

Выводы. Кондилин является эффективным препаратом для лечения больных аногенитальными бородавками, о чем свидетельствует динамика процесса. В подавляющем большинстве (92%) кондилин хорошо переносится больными.

ПРЕПАРАТ «МЕГАСЕФ» В ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ

ПАКИРДИНОВА С.А., ПАКИРДИНОВ А.Б., ЁКУБОВА М.А., МУХАММАДЖОНОВА Л.А.

Андижанский Государственный медицинский институт. г. Андижан.
Кафедра Дерматовенерологии

Инфекция мочевыводящих путей нередко осложняют течение беременности, их частота может достигать 8%. Риск развития инфекции мочевыводящих путей у беременных существенно выше, чем в среднем в популяции небеременных женщин.

Цель работы: установление эффективности препарата «Мегасеф» в терапии гонореи у женщин.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 20 женщин больных гонореей. Из них у 5(25%) была свежая острая гонорея, у 3(15%)–подострая гонорея, у 4(20%) — торпидная гонорея и у 8(40%) — хроническая гонорея. Возраст больных от 20 до 45 лет. Из 20 больных 8 ранее лечились препаратами пенициллина и тетрациклина, но безуспешно. Инкубационный период у больных свежей гонореей составлял в

среднем 6–7 дней, а у большинства пациенток с хронической гонореей не удалось установить точное время заражения. Диагноз у всех больных подтвержден бактериоскопически и бактериологически.

Результаты исследования. Определяли исчезновение гонококка из отделяемого уретры и цервикального канала. При острой и подострой гонореи женщинам назначали на прием 1000 мг мегасефа (2 таблетки), через 12 часов еще 1000 мг, на курс лечения 2 г. При торпидной и хронической гонореи препарат давали после иммунотерапии по 500 мг каждые 12 часов в течение 7–10 дней.

Вывод: таким образом, Мегасеф в вышеуказанной дозе эффективен и может быть предложен для лечения неосложненной гонореи у женщин. Это позволят расширить арсенал лекарственных препаратов, применяемых при гонорейной инфекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ НЕКОТОРЫХ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН СОСКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ

ПОРСОХОНОВА Д.Ф., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А., АБИДОВ А.М., РОССТАЛЬНАЯ М.Л., ИСМАТОВА Ю.Н.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр Дерматологии и Венерологии МзРУз

Введение. Одним из наиболее трудно поддающихся лечению заболеваний вульвы является склероатрофическийлихен (крауроз). Среди многообразия причин, способных привести к дистрофии тканей вульвы в последнее время все чаще упоминается присутствие вируса папилломы человека (ВПЧ) и сопровождающие его нарушения общего и местного иммунитета. В связи с чем,целью нашего исследования явилось изучение состояния основных провоспалительных цитокинов и интерферона у пациенток со склероатрофическимлихеном (СЛ) вульвы.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 10 женщин с диагнозом дистрофические заболевания вульвы в возрасте от 18 до 60 лет. Количественное определение цитокиновых молекул: фактор некроза опухоли (ФНО-α), ИЛ-2, ИЛ-6, интерферон-γ (ИФН-γ) в сыворотке крови проводилось методом ИФА.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о достоверном повышении содержания всех изучаемых цитокинов у пациенток со склероатрофическимлихеном вульвы.Так, уровень ФНО-α был достоверно повышен в группе больных со склероатрофическимлихеном по отношению к значениям женщин контрольной группы. Уровень ФНО-α при СЛ составил 20,3±3,2 пг/мл, что было в 3,48 раза выше контрольных значений.Изучение γ-ИНФ в сыворотке периферической крови больных с СЛ позволило выявить достоверное повышение данного показателя в этой группе пациенток по сравнению со значением контрольной группы. Так, концентрация γ-ИНФ в среднем у больных СЛ составила 9,5±1,0 пг/мл, тогда как в контрольной группе 5,5±0,9 пг/мл, что достоверно различалось между собой. При этом содержание γ-ИНФ в группе пациенток СЛ было повышено в 1,7 раза по сравнению с данными контрольной группы. При сравнительном анализе содержания ИЛ-2 и ИЛ-6 в сыворотке крови больных и контрольной группы обнаружено достоверное их повышение в группе пациенток СЛ. Так, сывороточный уровень ИЛ-2 был повышен в группе больных СЛ в 2,8 раза по сравнению со значением контрольной группы: 18,5±2,4 пг/мл и 6,3±0,8 пг/мл соответственно. Содержание ИЛ-6 повышено в 6,3 раза по сравнению с контрольной группой, что в среднем составило: 29,4±2,7 пг/мл и 4,6±0,8пг/мл соответственно.

Выводы. Как известно, интерфероны индуцируют апоптоз и играют роль в ограничении распространения вируса и повышении антивирусного статуса инфицированных клеток. Таким образом, повышение продукции цитокинов ФНО-α, и ИЛ-6 у пациенток сосклероатрофическимлихеном вульвы наряду с повышением ИФН-γ может быть маркером интенсивности продукции вируса папилломы человека в условиях, когда невозможно определить вирусную нагрузку. Также, данные изменения указывают на протекание дистрофического процесса на фоне воспаления, которое может быть обусловлено присутствием урогенитальных инфекций, что необходимо учитывать при подборе комплекса терапии.

ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ МИКРОФЛОРЫ У БОЛЬНЫХ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ И ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕНИТАЛИЙ

ПОРСОХОНОВА Д.Ф., НАБИЕВ Т.А., АБИДОВ А.М., БОЙМУРЗАЕВ Н.И., ТУРСУНОВ С.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Дерматологии и венерологии МЗ РУз.

Развитие и прогрессирование дистрофических, а также пролиферативных (остроконечные кондиломы) заболеваний органов гениталий, наряду с основными факторами и этиоагентами находятся в тесной взаимосвязи с микробной экологией слизистых оболочек и кожных покровов данных органов. В связи с чем нам представлялось интересным микробиологическое изучение состояния слизистых оболочек у больных с дистрофическими и пролиферативными заболеваниями органов гениталий.

Под нашим наблюдением находилось 60 больных (22 мужчин и 38 женщин), в возрасте от 18 до 61 года. В группе обследованных больных клинические проявления остроконечных кондилом наблюдались у 47 пациентов, дистрофические заболевания как склероатрофический лихен, крауроз и лейкоплакия вульвы у 13 больных. Среди обследованных пациентов у 6 заболевания протекали на фоне беременности на различных ее сроках, у 3 больных с явлениями хронического простатита и у 1 больного в анамнезе отмечалось первичное бесплодие. У двух больных основное заболевание сопровождалось в сочетании с контагиозным моллюском. Всем больным проведены микробиологические исследования путем микроскопии и культуральных методов диагностики. При микробиологическом исследовании урогенитального тракта у 15 пациентов выявлено — Ureaplasma urealyticum, у 7 Gardnerella vaginalis, у 2-х больных Chl. Trachomatis, у 1 — Trichomonas vaginalis и грибы рода Candida — у 18 больных. Из сопутствующей микрофлоры St. Epidermidis — у 8, Enterobacter — у 8, St. Aureus — у 6, St. Saprophyticus — у 10, St. Haemolyticus — у 5, Enterococcae spp — у 1 больного.

Таким образом, в группе обследованных пациентов в 71,6 % случаях выявляются различные виды ИППП, которые влияют на клиническое течение дистрофических и пролиферативных заболеваний органов гениталий в виде быстрого роста остроконечных кондилом, усугубление субъективных симптомов при дистрофических заболеваниях, как усиление зуда, болезненности в очагах поражения, что требует в комплексной терапии санации данных микроорганизмов и стабилизации микроэкологии слизистых органов гениталий.

ОСОБЕННОСТИ ВУЛЬВОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВУЛЬВЫ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ ИППП

ПОРСОХОНОВА Д.Ф., МИРСАИДОВА М.А., АЛИМОВ Б.Д., ХАЛИДОВА Х.Р., РОССТАЛЬНАЯ М.Л.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр Дерматологии и Венерологии МзРУз

Введение. Высокая частота озлокачествления дистрофических заболеваний вульвы (9–49 %) заставляет обратить пристальное внимание на вопросы ранней диагностики предрака и рака гениталий. В этой связи вульвоскопия является наиболее доступным методом, позволяющим определить характер и направленность воспалительного и дистрофического процесса.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 10 женщин с дистрофическими заболеваниями вульвы, среди которых встречались склероатрофический лихен, гипертрофическая дистрофия, лейкоплакия. Кольпоскопическое и вульвоскопическое исследование проводилось до начала терапии на цифровом кольпоскопе SW-3303 с увеличением 1х40 и 1х60. При исследовании оценивались цвет, состояние сосудистого рисунка, поверхность и уровень многослойного плоского эпителия, стык эпителиев (локализация и характер), наличие и форма желез, реакция на раствор уксуса, реакция на раствор Люголя, границы образований (четкие или размытые), тип эпителия (по классификации кольпоскопических картин — Рио-де-Жанейро, 2011). Одновременно проводилась идентификация возбудителей из соскоба отделяемого урогенитального тракта методом ПЦР и бактериологическими и бактериоскопическими методами.

Результаты. Основным беспокойством пациенток был зуд вульвы различной интенсивности, периодичности и длительности. Клиническая картина заболевания в основном представлена присутствием инфильтративных бляшек, а также

истончением и уплотнением тканей с характерной белесоватостью кожи и слизистой малых и больших половых губ, клитора, входа во влагалище. У некоторых пациенток процесс распространялся на всю вульву, перианальную область и внутреннюю поверхность бедер. У 5 отмечены явления депигментации вследствие постоянных расчесов. Результаты бактериологического исследования и ПЦР-типирования показали, что тот или иной возбудитель из группы ИППП, либо их сочетание присутствовали у всех пациенток без исключения. При этом HPV встречался у 9 пациенток, в том числе типы 16, 18 — 4, HSVII — 6, CMV — 5, Candida — 9, Ureaplasma urealyticum — 7, Gardnerella vaqinalis — 5, Mycoplasma qenitalium — 2. Вульвоскопическая картина была представлена различной степенью выраженности атрофии многослойного плоского неороговевающего и ороговевающего эпителиев, лейкоплакией, мозаикой, отеком эпителия, пунктацией, усиленной сосудистой сетью, трещинами эпителия.

Выводы. Полученные данные указывают на высокую частоту встречаемости кандидозной, микоплазменной и вирусной инфекции при ДЗВ, что вульвоскопически выражалось признаками воспалительного процесса в вульве: отек, трещины эпителия, усиленная сосудистая сеть. Появление в вульвоскопической картине таких признаков как пунктация и мозаика указывало на подозрение на вульварную интраэпителиальную неоплазию I–III степени (VIN I–III).

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРОЙ АССОЦИИРОВАННОЙ С ИППП ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ И ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВУЛЬВЫ

ПОРСОХОНОВА Д.Ф., ХАЛИДОВА Х.Р., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А., МИРСАИДОВА М.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр Дерматологии и Венерологии МЗ РУз

Введение: Наряду с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), возрастающее клиническое значение приобретают условно-патогенные микроорганизмы урогенитального тракта (УТ). Факультативно-анаэробные и облигатно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы (УПМ), составляющие резидентную микробиоту урогенитального тракта, при определенных экзо- и эндогенных факторах риска могут проявлять патогенные потенции и становиться этиологической причиной инфекционно-воспалительного процесса, а соответственно и определить иммунный ответ. К эндогенным факторам риска прежде всего относятся: инфекции, передающиеся половым путем. Исследование цитокинов, являющихся ключевыми для детерминации иммунного ответа в сторону клеточного или гуморального типа, может стать источником необходимой информации. В связи с этим, целью нашего исследования явилось изучение состояния провоспалительных цитокиновых молекул у пациентов с условно-патогенной микрофлорой ассоциированной с ИППП при дистрофических и пролиферативных заболеваниях вульвы

Материалы и методы: Нами обследованы 48 пациентов (35 женщин и 15 мужчин) с различными ИППП. Возрастные колебания находились в пределах от 18 до 65 лет. Количественное содержание провоспалительных цитокиновых молекул: ФНО-α, ИЛ-2, ИЛ-6 в сыворотке крови определяли с помощью ИФА тест-систем «Вектор-Бест» (г. Новосибирск).

Результаты: В процессе проведенных исследований из общего числа пациентов у 14 выявлена Ur.urealyticum, у 2 — Chl.trachomatis, у 6 — Gardnerella vaginalis, у 11 больных ВПЧ 16/18 типа, грибы рода Candida — у 16 пациентов, у одной пациентки Tr.vaginalis. При изучении сопутствующей микробной флоры наиболее часто встречались St. epidermidis, Enterobacter, St. saprophyticus. Сопутствующая микробная флора у больных представлена следующими микроорганизмами: Gardnerella vaginalis выявлена у 6 (12,5 %), Staphylococcus aureus — у 4 (8,3 %), St. epidermidis — у 7 (14,6 %), St. Saprophyticus — 7 (14,6 %), Enterobacter — 8 (16,6 %), St. haemolyticus — 2 (4,2), грибы рода Candida — у 11 (29,2 %). При исследовании уровней провоспалительных цитокинов у данных пациентов выявлено достоверное повышение концентрации ФНО-α, ИЛ-2 и ИЛ-6 в сыворотке периферической крови. Так, уровень ФНО-α составил 19,3 ± 2,9 пг/мл, что было в 3,3 раза выше контрольных значений (5,82 ± 1,4 пг/мл). Следовательно, нами зафиксировано достоверное повышение уровня ФНО-α по отношению к контрольному значению. Сывороточный уровень ИЛ-2 был повышен в группе больных в 2,7 раза по сравнению со значением контрольной группы: 17,3 ± 2,6 пг/мл и 6,3 ± 0,8 пг/мл соответственно. Содержание ИЛ-6 повышено в 5,4 раза по сравнению с контрольной группой, что в среднем составило: 25,2 ± 1,9 пг/мл и 4,6 ± 0,8 пг/мл соответственно.

Таким образом, существует определенный дисбаланс в содержании провоспалительных цитокинов у пациентов с различными ИППП с сопутствующей микробной флорой. Зафиксированы повышенные концентрации ФНО-α и ИЛ-6 в сыворотке периферической крови. На основании полученных данных можно сделать заключение о функциональной активности провоспалительных цитокинов у пациентов с различными ИППП с сопутствующей условно-патогенной микробной флорой.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОЭСТРОГЕНОВ ПРИ МЕНОПАУЗЕ

ГОЛОВЧЕНКО Д.Я., ПУРЫШКИНА О.Д., ИВАНОВ С.В.

Национальный медицинский университет им.А.А.Богомольца, Киев, Украина

Как известно, состояние кожи и волос у женщин зависит от функциональной активности половых желез. Нарушения гормонального статуса значительно влияют на кожу и ее придатки. В течение последних лет наблюдается учащение случаев оперативного лечения новообразований матки и ее придатков у женщин репродуктивного и пременопаузального возраста.

Цель работы: обосновать применение фитоэстрогенов для коррекции инволюционных изменений в коже женщин при искусственном климаксе.

В отличие от естественного механизма менопаузы, который характеризуется постепенным снижением функциональной активности яичников с развитием дефицита эстрогенов и прогестерона, при хирургической менопаузе полностью выключается процесс стероидогенеза в яичниках в короткий период. Вследствие этого развиваются дегенеративные процессы в соединительнотканных структурах дермы и придатках кожи. Эстрогенный дисбаланс вследствие овариоэктомии приводит к функциональному дефициту фибробластов и влияет на состояние коллагеноэластического каркаса дермы. В результате снижения уровня мукополисахаридов усиливается трансэпидермальная потеря воды. Эти инволюционные процессы в коже детально описаны в литературе — раннее образование морщин, снижение тургора и эластичности кожи в результате ее дегидратации, уменьшение выделения кожного сала и др. В этой связи возникает, нередко, необходимость разработки и применения средств, способствующих улучшению качества жизни женщин, перенесших овариоэктомию. С этой целью назначается заместительная гормональная терапия (ЗГТ) препаратами, содержащими прогестерон и эстроген. Однако несмотря на ее эффективность, нередко, применение таких средств сопровождается развитием побочных эффектов, увеличивающих риск возникновения сердечно-сосудистых (инфаркт, тромбоз, др.) и онкологических заболеваний (рак груди).

Альтернативой ГЗТ являются негормональные препараты растительного происхождения — фитоэстрогены (ременс, феминал, иноклим, климадинон, др.). По химической структуре это изофлавоноиды из группы полифенролов, содержащиеся в бобовых, орехах, семенах льна, чесноке, коровьем молоке и т.д.Фитоэстрогены сходны с эндогенными эстрогенами по биологическому действию и строению, однако биологическая активность их во много раз ниже активности эндогенных эстрогенов. Особенностью терапии фитоэстрогенами является то, что они обладают накопительным эффектом, поэтому требуют длительного применения — 1–2 месяца, при этом достаточно безопасны и натуральны.

Позитивное влияние фитоэстрогенов характеризуется уменьшением расстройств, обусловленных наступлением менопаузы — приливов, кардиопатий, а также улучшением состояния кожи и волос. Следует отметить, что несмотря на то, что эти препараты во многих случаях не способны заменить средства специфической гормональной терапии при менопаузе, нельзя исключить целесообразность их использования для устранения инволюционных изменений в коже женщин, перенесших овариоэктомию.

ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

РАЗДАЙБЕДИН С.Н.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина

Основные симптомы болезни Пейрони (фибропластическая индурация полового члена, induracio penis plastica): искривление полового члена, сильные боли, возникающие при половом актеи расстройства эрекции. Диагностируется болезнь Пейрони по внешнему виду органа, результатам пальпации и сведениям из анамнеза. Достаточно выраженные искривления пениса

встречаются приблизительно у 2–4 % молодых мужчин. Точные причиныразвития болезни Пейрони не известны. Согласно посттравматической теории искривление пениса происходит из-за неправильного соотношения коллагеновых и эластических волокон пениса. Частое травмирование кавернозных тел приводит к хроническому воспалению белочной оболочки и нарушению репаративных процессов. Согласно этой теории, болезнь Пейрони — это системный коллагеноз. Кроме травмы пениса, причиной развития данного заболевания могут быть нарушения аутоиммунного типа, когда система иммунной защиты мужчин в особых случаях,может обладать патологической реакцией при травме, после чего начинает «атаковать» свои же собственные клетки. Также некоторые исследователи считают, что причиной возникновения болезни Пейрони могут быть аномальные отклонения, возникшие в генах, которые ответственны за сам процесс правильной выработки белков коллагенов.

Болезнь Пейрони может протекает в легкой форме, когда бляшки исчезают самостоятельно и без специфического лечениях течение 4–6 месяцев. Если же этого не происходит, то болезнь требует специального лечения. Лечение болезни Пейрони может бытьконсервативным и хирургическим. Хирургическое лечение рекомендуется лишь при неэффективности консервативного лечения.

Консервативное лечение включает: а) пероральный прием препаратов (витамин Е, прокарбазин, парааминобензоат калия (Потаба), колхицин, тамоксифен, L-карнитин и пентоксифиллин.) Сведения по эффективности указанных препаратов значительно варьируют, что не позволяет привести средние значения. Вместе с тем, наиболее действенными лекарствами, принимаемыми внутрь, при лечении болезни Пейрони, по мнению ряда экспертов, являются витамин Е, L-карнитин и пентоксифиллин;

б) местно используют внутрикавернозные инъекции лидазы, интерферона, гидрокортизона, коллагеназы, лидокаина и т. д.; однако методы местной терапии (например, инъекции препаратов в бляшку) в некоторых случаях приводят к рецидиву фиброзного воспаления;

в) физиолечение — электрофорез с лидазой, хемотрипсином, ЛОД (локальное отрицательное давление).

Цель работы: Усовершенствование и повышение эффективности комплексной консервативной терапии больных с фибропластической индурацией полового члена (induracio penis plastica).

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 15 больных с фибропластической индурацией полового члена, с продолжительностью заболевания от 3 месяцев до 1,5 лет. Проводимое лечение заключалось в приеме купренила в суточной дозировке 4 табл, трентала 2 таблетки в сутки, витамина «Е» 400 МЕ в сутки; а также местном применении геля троксевазин 2 % дважды в день с последующим местным втиранием 1 %-ной мази гидрокортизон.

Купренил подавляет синтез коллагена в организме и нормализует соотношение между его растворимыми и нерастворимыми фракциями, способствуя этим торможению развития склерозирующего процесса в тканях, он также оказывает влияние на различные звенья иммунной системы (подавление Т-хелперной функции лимфоцитов, торможение хемотаксиса нейтрофилов и выделения ферментов из лизосом этих клеток, усиление функции макрофагов).

Трентал (пентоксифиллин) улучшает микроциркуляцию, снижает плазменные концентрации фибриногена, улучшает фибринолиз.

Результаты и обсуждение: Продолжительность курса терапии составляла от 2 до 3 месяцев, индивидуально. Первые положительные результаты объективно и по ощущениям больных появлялись в конце первого месяца лечения (бляшки несколько уменьшались в размерах, размягчались, уменьшалась деформация пениса). Лечение продолжалось до полного исправления кривизны пениса.

Выводы: Метод консервативной терапии болезни Пейрони с использованием купренила, трентала и мазевой терапии дает положительный результат в более сокращенные сроки (в зависимости от продолжительности заболевания), позволяет избежать хирургического вмешательства.

ДИАГНОСТИКА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У МУЖЧИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

САИДОВ Б.И., САБЗАЛИЕВ М.К., МУСЛИМОВА Г.Р.

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Актуальность. За последнее десятилетие в литературе отмечено появление новых данных об инфекциях, передающихся половым путем (ИППП) и их влияние на репродуктивное здоровье мужчин. В настоящее время комбинация «ПИФ-прямая иммунофлуоресценция — ИФА-иммуноферментный анализ», хотя и уступает паре «ПЦР-полимеразная цепная реакция — КМ-

культуральный метод», может рассматриваться как один из самых надежных и широко применяемых комплексов для диагностики урогенитальный инфекции. В связи с этим, определение этиологических причин нарушений репродуктивного здоровья, совершенствование методов диагностики и терапии изучаемых ИППП имеет важное значение.

Цель исследования. Изучить диагностическую значимость комбинации «ПИФ–ИФА» метода, у больных с негонококковами уретритами.

Материалы и методы. Было обследовано 85 мужчин в возрасте от 20 до 55 лет с репродуктивными нарушениями. Обследование проводилось на базе Городской центр здоровья города Душанбе и Ассоциации дерматовенерологов «Зухра». Исследования проводились с использованием комбинации «ПИФ — ИФА», микроскопических исследовании мазков окрашенных по Граму, ректального исследования предстательной железы, спермограммы, уретроскопии, ультразвуковой диагностики (УЗИ).

Результаты исследования. Установлено, что у 68% мужчин наблюдались осложнения в виде простатита, везикулита; 17% мужчин имели нарушения сперматогенеза. У 82% мужчин обнаружен выраженный воспалительный процесс (лейкоцитоз от 50 и более) при микроскопическом исследовании мазков окрашенных по Граму. Комбинация «ПИФ — ИФА» показала, что Chlamydia trachomatis была выявлена у 20 пациентов, Mycoplasma genitalium — у 15 и Ureaplasma urealyticum — у 27. Необходимо отметить, что в основном определялось микст-инфекция. Так, Ureaplasma urealyticum сочеталась в восьми случаях с Mycoplasma genitalium, в четырех случаях с Chlamydia trachomatis. Сочетание Mycoplasma genitalium с Chlamydia trachomatis было выявлено в 5; Ureaplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis и Mycoplasma genitalium — в трех случаях. В целом негонококковая инфекция выявлена у 79 (92,9%) пациентов.

Таким образом, у мужчин с репродуктивными нарушениями диагностика методом комбинации «ПИФ–ИФА» является высокочувствительной, эффективной и может быть применена в практическом здравоохранении.

ПИФ ДИАГНОСТИКА НЕГОНОКОККОВЫХ УРЕТРИТОВ У МУЖЧИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

САИДОВ Б.И., АХМЕДОВ М.М., НАЗАРОВ Х.Х.

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Актуальность. В настоящее время среди ИППП на первый план выходятнегонококковые возбудители — так называемые инфекции «нового поколения». Наиболее инновационным методом диагностики уретритовявляется — прямая иммунофлуоресценция (ПИФ).

Цель. Изучить диагностическую значимость ПИФ метода у больных с негонококковыми уретритами для идентификации штамма возбудителя.

Материалы и методы. Обследовано 105 мужчин в возрасте от 20 до 45 лет с репродуктивными нарушениями, на базе ГКБ №1 г. Душанбе. Исследования проводились с использованием ПИФ, микроскопического окрашивания по Граму, ультразвуковой диагностики (УЗИ), уретроскопии, ректального исследования предстательной железы, спермограмм.

Результаты исследования. Установлено, что у 64% мужчин наблюдались осложнения в виде простатита, везикулита,11% пациентов — нарушения сперматогенеза. При микроскопии окрашенных мазков по Грамму у 85% пациентов обнаружен выраженный воспалительный процесс (лейкоцитоз от 50 и более). ПИФ показала, что Chlamydia trachomatis была выявлена в 20,9%, Mycoplasma genitalium — в 14,2% и Ureaplasma urealyticum — в 28,5% случаев. Необходимо отметить, что в основном вышеуказанные возбудители определялись в виде микст-инфекций. Так, Ureaplasma urealyticum сочеталась у 9 пациентов с Mycoplasma genitalium, у 6 — с Chlamydia trachomatis. Сочетание Mycoplasma genitalium с Chlamydia trachomatis выявлялось у 7, а Ureaplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis и Mycoplasma genitalium — у 5 пациентов. В целом у 88,5% пациентов выявлены возбудители ИППП.

Выводы. Негонококковые уретриты протекают чаще в виде микст инфекции, диагностика ПИФ способствует высокой выявляемости возбудителей негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОЛЬФУРАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА

САИПОВА Н.С., РАССАДИНА М.В., ХАМРАЕВА С.

Ташкентский областной КВД, Ташкентская медицинская академия

Препаратами выбора при лечении урогенитального трихомониаза остаются производные метранидазола и имидазола. В настоящее время успешно применяется противомикробный препарат Вольфуран (нифурател) — производное нитрофурана. Нифурател имеет широкий спектр противомикробного, антипротозойного и противогрибкового действия в отношении возбудителей, вызывающих инфекции мочеполовой системы, не подавляет активность Lactobacillus acidophilus, эффективно сохраняя нормальную pH среду влагалища. Особенно эффективен в отношении при устойчивости к метронидазолу.

Исследовали эффективность нифуратела в лечении урогенитального трихомониаза у 65 женщин фертильного возраста. Препарат назначали по 1 таблетке (200 мг) 3 раза в день после еды в течение 7 дней, одновременно с половым партнером. В комплексе терапии больные получали препараты в соответствии со стандартами диагностики и лечения ИППП. Острый процесс был диагностирован у 36, хронический- у 29. Вагинит и эндоцервицит были у 12 пациенток, только вагинит — у 11, тотальное поражение (уретрит, вагинит, эндоцервицит) — у 42. Контрольные микроскопические исследования проводили на 7–10 дни и через 1–2 месяца после окончания лечения. Результаты клинико-микробиологического контроля лечения свидетельствуют о высокой эффективности нифуратела в комплексе лечения урогенитального трихомониаза у женщин. Клиническое улучшение отмечалось у 73 % больных в сроки 3–5 дней. Стойкое клиническое и микробиологическое излечение по окончании контроля установлено у 87 %. Вольфуран (нифурател) хорошо переносится больными, эффективен в виде монотерапии при неосложненных формах острого трихомониаза, и в комплексной терапии сочетанных урогенитальных инфекций.

АНАЛИЗ КЛИНИКИ, ЭПИДЕМИОЛОГИИ ПОЗДНЕГО СКРЫТОГО СИФИЛИСА

УНУЧКО С.В., ГУБЕНКО Т.В., ОСИНСКАЯ Т.В., КУТОВАЯ В.В., БЕЗРУЧЕНКО А.А.

Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины, г.Харьков

Цель работы: изучение клинико-эпидемиологических особенностей позднего сифилиса на современном этапе.

Материалы и методы. Для выполнения поставленных задач было обследовано и пролечено 635 (290 мужчин и 345 женщин) больных с различными формами сифилиса с 2004 по 2013 годы. Всем больным были проведены лабораторные исследования: клинические анализы крови, мочи; биохимические исследования; специфические исследования крови (КСР, РПГА, ИФА, РИФ-абс , РИФ-200).

Результаты и обсуждение. По нашим данным за 2004–2013 годы отмечалось снижение заболеваемости сифилисом (все формы) в 2,5 раза, однако в заболеваемость поздним скрытым сифилисом выросла в 1,6 раза. Практически две трети пациентов (64,1 %) — лица активного сексуального возраста — 19–49 лет. Больные с поздним скрытым сифилисом в возрастной группе до 19 лет составляли 5,7 ± 3,8 % больных, причем 3,8 ± 3,1 % из них — несовершеннолетние, что указывает на раннее начало половой жизни. Пятая часть больных — 20,7 ± 5,7 % — лица в возрасте 60 лет и старше. Большинство больных (в среднем 57 %) были выявлены активно. Среди больных поздним сифилисом большинство составляют женщины — 57,9 ± 7,4 %. Среди больных поздним сифилисом мужчины преобладали среди жителей села, женщины — среди городских жителей. Среди пациентов данной группы определяется низкий социальный статус — 46,5 ± 1,4 %, также высокий процент лиц, которые не работают, или не имеют постоянной работы — 61,5 ± 3,6 %. Полученные результаты изучения особенностей позднего скрытого сифилиса позволяют разработать адекватные противоэпидемические мероприятия, усовершенствовать лечение сифилиса на современном этапе.

УРОГЕНИТАЛ ХЛАМИДИОЗЛИ БЕМОРЛАРДА УМУМИЙ ВА МАХАЛЛИЙ ИММУНИТЕТ ХОЛАТИ

ФАТТАХОВ Б.Ш.

Республика ихтисослаштирилган Дерматология ва Венерология илмий амалий тиббиёт маркази

Маълумки, сийдик таносил аъзолари тизими ногонококкли яллиғланиш холатларининг 60%га яқини урогенитал хламидиоз, уреамикоплазмоз ва уларнинг ассоциациясига тўғри келади. Ҳозирда бу қўзғатувчиларнинг ахамияти нафақат сийдик-таносил аъзолари, балки кўриш тизими, бўғимлар, нафас тизими ва бошқалар билан ҳам характерланади.

Турли изланувчилар томонидан урогенитал хламидиоз ва уреаплазмоз холатларида хужайра ва гуморал иммунитет ўрганилган ва ундаги фикрлар турличалиги билан характерланади. Барча инфекцион жараен учун хос бўлган Т-лимфоцитларнинг функционал ва сон жихатдан ўзгариши (CD4+ / CD8+ индексининг ўзгариши), Ig M миқдорининг ошиши периферик қонда фагоцитларнинг ошиши урогенитал инфекцияларга бағишланган кўпгина илмий изланишларда ўз исботини топган.

Умумий иммунитетдан ташқари инфекцион агентга қарши ҳимоя, патогенез ва яллиғланиш жараенининг локализациясида локал иммун механизмларининг ахамияти катта. Жумладан, иммуноглобулинлар нормал иммун жараёнга жавобгар А, М, G синфларининг миқдори В-лимфоцитларнинг функционал холатига боғлиқ. Локал иммун жавобнинг холатида ўзгаришлар шиллиқ қават яллиғланишининг узоқ давом этувчи сурункали кечиши, махаллий синтезланувчи иммуноглобулинлардаги баланснинг ўзгариши, аввалambор секретор иммуноглобулин А нинг танқислиги билан кечади.

Юқоридагилардан келиб чиқиб, бизнинг тадқиқотимизнинг мақсади урогенитал хламидиоз ва уреамикоплазмоз билан хасталанган эркакларда умумий ва махаллий иммун (s Ig A, Ig M, Ig G) параметрларини ўрганиш бўлди.

Кузатувда урогенитал хламидиоз билан оғриган 20–45 ешли 65 та эркак бўлди. Уларнинг ҳаммасига ташхис бактериологик, ПЦР ва қон зардобида хламидий, уреаплазма ва микоплазмага махсус Ig M и Ig Gларга ИФА тахлили ўтказиш орқали қўйилди.

1–20 бемор сийдик таносил тизимининг пастки қисми зарарланиши, яъни асоратланмаган, 2–45 бемор сийдик таносил тизимининг пастки ва юқори қисми, яъни тотал уретрит ва сурункали простатит кўринишидаги асоратланган.

Ўтказилган текширувларда маълум бўлишича, бу гурухларда лимфоцитларнинг популяцион таркибида бир қанча тафовутлар аниқланди. Бунда биринчи гурух пациентларида хужайра иммунитети кўрсаткичлари контрол гурухдан деярли фарқ қилмади. Иккинчи гурухда CD8+ ва CD19+ хужайралари ошиши кузатилди. Олинган маълумотлар шуни кўрсатдики, яъни урогенитал хламидийли инфекцияларда иммунологик ўзгариш кузатилиб, бу холат сийдик таносил тизимининг зарарланиш Махаллий иммунитет кўрсаткичларини яллиғланиш жараенининг жойлашишига қараб ўрганилганда, олдинги уретритли пациентларда s Ig A ва Ig G нинг кескин кўтарилиши 119±4,4 ва 1105±91, ва бу кўтарилиш айниқса s Ig A да яққоллиги кузатилади. Ig G кўрсаткичи асоратли яллиғланишли шаклли пациентларда контрол сондан анча юқорилиги 1322±78 ва бунда Ig G / Ig A нисбати ўсиши кузатилди. Бу холат махаллий гуморал иммунитетнинг кескинлиги, яъни макроорганизмнинг мавжуд инфекцион жараен билан курашиш қобилияти хали етарлилигидан дарак беради.

Иммуноглобулинлар миқдорини касаллик муддатига нисбатан ўрганилганда s Ig A ва Ig G миқдорлари контрол гурухга нисбатан сезиларли 57±6,1 ва 734±85 га пасайганлиги маълум бўлди. Бунда маълум бўлдики, жараен қанчалик узоқ муддат давом этган бўлса, махаллий гуморал иммунитет кўрсаткичлари шунчалик пасайиши кузатилди. Бу холат уретра шиллиқ қаватидаги иммунокомпетент хужайраларнинг иммуноглобулинлар синтези фаолияти пасайганлиги ва узоқ давом этувчи персистирловчи инфекция оқибатида иккиламчи иммунодефицит холатидан далолат беради.

Шундай қилиб, урогенитал хламидиозли беморларда умумий иммунитет тизимида ўзгаришлар кузатилади, бу ҳолат ҳужайрали иммунитетни танқислиги ва гуморал звенода фаоллик ҳолати билан, ҳамда маҳаллий иммунитет тизимида носпецифик IgM, IgG ва sIgA ни миқдорини пасайиши билан кузатилади; ногонококкли уретрит билан касалланган эркакларда иммуноглобулинлар концентрацияси турли йўналишда ўзгаради ва бу — уроегнитал трактда яллиғланиш жараенининг давомийлик муддати ва тарқалганлик даражасига боғлиқ бўлади.

ДИАГНОСТИКА ИППП У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ И ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ

ХАЛИДОВА Х.Р., ПОРСОХОНОВА Д.Ф., ИБРАГИМОВА Г.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии, Узбекистан, Ташкент

Введение. Дистрофические и пролиферативные заболевания гениталий (склероатрофический лихен, гиперпластическая дистрофия, остроконечные кондиломы и др.) являются важной медицинской проблемой. Исследования последних лет показали, что у 70% больных с данными заболеваниями гениталий имеется анамнестическая связь с вирусной инфекцией половых путей: с ВПЧ, вирусом простого герпеса, цитомегаловирусом. Однако не всегда вирусная инфекция приводит к различным изменениям в коже гениталий. Практически не изучено влияние хламидийной и уреамикоплазменной инфекции на ткани вульвы, хотя они также могут провоцировть зуд гениталий и рост остроконечных кондилом.

Цель: методом ПЦР изучить различные виды вирусной и урогенитальной инфекции у пациентов с дистрофическими и пролиферативными заболеваниями гениталий.

Материал и методы. Обследованы 33 пациентки в возрасте от 18 до 65 лет, обратившихся по поводу зуда гениталий, роста остроконечных кондилом. Из них 23 пациентки были с остроконечными кондиломами (ОК) и 10 с дистрофическими заболеваниями вульвы (ДЗВ).

Идентификация возбудителей осуществлялась с использованием метода ПЦР. Клинический материал (соскобы из уретры, эндоцервикального канала и влагалища) исследовали на некоторые ИППП, детекцию ДНК которых проводили методом ПЦР real-time (тест-система фирмы «АмплиСенс», Россия).

Результаты. В процессе проведенных исследований было установлено, что у 13 пациенток выявлена Ureaplasma, у 11 больных ВПЧ 16/18 типа, у одной больной сочетание ЦМВ+ВПГ+ВПЧ16/18, у одной пациентки Tr.vaginalis, Кроме того, были выявлены грибы рода Candida — у 16 пациентов, у 6 — Gardnerella vaginalis.

Выводы. Таким образом, можно полагать, что урогенитальные инфекции оказывают определенное влияние на развитие, течение и исход дистрофических и пролиферативных заболевания гениталий. Инфицирование половых путей уреаплазмами, гарднереллами, грибами повышает риск возникновения этих изменений. Поэтому скрининг обследования на урогенитальные инфекции является одним из путей снижения заболеваемости и ее профилактики.

ПЦР В ДИАГНОСТИКЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ И ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ

ХАЛИДОВА Х.Р., НАБИЕВ Т.А., РОССТАЛЬНАЯ М.Л.

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

Введение. ПЦР широко используется в лабораторной практике для идентификации условно-патогенной микробиоты (УПМ) урогенитального тракта — Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealiticum и т.д. Стертая, малосимптомная субъективная и/или объективная клиническая симптоматика, отсутствие специфических патогномоничных признаков практически в большинстве случаев приводит к поздней обращаемости женщин в лечебные учреждения, уже на стадии развития осложнений и нарушения репродуктивной функции. Кроме того, УПМ являются причиной увеличения риска заболевания инфекциями, передающимися половым путем (сифилис, трихомониаз, гонорея, хламидиоз) и ВИЧ. Особого внимания заслуживают УПМ урогенитального тракта в связи с возможностью участия в процессах злокачественных изменений тканей шейки матки, так как измененная микрофлора может продуцировать канцерогенные нитрозамины, являющиеся коферментами канцерогенеза.

Цель исследования: изучение показателей УПМ половых путей женщин с пролиферативными (остроконечные кондиломы — ОК) и диспластическими заболеваниями (ДЗ) (крауроз вульвы) урогенитального тракта.

Материал и методы. Обследованы 33 женщины с пролиферативными (остроконечные кондиломы) и диспластическими заболеваниями (крауроз вульвы) урогенитального тракта, возраст которых колебался в пределах от 18 до 65

лет. Помимо общеклинического обследования проведено микро-биологическое исследование и ПЦР отделяемого влагалища и цервикального канала с идентификацией возбудителей УПМ.

Результаты. Как показали исследования, Ureaplasma обнаружена у 13 женщин (8 ОК+5 ДЗ), Gardnerella vaginalis у 6 (4 ОК+2 ДЗ), грибы рода Candida — у 16 пациентов (15 ОК+1 ДЗ). Кроме того, были обнаружены такие ИППП как Tr.vaginalis у 1 пациентки с ОК, ВПЧ 16/18 типа у 7 (6 ОК+1 ДЗ).

Выводы. Таким образом, исследования свидетельствует о наиболее частом обнаружении представителей УПМ у пациенток с ОК. Причем, частота обнаружения некоторых урогенитальных инфекций превышает более чем в 2 раза. Можно предположить, что измененная УПМ является одним из факторов, способствующих и поддерживающих пролиферативные изменения, возможно, за счет продуцирования канцерогенных нитрозаминов.

РАЦИОНАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К КУЛЬТУРАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

ХАРА А.И., БЕЗКОРОВАЙНАЯ Г.А.

Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, Тернополь, Украина

Цель работы: Изучить реальную потребность в культуральной диагностике гонореи и экономически обосновать оптимальный уровень денежных затрат бактериологических лабораторий.

Материалы и методы. Проведено изучение уровня заболеваемости гонококковой нфекцией в Украине с определением фактических финансовых затрат в перерасчете на 1 установленый диагноз гонореи.

Результаты и обсуждение. Установлено, что заболеваемость гонореей в Украине в 2014 году составила 6180 случаев или 14,04 на 100 тыс. населения. Проведенние по розработаной нами формуле рассчеты свидетелствуют, что, фактически число больных гонореей может составлять до 36 тисяч человек. Нами проанализирована эфективность культуральной диагностики гонореи вцелом по стране. Она составляет 4,42 % от всех произведенных посевов. Полная стоимость бактериологической диагностики гонореи за год в Украине составляет 550486 долл. США. Средняя стоимость одного посева составляет 4,81 долл. США. 42 % всех больных гонореей обследуются бактериологом, при этом, в большынстве случаев, диагноз может быть установлен бактериоскопически. Такой подход к диагностике не всегда экономически оправдан, поскольку микроскопия 1 мазка обходится 4 раза дешевле. Учитывая огромное число произведенных посевов, 1 случай выявления гонореи культурально обходится государству в 115 долл. США.

Принимая во внимание низкую информативность используемых питательных сред, такие издержки нельзя считать оправданными.

Выводы. С целью рационального использования средств для диагностики гонореи, следует ограничить применение культурального метода и задействовать его только в случаях проблемной диагностики или для определения чувствительности гонококов к антибиотикам. Целесообразно использовать исключительно информативные тестированные питательные среды. Целесообразно развивать обследование на ИППП быстрыми и єкономными методами непосредственно в кабинете врача-венеролога.

ЖЙОЮИ ДИАГНОСТИКАСИ БИЛАН ШУҒИЛЛАНУВЧИ ЛАБОРАТОРИЯЛАРНИНГ БУГУНГИ КУНДАГИ ҲОЛАТИ ТЎҒРИСИДА

ЭШБОЕВ Э.Х., БОЙМУРЗАЕВ Н.И., РОЗИКОВ А.А.

Республика Ихтисослаштирилган Дерматология ва Венерология илмий амалий тиббиёт маркази

Ҳозирги кунда Республика миқесида терининг юқумли касалликлари ҳамда жинсий йўл орқали юқувчи инфекцияларни аниқлаш билан шуғилланувчи лабораторияларнинг сони 516 та бўлиб, бу лабораторияларнинг 61 таси (12 %) дерматовенерологик муассасаларда жойлашган. Қолган лабораториялар эса бошқа даволаш профилактика муассасалари қошида фаолият юритади.

Юқорида санаб ўтилган лабораторияларда жами 1043 нафар лаборатория ходими ишлайди. Уларнинг 297 нафари врач лаборантлар фаолият юритади-ю, аммо Республика бўйича жами 228 та врач лаборантларнинг ўрни бўш турибди (Тошкент шаҳридан ташқари), уларнинг ўрнида ўрта тиббиёт ходимлари ишлаб келмоқда. Бу ҳолат албатта лабораториялар иш фаолиятига салбий таъсир кўрсатмай қолмайди. Жами 1043 та лабо-

ратория ходимларининг 746 нафарини эса ўрта тиббиёт ходимлари ташкил қилади.

Республика бўйича ЖЙОЮИ ва теринниг юқумли касалликлари диагностикаси билан шуғилланувчи лабораторияларда жами 5662924 та суртма таҳлили бажарилган. Лаборатория таҳлил натижаларига кўра 5159 (0,18 %) та гонококк инфекцияси, 20035 (0,7 %) та трихомонада инфекцияси аниқланган. Ушбу кўрсаткичларни вилоятлар кесимида кўрадиган бўлсак, Самарқанд вилоятида 266028 та таҳлил ишлари бажарилиб, 446 (0,32 %) гонококк, 2288 (1,6 %) трихомонада топилган. Сурхондарё вилоятида 170287 та суртма таҳлили ўтказилиши натижасида 297 (0,34 %) та гонококк ва 1037 (1,18 %) та трихомонада аниқланган. Бу натижалар Республика кўрсаткичига кўра бир мунча юқори бўлган натижалардир. Бироқ, Сирдарё вилояти, Тошкент шаҳрида аниқланган кўрсаткичлар нисбатан пастроқлиги кўзга ташланади. Сирдарё вилоятида 179398 та суртма ишлари бажарилиб, 69 (0,1 %) та гонококк ва 478 (0,53 %) та трихомонада аниқланган. Тошкент шаҳрида 1011745 та таҳлил ўтказилган ва 359 (0,1 %) та гонококк, трихомонада 906 (0,26 %) та аниқланган. Қорақалпоғистон Республикасида эса 382906 та суртма ишлари бажарилган ва гонококк инфекцияси камроқ аниқланган — 228 (0,1 %).

Касалликларга тўғри ташхис қўйишда аввало лабораториянинг аҳамияти жуда катталиги барчамизга аен. Ҳар бир тиббиёт муссасига келган беморлар албатта лабораторияга юборилади, шу жумладан дерматовенерология соҳасида ҳам. Шундай экан, жойлардаги лабораториялар фаолиятини ривожлантириш, унда фаолият юритаётган ходимлар малакасини доимий равишда ошириб бориш талаб этилади.

ЗНАЧЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЮЛДАШЕВ К.А., ТАЖИБАЕВ Б.Т., ДЖАЛИЛОВА Ш.А., КУРБАНОВА Н.К., ЮЛДАШЕВ К.К., ТУРСУНОВ С.С., АРТИКОВ А.Ф., НУРМАТОВА Н.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан. г. Ташкент, Межрайонные КВД

Среди женщин, относящихся к группе риска выявление венерических заболеваний имеет важное значение и является профилактикой роста ИППП.

Кроме того, женщины являются активными участниками эпидемиологической ситуации, как лица коммерческого секса.

Цель работы: изучение состояния заболеваемости венерическими болезнями среди женщин, относящихся к группе риска у задержанных работниками органа внутренних дел г.Ташкента.

Материал и методы исследования: за период с 2004 год по 2014 год в стационар Ташкентского городского Кожно-венерического диспансера 26682 женщин приведены при различных ситуациях сотрудниками органов внутренних дел.

С целью охвата всех женщин для обследования взята кровь на КСР, РИБТ и РИФ. КСР крови включали реакцию Вассермана с трепонемным и кардиолипиновым антигенами, а также микрореакцию (м/р). Кроме того, у обследуемых женщин из 3 точек — вагины, цервикального канала и из уретры взяли мазок на микроскопическое и бактериологическое исследования, еще у них взята кровь на ВИЧ (СПИД).

Результаты и обсуждения. Из вышеуказанного количества при тщательном обследовании у 757 женщин диагностирован сифилис. Из них первичный сифилис составил 18,3 %, вторичный — 30,8 %, скрытый ранний сифилис 50,9 % случаях. Все выявленные больные пролечены согласно существующей инструкции утвержденной в 2010 году Министерством Здравоохранения Республики.

В результате бактериологических и бактериоскопических исследований дали возможность у 2282 обследованных выявить гонорею, из которых 22,5 % составила хроническую форму 50,2 % острую и 27,3 % подострую формы.

Все больные женщины, относящиеся к группе риска по поводу установленного диагноза гонореи получали лечение в условиях стационара согласно существующей инструкции и стандарта диагностики и лечения утвержденных МинЗдравом РУз в 2010 г. Всем больным после проведенного лечения проведены критерии излеченности.

За указанный период (2004–2014 г.г.) среди женщин, относящихся к группе риска у 3676 человек выявлен трихоманиаз. Кроме того, у 7753 женщин выявлены другие ИППП нового поколения. Из всех обследованных 10728 женщин оказались практически здоровыми.

Выводы: Путем тщательного обследования согласно стандарту из 28680 женщин относящихся к группе риска в 17952 случаях выявлены различные венерические заболевания и новые поколения ИППП, что диктует о необходимости усилить данную часть диспансерной работы с целью профилактики распространения вышеуказанных заболеваний.

К ВОПРОСУ ВИСЦЕРОПАТОЛОГИИ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., МАВЛЯНОВА Ш.З., КАЛАНОВА Н.Б., ИСМАТОВА Ю.Н., КУРБАНОВА Н.К.

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

Изучение поражения внутренних органов при сифилисе имеет немаловажное значение. Однако висцеральная патология встречается всегда и ее можно отнести как к истинной сифилитической природе или к сопутствующим заболеваниям. Это является важным процессом, так как для дифференциации имеют значение серологические реакции и при этом не надо забывать о заболеваниях сопровождающиеся распадом липидов, что в свою очередь увеличивает частоту позитивности серологических реакций крови у больных сифилисом.

Нами поставлена цель — изучить частоту висцеропатологии у больных с различными формами сифилиса.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 106 больных, из них у 13 диагностирован вторичный сифилис, у 63 — скрытый ранний, с серорезистентностью при сифилисе было у 28, и у 2-х диагностирован нейросифилис.

Из общего числа больных мужчин было 68, женщин 38. Возраст их варьировал от 18 до 63 лет. По возрастной категории больных от 18–20 лет было 21, от 21 до 30 лет — 14, от 31 до 40 лет — 24, от 41 до 50 лет — 30, от 51 до 60 лет — 30, от 61 и более — 6 больных.

У всех больных была взята кровь для исследования в RW (с кардиолипиновым и трепонемным антигенами), микрореакции, из спецефических сероreакций проведены — РИБТ и РИФ в виде модификации -200, абс.

Всем больным были проведены следующие инструментальные методы исследования: УЗД, ЭКГ, РЭГ, ЭЭГ и проконсультированы смежными специалистами: терапевтом, офтальмологом, неврологом и т.д.

Результаты: Серологические реакции крови соответствовали установленным диагнозам, но имелись некоторые отличия в зависимости от степени поражения органов и систем. У 106 обследованных больных, были выявлены различные патологии органов и систем, из которых патология со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) была выявлена у 86, сердечно-сосудистой системы (ССС) у 22, нервной системы у 22, гинекологические заболевания установлены у 28 обследованных (из них у 22 выявлены кандидозные поражения органов гениталий, что было подтверждено при культуральном исследовании, где был отмечен рост грибов рода Candida), паразитарные (лямблиоз) у 3, заболевания органов зрения — у 5 и другие ИППП — у 5 больных.

При этом надо отметить, что у 106 — обследованных больных сифилисом наблюдались различные сопутствующие заболевания со стороны внутренних органов: по 1 сопутствующему заболеванию отмечалось — у 19 больных, по 2 у — 25, по 3 — у 34, по 4 — у 17, по 5 — у 9, по 6 — у 1 и по 8 — у 1 больного.

Вывод: Таким образом у больных сифилисом выявленные заболевания требует своеобразного мышления, для чего необходимо дифференциальный подход к етому вопросу.

АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮШИЕ ЛИМФОЦИТЫ (АСЛ) В ИММУНОФЕРМЕНТНОМ АНАЛИЗЕ (ИФА) В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., КУРБАНОВА Н.К., ЮЛДАШЕВ К.К., КАЛАНОВА Н.Б., НУРМАТОВА Н.Б.

Республиканский специализированный научно-практический центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, г.Ташкент.

АСЛ в ИФА крови больных с серорезистентностью при сифилисе изучено мало, из-за чего имеет большое значение в современной венерологии.

Цель: Определение антигеносвязывающих лимфоцитов (АСЛ) в ИФА крови больных с серорезистентностью при сифилисе.

Материал: Исследована кровь 125 больных (70 мужчин и 55 женщин) с серорезистентностью в возрасте от 19 до 74 лет. Основная группа больных были в возрасте от 20 до 40 лет.

Позитивность серологических реакци в крови больных с серорезистентностью при сифилисе до лечения соответсвовали литературным данным, а после дополнительного лечения картина сероreакции имели тенденцию к негативации.

Из 125 больных у 59 больных (47,2 %) (I группа) пролечены инфузионным введением антибиотика, в течение 10 дней; пенициллинотерапию получали (IIгруппа) 35(28 %) больных в суммарной дозе до 120 млн.ЕД; 31(25 %) больных (IIIгруппа)

пролечены Цефтриаксоном по 1,0, ежедневно в течение 14 дней (14,0), введен непрямым лимфотропным методом(НЛТ).

Результаты: В I группе больных (59 чел.) до лечения было 0.867 ОП, а после лечения — 0.746 ОП; в крови II группы больных (35 чел) до лечения было 0.884 ОП, а после лечения 0,768 ОП; в III группе больных АСЛ в ИФА до лечения составило 0,855 (оптическая плотность), а после лечения снизилось до 0,744 ОП.

Выводы: Содержание антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) в ИФА у больных с серорезистентностью при сифилисе до лечения отмечены высокимипокозателями, а после лечения снижаются, что свидетильствует о блогоприятном влиянии проведенной терапии.

СОДЕРЖАНИЕ Y-ИНТЕРФЕРОН В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., КУРБАНОВА Н.К., ЮЛДАШЕВ К.К., КАЛАНОВА Н.Б., ЖАМОЛОВ Д.Н., НУРМАТОВ Н.Б.

Респупликанский специализированный научно-практический центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, г.Ташкент.

Y-интерферон относится к цитокинам. У больных с серорезистентностью при сифилисе содержание его изучалось мало.

Цель работы: Изучить содержание у-интерферона в крови больных с серорезистентностью при сифилисе, до и после лечения.

Материалы и методы: Количественное содержание у-интерферона определяли в крови 125 больных (70 мужчин и 55 женщин)с серорезистентностью при сифилисе в возрасте от 19 до 74 лет. Содержание у-интерферона определяли в крови больных с помощью ИФА-тест-систем «Вектор-Бест». Позитивность серореакции крови соответсвовали литературным данным. Контрольная группа составила здоровые лица, 10 человек с показателями у-интерферона (2,9±0,9 ПГ/мл).

Результаты: При изучении вкрови количественного содержанияу-интерферона у больных с серорезистентностью при сифилисе до начало дополнительного лечения было равно 6,4±8,7/мл, против данных контрольной группе (2,9±0,9 ПГ/мл).

После проведенного дополнительного лечения в крови больных с серорезистентностью при сифилисе количественное содержание у-интерферона снизилось и составило — 13,3±0,66 ПГ/мл.

Вывод. Таким образом, проведенные исследования уровня у-интерферона у больных с серорезистентностью при сифилисе демонстрировали после лечения в пользу наличия персистенции T.Pallidumв организме и об изменениях антиген-презентирующей функции макрофагов.

ИНТЕРЛЕЙКИН -2 (ИЛ-2) В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., КУРБАНОВА Н.К., ЮЛДАШЕВ К.К., КАЛАНОВА Н.Б.

Республиканский специализированный научно-практический центрдерматологии и венерологии МЗ РУз, г Ташкент.

Серорезистентность при сифилисе в венерологии является важной проблемой . Надо отметить, что в венерорологии из цитокинов содержание интерлейкина -2 (ИЛ-2) изучено мало.

Цель работы: Изучение содержания интерлейкина -2 в крови больных с серорезистентностью при сифилисе до и после дополнительного лечения.

Материал и методы: Иследована кровь 125 больных (70 мужчин,55 женщин) с серорезистентностью при сифилисе, в возрасте от 19 до 74 лет. Основная группа больных были в возрасте от 20 до 40 лет. До лечения серореакции крови были позитивными :RWc трепонемным антигеном до 50%, с кардиолипиновым антигеном до 41%, в микрореакции — 84,6% РИФ 200,абс и РИБТ в 100%.

После дополнительного лечения позитивность серореакцийотмнчена: RWc трепонемным антигеном до 25%, с кардиолипиновым до 22%, в микрореакции до 52%, РИФ и РИТ составлен до 100%. Интерлейкин-2(ИЛ-2) определяли в крови больных с помошью ИФА тест система «Вектор-Бест».

Результаты: У 125 больных до начала дополнительного лечения содержание интерлейкина-2 составило 18,4±0,94 ПГ/мл (контроль 4,2±0,3 ПГ/мл). После проведенной дополнительной те-

рапии число ИЛ-2 было снижено и составило 10,7 ± 0,67 ПГ/мл.

Вывод: Таким образом, до проведения дополнительнго лечения в крови больных с серорезистентностью при сифилисе уровень ИЛ-2 была высокой, а после лечения снизилось, что доказывает об хорошойэфективности проведенной терапии.

ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., КУРБАНОВА Н.К., ЮЛДАШЕВ К.К., КАЛАНОВА Н.Б., ЖАМОЛОВ Д.Н., АБЗОИРОВ К.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, г.Ташкент

В венерологии степень эндотоксикоза у больных с серорезистентностью при сифилисе изучена мало, и изучение этого аспекта в венерологии имеет большое значение.

Цель работы: Изучить состояние эндогенной интоксикации у больных с серорезистентностью при сифилисе, до и после дополнительного лечения.

Материал: Обследованные лица по возрасту были от 19 до 74 лет (37 мужчин, 25 женщин). У всех больных исследованы следующие показатели эндогенной интоксикации: сорбционная способность эритроцитов (ССЭ), средние молекулярные пептиды (СМП), до и после дополнительного лечения.Контрольная группа состояло из 20 здоровых лиц.

Серологические реакции крови до лечения были позитивными: RW с трепонемном антигеном до 50 %, а с кардиолепиновым антигеном до 41 %, в микрореакции — 84,6 %, РИФ 200, РИФ абс, РИБТ были по 100 %. После дополнительного лечения вышеуказанные серореакции крови были негативными до 40 %.

Результаты: У больных серорезистентностью при сифилисе содержание ССЭ, было выше на 27 %, а СМП на 40 %, чем в контрольных данных.

Вывод: Изучение эндогенной интоксикации указывает на то, что необходима учесть при проведени лечения в крови больных с серорезистентности при сифилисе, для снятия у больных эндоксикоза.

К ВОПРОСУ ЛОЖНО ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИИ (ЛПБР) КРОВИ У ОБСЛЕДОВАННЫХ НА СИФИЛИС

ЮЛДАШЕВ К.А., АРТИКОВ А.Ф., ЖУМАНОВ Д.Х.

Республиканский специализированный научно практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗРУз, г. Ташкент

Случаи ЛПБР крови часто встречаются в практической венерологии. При этом интерпретация серологических реакций крови имеют важное значение.

С целью изучения причин ЛПБР нами изучена картина серологических реакций крови обследованных на сифилис 46 человек. Из числа обследованных женщины составили 37, мужчины 9 человек. Возраст их колебался от 4 месяцев до 81 года.

При этом реакция Вассермана с трепонемным и кардиолипиным антигенами были позитивными в 20 случаях, а у 26 отмечены отрицательные результаты. Микрореакция была положительной в 22 случаях, а отрицательные результаты отмечены у 8 лиц. Титр реагинов колебался от 1:5 до 1:80 у 4 обследованных.

Из специфических реакций крови 14 случаях РИФ 200, abs дала позитивность в (+) (2+), которые не были взяты во внимании из-за отрицательных результатов в РИБТ.

К причинам ЛПБР крови отнесены: анемия (36,9 %), инфекционные заболевания (12,9 %), заболевания сердечно-сосудистой системы (8,7 %), заболевания органа зрения (17,4 %), желудочно-кишечные заболевания (15,2 %), болезни мочеполовой системы (4,3 %), заболевания эндокринной системы (2,1 %), и в 6 % причины ЛПБР были неясными.

Таким образом, обследуемых на сифилис надо осуществлять тщательно и необходимо исследовать кровь на комплекс серологических реакций неоднократно, а также правильно интерпретировать их результатов.

ЭРТА ЯШИРИН ЗАХМ БЎЙИЧА ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТ ВА БАЪЗИ САБАБЛАРИ

ЙЎЛДОШЕВ К.А., ЖУМАНОВ Д.Х.

Республика ихтиссослаштирилган дерматология ва венерология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент ш.

Охирги йилларда захмнинг кечишида ўзига хосликлардан бири касаллик турли шаклларри ичида эрта яширин хилининг кўпроқ аниқланишидир. 2006-йилда ушбу захм умумий аниқланган захм касаллигининг ичида — 48,4 % ни ташкил қилган бўлса, 2007-йилда — 52,2 % ни, 2008-йилда — 55,7 % ни, 2009-йилда — 56,8 %ни, 2010-йилда — 55,7 % ни, 2011-йилда — 60,9 % ни, 2012-йилда — 62,1 % ни, 2013-йилда — 64,6 % ни ва 2014-йилда эса — 63,3 % ни умумий ҳисобга олинган захм беморлари ичида қайд этилган.

Юртимизда аҳоли сонининг кескин ўсаётганлиги ва умумий захм касаллигининг аниқланиш даражасининг камайиши интенсив кўрсатгичларининг (ҳар 100 минг аҳоли сонига) пасайишига сабаб бўлмоқда. 2006 йилдан буён аҳолининг 15 % ортишига қарамасдан умумий захм касаллигининг аниқланиш даражаси 42 % га камайган.

Эрта яширин захмни аниқланилиш даражасининг ортиш сабаблари сифатида қуйидагиларни келтириб ўтиш мумкин: антибиотиклар билан турли касалликлар учун ўз-ўзини узлуксиз даволаш, захм касаллигининг клиник белгиларини беморлар томонидан билмасликлари, ижтимоий-иқтисодий соҳадаги ўзгаришлар, яъни инсонларнинг ўзини тутиши ва ўз саломатлигига нисбатан муносабатига таъсири натижасидаги хатолар, нодавлат шахсий даволаш муассасаларида захмга чалинган беморларнинг эркин даволанишлари, захм касаллиги билан оғриган беморлар бепул даволанишларини билмасликлари.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда 2006–2011 йилдаги маълумотлар таҳлил қилинди. Ушбу йилларда Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий амалий тиббиёт маркази сифилидология бўлимида эрта яширин захм ташхиси билан 349 та беморлар даволанган. Улардан 189 таси эркак ва 160 таси аёл. Беморларнинг ёши 18 дан 69 ёшгача бўлган.

Қон серологик текширувларида микрореакция (+) дан (4+) гача — 93 % беморларда, кардиолипинли антигени билан Вассерман реакцияси — 86 %-ида, трепонемал антигени билан реакция 79 % да мусбат натижалар беришди ва (+) дан (3+) гача бўлишди. Специфик реакциялардан энг сезгири ИФР-абс бўлиб у 96 % мусбат натижа берди ва (2+) дан (4+) гача кузатилди. Кейинги ўринда ИФР-200 бўлиб (+) дан (4+) гача даражаларда 93 % беморлар қонида позитив натижаларни берди. 90,3 % беморларда 51 % дан 96 % гача ОТИРда мусбат натижалар кузатилди.

Яширин захм беморларининг ички аъзо ва нерв тизими синчиклаб текширилганда қуйидагилар аниқланган: 75 та яширин захм беморларидан 4,2 % да аортит ва 30,5 % беморларда миокардит белгилари топилган, 349 та яширин захм беморларнинг 8,4 % да нерв тизимида ҳар хил даражадаги чекланишлар аниқланган, 48 та яширин захм беморларнинг 42 тасида орқа мия суюқлигида турли даражадаги патологик ҳолатлар қайд қилинган, 112 та яширин захм беморларнинг 63 тасида даволашгача жигар функционал ўзгаришлари кузатилган ва даволашдан сўнг нормал ҳолатга келган.

Хулоса сифатида шуни таъкидлаш мумкинки, эрта яширин захмда мавжуд эрта ташхисга моанд қондаги серологик реакциялар ва инструментал усулларни қўллаб синчиклаб текширилганда турли хилдаги чекланишлар аниқланиши мумкин, бу эса қондаги серологик реакцияларнинг аҳамиятини яна таъкидлайди.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАК ПРИЧИНА В РАЗВИТИИ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., КУРБАНОВА Н.К., КАЛАНОВА Н.Б., ЖАМОЛОВ Д.Н., МИРЗАЕВ Х.Р.

Республиканский специализированный научно-практический центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, г.Ташкент.

Ведение: Сопутствующие заболевания в формировании серорезистентности при сифилисе имеют важное значение. Некоторые из них негативно влияют на липидный обмен, при этом провоцируют его и влияют на позитивность серореакций крови у больных сифилисом.

Цель работы: Изучение частоты сопуствующих заболеваний у больных серорезистентностью при сифилисе.

Материал и методы: Изучались сопутствующие заболевания у 125 больных с серорезистентностью при сифилисе. Возраст больных ко-

лебался от 19 до 74 лет. По полу: мужчин — 70, женщин — 55. В возрасте до 20 лет — 1, от 21 до 30 лет — 27, от 31–40 лет — 40, от 41 до 50 лет — 18, от 51 до 60 лет — 25, 65 лет и более — 14 больных.

Результаты: Серологические реакции крови до лечения были позитивными: RWc трипонемным антигеном до 50 %, а с кардиолипиновым до 41 %, в микрореакции — 84,6 %, РИБТ, РИФ-200, РИФ-abc в 100 %.

Для оценки эфективности дополнительной терапиисерореакции крови изучено и после лечения. Позитивность их отмечена: RWc трепонемнымантигеном снизилась до 25 %, RW с кардиолипиновым антигеном до 22 %, в микрореакции до 52 %, в РИФ и РИБТ составили по 100 %, но позитивность их была менее выраженной, чем до дополнительного лечения.

Больные с серорезистентностью при сифилисе получали лечение: Из 125 больных у 59 больных (47,2 %) (I группа) пролечены введением антибиотика, инфузионно в течение 10 дней; пенициллинотерапию получали (II группа) 35(28 %) больных в суммарной дозе до 120 млн.ЕД; 31 (25 %) (III группа) пролечены Цефтриаксономпо 1,0, ежедневно, в течение 14 дней (14,0), введен непрямым лимфотропным методом (НЛТ).

Всем больным осуществлены УЗИ, ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ и другие исследования, осмотрены терапевтом, офтальмологом и неврологом. Взяты материалы из уретры, (вагины и цервикального канала) для бактериологического и бактериоскопического исследования.

В результате обследования выявлены сопутствующие заболевания: со стороны ЖКТ — у 62, со стороны сердечно-сосудистой системы — у 16, нервной системы — у 33 больных. Со стороны мочеполовой системы у 45 больных выявлены заболевания в виде простатита и других ИППП.

Вывод: Таким образом, до и после после проведения дополнительного лечения у больных с серорезистентностью при сифилисе доказывает о взаимосвязь сопутствующих заболеваний и сероreакций крови больных.

DYNAMICS OF IMMUNE COMPLEXES IN BLOOD SERUM OF PATIENTS ATOPIC DERMATITIS PLASMAPHERESIS AND HYPERBARIC OXYGENATION AND OM — 85BV

PAKIRDINOV A.B., KHAMIDOV F.SH., TOSHPULATOV B.CH.

Andijan State Medical institute. Andijan, Uzbekistan

The aim of research work was to study changes of dynamics of circulating immune complexes in the serum of blood burring the process of treatment by plasmapheresis and hyperbaric oxygenation at patients with atopic dermatitis. Twenty six patients with atopic dermatitis 19 males and 7 females from 22 till 60 years old wire examined.

During the treatment the observations were carried out for changes of daily dynamics of circulating immune complexes, carrying of plasmapheresis and hyperbaric oxygenation and OM — 85BV enable to reduce their concentration twice to the end of the first procedure. Six — twelve hours later after the procedure the containing of the circulating immune complex is weakly increased it is connected with going them out from tissues of effectors. At the following observation they determined further reduction of circulating immune complexes by the end of the day, after the third procedure its containing was one third of the starting from.

Thus carrying out early therapy at the patients with refracted to it can lead to the reduction of circulating immune complexes which accompanied by significant improvement of the basic skin process.

DINAMICS OF IMMUNE COMPLEXEC IN BLOOD SCRUM OF PSORIATIC PATIENTS DURING PLASMAPHERESIS AND HYPERBARIC OXYDENATION

PAKIRDINOV A.B., KHAMIDOV F.SH., NISHONOV N.N.

Andijan State Medical institute. Andijan, Uzbekistan.

The aim of research work was to study changes of dynamics of circulating immune complexes in the serum of blood burring the process of treatment by plasmapheresis and hyperbaric oxygenation at patients with psoriasis. Twenty six patients with psoriasis 19 males and 7 females from 22 till 60 years old were examined.

During the treatment the observations were carried out for changes of daily dynamics of circulating immune complexes, carrying out of plasmapheresis and hyperbaric oxygenation enable to reduce their concentration twice to the end of the first procedure. Six — twelve hours later after the procedure the containing of the circulating immune complex is weakly increased it is connected with going them out from tissues of effectors. At the following observation they determined further reduction of circulating immune complexes by the end of the day, after the third procedure its containing was one third of the starting form.

Thus carrying out early therapy at the patients with psoriasis refracted to it can lead to the reduction of Circulating immune complex which accompanied by significant improvement of the basic skin process.

PLASMAPHERESIS AND HYPERBARIC OXYGENATION IN COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WLTN SKIN ANGIITIS

PAKIRDINOV A.B., KHAMIDOV F.SH., FAZILOV F.A.

Andijan State Medical institute. Andijan, Uzbekistan

The dasic aim of this research work was investigation of plasmapheresis and hyperbaric oxygenation effectiveness at the patients with accounting the changes of some immune static parameters. At twenty-five patients with (10-males and 15 — females) at the age of 22–38 the resistance was marked to early carrying out therapy with antihistamine and corticosteroid preparations.

As a result of carried out treatment the complete regression of whole breaking out and the disappearance of itching were at 11 patients (44 %) after 4 procedures, considerable improvement was marked at 10 patients (40 %) after 5–6 procedures and improvement at 4 patients (16) after 8 procedures.

During the process of treatment the dynamics of immune indices revealed the reduction of Ig A, M, G Levels: before the treatment Ig A-2.75+0.14 gr/l Ig M- 2.41+0.15 gr/1, Ig G -12.87+0.23 gr/l after the treatment Ig A- 1.94 +0.07 gr/1, Ig M- 1.35+0.06 gr/1, Ig G-10.16+13 gr/1

Thus plasmapheresis and hyperbaric oxygenation lead to the immune indices normalization they are accompanied by significant reduction of the basic skin process. High effectiveness of this method enables to consider sensible use of it at the therapy of severe forms of skin angiitis.

NEW WAYS TO EFFECTIVELY TREAT ASTHMA IN YOUNG

RAZIKOVA I.S.

Tashkent Medical Academy

Introductions.It is known that inflammation in asthma is primary — allergic in nature, due to IgE — dependent mechanisms, so in addition to assessing the severity of the disease requires a specific diagnosis and to evaluate the effectiveness of the combined specific immuno-basic and pharmacotherapy.

Material and methods.In order to assess the combined treatment we compared the clinical efficacy. Beclason use in a dose of 1000 mg/day (1g = 10), stimusol (2g = 10g), and the combined use of Beclasonand stimusol (c = 3 to 15 people) in patients with asthma III -stage. By the end of the first stage (8weeks) of treatment the day time asthma symptoms were absent day time asthma symptoms were absent in seven (80 %) patients in Group I, the patients (60 %) II nd group and in 13 (86.6 %) patients of group III observation and in 8 patients, they noted in the redistribution of 1 — 2 times a week and were caused as a rule exercise, or other trigger influences.

Results.More pronounced dynamics of different functional parameters in patients treated with Beclazon conjunction with stimusol, where the increase in FEV 1 after 8 weeks of therapy.

Conclusions. Was 40.6 %, and the decrease in the index of variability in dice speak expiratory flow rate-76.2 %. In the group of patients who are treated Beklazon dynamics of functional performance was similar to the increase in FEV1 was 33.9 % and the WIS-72.3 %

PROPER MONITORING OF THE USE OF IMIQUIMOD FOR THE TREATMENT OF BCC, ACTINIC KERATOSIS

SVYATENKO TETYANA[1], PROKHACH ANDRII[2]

«Dnipropetrovsk Medical Academy«Ministry of Health»[1]
«Clinical Oncology Center» DOS, Ukraine[2]

Modern Dermatooncology has a number of new techniques for the treatment of precancrosis, basal cell carcinoma of the skin (BCC), among them — the use of local immune response modifiers. Immediately skin tumor immunotherapy is a promising method of treatment. Previously it used α-interferon for the palliative treatment of common BCC. Today, a wide spread of receive immunomodulators which have been applied in Dermatooncology. Imidazohinalins — a new group of drugs nedovno entered into clinical practice as anti-tumor and anti-viral immune modulators. Imiquimod (guanosine

derivative) is a specific receptor agonist TLR7. There are indications of a direct effect of imiquimod both adenosine receptors and other molecules that regulate the synthesis of cyclic 3-AMP and 5. We observed 35 patients treated with imiquimod as a therapy for actinic keratosis, BCC. Tolerability satisfactory, however, in 9 (25,7 %) cases occurred hyperergic reaction that fits into the description of the side effects of the drug. The therapeutic effect was observed in 35 patients (100 %).We observed that the inflammatory reaction that occurs during treatment with the drug, it is correlated with the therapeutic effect, but in turn, lengthens the treatment of 8–10 weeks, due to the forced interruption. This problem has been observed in 9 patients (25,7 %).

Conclusions:

1) the use of imiquimod in the initial stages of the BCC, actinic keratosis with a skin lesion to avoid aesthetic defects associated with surgery;

2) inflammatory response extends treatment;

3) individual selection of dosage and frequency of use;

4) expanding opportunities for a choice of tactics and treatment of BCC, actinic keratosis;

5) improves pharmacoeconomics.

PREVENTION ALLERGIC VASCULITIS OF SKIN

TASHKENBAEVA U.A.

Tashkent medical academy

The key pathogenetic mechanism in the development of allergic vasculitis is an increase in the number of circulating immune complexes (CIC) is observed with a considerable quantity of antigen prevalence of antibodies. Namely CIC and activated them compliments cause allergic vasculitis with fibrinoid nephrosis, perivascular edema, blockage of microcirculation, leukocyte infiltration, hemorrhage and degenerative changes in the lesion up to necrosis. Thus, prevention, improved treatment, lengthening the periods of remission in patients with allergic vasculitis is considered priority areas of medicine.

For the prevention of exacerbations and relapses is great importance to maintenance dispensary, antirecurrent interventions involving sanitation of of foci of chronic infection, elimination of allergenic of exogenous and endogenous influences. Preventive measures, precluding the possibility of vasculitis disease include: sanitation of foci of chronic infections, do not allow overheating and overcooling of the body, avoid excessive exercise on the human body maintain a healthy lifestyle that excludes tobacco and alcohol use, hardening, improving the environment.

Advisable to conduct immunological and biochemical examination, and it is recommended to conduct a study of core indicators of hemostasis in patients with allergic vasculitis of the skin.

The immuno corrective necessary to carry out against the background of the base treatment. Stronger Neo-C Minophagen and Loratal are possessed, antiallergic, immunocorrective and hepatoprotective properties.

In 92.2 % of patients with superficial and deep vasculitis treated with com-bined therapy, was received a positive therapeutic effect, allowing for 3–4 days to reduce the length of stay in a hospital bed. The monitoring of patients for three years showed that the method of treatment would prevent relapses of the disease and lengthen the remission.

In order to prevent recurrence of the disease recommend to patients sanitation foci of chronic infection, adequate correction of background pathology.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЬЗАМА «ХАЙКИНАЗОЛ» В ЛЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

АБДИЕВА Д.Х., ВАЛИЕВА М.С., ДЫРДА Н.И.

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

В последнее время заметно увеличилось число пациентов с себорейным дерматитом волосистой части головы. Заболеванием страдает до 5 % взрослых 20–40 лет. Высокая распространенность, рецидивирующее течение, психологический дискомфорт обусловливают поиск новых и эффективных средств терапии. Учитывая, что данная патология хактеризуется гиперкератозом, гипертрофией сальных желез и усиленным шелушением в лечении данной патологии был применен новый лечебный бальзам «Хайкиназол».

Цель исследования: оценить эффективность бальзама «Хайкиназол» в лечении себорейного дерматита волосистой части головы.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 37 больных в возрас-

те от 16 до 45 лет с давностью заболевания от 2 месяцев до 5 лет (13 женщин, 24 мужчины). У 12 пациентов (7 мужчин и 5 женщин) отмечалось легкое шелушение, а у остальных (17 мужчин, 8 женщин) — на фоне эритемы обильное шелушение и корочки. Практически у всех больных процесс сопровождался зудом различной интенсивности. У больных до начала лечения при исследовании под лампой Вуда в очагах поражения констатировалось желтовато-бурое свечение. Бальзам-шампунь «Хайкиназол» (в 1 мл. 15 мг кетоконазола и 0,25 мг. клобетазола пропионата) применялся два раза в неделю на протяжении 4 недель.

Результаты исследования. У больных с легкой формой себореи (12 человек) отмечался положительный клинический эффект после 4-х кратного применения бальзама. У пациентов с себорейным дерматитом после 4-х кратной обработки наблюдалось значительное уменьшение шелушения, эритемы и интенсивности зуда. В связи с этим, терапия бальзамом была продлена еще на 2 недели. Проведенная терапия дала положительный результат, лишь у 3 больных сохранялся незначительный зуд и легкое шелушение.

Таким образом, бальзам «Хайкиназол» является эффективным и удобным средством, и его можно рекомендовать для наружного действия в лечении себореи волосистой части головы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СЕХИФЕНАДИН В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

АБДИЕВА Д.Х., УСТОБАЕВА Т.Т., ХУСАЙНОВ А.А., ВАЛИЕВА М.С., ДЫРДА Н.И.

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Актуальность. Аллергодерматозы остаются важной медико-социальной проблемой, значимость которой определяется неуклонным ростом заболеваемости, хроническим, рецидивирующим течением и сложностью в выборе метода лечения. Ведущим симптомом является зуд, с учетом патогенеза заболевания, назначение антигистаминных препаратов является первостепенным и обоснованным.

Цель исследования: изучение эффективности сехифенадина у больных с атопическим дерматитом (АД), хронической рецидивирующей крапивницей (ХРК).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 27 больных с атопическим дерматитом и 18 — с хронической рецидивирующей крапивницей, в возрасте от 14 до 49 лет. Давность заболевания составляла от одного месяца до нескольких лет. Патологический процесс у больных с АД носил как локализованный (8 пациентов), так и диссеминированный характер (19 пациентов) и проявлялся очагами эритемы, инфильтрации, лихенификации, папулами, трещинами, экскориациями, шелушением. Клинические проявления ХК были в виде уртикарных высыпаний, расчесов.

Сехифенадин имеет противогистаминное действие, не только блокируя Н1-рецепторы, но и снижая содержание гистамина в тканях, путем ускорения его разрушения диаминоксидазой. Оказывает выраженное продолжительное противозудное и антиэкссудативное действие. На фоне комплексной общей и местной терапии больные получали сехифенадин по 1 таблетке 3 раза в день (15 мг) после еды в течение двух недель.

Результаты исследования. В результате применения препарата у больных с АД отмечалось значительное снижение интенсивности зуда, выраженная положительная динамика кожного процесса: уменьшение инфильтрации, ускорение регресса кожных высыпаний. У больных с ХК на фоне лечения отмечалось появление единичных мелких уртикарий не сопровождающихся зудом, поэтому больным дополнительно назначался препарат в течение еще двух недель. Следует отметить, что за время приема препарата не отмечалось значимых побочных осложнений ни у одного больного, переносимость препарата была хорошей.

Таким образом, сехифенадин вызывает уменьшение кожного зуда и количество высыпаний, способствуя нормальной микроциркуляции в коже. В лечении аллергодерматозов препарат показал хорошую переносимость и эффективность. Препарат может быть рекомендован в дерматологической практике для широкого применения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «ПРОТОПИК» ПРИ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ

АБДУЛЛАЕВ М.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Отсутствие единого мнения о причинах и механизмах развития витилиго затрудняет разработку эффективных и надежных методов лечения, делает невозможным прогнозирование клинического течения заболевания. В последние годы в научном мире активно обсуждается роль иммунной системы в развитии витилиго, и полученные результаты противоречивы. Гистоморфологические исследование биоптата взятого из очага поражения выявило признаки активизации местного иммунитета (увеличение количества клеток Лангерганса). В связи с этим мы изучили клиническую эффективность мази «Протопик» у детей больных витилиго. По данным литературы «Протопик» регулирует иммунологические реакции в зоне очагов витилиго.

Протопик в виде мази широко применяется для лечения экземы и других аллергодерматозов. Препарат не применяется у детей до трех лет. Пациентам в возрасте от 3 до 16 лет используется 0,03% мазь, а взрослым — 0,1%. Под нашим наблюдением находилось 32 больных с ограниченной формой витилиго. Из них 14 (44%) получали традиционную местную терапию (меланоцил крем с последующим УФО), 18 (56%) больным местно был назначен «Протопик» в виде 0,03% мази. Через 3 месяца терапии проанализированы результаты лечения. При традиционном местном лечении клиническое выздоровление наступило у 1 (7,1%) больного, значительное улучшение у 6 (42,8%) больных, улучшение у 4(28,6%), у 1 (7,1%) больного кожно-патологический процесс остался без особых изменений, у 2(14,3%) больных в процессе лечения продолжали появляться новые гипо- и депигментированные пятна. У больных получавших местно «Протопик» у 4(22,2%) наблюдалось клиническое выздоровление, у 9(50%) значительное улучшение, у 4(28,6%) улучшение, у 1 (5,5%) больного кожно-патологический процесс остался без особых изменений. Клиническое выздоровление и значительное улучшение в основном наступило у больных, у которых пятна локализовались на открытых участках тела, особенно на лице.

Таким образом, включение в комплексную терапию местно «Протопик»а при ограниченных формах витилиго значительно повышает эффективность терапии, особенно на открытых участках тела.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СКЛЕРЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ

АБДУЛЛАЕВ М.И., МУН А.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Склерема новорожденных (scleremaneonatorum; греч. Sclēros — твердый, плотный) редко встречающееся и трудно диагностируемое патологическое состояние новорожденных, характеризующееся диффузным уплотнением кожи и подкожной клетчатки. Этиология и патогенез окончательно не выяснены. Существенное значение имеет длительное и резкое охлаждение новорожденного. При отсутствии своевременного лечения возможен летальный исход.

Наше клиническое наблюдение представляет практический интерес для молодых специалистов и научных работников ведущий научное исследование в этой области. Больной М, возраст 4 месяца, вес 6 кг, поступил в отделение дерматологии ТашПМИ 11 ноября 2014 года с жалобами со слов матери на уплотнение кожи живота и нижних конечностей. Со слов матери первые признаки заболевания были обнаружены сразу после рождения в виде уплотнения на коже живота. Обращались к неонатологу и педиатру, назначено симптоматическое лечение, спустя 1 неделю отмечалось прогрессирование заболевания с вовлечением в процесс нижних конечностей в связи с чем были направлены в клинику ТашПМИ. Ребенок от II беременности II родов. Беременность протекала на фоне анемии, ОРВИ во II триместре. Роды на 34 неделе, физиологические с обвитием пуповины. ВПР 2800. Общее состояние ребенка при поступлении средней тяжести, движения ребенка затруднены, ребенок вялый, отмечается сонливость, лицо маскообразное, подвижность конечностей ограничена. Кожно-патологический процесс представлен уплотнением кожи и подкожно-жировой клетчатки «деревянистой» плотности с нечеткими границами. На переднебоковой поверхности голеней, груди и живота на фоне уплотненной блестящей гладкой кожи имеются очаги гиперпигментации с нечеткими границами. На пораженных участках

на ощупь кожа гладкая не собирается в складку, блестит, после надавливания пальцем вдавления не отмечается. Пушковые волосы отсутствуют. Мошонка и окружающая кожа в процесс не вовлечена. Ребенок обследован в стационаре: Со стороны общего анализа крови: анемия 2 ст., лейкоцитоз; Биохимия крови: показатели ферментов в пределах нормы, гипопротеинемия, гипернатриемия. Гистоморфология: отек и утолщение соединительнотканных перегородок гиподермы. На основании анамнеза заболевания, клиники и лабораторных данных установлен диагноз: Склерема, сопутствующий диагноз: анемия. Склерему необходимо дифференцировать с такими заболеваниями как, склередема, склеродермия и фасциит.

Таким образом, для своевременной диагностики, проведения соответствующего лечения и осуществления эффективных профилактических мероприятий, необходимо помнить и знать о заболеваниях кожи новорожденных не только неонатологам, но и дерматологам.

«КУРИОЗИН» ГЕЛЬ В ТЕРАПИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ

АБИДОВА З.М., БОЙНАЗАРОВ Н.Б., АБДУРАХМАНОВА Н.А.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Эрозивно-язвенные поражения кожи представляют собой гетерогенную группу заболеваний, для которых общим признаком являются нарушение целостности кожного покрова и образование дефекта в пределах эпидермиса (эрозия) или доходящего до собственно дермы (язва). Образование эрозий и язв может быть вызвано различными причинами: они могут образовываться на месте первичных пузырных элементов в результате недостаточного местного кровообращения (ишемии), а также возникать как следствие инфекционного воспалительного процесса или травмы. Характер, особенности течения и прогноз эрозивно-язвенных поражений кожи определяются нозологической формой заболевания. Общим фактором, ухудшающим как течение, так и прогноз для любого патологического процесса, является присоединение вторичной инфекции, что требует назначения, помимо патогенетических средств и препаратов, направленных на стимуляцию заживления эрозий и язв, местных и системных антибактериальных препаратов. Однако последние обладают целым рядом побочных эффектов. В частности они обладают иммуносупрессивным действием, что отрицательно сказывается на процессах эпителизации эрозивно-язвенных очагов. В настоящее время существует крайне ограниченное число препаратов, обладающих и антибактериальным, и регенерирующим действием. Поэтому целью нашего исследования было изучение клинической эффективности препарата Куриозин в лечении эрозивно-язвенных поражений кожи. Нами изучалась эффективность Куриозина при таких заболеваниях, как лейшманиоз, хроническая язвенная пиодермия, язвенно-некротический васкулит. Всем больным, помимо основной патогенетической терапии, назначался гель «Куриозин» в виде смазывания на очаги поражения 2 раза в день. Куриозин-гель, оригинальный препарат известной венгерской фармацевтической фирмы «Гедеон Рихтер», которая уже более 100 лет производит высокоэффективные и безопасные лекарственные средства. Куриозин-гель представляет собой сочетание гиалуроновой кислоты и цинка. Он ускоряет физиологическое заживление, уменьшает болевые ощущения. Не оказывает раздражающего воздействия на окружающую здоровую кожу и способствует формированию косметических малозаметных рубчиков.

Под нашим наблюдением находилось 70 больных с вышеуказанными заболеваниями в возрасте от 5 до 42 лет (42 мужчины и 28 женщин). Из них 50 больных были с кожным лейшманиозом, 10 — с хронической язвенной пиодермией, и 10 — с язвенно-некротическим васкулитом. У всех наблюдались изъязвления с подрытыми краями и гнойным отделяемым и воспалительным инфильтратом по периферии. На фоне лечения препаратом «Куриозин» отмечено быстрое купирование гиперемии, отека и появление краевой и островков эпителизации.

При назначении «Куриозина» больным с хронической язвенной пиодермией и кожным лейшманиозом уменьшение гиперемии и исчезновение гнойного отделяемого и очищение язв от гноя начинались на 5–6 сутки, начало рубцевания по периферии очагов — на 10–12 сутки и полная эпителизация язв — на 20–21 сутки лечения. А у больных с язвенно-некротическим васкулитом на 2–3 день заметно уменьшилась болезненность, очищение и заживление язвенных элементов происходило несколько медленнее, чем у больных с хронической язвенной пиодермией и кожным лейшманиозом и начиналось с 8–10 дня от начала лечения. Почти полная эпителизация язв наблюдалась на 25–30 дни лечения. Ни у одного из пациентов, применявших «Куриозин», не было отмечено побочных явлений,

во всех случаях переносимость препарата была хорошей. Таким образом, учитывая вышесказанное, гель «Куриозин» является высокоэффективным препаратом с хорошей переносимостью, и, несомненно, имеет значительно более широкие возможности применения в дерматологической практике, что должно стать предметом дальнейшего изучения.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА

АЛЛАЕВА М.Д., КАРИМОВА М.К.

Ташкентская медицинская академия

Псориаз в настоящее время определяется как хронический дерматоз мультифакториальной природы, который характеризуется гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации, воспалительной реакцией в дерме, а также изменениями в различных органах и системах. Заболевание характеризуется многообразием факторов, оказывающих влияние на его развитие и появление обострений, а псориатические кожные проявления представляют собой итог длительного воспалительного процесса, сопровождающегося развитием сложных метаболических и патоиммунных механизмов, связанных с усиленной деструкцией тканей и неконтролируемой эпидермальной пролиферацией, наличием аутоиммунного процесса, изменениями окислительного метаболизма Накопление в очагах поражения недоокисленных продуктов, нарушения микроциркуляции, активация протеолитических и липолитических энзимов, усиление ПОЛ могут приводить к развитию и нарастанию эндотоксикоза и генерализации процесса с вовлечением внутренних органов и систем.

У больных псориазом развивается эндогенная интоксикация, характеризующаяся повышением уровня веществ низкой и средней молекулярной массы, олигопептидов, продуктов ПОЛ и конечных стабильных метаболитов оксида азота Выраженность эндогенной интоксикации зависит от стадии, индекса охвата и тяжести псориаза (PASI).

Причинами развития эндоинтоксикации являются усиление катаболических процессов, развитие функциональной недостаточности основных органов детоксикации, интенсификация ПОЛ.

У больных псориазом наблюдалось увеличение в крови уровня продуктов ПОЛ и активация антиоксидантной защиты с превалированием процессов липопероксидации. Тяжелые и осложненные формы болезни характеризуются снижением показателей антиоксидантной защиты.

У больных псориазом выявлено развитие эндогенной интоксикации, характеризующееся накоплением в крови веществ низкой и средней молекулярной массы, олигопептидов, первичных и вторичных продуктов перекисного окисления липидов, конечных стабильных метаболитов оксида азота.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

АЛЛАЕВА М.Д., БЕКМУРАТОВА Э.И., МУСАЕВА Н.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Артропатический псориаз (АП) является наиболее тяжелой и самой инвалидизирующей формой. Нередко ее считают злокачественной формой, при этом для нее характерно увеличение смертности по сравнению с таковой в общей популяции у мужчин на 59 % и у женщин на 65 %.

Цель. Определение клинических и диагностических критериев у больных с артропатической формой псориаза.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 56 больных с ПА. При обследовании больных были применены общеклинические, МРТ, рентгеновские и статистические методы.

Результаты и их обсуждение. По сути артропатический псориаз сочетает в себе два заболевания — псориаз и артрит. Как правило, заболевание начинается в возрасте от 20 до 50 лет. Причем мужчины (51,8 %) и женщины (48,2 %) болеют приблизительно одинаково часто. Предикторами неблагоприятного течения псориатического артрита являются мужской пол и молодой возраст, а также начало заболевания с суставных проявлений, а не с кожного синдрома.

ПА встречается у 7% и более больных псориазом, при этом психологические нарушения и негативное влияние на качество жизни из-за дерматологических проявлений, усугубляемых нарушениями функции опорно-двига-тельного аппарата, потери трудоспособности и ранней инвалидизации очевидны и сопоставимы с таковыми при ревматоидном артрите.

Вывод. При этом правильнее следует рассматривать псориаз не только как самостоятельный дерматоз, а как системную «псориатическую» болезнь с доминированием кожных проявлений, учитывая наличие генных иммунных изменений и вовлечение в процесс не только кожного покрова, но и других систем и органов, в частности опорно-двигательного аппарата.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА С УЧЕТОМ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

АЛЛАЕВА М.Д., КАРИМОВА М.К., САНАКУЛОВА Ф., ХАМРАЕВА С., ОРТИКОВ Т.

Ташкентская медицинская академия

Псориаз — один из наиболее распространенных полиэтиологичных дерматозов, с доминирующим значением в патогенезе генетических факторов. Существует несомненная связь между распространенным, резистентным к терапии псориазом, и компонентами метаболического синдрома, нарушениями липидного, углеводного обмена, изменениями иммунного статуса и спонтанной продукции цитокинов, в связи с чем в лечении целесообразно применение препаратов иммуномодулирующего и метаболизм-стабилизирующего действия. Изучали клинико-биохимические и иммунологические показатели у 51 больных псориазом, в возрасте 18–60 лет, из них у 3 был ладонно-подошвенный псориаз, у 4 — псориатический артрит, у 2 — эритродермия. Степень тяжести псориаза оценивали по индексу PASI. Отмечено статистически значимое снижение общей популяции Т-лимфоцитов, гиперпродукция В-лимфоцитов, Ig-A,M,G и провоспалительных цитокинов ФНО-альфа, ИЛ-2, ИЛ-8; повышение активности АЛТ, АСТ, гиперхолестеринемия, дислипидемия, более выраженные при средне-тяжелом и тяжелом течении псориаза. Исследовали чувствительность к иммунотропным препаратам, с учетом полученных результатов в комплексе лечения применяли Глутоксим-гексапептид (бис — (гамма-L- глутамил)-L-цистеинил-бис-глицин-динатриевая соль), синтетический иммуномодулятор нового поколения. Назначали 3% раствор глутоксима по 5,0 в/м ежедневно в течение 10 дней. В процессе лечения отмечалась положительная динамика кожного процесса, снижение индекса PASI, нормализация общего состояния, частичное восстановление биохимических и иммунологических показателей.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИИ

АРИФОВ С.С., АБДУРАШИДОВ А.А., КАРИМБЕРДИЕВ Д.Р.

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ТашИУВ МЗ РУз, г Ташкент

В настоящее время одной из наиболее актуальных проблем клинической медицины являются вирусные заболевания, так как отмечается рост этих инфекции. По мнению многих дерматологов, эффективным противовирусным средством являются препараты, содержащие в составе валацикловир.

Нами была изучена клиническая эффективность гиповита (валацикловир 300 мг) и герпес стоп (1% крем панцикловира) у 30 больных (мужчин было 18, женщин — 12) страдающих герпесвирусной инфекцией кожи. Из них простым пузырьковым лишаем, страдали 15 больных, генитальным герпесом (первый эпизод) — 11, опоясывающим лишаем — 4 больных.

Больным простым пузырковым лишаем и генитальным герпесом в качестве системного лечения назначили гиповин (валоцикловир) по 300 мг. 2 раза в день в течение 7 дней, а пациенты, страдающие опоясывающим лишаем получали препарат по 2 таблетке 3 раза в день на 7 дней. Наружно больные принимали анилиновые красители (бриллиантовый зелен, фукорцин) и 1% крем пенцикловира (Герпес-Стоп) каждые 2 часа в период бодрствования.

В процессе лечения у больных с простым пузырьковым лишаем и генитальными герпесом на 3–4 сутки отмечалось значительное уменьшение боли и жжения. На 8–9 сутки наблюдали разрешение кожно-патологического процесса,

пузырьки подсохли, образовались корки, которые на 10–12 день лечения отпали и не месте очага остались гипо- и гиперпегментированные пятна.

У больных опоясывающим лишаем на 10–12 сутки отмечалось уменьшение боли. На 16–17 день лечения наблюдали разрешение кожно-патологического процесса, пузырьки подсохли, образовались корки. На месте очага остались гипо- и гиперпегментированные пятна.

Таким образом, назначение гиповин (валоцикловир) и 1% крем пенцикловира (Герпес-Стоп) в составе стандартов лечения герпесвирусных инфекции повышает эффективность лечения.

ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

АРИФОВ С.С., АРИФОВА М.Х. НУРМАТОВА И.Б.

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ТашИУВ МЗ РУз, г. Ташкент
Кафедра кожных и венерических болезней ТашМА, г. Ташкент

В настоящее время наблюдается рост числа больных страдающих аллергическими заболеваниями кожи, связанный с изменением среды обитания человека, и в первую очередь с появлением большого числа вещей и предметов из синтетических, полимерных материалов, а также с использованием химических технологий во многих сферах жизнедеятельности человека. В связи с этим разработка или совершенствования лечения аллергических заболеваний является актуальной проблемой дерматологии.

В связи с этим нами была изучена клиническая эффективность препарата биластин (Никсар) в терапии дерматозов, в основу которых лежать аллергические реакции. Под нашим наблюдением находились 26 больных (17 мужчин, 7 женщин). Из них 15 страдали крапивницей, 6 — атопическим дерматитом, 4 — токсикодермией, 2 — ограниченным нейродермитом.

Биластин назначали по 1 таблетке (20 мг) однократно в день. Наружно были использованы топические глюкокортикотопические (ТГКС) препараты (элоком, целестодерм). При явлениях экссудации (экзематизации) в очаге ТГКС были применены после снятия мокнутия с помощью примочек. При присоединении вторичной инфекции были назначены кортикостероиды в комбинации с антибиотиками (целестодерм с гарамицином, тридерм). При ограниченном кожно-патологическом процессе было достаточно проведение вышеуказанной терапии, при распространенном процессе в терапию были включеныгипосенсибилизирующиепрепараты.

Все больные лечение перенесли хорошо, побочных эффектов мы не наблюдали. У больных с крапивницей на 1–2 сутки зуд у большинства больных прекратился, высыпания рассосались. У остальных больных страдающих атопическим дерматитом, токсикодермией и ограниченным нейродермитом на 5–6 сутки зуд уменьшился, высыпания начали рассасываться. В последующие дни выраженность положительной динамики нарастал.

Следовательно, биластин (Никсар) действуя на Н1 рецепторы, вызывает его селективную блокаду, что проявляется мощным антиаллергическим эффектом. Поэтому он может быть использован при лечении аллергических заболеваний кожи сопровождающихся зудом.

ПРОТОПИК В ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

АРИФОВ С.С., ЯКУБОВА А.С., АРИФОВА М.Х.

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ТашИУВ МЗ РУз, г. Ташкент
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №4, г. Ташкент

В последние годы в литературе накопились достаточно данных о клинической эффективности местного иммуномодулятора такромилуса (протопик) в терапии воспалительных заболеваний кожи, в основе которых лежит иммунный воспалительный компонент.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучить клиническую эффективность мази протопик в лечении некоторых распространенных дерматозов, таких как атопический дерматит, псориаз, розовые угри и витилиго.

Под нашим клиническим наблюдением находились 56 больных (32 мужчины, 24 женщины), страдающих кожными заболеваниями. Из них у 12 больных установлен диагноз атопический дерматит, у 26 — витилиго, у 10 — псориаз, у 4 — себорейный дерматит и у 4 — розовые угри. Среди больных было 19 детей, 37 взрослых. В исследование включены больные у которых предшествующая глюкокортикостероидная терапия была мало- или неэффективна и не удовлетворяла пациентов.

Такролимус детям назначали в виде 0,03% мази, взрослым — 0,1%. Препарат наносили на очаги 2 раза в день. Длительность нанесения крема зависела от нозологической формы и тяжести течения дерматоза.

У всех больных в процессе лечения была отмечена положительная динамика кожно-патало-гического процесса в различной степени выраженности.

Следовательно, наш клинический опыт показал, что местный нестероидный иммуномодулятор такролимус (протопик) является эффективным средством в терапии воспалительных заболеваний кожи.

ТЕРАПИЯ РОЗАЦЕА С УЧЕТОМ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ

АРИФОВ С.С.[1], БАБАДЖАНОВ А.А.[2]

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент[1]
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент[2]

Целью настоящей работы явилось изучение клинической и микробиологической эффективности эрадикационной терапии хеликобактерной инфекции у больных розацеа. Под нашим наблюдением находились 101 больной розацеа в возрасте от 25 до 73 лет (17 (16,83%) мужчин и 84 (83,17%) женщин). С помощью уреазного дыхательного теста у 67 (66,3%) из 101 больного розацеа выявлено Helicobacterpylori.

Больные розацеа в зависимости от получаемой терапии были разделены на две группы, которые соответствовали друг другу по полу, возрасту, стадиям и степени клинической выраженности дерматоза. Первая группа больных (50 человек) получила традиционное лечение согласно стандартам обследования и лечения по дерматовенерологии. Больным 2-й группы на фоне традиционной терапии провели тройную эрадикационную терапию (ингибитор протонного насоса + кларитромицин + амоксициллин) утвержденной IV Маастрихтским соглашением. Эта группа больных не принимала препараты группы метронидазол системно и наружно. В качестве наружной терапии больным назначали эритромицин-цинковую комплекс в виде лосьона. Во 2-й группе больных клиническое выздоровление было отмечено у 23 (45,1%) из 51 больного, значительное улучшение — у 20 (39,2%) и улучшение — у 8 (15,7%) больных. Тогда как в 1-й группе из 50 больных клиническое выздоровление наблюдали — у 11 (22%), значительное улучшение — у 20 (40%) и улучшение — у 19 (38%) пациентов.

С помощью дыхательного теста изучена микробиологическая эффективность терапии только у больных розацеа с обнаруженной хеликобактерной инфекции. При этом установлено, что через 12 недель после проведенной терапии у 52,4% больных 1 группы, получивших традиционное лечение, Helicobacterpylori не найден, а во 2-й группе больных, получавших тройную эрадикационную терапию в комбинации, у всех больных данная инфекция отсутствовала.

Таким образом, Helicobacterpylori играет определенную роль в развитии розацеа и в разработке методов ее лечения необходимо учитывать проведения эрадикационной терапии.

КИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИНИ ДАВОЛАШДА ЭЛЕКТРОФОРЕЗНИНГ УЗИГА ХОС ХУСУСИЯТИ

АХМЕДОВ Ш.К., СУЮНОВ А.Ф., ЭРНАЗАРОВ С.М.

СамМИ, тери ва таносил касалликлари курси, Самарканд шахри

Қизил ясси темиратки — қичиштирадиган сурункали тери касаллиги бўлиб, ўткир яллиғланишга алоқадор бўлмаган мономорф папулалар тошиши билан характерланади. Касаллик сабаби етарлича аниқланган эмас. Кўпгина олимлар касалликнинг пайдо бўлишини асаб тизими фаолиятининг бузилишига боғлиқ деб ҳисоблайдилар. Бу назария қизил ясси темираткининг асаб бузилишларидан кейин пайдо бўлишига, папулаларнинг асаблар бўйлаб жойлашувига, асаб тизимига турли йўллар билан таъсир қилинганида (люмбал пункция, орқа мия тугунларига бевосита рентген нурлари бериш, гипнотерапия ва бошқалар) баъзи касаллар аҳволининг яхшиланиб қолиши ва ҳатто тошмаларнинг тамомила йўқолиб кетишига асосланади. Қизил ясси темиратки вирус туфайли пайдо бўладиган касалликдир, деган фикр ҳам бор. Касалликнинг куйидаги атипик шакллари тафовут этилади:

Гипертрофик ёки сугалсимон шакли, атрофик ва склеротик шакли, пемфигоид ёки пуфакли шакли, монилиформ, уткир учли ёки перифолликуляр формаси хамда халкасимон формаси.

Ишнинг максади: Сугалсимон формаси узига хос кечишга эга булиб тугунчаларнинг сурилиши одатдаги даволаш чоралари ёрдамида анча мушкуллик тугдиради. Шуни хисобга олган холда касалликнинг ушбу формасида физиотерапевтик муолажалар асосан электрофоредан фойдаланишни лозим топдик. Бунда электрофорез Поток-1 П-1 аппарати ёрдамида тугунчаларга адвантан мазини аппликация килишнинг самарадорлиги урганиш максад килиб олинди.

Текширишнинг материллари ва услублари: Қизил ясси темиратки касаллигининг гипертрофик ёки сугалсимон шакли билан касалланган 14 нафар бемор кузатувимиз остида булди. Уларнинг ёши 15–35 ёш оралигида булиб, касалликка чалинганига 3–5 йил булган. Ушбу беморларда тугунчалар тез-тез пайдо булиши, кучли кичиш безовта килиб, барча даво чораларида хам тугунчаларнинг сурилиб кетиши жуда кийинчилик билан содир булаётганлиги ва хатто баъзи беморларда тугунчалар умуман сурилмасдан колаетганлиги маълум булди. Барча беморлар доимий равишда антигистаминлар, седатив препаратлар, гипосенсибилизацияловчи препеатлар кабул килиш билан бир каторда махаллий даво сифатида турли хил гормонал мазлардан фойланиб келишган.

Беморлар икки гурухга яъни асосий ва контрол гурухларига булиниб иш олиб борилди. Асосий гурухга киритилган 7 нафар беморга умумий даво чоралари утказилиши билан бир вактда электрофорез Поток-1 П-1 аппарати ёрдамида тугунчаларга адвантан мази 10 марта кунига 1 мартадан, 15 минутдан аппликация килинди. Контрол гурухга киритилган беморларга эса умумий даво чоралари утказилди ва адвантан мази факат суртишга берилди

Натижалар: Утказилган тажрибадан натижалар куйидагича намоён булди. Электрофорез Поток-1 П-1 аппарати ёрдамида тугунчаларга адвантан мази аппликация килинган беморларнинг барчасида даволашнинг 5–6 кунларидан тугунчалар хажмининг кескин кичрая бошлаганлиги, даволашнинг охирги кунларига бориб туганчалар деярли сурилиб кетганлиги кузатилди. Контрол гурухдаги беморларнинг 3 нафарида даволаш охирига келиб тугунчалар хажми кичрая бошлади, колган 4 нафар беморларда эса тугунчалар сакланиб тураради.

Хулоса: Шундай килиб, кизил ясси темираткининг сугалсимон ёки гипертрофик формасида умумий даво муолажалари билан бир каторда махаллий даво сифатида электрофорез Поток-1 П-1 аппарати ёрдамида тугунчаларга адвантан мазини тавсия этиш сезиларли ижобий узгаришларга олиб келиши аникланди ва биз даволашнинг бу усулларидан фойдалинишни амалиетга тавсия этамиз.

ПСОРИАЗДАН СУНГ КОЛАДИГАН ИККИЛАМЧИ ДИПИГМЕНТАЦИЯДА УЛЬТРАБИНАФША НУРЛАРИНИ КУЛЛАШ

АХМЕДОВ Ш.К., БАРАТОВА М.Р., АБДУЛЛАЕВ Х.Д.

СамМИ, тери ва таносил касалликлари курси,
Самарканд шахри

Псориаз тери касалликлари орасида 5—10 фоизни ташкил қилади. Псориаз тошмаларининг симметриклиги марказий асаб тизими фаолиятининг бузилганлигига маълум даражада ишора қилади. Сўнгги вақтда псориазнинг келиб чиқиши вирусга боғлиқ деган фикрга маълум далиллар келтирилмоқда. Бироқ, псориазнинг табиатан вирусга боғлиқлигини узил-кесил исботланган деб бўлмайди. Ҳалигача псориаз билан оғриган бемордан касаллик юққани кўрилгани йўқ. Кўпгина тадқиқотчилар псориазни генодерматозлар қаторига киради деб ҳисоблашади. Қалқонсимон безга рентген нурлари таъсир этилганда, гипофиз ва қалқонсимон без препаратларини қўллаш натижасида псориаз тошмаларининг йўқолиб кетиши эндокрин назарияси деб аталадиган назарияни қуватлайди. Моддалар алмашинуви, асосан, липоидлар алмашинувининг бузилиши псориазга сабаб бўлади, деган фикрлар бор. Псориаз билан оғриган касалларда меъда-ичак йўли ва жигарда патологик ўзгаришлар топилган.

Ишнинг максади: Псориаз касаллигининг ремиссия даврида коладиган иккиламчи депигментацияни бартараф этишда ультрабинафша нурларининг эффективлигини урганиш. Псориаз билан даволаниб чиккан беморларда тугунчалар тулик сурилгандан сунг хам терида маълум вакт дипегментланган иккиламчи окимтир доглар сакланиб колади. Бу догалар беморларда косметик нуктаи назардан безовталик келтириб чикариб, рухий фаолиятига хам зарба бериб туради. Шу холатларни инобатга олиб иккиламчи дипегментацияни тезрок йукотиш максадида иш олиб борилди.

Текширишнинг материллари ва услублари: 22 нафар бемор кузатувимиз остида булди. Уларнинг ёши 20–40 ёш оралигида булиб, псориаз билан касалланишганликларига 6–8 йил булган. Ушбу беморларда даволаниб чикишганларидан сунг хар сафар тугунчалар урнида иккиламчи ок доглар колиши ва бу уларнинг рухиятига салбий таъсир килиб кейинчалик касалликнинг яна кайтадан авж

олиб кетишига замин яратиб келаетганлиги беморларнинг шикоятларидан аникланди.

Беморлар икки гурухга яъни асосий ва контрол гурухларига булиниб тадкикот ишлари олиб борилди. Асосий гурухга киритилган 11 беморга иккиламчи доглар урнига хар куни 1 минутдан бошлаб кутарилувчи схемада терисига ультрабинафша нурлари 1\4 биодозада ОРК-21 СТАЦИОНАР аппарати ёрдамида бериб борилди.

Контрол гурухга киритилган 11 беморга иккиламчи доглар урнига хар куни облипеха мойи суртиб кунига 3 махал массаж килиш тавсия этилди.

Натижалар: Ультрабинафша нурлари билан даволанган беморларнинг 11 нафарида хам иккиламчи депигментацион доглар даволанишнинг 7–10 кунларидан бошлаб, яъни 7–10 минут давомийликдан сунг репигментация жараени билан алмашина борди ва даволанишнинг 12–15 кунларига келиб терининг ранги тулик тикланди, яъни тери пигментацияси нормаллашди, окимтир доглар бартараф этилди. Контрол гурухдаги 11 беморларда эса муолажанинг 30–35 кунларида хам теридаги иккиламчи доглар сакланиб турганлиги аникланди. Факат 6 нафар беморларда даволанишнинг 2 ойига келиб репигментация кузатилди. Колган 5 нафар беморда окимтир доглар сакланиб колди.

Хулоса: Шундай килиб, псориаз касаллигида тугунчалар урнида коладиган иккиламчи окимтир догларни бартараф этишда беморлар терисига субэритем дозаларда ультрабинафша нурлари билан кутарилиб борувчи схемада даволаш муолажалари олиб бориш ишончли ижобий натижаларга олиб келиши мумкинлиги ва бу беморлар кайфиятига ижобий таъсир килиб касалликнинг кузишининг олдини олиши аникланланди.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

АХРАРОВ Х.Х., ХАИТОВ К.Н., АБИДОВ Х.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент

Актуальность. Несмотря на повышенное внимание на изучение механизмов развития псориаза и массу исследовательских работ, однозначных ответов на данное время не найдено. По данным разных авторов, нарушение иммунных механизмов регуляции играет решающее значение в мультифакториальном патогенезе псориаза. Тем не менее, объективные и информативные иммунологические критерии для оценки характера течения псориаза у детей, прогнозирования и его исходов до настоящего времени не определены.

Цель исследования. Изучить показатели иммунного статуса у детей с псориазом, в разных возрастных группах.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 64 ребенка в возрасте от 5 до 16 лет, больных псориазом различных клинических форм, для объективной оценки характера течения псориаза был изучен их иммунный статус. Контрольную группу составили 20 здоровых детей аналогичного возраста.

Результаты исследования: В разных возрастных группах наблюдались больные псориазом с разной степенью выраженности, отмечалось нарушение со стороны иммунного статуса в зависимости от возраста и тяжести течения болезни, характеризующиеся в виде снижения общего количества CD3+ лимфоцитов, и CD4+ хелперов, CD8+ супрессоров, и увеличения CD20+ лимфоцитов, CD16+ натуральных клеток-киллеров и иммунорегуляторного индекса.

Исследования подтверждают иммунологические нарушения и выраженность клинических форм у детей, больных псориазом, отличается в зависимости от степени тяжести течения заболевания и от возраста.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS1544410 У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

БАБАДЖОНОВ А.А.[1], КАРИМОВ Х.Я.[2], БОБОЕВ К.Т.[2], АРИФОВ С.С.[3]

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент[1];
Научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови[2];
Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент[3]

Определение особенностей генотипа и фенотипа больных розацеа крайне важно для прогнозирования течения заболевания и его профилактики. В данной работе нами проведено исследование по выяснению степени участия гена VDR в патогенезе и клиническом течении розацеа. Международный код полиморфизма rs: 1544410(VDR:BsmIG>A)

Цель работы: анализ частоты встречаемости аллелей и генотипов полиморфизма rs1544410 у больных розацеа.

Подклинико-лабораторные исследования были проведены у 144 больных розацеа и 145 здоровых неродственных индивида узбекской национальности, которые соответствовали по полу и возрасту обследованной группе больных ($p > 0,05$), и они не имели в анамнезе заболевание кожи. Для изучения генетического полиморфизма использовали метод полимеразной цепной реакции и математические методы анализа.

Результаты исследования анализа по распределению частот встречаемости аллелей и генотипов полиморфизма rs1544410 у больных розацеа (общая группа) установлены различия по сравнению с группой контроля. Так, аллель rs1544410*A статистически достоверно преобладала у пациентов по сравнению с контрольной группой (32.1% против 21.0%), а аллель rs1544410*G, наоборот, значимо чаще встречалась в контрольной группе по сравнению с больными розацеа (79,0% против 67.9%) ($\chi 2=9.03$; $P=0.003$; $OR=1.8$; 95%CI 1.219, 2.594). Обнаружено достоверное увеличение частоты встречаемости гетерозиготного генотипа rs1544410*G/A среди больных — 50,0% по сравнению с группой здоровых индивидов 37,2%. Риск развития болезни при носительстве данного генотипа в 1,7 раза выше, чем у лиц не имеющих его ($\chi^2=4.7$; $P=0.03$; $OR=1.7$; 95%CI 1.051, 2.703). Полученные данные по частоте аллелей и генотипов зависили от стадии дерматоза.

Таким образом наши результаты свидетельствуют, что генетические факторы участвуют в развития розовых угрей. Исследование генотипических и фенотипических особенностей позволяет прогнозировать клиническое течение и провести определенные профилактические работы.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНИЯ МЕТОДЖЕКТА В ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

БАЕВ А.И., ИСЛАМОВ Е.Н.

РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗСР РК, г. Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность применения Методжекта в терапии псориаза.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 60 больных вульгарным инфильтративно-бляшечным псориазом (20 мужчин и 40 женщин). Возраст пациентов варьировал от 22 до 58 лет; длительность заболевания — от 6 месяцев до 18 лет. У всех больных патологический процесс на коже находился в фазе прогрессирования. Для оценки тяжести псориаза, площади поражения кожного покрова и качества жизни пациентов производили расчет индексов PASI, BSA, DLQI. Метотрексат (Методжект, «Medac», ТОО Хемотера) назначался в дозе 10 мг в сутки внутримышечно 1 раз в неделю в течение 3-х недель. На 3-й день после приема метотрексата всем больным назначалась фолиевая кислота в дозе 5 мг в сутки. Лабораторными методами контроля за возможными побочными действиями терапии методжектом у больных псориазом были: ОАК с тромбоцитами, определение уровня билирубина и активности АЛТ, АСТ, определение уровня мочевины, креатинина в сыворотке крови, ОАМ.

Результаты и обсуждения. До лечения у всех пациентов отмечено повышение индексов PASI (18,3±0,2) и BSA (29±0,7), а также увеличение индекса DLQI (17,0±0,8). На фоне проведенной терапии нами констатировано статистически значимое уменьшение индексов PASI (5,3±0,7) и BSA (6,0±0,7). К концу терапии величина этих индексов снизилась в 3,4 и 4,7 раза, соответственно.

На фоне лечения методжектом — нами зафиксировано улучшение качества жизни больных псориазом ($p < 0,01$). Индекс DLQI в данной группе снижался более чем в 6 раз, составив к концу терапии 3,0±0,1.

Мониторинг клинико-биохимических и параклинических (общий анализ крови, общий анализ мочи) показателей крови, проведенный до и после лечения не выявил статистически значимых изменений.

Все больные переносили лечение, хорошо.

Таким образом, Методжект является на сегодняшний день достаточно эффективным и безопасным препаратом в терапии псориаза.

ПСОРИАЗ РЕЦИДИВИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШДА УЛЬТРАБИНАФША НУРЛАРИНИ БОСКИЧМА-БОСКИЧ КУЛЛАШ

БАРАТОВА М.Р., АХМЕДОВ Ш.К., БЕГМАТОВА Д.А.

СамМИ, тери ва таносил касалликлари курси, Самарканд шахри

Псориаз касаллиги хозирги вактда этиологияси охиригача урганилмаган тери касалликларидан бири хисобланади. Касалликнинг келиб чикишида бир неча назариялар мавжуд булиб, улардан бирортаси охиригача уз исботини топгани йук. Ушбу назариялар куйидагилардир. Неврогеи, ирсий, инфекцион, аутоиммун ва моддалар алмашинуви бузилиши назарияларидир. Касалликнинг бир неча турлари мавжуд. Бундан ташкари йил фаслларига кура хам типлари тафовут килинади. Яъни кузги-кишки, бахорги-ёзги ва аралаш. Аникрок айтганда, баъзи беморларда псориаз куз-киш ойларида, баъзиларида бахор-ёз ойларида, баъзи беморларда эса бутун йил давомида псориаз касаллиги кузиб туради.

Даволаш максадида антигистаминлар, седатив препаратлар, дезинтоксикацион терапия, гипосенсибилизацияловчи препаратлар, гепатопротекторлар кулланилиши билан бир каторда махаллий даво муолажалари хам утказилади.

Ишнинг максади: Ультрабинафша нурларининг псориаз касаллигининг езги типининг рецидивининг олдини олишдаги ахамиятини урганиш. Псориазнинг ёзги типида касаллик айнан куёш нури таъсири хисобига рецидив бериши хисобга олиниб, беморларни терисини куёш нуридаги ультрабинафша нурларига олдиндан, яъни касаллик кузимасдан олдин ургатиб, сенсибилизациясини пасайтириш учун ультрабинафша нурларидан профилактик максадда фойдаланиш кузда тутилиб иш олиб борилди.

Текширишнинг материллари ва услублари: Псориаз касаллигининг ёзги типида ультрабинафша нурларининг рецедивнинг олдини олишини амалий урганиш учун боскичма-боскич куллаш максадида 30 нафар бемор кузатувимиз остида булди. Уларнинг ёши 25–40 ёш оралигида булиб, псориаз билан касалланишганликларига 8–10 йил булган. Ушбу беморларда куз-киш ойларида касаллик деярли безовта килишмаган, бахор-ёз ойлари бошланиши билан касаллик авж ола бошлайди ва улар даволаниб келишади.

Беморлар икки гурухга яъни асосий ва контрол гурухларига булиниб тадкикот ишлари олиб борилди. Асосий гурухга киритилган 15 беморга йилнинг март ойидан бошлаб боскичма-боскич равишда 1\4 биодозада яъни 10 кун тиззадан пастига, 10 кун корин ва сон сохаларига ва 10 кун кукрак-корин сохаларига хар куни ультрабинафша нурлари ОРК-21 СТАЦИОНАР аппарати ёрдамида бериб борилди.

Контрол гурухга киритилган 15 беморга антигистаминлар, седатив препаратлар ва гипосенсибилизацяловчи муолажалар тавсия этилди.

Натижалар: Утказилган тажрибадан натижалар куйидагича намоён булди. Ультрабинафша нурлари билан профилактика килинган беморларнинг 13 нафарида (86,66 %) псориаз касаллиги езнинг иссик кунларида хам рецедив кузатилмасдан утди, факат 2 нафар(13,34 %) беморда июл ойининг охирларига келиб енгил куринишдаги кузиш аломатлари кузатилди ва утказилган даво чоараларидан сунг тезда регрессияга учради. Шу билан бир каторда контрол гурухидаги булган беморларнинг 14 нафарида (93,33 %) псориаз касаллиги май ойининг охирларидан кузий бошлади, 1 нафар (6,66 %) беморда рецидив кузатилмади.

Хулоса: Шундай килиб, псориаз касаллигининг езги типининг рецидив беришини олдини олиш учун беморларга боскичма-боскич ультрабинафша нурлари ёрдамида профилактик даво курсларини утказиш келгусида касаллик хуружининг кескин камайишига олиб келиши аникланди. Касаллик рецидив берганда хам даво муолажалари утказилганда бирмунча енгилрок кечиши кузатилди.

СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

БАТПЕНОВА Г.Р., КОТЛЯРОВА Т.В., ТАРКИНА Т.В., ДЖЕТПИСБАЕВА З.С., САДЫКОВА Г.З., КАЗИЕВА А.С., АЙМОЛДИНА А.А.

АО «Медицинский университет Астана», кафедра дерматовенерологии с курсом иммунологии, г. Астана, Казахстан

Актуальность. По данным статистических сборников «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» МЗ РК отмечается рост заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Республике Казахстан, как среди взрослого населения, так и среди детей и подростков. Болезни кожи и подкожной клетчатки — 9 место в общей структуре заболеваемости (3,6 %). В 2014 году зарегистрировано 630 502 обращения в государствен-

ные учреждения (в 2013 — 622 367 обращений, рост на 1,3 %) с кожными заболеваниями. По данным официальной статистики Научно-исследовательского кожно-венерологического института на начало 2015 г. в структуре заболеваемости хроническими дерматозами в РК преобладает псориаз (31,4 на 100 тыс. населения), затем следуют экзема (29 на 100 тыс. населения), дерматофитии (28,6 на 100 тыс. населения) и атопический дерматит (27,8 на 100 тыс. населения).

Цель. Анализ заболеваемости хроническими дерматозами в РК и эффективности терапии на современном этапе.

Методы. Изучение статистических материалов о деятельности организации здравоохранения дерматовенерологического профиля и показателей заболеваемости населения РК в 2010–2014 гг.

Результаты. Одним из самых значимых кожных заболеваний, снижающих качество жизни больного и приводящих к инвалидизации, является псориаз. Псориазом болеют 3–7 % среди взрослого населения, доля псориаза среди дерматозов — 12–15 %. На сегодня отмечается неуклонный рост заболеваемости. Среди пациентов с тяжелыми формами преобладают мужчины трудоспособного возраста. Продолжительность жизни у больных псориазом, меньше чем у здоровых лиц, у мужчин — на 3,5 года и на 4,4 лет — у женщин. Тяжелые, инвалидизирующие формы псориаза встречаются во всех регионах РК. Наиболее частыми коморбидными состояниями при псориазе являются псориатический артрит, ожирение, метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания, депрессивные состояния. Для лечения псориаза сегодня применяются топическая терапия (топические стероиды, кальципотриол, деготь), фототерапия (PUVA,UVB), системная терапия (циклоспорин, метотрексат, ретиноиды, биологические препараты).

Неуклонно увеличивается заболеваемость аллергодерматозов в РК, среди которых превалирующее место занимает атопический дерматит, доля которого возросла с 25,1 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 27,8 на 100 тыс. населения в 2014 г. Для лечения атопического дерматита при легких и умеренных симптомах применяют базовую терапию: элиминацию триггеров, топические ГКС низкой и/или ингибиторы кальциневрина, увлажняющие и смягчающие средства. При тяжелом атопическом дерматите, резистентном к терапии, целесообразно назначение системных иммуносупрессоров, фототерапии.

Имеет место возрастание заболеваемости пузырными дерматозами, среди которых основное значение приобретает акантолитические формы. Так, пузырчатка в РК выросла со 111 пациентов в 2008 г. до 151 человека в 2013 г.

За последние 5 лет отмечается рост заболеваемости витилиго, что по данным Научно-исследовательского кожно-венерологического института (НИКВИ) составило: в 2012 г. — 9,3 на 100 тыс. населения, в 2014 г. — 7,7 на 100 тыс. населения. Препаратами первой линии в терапии витилиго считаются фототерапия (системная и локальная ПУВА-терапия, узкополосная и селективная фототерапия), местная терапия (топические ГКС, местные иммуносупрессоры, репаративные ЛС), климатотерапия. К терапии второй линии относятся системная терапия (ГКС, имуномодуляторы, гепатопротекторы, ферменты, микроэлементы, витамины, фитопрепараты и др.), хирургическое лечение, косметологическая коррекция.

Важное значение приобретает совершенствование терапии генодерматозов в РК, так как эти дерматозы отличаются выраженным влиянием на качество жизни пациентов с самых первых дней жизни. С этой целью совершенствование медицинской и реабилитационной помощи приобретает важное значение. Сегодня, мы применяем этиотропную и симптоматическая терапию, включающие генную терапию, трансплантацию костного мозга, клеточную терапия. Симптоматическая терапия включает системную терапию (препараты крови, антибиотики, антигистаминные препараты и др.), анальгетики, диетотерапию, хирургическое лечение.

Для обеспечения высокоэффективной помощи населению в Республике Казахстан структура дерматовенерологической службы представлена Республиканским Научно-исследовательским кожно-венерологическим институтом, определяемым министерством здравоохранения и социального развития РК в качестве головного учреждения по дерматовенерологии. НИКВИ возглавляет вертикальную систему оказания дерматовенерологической помощи населению через взаимодействия областных (14) и городских (8) кожно-венерологических диспансеров, а также кожно-венерологических отделений и кабинетов в районных и городских многопрофильных медицинских организациях. Врачи общего профиля, находящиеся на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), не имеющей в своей структуре врача-дерматовенеролога, на приеме диагностируют синдромы поражения кожи работают в тесном взаимодействии с дерматовенерологами.

Заключение. Таким образом, с целью совершенствования и дальнейшего развития дерматовенерологической службы осуществляются полномасштабные мероприятия, предусматривающие повышение доступности, качества, преемственности медицинской помощи, оказываемой на уровне ПМСП и специализированной дерматовенерологической помощи взрослому и детскому населению в соответствии с международными стандартами, внедряются современные методики непрерывного повышения профессионального уровня кадров на основе научной доказательной медицины.

ГЛУТОКСИМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

БЕКМУРАТОВА Э.И., ИМАМОВ О.С., ИБРАГИМОВА Н.С., КУЗИЕВ М.М., ЮЛДАШЕВ А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский областной КВД

Аллергодерматозы (АД) — гетерогенная группа заболеваний, объединяющая дерматозы, клинически разные, но имеющие сходные черты патогенеза. Учитывая сложностьэтиопатогенеза, актуальным является применение в комплексном лечении АД препаратов с иммуномодулирующим и метаболизм-нормализующим действием.

Изучали клиническую эффективность Глутоксима у 50 больных в возрасте 35–65 лет (25 женщин, 24 мужчины). Глутоксим — единственный представитель тиопоэтинов, синтетический низкомолекулярный иммуномодулятор, аналог глутатиона. Аллергический дерматит был у 15 больных, экзема — у 35. У всех пациентов патологический процесс был хроническим, продолжительность болезни составила от 3 до 7 лет. Соматические заболевания (болезни сердца и сосудов, сахарный диабет, хронический холецистит, гепатохолецистит, ожирение, НЦД, болезни МПС) были у 29 больных. Проводили стандартное клиническое и лабораторное обследование. Выявлены: умеренно выраженная анемия у 8 (16,0 %) больных, лейкоцитоз у 15 (30,0 %), лимфоцитоз — у 10 (20,0 %), моноцитоз — у 7 (14,0 %), эозинофилия- у 6 (12,0 %), ускоренная СОЭ до 16–20 мм/час — у 16 (32,0 %). Отмечались гиперхолестеринемия, повышение активности АЛТ, АСТ, содержания билирубина, снижение содержания Т- В-лимфоцитов, повышения уровня IgAна фоне значительного снижения IgM и IgG. В лечении наряду с традиционными препаратами назначали 3 % раствор глутоксима по 5,0 в/м ежедневно в течение 10 дней. Отмечалась хорошая переносимость препарата, положительная динамика клинических, биохимических и иммунологических показателей, что свидетельствуют о целесообразности применения глутоксима в комплексе терапии аллергодерматозов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ФОСФОГЛИВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА

БЕКМУРАТОВА Э.И., АЛЛАЕВА М.Д., СОХИБОВ Ж.К., ИСРОИЛОВ А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность поиска эффективных методов терапии розацеа определяется высоким удельным весом заболевания в структуре дерматозов; отсутствием четкой концепции патогенеза. Снижение антитоксической функции печени, нарушение равновесия желчных кислот, повышение уровня общих липидов, триглицеридов, снижение фосфолипидов в сыворотке крови и мембранах эритроцитов обуславливают применение гепатопротекторов.

Мы изучали клинико-биохимические показатели у больных розацеа в процессе лечения с использованием препарата Фосфоглив (РФ), Фосфоглив — гепатопротектор, содержит фосфолипид (фосфатидилхолин) растительного происхождения и натриевую соль глицирризиновой кислоты из корня среднеазиатской солодки. Наблюдали 48 больных в возрасте 35–60 лет (20 мужчин, 28 женщин) с папуло-пустулезной формой розацеа. При стандартном клинико-лабораторном обследовании D. folliculorum был обнаружен у 37 больных, H.pylori был выявлен у 28 больных в микрофлоре пустул преобладал Staph. Aureus. Среди сопутствующих заболеваний чаще отмечались гастриты (27), ЯБЖ (4), дискенезии желчевыводящих путей (34), жировой гепатоз 1–2 степени (37), хронический холецистит (29), ГБ(4), НЦД (12), хронический пиелонефрит (27), ВЗОМТ (12), климактерический синдром (7). Повышенная активность печеночных ферментов отмечалась у 32 больных, повышение уровня холестерина — у 24 больных, дислипидемия — у 36 больных. Полученные результаты свидетельствует о наличии у больных розацеа мембранодеструктивных процессов в клетках печени, сосудов, кератиноцитах. Для стабилизации метаболических процессов в комплексе лечения назначали Фосфоглив по 2 капсулы 3 раза в день в течение 1 месяца. Фосфоглив, способствует нормализации липидного состава сыворотки крови у больных розацеа, а также положительной динамике кожного процесса.

ОСОБЕННОСТИ СПОНТАННОЙ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ

БЕКМУРАТОВА Э.И., НУРМАТОВА И.Б., НУГМАНОВ В., КОДИРОВА М.

Ташкентская медицинская академия

Содержание цитокинов в крови является непосредственным отражением состояния иммунной системы в данный момент. При опухолях кожи характерны типовые иммунологические сдвиги, что представляет интерес для понимания патогенеза, разработки новых методов диагностики, оценки прогноза и адекватных схем иммунотерапии.

Исследовали уровень спонтанной продукции основных цитокинов иммунной системы у 45 больных базальноклеточным раком кожи (БКР) в возрасте 33–85лет. Поверхностная форма БКР (ПФ БКР) была у 19, нодулярная (НФ БКР) — у 12, язвенная форма БКР(ЯНФ БКР) — у 14. Давность заболевания варьировала в пределах 1–10 лет. В стадии T1N0M0 было 7 больных, T2N0M0 — 33, T3N0M0 — 5. Опухоли локализовались на коже туловища, виска, щеки, нижних конечностей, лба, носа. Гистологически поверхностный мультицентрический тип отмечался у 7 больных, поверхностный мультицентрический тип с солидным компонентом у 3 больных, у 2 солидный тип базалиомы. У больных БКР уровень ИФН-γ был подавлен в 2,7 раза относительно контроля, что свидетельствовало о наличии клеточного иммунодефицита и длительности болезни. У больных НФ БКР уровень ИЛ-4 в 3,4 раза превышал контроль, а при ПФ БКР и ЯФ БКР, напротив, снижался в 1,8–1,3 раза. В целом при БКР наблюдался выраженный дисбаланс основных регуляторных цитокинов с повышением противовоспалительного цитокина ИФН-γ и подавлением провоспалительного цитокина ИЛ-4, при разных формах БКР соотношение ИФН-γ/ИЛ–4 (Тх1/Тх2) составило 0,4 и 0,37, а в контроле — 0,8. Исследуемые цитокины участвуют в формировании и прогрессировании злокачественного процесса, а также имеют диагностическую и прогностическую ценность при выборе тактики лечения БКР.

ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАРНИНГ ТЕРИ МИКРОФЛОРАСИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

БОЙМУРЗАЕВ Н.И., АРНАУТОВА Н.С.

Республика Ихтисослаштирилган Дерматология ва Венерология илмий амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон республикаси тери-таносил касалликлари диспансери

Тадқиқотнинг мақсади Қорақапоғистон Республикаси тери ва таносил касалликлари диспансерига мурожат қилган аллергодерматозлар билан хасталанган беморлар териси микрофлора ҳолатини ўрганишдан иборатдир. Ушбу тадқиқот йилнинг апрел ойи охирларида амалга оширилди.

Материал ва услублар: Илмий изланишларда ҳаммаси бўлиб 56 та беморларда микробиологик таҳлиллар олиб борилди. Микробиологик текширишлар қўйидагилардан иборат бўлди. Беморларнинг зарарланган терисидан патологик материал учига пахта ўралган стерил тампонлар 0,85% ли натрий хлор эритмасига шимдирилиб 2 $см^2$ тери соҳасида суртиб олинади. Пахтали тампон яна пробиркага қайта солиниб, 2 дақиқа вақтдан сўнг микроорганизмлар соф колониясини олиш мақсадида 5% қонли агар, Эндо, маннитли тузли агар, Клиглера, Левин озиқ муҳитларига экилди.

Тадқиқот натижалари: Тадқиқотлар натижасига кўра, жами текширилган 56 нафар аллергодерматоз билан касалланган беморларнинг 39(69,6%) нафарида Staphylococcus spp. аниқланди. Терининг бошқа касалликлари билан хасталанган 20 нафар беморларнинг (псориаз, витилиго ва б.) 17 нафар терисида Staphylococcus spp. аниқланди.

Жумладан, аллергодерматозлар билан касалланган беморларда стафилакокларнинг турларини аниқланиши қўйидагича бўлди: St.aureus — 23(41,0%) нафар беморда, St.saprophyticus эса 11(19,6%) нафарида, 5(9,0%) нафарида St.epidermidis, St.haemoliticus эса 4(7,2%) нафар беморда аниқланди. Терининг башқа тур касалликларида эса 20 нафар беморларнинг 5(25%) тасида St.aureus аниқланди. Терисида ҳеч қандай шикояти бўлмаган 19 нафар соғлом одамларнинг фақатгина 3 тасида St.aureus аниланди, холос.

Аллергодерматоз хасталиги аниқланган беморларда St.aureus нинг ўртача колонизация даражаси 1326,3 КШБ (колониялар шакилланиш бирлиги, рус — КОЕ) га тенг бўлди. Терисида ши-

кояти бўлмаган соғлом одамларда эса бу ҳолат 310 КШБ га тенглиги аниқланди.

Шундай қилиб, тадқиқотлардан хулоса қилиш мумкинки, терининг аллергик хасталикларида тери микрофлораси ҳолатини ўрганиш муҳим аҳамият касб этишини тадқиқотдаги беморларда Staphylococcus aureus нинг аниқланиш даражаси юқорилиги билан изоҳлаш мумкин.

К ВОПРОСУ О МЕНЕДЖМЕНТЕ ДЕРМАТООНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ (АК)

ГЛУШОК В.С., ХАРА А.И.

Тернопольский областной клинический кожвендиспансер, Тернополь, Украина

Цель работы. Разработка диагностического алгоритма АК, внедрение которого внесет новые знания в эпидемиологию этой патологии в регионе и в Украине, а также обеспечит своевременное выявление пациентов с преканцерозными состояниями.

Результаты и обсуждение. На фоне роста заболеваемости неоплазиями возрастает необходимость высокой настороженности врачей всех специальностей и дерматологов в первую очередь, по своевременной диагностике онкологической патологии кожи и предраковых ее состояний.

АК — это ограниченное новообразование кожи, вопрос «реальной злокачественности» которого остается дискуссионным: некоторые исследователи четко и безапелляционно утверждают, что АК является предраковым состоянием, другие считают, что от своего начала АК является опухолью. Распространенность АК по данным зарубежных авторов очень высока.

Отсутствие опубликованных данных, которые бы основывались на статистической отчетности и знаниях об эпидемиологии этого заболевания в регионе, недостаточный уровень подготовки периферийных дерматологов по вопросам диагностики опухолевых заболеваний кожи побудила к необходимости создания регионального диагностического алгоритма АК. Диагностика АК в нашем регионе может быть обеспечена в два этапа: 1-й — на первичном и вторичном уровнях оказания медицинской помощи (семейными врачами и дерматологами многопрофильных поликлиник) и 2-й на третичном уровне (дерматоонкологом облкожвендиспансера). 1 этап диагностики предусматривает:

— изучение данных анамнеза о длительности воздействия солнечного излучения, предварительной цитостатической терапии, о злоупотреблении солярием и т.д.;

— определение фототипа кожи, что является важным в выборе методик лечения, составлении прогноза;

— оценка клинической визуальной симптоматики, локализации патологических изменений на коже;

— проведение дифференциальной диагностики (с себорейным кератозом, болезнью Боуэна, поверхностной базально-клеточной карциномой).

2 этап предусматривает проведение дерматоскопии и иммуногистохимических исследований.

Выводы. Внедрение предложенного двухэтапного диагностического алгоритма АК является важной составляющей менеджмента пациентов с АК в нашем регионе.

Менеджмент будет включать, кроме диагностического, лечебный, консультативный алгоритмы, и алгоритм динамического диспансерного наблюдения.

МЕТОДЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ И ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

ГОРБУНЦОВ В.В., ДЮДЮН А.Д., ПОГРЕБНЯК Л.А., ПОЛИОН Н.Н., САЛЕЙ Е.А.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины»

Лечение больных хроническими дерматозами неизвестной этиологии (псориаз, вульгарная пузырчатка и др.) по-прежнему остается актуальной проблемой дерматологии, что определяется значительной распространенностью диссеминировнных, универсальных и эритродермических форм поражения, непрерывно рецидивирующих и устойчивых к лекарственной терапии случаев, а также невозможностью проведения стандартной медикаментозной терапии из-за индивидуальных особенностей пациентов (непереносимость лекарственных средств, сопутствующая патология, осложнения). Под нашим наблюдением в 2013–2015 гг. находилось 18 больных с псориатической эритродермией, универсальным псориазом, псориатическим артритом, вульгар-

ной пузырчаткой, проведение общепринятой терапии которым было невозможно в связи с изложенными выше причинами. Проблема лечения в этих случаях была решена проведением курса экстракорпоральной детоксикации (гемосорбции, плазмофереза) и экстракорпоральной тканевой терапии (аутофотооблучения крови) в комплексе с назначением современных средств неспецифической патогенетической терапии (Иммунофан, Инфламафертин, препараты янтарной кислоты), что позволило у всех исследованных пациентов в короткие сроки и без осложнений стабилизировать патологический процесс и перевести его в ремиссию.

РОЛИ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА ГЕНА TNF-α В РАЗВИТИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В УЗБЕКИСТАНЕ

ГУЛЯМОВА Г.Ш., БОБОЕВ К.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
НИИ Гематологии и переливание крови МЗ РУз

Атопический дерматит является одной из актуальных проблем современной медицины. Широкое распространение этого дерматоза среди различных возрастных групп населения, хроническое течение, увеличение рецидивирующих и осложненных форм заболевания ставят в один ряд с другими глобальными медико-социальными проблемами. В последние годы был проведен целый ряд исследований, посвященных изучению ассоциативной связи полиморфизма 308G/A гена TNF с развитием атопии в различных популяциях. Проведенные мета-анализы этих результатов показывают наличие межэтнических различий: в некоторых популяциях установлена связь по данному маркеру с развитием заболевания, хотя в других исследованиях ассоциации не установлено.

Цель работы: Оценить патогенетическую значимость генотипических вариантов полиморфизма 308G>A гена TNF-α (rs1800629) в формировании атопического дерматита (АД) у больных, проживающих в Узбекистане.

Материалы и методы: Объектом и предметом исследования явились больные атопическим дерматитом (АД), образцы ДНК больных и здоровых доноров, ген TNF-α (6p21.3), нуклеотидная замена G>A в позиции — 308.

В исследование было включено 30 пациентов с АД в возрасте от 4 до 50 лет, наблюдавшихся на базе клиники РСНПМЦ ДиВ МЗ РУз. Из них 19 женщин и 11 мужчин. Диагноз у всех больных подтвержден результатами клинического обследования и лабораторными исследованиями.

Молекулярно-генетическое обследование биоматериалов (ДНК) выполняли на базе отдела молекулярной медицины и клеточных технологий НИИ гематологии и переливания крови МЗ РУз.

При проведении генетических исследований в качестве группы сравнения использовался популяционный контроль, который был представлен образцами ДНК (n=35) условно-здоровых доноров (без каких-либо признаков атопических заболеваний) из банка ДНК данного отдела.

Результаты и обсуждение: Результаты исследования показали, что в обеих группах наблюдалось преобладание частоты дикого (нормального) аллеля “G” с одновременным снижением частоты встречаемости функционально неполноценного аллеля “A”. Распространенность аллелей полиморфизма 308G>A гена TNF-α (rs1800629) в популяционной выборке составила: A — 4,3% (3/70), G — 95,7% (67/70); в группе больных: A — 31,7% (19/60), G — 68,3% (41/60). В распределении генотипов среди обследуемых группы больных наблюдалось увеличение доли гетерозиготного генотипа “A/G” за счет уменьшения содержания гомозиготного генотипа ”G/G” (63,3% против 36,7%, соответственно). Частота распределения ”G/G” и ”A/G” генотипов в контрольной группе составила 91,4% и 8,6%, соответственно. Интересно отметить, что полиморфизм 308G>A гена TNF-α в A/A гомозиготном состоянии ни в группе больных, ни в группе контроля выявлен не был.

Выводы: полученные нами результаты анализа 308G>A полиморфизма гена TNF-α позволяют сделать выводы о генетических основах формирования атопического дерматита. При наличии гетерозиготного генотипа 308A/G (возможно и генотипа 308A/A) риск развития болезни возрастает, т.е. данный полиморфизм является генетическим маркером повышенного риска развития атопического дерматита, тогда как генотип G/G способен выполнять протективную функцию. Полученные данные могут быть использованы при прогнозировании развития АД и разработке персонализированного подхода к лечению данного заболевания

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

ДАДАБАЕВ Р.Д., НУРАЛИЕВ Х.Х.

Таджикский Государственный медицинский университет им.Абуали-ибни-Сино

Цель работы. Изучить влияние факторов окружающей среды на состояние некоторых показателей жирового обмена у больных псориазом, постоянных жителей высоко- , среднегорья, равнины, а также проживающих в экологически неблагополучном регионе.

Материал и методы. Исследовали сыворотку крови 50 здоровых лиц (контрольная группа) и 122 больных псориазом. Экстракцию общих липидов (ОЛ) из сыворотки крови осуществляли по методике Фольча, в модификации Кейтса. Полученный общий липидный экстракт использовали для определения холестерина (ХС) и общих фосфолипидов (ФЛ). О количестве общих ФЛ судили по содержанию в них фосфора, который определяли по методике Vaskovsky. Содержание ХС в общем липидном составе сыворотки крови определяли по методике Илька.

Результаты исследования. Согласно полученным нами данным, по сравнению с контрольной группой отмечается повышение концентрации ХС в сыворотке крови у больных псориазом, постоянных жителей высокогорья (7,65±0,39 против 7,25±0,28 ммоль/л) и пациентов проживающих в экологически неблагополучном регионе (8,18± 0,45, против 5,45±0,31 ммоль/л соответственно). Уровень ХС в пределах нормальных величин был установлен у пациентов проживающих в экологически благоприятной местности (5,95±0,25 против 4,67±0,2 ммоль/л). Изучение состояния общих ФЛ в сыворотке крови пациентов показало, что их уровень имеет тенденцию к снижению по сравнению с нормой, однако полученные результаты оказались статистически незначимыми.

Таким образом, можно предполагать, что выявленные изменения метаболизма ХС у пациентов разнообразны и зависят от влияния факторов окружающей среды.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕС-АССОЦИИРОВАННОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ

ДЮДЮН А.Д., ПОГРЕБНЯК Л.А., ГОРБУНЦОВ В.В., БАШМАКОВ Д.Г., ПОГРЕБНЯК М.А.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины»

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) — распространенное, острое, рецидивирующее заболевание, часто ассоциирующееся с герпес-вирусной инфекцией (ГАМЭЭ). Вирус простого герпеса (ВПГ) является пусковым фактором в развитии патологического процесса. Лечение пациентов с часто рецидивирующим, сезонным течением МЭЭ, резистентных к традиционным методам терапии, с выраженной распространенностью кожного процесса, чаще эритематозно-буллезного характера, представляет определенные сложности в практике врача-дерматолога. С целью разработки метода лечения ГАМЭЭ и оценки эффективности лечения по сравнению со стандартными методами на основании клинических данных было исследовано 48 больных ГАМЭЭ 18–30 лет с длительностью заболевания 1–10 лет, тяжелым течением МЭЭ и частотой ее рецидивов более двух раз в году; с рецидивирующими формами герпеса в анамнезе и подтверждением диагноза ВПГ-инфекции результатами ИФА и ПЦР. Сравнительный анализ результатов лечения предложенной нами методикой комплексной терапии с применением противовирусных, иммуномодулирующих препаратов и средств детоксикационной терапии (валацикловир, Протефлазид, Иммунофан, Неогемодез или Реасорбилакт) и результатов лечения пациентов контрольной группы традиционной методикой (без учета ВПГ-инфекции) показал более высокую эффективность предлагаемой этио-патогенетической терапии в лечении резистентных, распространенных форм МЭЭ, ассоциированной с ВПГ-инфекцией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МОКСИКУМ У БОЛЬНЫХ РОЗОВЫМ ЛИШАЕМ

ЁКУБОВА М.А., КНЯЖЕВА Е.Д., БОТИРОВ К.З.

Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. Розовый лишай, характеризующийся пятнистыми высыпаниями, является распространенным эритематозно-сквамозным дерматозом предположительно инфекционно-аллергического, вирусного происхождения, который развивается после инфекционных лихорадочных болезней, кишечных расстройств, вакцинации. Течение дерматоза сезонное (чаще в весенне-зимний или осенне-зимний период), цикличное, длительностью 4–6 нед., реже — 8 недель с развитием пигментации и длительным иммунитетом. В лечении больных показано назначение антибиотиков, препараторов кальция, витаминов и антигистаминные препараты.

Цель работы: изучение результата применения препарата «Моксикум» в лечении больных розовым лишаем, учитывая, инфекционную природу данного заболевания.

Материалы и методы исследования: 12 больным розовым лишаем, возраст которых от 17 до 46 лет проведено лечение препаратом «Моксикум» в течение 10 дней. Всем были назначены препараты кальция, витамины и антигистаминные препараты. Наружно применяли масляные и водные взбалтываемые смеси.

Результаты: после проведенного лечения у всех 12 больных в очагах поражения уменьшились краснота и инфильтрация, бляшки рассосались, наступило клиническое выздоровление в пределах 3-х недель.

Выводы: Таким образом, препарат «Моксикум» оказался эффективным и может быть использован в лечении больных розовым лишаем.

ДИБАЗОЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ

ЁКУБОВА М.А., КНЯЖЕВА Е.Д., ЕФИМЕНКО О.В.

Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. Опоясывающий лишай вызывает нейротропный фильтрующий вирус Strongiloplasmazonae, который по антигенной структуре и способности развиваться на эмбриональных тканях человека сходен с вирусом ветряной оспы или идентичен ему. Случай заболевания детей ветряной оспой после контакта с больным опоясывающим лишаем подтверждают близость этих штаммов. После инкубационного периода (7–9 дней) дерматоз проявляется групповыми высыпаниями пузырьков, располагающихся на гиперемированном фоне на участках кожи соответственно одному или нескольким невральным сегментам. Высыпаниям предшествуют продромальные явления: приступообразные боли, иррадиируюшие по ходу нервных стволов, жжение, гиперемия пораженных мест, общая слабость, лихорадка, головная боль.

Цель работы: возможность применения препарата дибазол в комплексной терапии больных опоясывающим лишаем. Препарат Дибазол, помимо спазмолитического эффекта, является стимулятором неспецифических звеньев иммунитета.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 12 больных опоясывающим лишаем. Больные были разделены на 2 группы по 6 человек в каждой. Первая группа получала традиционное лечение, второй группе больных, помимо традиционного лечения назначался препарат дибазол в таблетированной форме. Вторую группу составили больные, у которых давление было нормальным или умеренно повышенным.

Результаты: При применении дибазола невралгические боли в очагах поражении уменьшились у всех 6 больных на 2–4 день лечения, а у остальных больных на 6–7 день. Выздоровление во второй группе наступило на 4дня раньше, чем в первой.

Вывод: Таким образом, дибазол является эффективным средством в комплексной терапии больных опоясывающим лишаем.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ФЛЮКОРЕМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗА У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

ЁКУБОВА М.А., КНЯЖЕВА Е.Д., ЕФИМЕНКО О.В.

Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. В развитии кандидоза, кроме длительного применения антибиотиков, в особенности широкого спектра действия, немаловажное значение имеют и прием препаратов, действующих иммуносупрессивно, в частности это кортикостероидные гормоны. Иммуносупрессанты способствуют, ослаблению иммунных защитных сил организма и тем самым приводят к развитию кандидоза. У больных истинной пузырчаткой, особенно при наличии поражений слизистой оболочки полости рта, часто наблюдается кандидозное поражение, что ухудшает течение патологического процесса на слизистой оболочке и эрозии держатся дольше, а эпителизация затягивается.

Для профилактики развития кандидоза у больных истинной пузырчаткой, во время приема высоких доз кортикостероидных гормонов, часто применялся текназол, итракол и др.

Цель работы. применение препарата Флюкорем для профилактики кандидоза у больных с истинной пузырчаткой.

Материалы и методы исследования. Нами 14 больным истинной пузырчаткой во время приема кортикостероидных гормонов в ударных дозах, с целью профилактики кандидоза применен противомикотический препарат Флюкорем. Для сравнения были взяты 8 больных, которые не принимали профилактическое лечение против кандидоза. Больным препарат Флюкорем назначался по 50 мг один раз в сутки, в течение от 7 до 28 дней, в зависимости от тяжести основного заболевания и применяемой дозы кортикостероидных гармонов.

Результаты. Во время лечения у всех 14 больных, которые принимали Флюкорем, кандидозного поражения слизистых оболочек полости рта не наблюдалось, эрозии слизистых оболочек полости рта эпителизировались на 4–5 дней раньше, чем у больных, не принимавших профилактическое лечение на фоне кортикостероидной терапии. У 6 из 8, не получавших антимикотические препараты развился кандидоз слизистой полости рта.

Вывод. Препарат Флюкорем может быть использован в лечении больных истинной пузырчаткой для профилактики кандидоза

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ЭЛФУНАТ ПРИ ЧЕШУЙЧАТОМ ЛИШАЕ

ЁКУБОВА М.А., КНЯЖЕВА Е.Д., БОТИРОВ К.З.

Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. Чешуйчатый лишай — хроническое рецидивирующее заболевание, в основе которого лежит усиленная пролиферация и нарушение дифференцировки клеток эпидермиса. Заболевание протекает годами, сопровождается чередованием рецидивов и ремиссий. В настоящее время наиболее признанными теориями возникновения чешуйчатого лишая является наследственная, иммунная, нейрогенная, эндокринная и теория обменных нарушений. Чешуйчатый лишай обычной (вульгарной) формы начинается у разных больных по-разному.

Цель работы: Возможность применения препарата Элфунат в лечении больных чешуйчатым лишаем.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 14 больных чешуйчатым лишаем обычной (вульгарной) формы в возрасте от 18 до 35 лет (9 мужчин, 5 женщин), которым назначали препарат Элфунат. Очаги поражения часто локализовались на нижних конечностях, туловище, на руках. Всем больным было назначено: препараты кальция, витамины и антигистаминные препараты. Вместе с комплексным лечением больным получали Элфунат по 2 мл, в/м 1 раз в сутки в течение 10 дней. Наружно применяли мази и кремовые смеси.

Результаты: После проведенного лечения у всех больных наступило клиническое выздоровление. Элфунат оказывает антиоксидантное, антигипоксическое, мембранопротекторное, гиполипидемическое действие. Повышает устойчивость организма к стрессу и воздействию различных повреждающих факторов.

Выводы: Таким образом, препарат Элфунат при лечении больных чешуйчатым лишаем обычной (вульгарной) формы оказался эффективным и может быть применен для лечения таких больных.

МОКСИКУМ В ЛЕЧЕНИИ ФУРУНКУЛЁЗА

ЁКУБОВА М.А., КНЯЖЕВА Е.Д., ЕФИМЕНКО О.В.

Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. Пиодермии — самые частые заболевания кожи среди всех дерматозов. Они возникают как первично, так и вторично в качестве осложнений других, чаще зудящих дерматозов.

Фурункулёз является одним из часто встречающихся заболеваний среди пиококковых инфекций. Обычно больные лечатся у врачей дерматологов и хирургов. В обоих случаях применение антибиотиков является обязательным. Несмотря на то, что в арсенале врачей имеется множество других новых антибактериальных средств широкого спектра действия (полимик, азитромицин, мегасеф, роксибел и др.), необходимо выбрать наиболее эффективный в лечении пиодермий.

Цель работы: изучение возможного применения препарата «Моксикум» и его эффективность в лечении больных фурункулёзом,

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 9 больных фурункулёзом в возрасте от 18 до 25 лет, которым наначался препарат «Моксикум» (моксифлоксацин). Очаги поражения локализовались на верхних и нижних конечностях, туловище. Все больные неоднократно лечились у дерматологов и у хирургов. Моксикум назначался на фоне местного лечения по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 7–10 дней. Во время лечения, инфильтрация уменьшалась на 3–4 день, образовавшиеся язвы после вскрытия фурункула очистились на 5–6 день. Рецидивов заболевания не наблюдалось. Все больные хорошо перенесли лечение данным препаратом.

Выводы: Учитывая вышеизложенное, можно рекомендовать препарат «Моксикум» для лечения больных фурункулёзом в качестве основной антибиотикотерапии.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПИРАЦИН-RG ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО

ЁКУБОВА М.А., КНЯЖЕВА Е.Д., ЕФИМЕНКО О.В.

Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. Одну из важных проблем в дерматологии составляют нарушение пигментации кожи (дисхромии), на долю которых приходится около 10 всех косметических недугов. В практическом отношении наиболее существенным заболеванием из группы дисхромий считается витилиго. Все возрастающий интерес исследователей к проблеме дисхромий в последние годы вызван увеличением числа этих больных во всех странах мира, в том числе и в Узбекистане. Учитывая, разнообразность патогенетических факторов у больных витилиго, в лечении данной патологии применялись и применяются различные методы: медикаментозная терапия, физиолечение, психовегетативная коррекция, наружные средства. Однако большинство из них оказались малоэффективными.

Цель работы: изучение эффективности использования препарата пирацин-RG при лечении витилиго.

Материалы и методы исследования: Нами для лечения витилиго был применен новый препарат Пирацин-RG, который укрепляет иммунную систему и повышает регенеративные способности организма. В комплексную терапию больных витилиго(21) был введен препарат Пирацин-RG. Возраст больных от 27 до 45 лет. Очаги поражения у 7 больных были ограниченные (2–3 очага), у 8 — множественные (5–7 очагов), у остальных больных(6) кожный процесс носил распространенный характер. Больные Пирацин-RG принимали по 1мл в/м, ежедневно, на курс 20 инъекций. После месячного перерыва курс повторялся, всего проводили 2–3 курса. Одновременно наружно применяли раствор псоралена или мазь мелонокол с последующим УФ-облучением.

Результаты. После проведенного лечения у больных с ограниченными очагами поражения (у всех 5 больных) наступило полное клиническое выздоровление, а у больных с множественными очагами поражения и распространенной формой наблюдалось значительное улучшение.

Вывод. Таким образом, Пирацин-RG может быть рекомендован в комплексной терапии больных витилиго с ограниченными очагами поражения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РОЛИНОЗ ПРИ НЕЙРОДЕРМИТАХ

ЁКУБОВА М.А., КНЯЖЕВА Е.Д., ЕФИМЕНКО О.В.

Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. В группу зудящих дерматозов или нейродерматозов объединяются заболевания, сопровождающиеся интенсивным зудом и невротическими нарушениями. Выраженные невротические расстройства (повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, связанная с зудом, длительные отрицательные эмоции, бессонница) являются «стрессорами», предъявляющими повышенные требования к функции коры надпочечников, что в условиях длительного и тяжелого воспалительного процесса приводит к резкому снижению, а подчас истощению их функции. Этим в какой-то степени, по-видимому, можно объяснить обострения кожного процесса у больных нейродермитом после нервно-психических травм, длительных отрицательных эмоций.

Цель работы: изучение возможного применения препарата «Ролиноз» у больных нейродермитом и его эффективность. Ролиноз (цетиризин) — это антигистаминный препарат II поколения, который обладает некоторым седативным действием, снимает напряжение и нормализует сон.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 28 больных с нейродермитом в возрасте от 25 до 65 лет. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа (16 человек) в комплексной терапии, которых применяли препарат «Ролиноз» совместно с витаминами, десенсибилирующими препаратами и местным лечением. Вторую группу (12 человек) составили больные с нейродермитом, которые получали традиционное лечение.

Результаты. На фоне проводимого лечения в первой группе больных на 3–4 день отметился регресс заболевания: уменьшился зуд, нормализовался сон и уменьшились кожные проявления заболевания. На 10–14 сутки наступило полное клиническое выздоровление в отличие от больных второй группы, где зуд уменьшился на 7–10 сутки, и полная ремиссия произошла после 3недель лечения.

Вывод. Таким образом, препарат «Ролиноз» является эффективным препаратом и может применяться в комплексном лечении больных нейродермитом.

К ВОПРОСУ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ЕСИОНОВА Е.В., МАВЛЯНОВА Ш.З.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Проблема атопического дерматита (АД) приобретает все большее значение в современной медицине. Рост заболеваемости в последнее десятилетие, хроническое, с частыми рецидивами течение, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики сегодня ставят это заболевание в ряд наиболее актуальных проблем медицины.

Согласно современным представлениям, АД — это генетически обусловленное, хроническое, рецидивирующее заболевание кожи, клинически проявляющееся первично возникающим зудом и характерными морфологическими проявлениями.

Материалы и методы: больные АД в стадии обострения в возрасте от 5 до 64 лет. Лица мужского пола составили — 27 (54 %) человек, женского пола — 23 (46 %).

По клинической форме 12 (24 %) больных отмечали эритематозно-сквамозную форму, 8 (16 %) — эритематозно-сквамозную с лихенификацией, 14 (28 %) — лихеноидную, 9 (18 %) — экссудативную форму и 7 (14 %) отмечали пруригинозную форму.

Больные были распределены по возрастным группам: до 14 лет составили — 20 (40 %) больных, 15–20 лет — 8 (16 %), 21–30 лет — 8 (16 %), 31–40 лет — 7 (14 %), более 40 лет — 7 (14 %) больных. 54 % больных находились в активном трудоспособном возрасте.

Изучение сопутствующих соматических заболеваний показало, что у 23 (46 %) больных выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта, анемия — у 38 (76 %), у 27 (54 %) — протозойно-паразитарная инфекция, у 33 (66 %) — патология нервной системы, у 7 (14 %) — заболевание со стороны сердечно-сосудистой системы, у 19 (38 %) больных — заболевания эндокринной системы, у 29 (58 %) — другие аллергические заболевания (бронхиальная астма, аллергический ринит), у 5 (10 %) — грибковые заболевания (микоз стоп).

Среди 50 больных АД отягощенная наследственность отмечалась у 29 больных, что составило 58 %, 21 больной (42 %) подобной законо-

мерности не наблюдали. Следует отметить, что 27 (54 %) больных АД отмечали сезонность заболевания, тогда как 20 (40,0 %) — сезонности не наблюдали, заболевание проявлялось круглогодично с частыми рецидивами.

У 50 больных среднее значение индекса SCORAD составило 64,9 ± 3,03 баллов, что соответствовало средней степени тяжести заболевания.

У 9 (18 %) больных была отмечена легкая степень тяжести заболевания согласно индексу SCORAD и в среднем составила 34,2 ± 1,9 баллов; у 23 (46 %) больных индексирована средняя степень тяжести — 55,5 ± 2,2 баллов и у 18 (36 %) больных — тяжелая степень — 84,3 ± 1,3.

Результаты и обсуждения: наличие сопутствующих заболеваний у больных АД требует пристального внимания не только дерматологов, но и врачей других смежных специальностей при диспансерном учете.Превалирование больных активного трудоспособного возраста, средне тяжелой степени течения заболевания у большинства больных ставят АД в ряд медико-социальной проблемы современной медицины.

ОПТИМИЗАЦИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ С НАРУШЕНИЕМ КЕРАТИНИЗАЦИИ

ИВАНОВ С.В., ГОЛОВЧЕНКО Д.Я., ПУРЫШКИНА О.Д.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, Киев, Украина

Среди дерматозов, проявляющихся гиперкератинизацией, наиболее распространены псориаз и себорейный дерматит. У 34 % больных псориазом дебют заболевания начинается с поражения участков кожи волосистой части головы. Себорейный дерматит встречается часто и считается хроническим поверхностным заболеванием кожи, которое проявляется папуло-сквамозными эффлоресценциями, чаще развивающиеся на фоне жидкой себореи. Лечение десквамативных поражений волосистой части головы в настоящее время связано с трудностями. Местная терапия является важной составляющей лечения псориаза и себорейного дерматита с поражением волосистой части головы. Подбор адекватной лечебной формы так же важен, как и выбор самой терапии. При продолжительных хронических дерматозах, когда выраженный гиперкератоз, шелушение и сухость на поверхности патологических очагов препятствуют проникновению местных глюкокортикостероидов (в виде монопрепаратов) в кожу и снижают их эффективность, целесообразно назначать пациентам топические стероиды в комбинации с кератолитиками, которые растворяют и разрыхляют роговые наслоения на поверхности очагов.

Цель работы: изучить терапевтическую эффективность, безопасность и экономичность применения лосьона «Белосалик» 50 мл для лечения дерматозов волосистой части головы с гиперкератозом.

Под нашим наблюдением находились 105 больных с поражением волосистой части головы, при этом у 54 пациентов был установлен диагноз — себорейный дерматит, а у 51 — псориаз. Всем пациентам было назначено нанесение лосьона «Белосалик» на волосистую часть головы 2 раза в день.

Продолжительность применения препарата составляла от 2 до 4 недель. Результаты оценивали по данным клинического наблюдения в динамике. За время применения препарата «Белосалик» как монотерапевтического средства у пациентов с поражением волосистой части головы (псориаз, себорейный дерматит) установлено клиническую ремиссию в 92,7 % случаев.

Анализ результатов проведенных исследований указывает, что лосьон «Белосалик» достаточно быстро устраняет гиперкератоз и инфильтрацию, способствует размягчению и быстрому регрессу псориатических бляшек. Побочных эффектов и токсико-аллергических реакций у пациентов не наблюдалось.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНЫХ РЕТИНОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

ИВАНОВ С.В., ШУПЕНЬКО Е.Н., СУЛИК Я.О.

Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, Киев, Украина

Угревая болезнь (acne vulgaris) — хроническое мультифакторное заболевание пилосебацейного комплекса кожи, которое манифестирует преимущественно в пубертатном возрасте и характеризуется гиперпродукцией кожного сала, нарушением процессов фолликулярной кератинизации, колонизацией Propionibacterium acnes и воспалением. Продолжительное время перечень

лекарственных средств и методов лечения акне был небольшим. Системные ретиноиды (синтетические дериваты витамина А) за время их применения при лечении угревой болезни доказали необходимость их назначения. В частности, изотретиноин — чрезвычайно эффективное соединение для терапии акне, позволяющее воздействовать на все этапы патогенеза болезни.

Метаболизм изотретиноина крайне вариабельный, что определяет необходимость индивидуального подбора дозы на курс лечения для каждого пациента, то есть устанавливается межсубъектная вариабельность. Препарат относится к плохорастворимым соединениям: низкая биодоступность при приёме внутрь натощак (до 25%) возрастает после приема пищи (до 40%). У изотретиноина есть ряд побочных эффектов, степень выраженности которых имеет дозозависимый характер. Сегодня в арсенале врача появилась новая инновационная форма изотретиноина — «Акнетин», на основе запатентованной технологии LIDOSE, это «твердый раствор», объединяющий свойства твердой оболочки препарата с характеристиками усвояемости жидкой формы. «Акнетин» назначали пациентам со среднетяжелым течением дерматоза в дозе 0,3 — 0,4 мг/(кг•сутки), при тяжелом акне — 0,4–0,8 мг/(кг•сутки). Длительность терапии определялась динамикой разрешения патологического процесса и составляла у пациентов со среднетяжелым течением болезни 1,5–2 мес, с дальнейшим снижением дозы препарата и кратности его приема, общая продолжительность лечения — 3–4 мес. При тяжелых формах акне терапия продолжалась 2–3 мес, с дальнейшим снижением дозы препарата и кратности его приема, общая продолжительность курса — 4–6 мес. Анализ результатов проведенных исследований указывает на существенные преимущества «Акнетина»: высокая терапевтическая эффективность, уменьшение вероятности возникновения побочных эффектов за счет возможности снижения дозы изотретиноина на 20% (разовой — с 10 до 8 мг и с 20 до 16 мг соответственно, курсовой — до 100 мг) с сохранением эффективности лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА «АКНИЛ» В ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА

ИМАМОВ О.С., БЕКМУРАТОВА Э.И., РУСТАМОВ Ж.К., АБДУВАХИТОВА И.Н., РИХСИЕВА М., СОХИБОВ Ж.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский областной КВД

Розацеа — генетически детерминированный ангионевроз, с повышением вегетативных реакций, изменением тонуса артериальных сосудов кожи лица в зоне иннервации тройничного нерва и воспалением сальных желез вследствие эндогенных и экзогенных факторов. Определенное внимание в патогенезе уделяется инфекционному агенту — D. folliculorum. При демодекозе создаются благоприятные условия для дебюта и прогрессирования розацеа, в связи с этим особое значение имеет антидемодекозная терапия. Исследовали клиническую эффективность раствора «Акнил», содержащего 10мг линимента клиндамицина и 8 мг метронидазола. Благодаря такой комбинации «Акнил» эффективен в отношении основных инфекционных факторов розацеа — Pr.acne, Staph.aureus, D.folliculorum . Наблюдали 48 больных 35–60 лет (20 мужчин, 28 женщин) с папуло-пустулезной формой розацеа. Проводили стандартное клинико-физикальное обследование. D. folliculorum был выявлен у 37 больных, в том числе с век — у 6, в очагах чаще высевался Staph. aureus. В комплексе стандартной терапии наружно наносили раствор«Акнил» 2–3 раза в день тонким слоем после стихания острых воспалительных явлений в очагах поражения. При блефарите Акнил применяли на кожу верхних и нижних век 1 раз на ночь. Продолжительность лечения составляла 8 недель. Положительная динамика отмечалась уже на 3–4 день терапии, выраженный клинический эффект — на 14–17 день, клиническое выздоровление — через 4 нед. При повторном исследовании D.fjlliculorum не обнаруживался. Топический препарат Акнил оказывает противовоспалительное, антидемодексное и антибактериальное действие и является эффективным методом наружной терапии розацеа.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ И ДЕРМАТОМИКОЗОВ

ИМАМОВ О.С., САИПОВА Н.С., ИБРАГИМОВА Н.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский областной КВД

Аллергодерматозы остаются ведущей проблемой в дерматологической геронтологии. Неуклонно растет число больных экземой, нейродерматозами, при этом присоединение вторичной грибковой инфекции встречается в 25–40% случаев, что обуславливает необходимость использования комбинированных топических препаратов, отвечающих требованиям эффективности, безопасности и удобства применения. Институтом биоорганической химии АН РУз разработан комбинированный препарат «Флудигель» для наружного лечения аллергических дерматозов, осложненных грибковой инфекцией. Путем экспериментального отбора физико-химическими методами, учитывая химические свойства, структуру и биологическую активность, были выбраны антигистаминный препарат димедрол и противогрибковый — флуконазол, которые не взаимодействуют друг с другом, независимо проявляют свои свойства, не разрушая структуру гидрогелевой композиции. Разработаны оптимальный состав и технология приготовления препарата. Проведены доклинические испытания специфической активности на модели АКД. Отмечен регресс воспалительно-аллергических поражений кожи, осложненных бактериальной и грибковой инфекцией. Диметилсульфооксид, содержащийся в гелевой композиции, увеличивает проникновение активных веществ в кожу, оказывает противовоспалительный эффект, бактерицидное воздействие на все формы патогенной микрофлоры, противоотечное и местно-анальгезирующее действие. Результаты экспериментальных исследований указывают на возможность применения препарата «Флудигель» у больных аллергодерматозами, осложненными вторичной микотической инфекцией, а также у больных микозами кожи и слизистых, сопровождаемых аллергической реакцией.

МЕТА-АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ О ПРИЧИНЕ ДЕТСКОЙ ПОЧЕСУХИ

КАБИЛОВ А.Ш., АБДУЛЛАЕВ М.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

По данным мировой литературы важное значение в развитии детской почесухи имеет сенсибилизация организма, приводящая к развитию в коже процессов аллергического воспаления со специфической клиникой. Причиной сенсибилизации организма при детской почесухе в 85% случаев являются пищевые продукты. У грудных детей это белок коровьего или материнского молока, а в более старшем возрасте другие пищевые продукты (Скрипкин Ю.К., Шарапова Ф.Я. 1983 г.).

Нами проанализированы особенности возникновения детской почесухи в зависимости от этиологического фактора.

В мета-анализ было включено 14 рандомизированных исследований, описывающих особенности течения детской почесухи. Были проанализированы причины возникновения детской почесухи в зависимости от этиологического фактора. В поисковых системах PUBMED, базе данных Cochrane, ISI Web of Sciences, и SCOPUS был проведен поиск без языковых ограничений до февраля 2015 года. Поиск исследования выявляли по следующим заголовкам: детская почесуха (strophulus), детская крапивница, этиология. А также, для того чтобы найти дополнительные соответствующие теме исследования, использовались списки литературы извлеченных статей, а также информация от коллег.

Возраст обследованных детей в основном составлял от 1 мес до 8 лет. По данным различных авторов в среднем у 28,2–32,4% больных в процессе обследования выявлен энтеробиоз как этиологический фактор развития детской почесухи; у 11,7–19,3% больных укусы насекомых; у 42,9–88,6% больных выявлен дисбактериоз кишечника 3–4 степени, у 5% больных сопутствующей патологии не выявлено. Во всех случаях нарушение диеты кормящей матери привело к обострению кожно-патологического процесса у ребенка.

Таким образом, детская почесуха — это полиэтиологическое заболевание, в этиологии которого ведущее место занимают погрешности в диете кормящей матери или самого ребенка, укусы насекомых или дисбактериоз кишечника.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭНТЕРОЖЕРМИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТСКОЙ ПОЧЕСУХИ

КАБИЛОВ А.Ш., АБДУЛЛАЕВ М.И.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

Согласно литературным данным различных авторов, нарушение микробиоценоза кишечника детей, страдающих детской почесухой (ДП) выявляется в 50–90 % случаев. Цель работы заключалась в совершенствовании комплексной терапии ДП у детей с учетом особенностей микрофлоры кишечника.

Нами было обследовано 24 больных возрасте от 1 мес до 3 лет страдающих детской почесухой.

В отличие от кишечника здоровых взрослых людей, кишечник детей первых месяцев жизни характеризуется низкой сопротивляемостью к колонизации чужеродной флорой как патогенной, так и условно-патогенной. Эта особенность облегчает заселение кишечника ребенка полезной микрофлорой, к которой в первую очередь относятся бифидобактерии. В связи с этим, более целесообразным является заселение нужной микрофлоры, что достигается применением пробиотиков.

С этой целью, нами в комплексную терапию ДП был включен препарат Энтерожермина суспензия для перорального применения. Это препарат, в состав которого входят споры бактерий Bacillus clausii в количестве 2 млрд. Преимуществом перед назначением других препаратов является то, что за счет устойчивости к кислой среде желудка, споры в неизменном виде проникают в кишечник, где превращаются в метаболически активные вегетативные клетки, способствующие развитию неспецифического антигенного и антитоксического эффекта. Коррекция нарушений микробиоценоза кишечника проводилась в зависимости от степени дисбактериоза от 12 до 24 дней. Использование в комплексной терапии детской почесухи препарата привело к более быстрому регрессу основных клинических проявлений заболевания, что подтвердилось оценкой кожно-патологического процесса и нормализацией микрофлоры кишечника по данным микробиологического исследования после лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ ПРИ КОЖНЫХ И СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

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

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗРУз;
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

В настоящее время кардинально изменилась жизнь большинства населения земли: хронический стресс, малоподвижный образ жизни, а также изменение климата, загрязнение окружающей среды, урбанизация и другие агрессивные факторы отражаются на здоровье, в результате чего у наших современников мутации в геноме происходят чаще, чем у предков. Это ведет к нарушению гомеостаза, снижению резистентности организма. У многих людей развиваются хронические патологические состояния, включая вторичный иммунодефицит, что сопровождается высоким риском развития различных заболеваний. Такие индивиды часто и долго болеют, трудно выздоравливают и нередко сопровождаются тяжелыми последствиями для иммунокомпрометированных пациентов, поэтому отмечается интерес практических врачей к иммуномодулирующим препаратам.

Из иммуномодулирующих препаратов, хорошо зарекомендовавших себя в клинической практике при лечении кожных, септических заболеваний у взрослых и детей являются препараты полиоксидоний, циклоферон.

Эти препараты в составе комплексной терапии являются высокоэффективным иммуномодулятором широкого спектра действия.

Установлено, что применение этих препаратов в комплексной терапии при кожных и септических заболеваниях способствует уменьшению выраженности симптомов заболевания, повышает эффективность лечения, сокращение сроков выздоровления и частоты повторных заболеваний.

И так, применение иммуномодулирующих препаратов в комплексной терапии оказывает положительное воздействие на клиническое течение кожных и септических заболеваниях.

Побочных эффектов не наблюдалось.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ИММУННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

КАБУЛОВ Ш.М., ТУРСУНОВ Ш.Б., ПУЛАТОВА Р.З., НАСЫРОВА Ш.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗРУз;
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Проблема гнойно-септических заболеваний в последние годы остается актуальной в связи с высоким уровнем заболеваемости и летальности среди детей.

Нами проведена оценка эффективности некоторых иммунокоррегирующих препаратов (полиоксидоний, ликопид) при сепсисе у детей раннего возраста в составе комплексной терапии индукторов интерферона в сочетании с иммуномодулирующими цитокинами.

Для коррекции цитокинового дисбаланса мы предлагаем применение иммунных препаратов как полиоксидоний, ликопид.

Полиоксидоний — синтетический препарат, действует на клетки моноци-тарного-макрофагальной системы и вызывает центростремительную актива-цию иммунитета.

Препарат применялся для лечения 30 детей раннего возраста. Назначался на высоте клинических проявлений сепсиса по 0,1–0,15 мг/кг массы тела в сутки в/в капельно на 0,9% растворе натрия хлорида или в/м. Курс лечения от 5 до 10 инъекций. Побочных реакций не отмечалось. Оказывал мощный детоксицирующий и иммуномодулирующий эффект.

Ликопид — синтетический аналог гликопептидов бактериальной стенки, обладает высокой иммуномодулирующей активностью и слабой пирогенностью.

Под наблюдением находились 30 больных сепсисом получавших в комплексном лечении иммуномодулятор — ликопид по 0,5 мг два раза в день перорально 10 дней.

Применение ликопида в комплексной терапии сепсиса у детей раннего возраста способствовало коррекции иммунного статуса и более быстрому улучшению состояния больного, что приводило к сокращению длительности пребывания больного в стационаре, уменьшило продолжительность лихорадочного периода, снижало риск развития кандидоза, обладает иммуно-модулирующей активностью, что свидетельствовало фармакоэкономической эффективности данного иммуномодулятора.

Клинический опыт применения полиоксидония, ликопида показал высокую эффективность и иммунотропность данных препаратов, удобных в применении, практически не дающих побочных эффектов, что позволяет широко использовать его в педиатрической практике.

ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ (ACNE VULGARIS) РАЗНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

ЗАВАДСКАЯ Т.С.[1], КАЧАЛОВА Е.А.[2]

Институт экспериментальной патологи, онкологи и радиобиологии им. Р.Е.Кавецкого НАН Украины, Киев, Украина[1]
Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, Киев, Украина[2]

Цель работы. Оценить эффективность использования возможностей метода фотодинамической терапии (ФДТ) с применением 5-аминолевулиновой кислоты в комплексном лечении угревой болезни.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 15 пациенток страдающих угревой болезнью средней и тяжелой степени тяжести. Возраст пациенток колебался от 20–35 лет. Клинические проявления угревой болезни у обследованных нами пациенток характеризовались воспалительными папулами и пустулами, множественными стойкими гипер- и гипотрофическими рубцами, очагами гиперпигментации. После предварительной комплексной индивидуализированной терапии обследованных больных которая включала антибиотикотерапию, коррекцию гормонального фона (у шести пациенток) и дискинезии желчевыводящих путей (у трех пациенток), а также лечение дисбактериоза (у шести пациенток) было проведено две процедуры ФДТ с 5-АЛК с интервалом в один месяц. После предварительного аппликационного нанесения на кожу 20% 5-АЛК (время экспозиции 1 час) под косметическую пленку был сделан сеанс ФДТ аппаратом «Лика-хирург» (λ=635 нм) производства ЧМПП «Фотоника Плюс» (Черкассы), плотность мощности излучения — 40 мВт/см^2, доза облучения — 12 Дж/см^2. Во время проведения процедуры пациентки указывали на незначительные бо-

левые ощущения. После процедуры отмечалась резко выраженная эритема, отек с последующим крупнопластинчатым шелушением.

Результаты и обсуждение. В результате комплексной индивидуализированной терапии 5 пациенток, страдающих угревой болезнью, с последующим проведением двух сеансов ФДТ с 5-АЛК, наблюдался полный регресс воспалительных папул на коже лица. Остаточные единичные папулы вапоризировались CO2-лазером (λ=10600 нм). Также была проведена коррекция стойких гипо- и гипертрофических рубцов CO2-лазером. На протяжении первых 3-х дней проводилось увлажнение эмульгентами, начиная с 4-х суток — обработка кожи лица 1% салициловым спиртом. Через 2 месяца у всех пациенток была констатирована полная редукция воспалительных элементов, отсутствие новых высыпаний, сглаживание рубцов, уменьшение пигментации.

Выводы. ФДТ терапия Acne vulgaris с применением 5-АЛК вызывает полный регресс воспалительных элементов кожных высыпаний. Фотосенсибилизатор 5-АЛК может быть использован при всех видах Acne vulgaris и различных степенях тяжести патологического процесса, поскольку избирательно поглощается патологическими тканями и микроорганизмами, а также имеет небольшую молекулярную массу, что обеспечивает хорошее проникновение его во все слои кожи. Данный подход может быть рекомендован для применения в клинической практике при комплексной терапии при Acne vulgaris.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

КАЧАЛОВА Е.А.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Цель работы. Исследовать наличие у больных псориазом метаболического синдрома и нарушений функционирования сердечно-сосудистой системы Материалы и методы. Проведено анализ современных литературных публикаций в которых представлены результаты исследований по возможному влиянию нарушения показателей липидного спектра крови на возникновение сердечно-сосудистой патологии у больных псориазом. Собственные исследования включали комплексное клинико-лабораторное обследование 20 больных на бляшечный псориаз. Оценка степени тяжести течения дерматоза проводилось за индексом PASI. Определение антропометрических характеристик с оценкой индекса массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле Кетле (ИМТ=МТ/Р2, де МТ — масса тела, кг; Р-рост, м). Всем больным псориазом было проведено електрокардиографическое обследование. Оценка показателей липидного спектра крови проводилась с использованием стандартних тест систем. Наличие метаболического синдрома виявляли согласно действующим критериям Американской ассоциации кардиологов.

Результаты и обсуждение. Согласно результатам комплексного клинико-лабораторного и специального обследования у всех 20 больных псориазом виявлено наличие взаимосвязи между тяжестью, длительностью течения дерматоза и тяжестью нарушения показателей уровня липидного профиля крови (метаболический синдром) и развитием сердечно-сосудистой патологи. При электрокардиографическом обследовании у 5 из 20 обследованых больных псориазом выявлена блокада правой ножки пучка Гиса, у 5 — гипертрофия миокарда, у 7 — нарушение реполяризации желудочков, у 3 — блокада левой ножки пучка Гиса.

Выводы. Установлена взаимосвязь между тяжестью, длительностью течения псориаза и метаболическим синдромом, а также наличием сердечно-сосудистой патологи у этих больных. Дальнейшие углубленные исследования в этом направлении будут сопутствовать расширению предствления о патогенезе дерматоза, а также учитываться при разработке тактики комплексной терапии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

КИРИЕНКО В.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Отсутствие единого мнения в вопросах патогенеза и недостаточный учет роли стрессовых факторов в нарушениях пищевого поведения у больных псориазом — наиболее существенные причины неэффективности терапии дерматоза. Нами было проведено исследование, целью ко-

торого было исследовать у больных псориазом типы пищевого поведения. Под наблюдением находилось 60 больных псориазом с нормальным и избыточным весом. Всем больным проводилось определение пищевого поведения с помощью голландского опросника пищевого поведения DEBQ. В ходе исследования выявлено, что у больных псориазом с нормальным и избыточным весом были получены достоверные результаты по 3 шкалам — ограничительное, эмоциогенное и экстернальное пищевое поведение. Обнаружено, что у больных псориазом с избыточным весом определялись более высокие показатели, чем у больных с нормальным весом. Полученные данные свидетельствуют о том, что больные псориазом с избыточным весом негативные эмоции удовлетворяют неадекватным способом. Больные реагируют «заеданием» стресса и негативных переживаний, напряжения, что приводит к формированию чувства вины и дальнейшего эмоционального напряжения.

ОБЩЕСТВЕННАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ — СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

КОРОЛЕНКО В.В., СТЕПАНЕНКО В.И.

Национальный медицинский университет имени Богомольца, г. Киев, Украина

Общественная дерматовенерология (англ. Public Health or Community Dermatology and Venereology) является комплексной современной дисциплиной на пересечении общественного здоровья (Public Health) и дерматовенерологии (Dermatology and Venereology). Она охватывает организационные аспекты здоровья кожи и профилактики дерматозов и заболеваний, передающихся половым путем, во всех группах населения.

В рамках ухода за кожей все медицинские работники должны быть обучены наблюдать и распознавать состояние кожи, учитывая, что ошибки при диагностике, которые встречаются здесь довольно часто, могут привести к инвалидности или смерти. К сожалению, реальность такова, что вклад, который могла бы сделать дерматология путем пропаганды поддержания здоровья кожи и универсального ухода за ней, занимает второе место среди приоритетов дерматовенеролога / дерматолога во всем мире. Необходимыми являются оба вышеуказанных профиля дерматовенерологов, но не менее необходимы выгоды, получаемые от улучшения уровня популяционного здоровья, что является результатом, в том числе, профилактической работы и снижения стоимости широко доступных эффективных средств для ухода за кожей и косметики для обеспечения здоровья и эстетической привлекательности кожи.

Построение современного общественного здоровья в Украине приобретает новые оттенки в свете имплементации Соглашения об ассоциации с Европейским Союзом. Учитывая существующие глобальные вызовы, которые ставят дерматологические проблемы перед каждой национальной системой здравоохранения, следует рассматривать дерматовенерологическую службу как одного из основных игроков на поле общественного здоровья Украины и ставить перед ней соответствующие задачи в ходе реформирования. Именно поэтому развитие общественной дерматовенерологии как комплексной дисциплины в составе как дерматовенерологии, так и общественного здоровья, является актуальным на сегодняшний день, учитывая социально-экономическую целесообразность первоочередного развития профилактического направления, в том числе третичной профилактики (реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности). При этом важно не допускать перекосов в сторону первичной профилактики за счет значительного уменьшения расходов на вторичную и третичную, поскольку это может привести в некоторых случаях к ощутимому ухудшению качества жизни и даже гибели социально незащищенных пациентов.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

КУТАСЕВИЧ Я.Ф., ОЛЕЙНИК И.А., МАШТАКОВА И.А., ГАВРИЛЮК А.А.

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», г. Харьков

Цель исследования: изучить уровни провоспалительного (ИЛ-1β) и противовоспалительного (ИЛ-10) цитокинов в сыворотке крови больных псориазом в зависимости от степени тяжести и клинической формы заболевания.

Материалы и методы: были обследованы 82 пациента в возрасте от 18 до 67 лет. I группу составили 56 больных с тяжелыми формами псориаза, во II группу вошли 26 пациентов с вульгарным псориазом. Контрольная группа включала

20 здоровых добровольцев репрезентативных по полу и возрасту.

Результаты: у больных I и II групп установлено достоверное повышение уровня ИЛ-1β по сравнению с контрольной группой. Данный показатель возрастал с увеличением площади и выраженности воспалительных изменений. У больных тяжелыми формами псориаза (I группа) содержание ИЛ-1β было в 3–4 раза достоверно выше по сравнению с контрольной группой. Наиболее высокий показатель ИЛ-1β отмечался при артропатическом псориазе, превышая в 5–6 раз уровень в контрольной группе. Содержание ИЛ-10 у больных I и II групп имело тенденцию к повышению по сравнению с контрольной группой, причем во II группе (у больных вульгарным псориазом) его содержание было достоверно выше чем у больных тяжелыми формами псориаза (I группа).

Выводы: значительное повышение уровня ИЛ-1β, более выраженное у больных с тяжелыми формами псориаза, особенно у больных артропатическим псориазом на фоне низкой экспрессии ИЛ-10, свидетельствует о наличии дисбаланса между про- и противовоспалительными цитокинами и развитии недостаточной противорегулирующей способности иммунологической системы при псориазе.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У КУРИЛЬЩИКОВ ТАБАКА

ЛЕСНИЦКИЙ А.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Учитывая многогранность патогенетических механизмов развития псориаза, постоянно ведется большое количество исследований, направленных на разработку новых терапевтических стратегий. Во многих работах, анализирующих взаимосвязь между табакокурением и развитием псориаза, показано наличие позитивной корреляции, хотя в большинстве из них не учтена зависимость от стажа употребления табака, поэтому могут быть представлены противоречивые результаты. В исследовании, включавшем наблюдение за 124 пациентами, показано, что по сравнению с некурящими у курильщиков существует многофакторный относительный риск, который увеличивается от 1,19 для лиц до 10 пачко-лет до 2,72 у пациентов с анамнезом курения 65 пачко-лет и более. Таким образом, наблюдалось постепенное увеличение заболеваемости псориазом по мере более длительной продолжительности курения. Для курящих больше 30 лет риск был выше в 2 раза. Улучшение клинического течения псориаза на фоне проводимой терапии отмечено у 78 % некурящих лиц и только у 22 % курильщиков. Среди пациентов без видимого терапевтического эффекта 34 % являются некурящими, тогда как 66 % были курильщиками. У больных псориазом независимо от пола частота улучшения состояния была существенно ниже, чем у некурящих.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

ЛИТИНСКАЯ Т.А., КЛИМЕНКО А.В.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г.Киев, Украина

Ключевые слова: микробиота кишечника, псориаз, водородный дыхательный тест с глюкозой, дисбиоз кишечника.

Цель работы. Изучить частоту и особенности нарушений кишечной микробиоты у больных псориазом в зависимости тяжести клинического течения дерматоза.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 52 больных с вульгарным псориазом, при этом нетяжелое течение дерматоза (индекс PASI до 10 баллов) было диагносцировано у 15 (28,8 %), среднетяжелое и тяжелое течение (индекс PASI от 10 до 40 баллов) — у 37 (71,2 %) больных. С целью диагностики синдрома избыточного бактериального роста (СНБР) и дисбиотических изменений толстого кишечника, больным проводили водородный дыхательный тест с глюкозой (Н2-ГДТ) и микробиологическое исследование кала. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

Результаты и обсуждение. У больных псориазом была виявлена высокая частота различной кишечной патологии, в спектре которой доминировал синдром раздраженного кишечника, диагносцированый у 17 (32,7 %) больных, а также лактазная недостаточность.

СИБР был выявлен у 14 (26,9 %) больных, согласно результатам Н2-ГДТ. При этом, СИБР до-

стоверно чаще диагносцировался у больных со среднетяжелым и тяжелым течением псориаза, также у них были выше средние показатели концентрации водорода, чем у больных с нетяжелым течением дерматоза. У 37 (71,2 %) больных псориазом был диагносцирован сопутствующий дисбиоз толстого кишечника, который характеризовался снижением количества бифидо- и лактобактерий и увеличением представителей условно-патогенной и патогенной микрофлоры. Степень тяжести псориаза коррелировала с ростом степени тяжести дисбиоза кишчника.

Выводы. Полученные данные позволяют предположить, что нарушение микробиоты кишечника, в частности наличие СИБР и дисбиоз толстого кишечника, могут быть пусковым фактором и важным фактором патогенеза, негативно влияющим на тяжесть течения и распространенность псориаза, поэтому сопутствующая патология кишечника нуждается в соответствующей диагностике и медикаментозной коррекции.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ. МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

ЛИТИНСКАЯ Т.А.

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца (г. Киев, Украина)

Ключевые слова: микробиота кишечника, псориаз, дисбиоз, пробиотики, бион-3

Цель работы. Разработка новых методов лечения больных псориазом с сопутствующим нарушением микробиоты кишечника, что позволит повысить эффективность терапии и снизить частоту рецидивов дерматоза.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 52 больных с вульгарным псориазом. С целью диагностики синдрома избыточного бактериального роста (СНБР) и дисбиотических изменений толстого кишечника, больным проводили водородный дыхательный тест с глюкозой (Н2-ГДТ) и микробиологическое исследование кала. Эффективность терапии оценивалась на основании результатов лечения пациентов, которые были распределены в две клинические группы. Пациенты основной группы получали комплексную терапию (КТ), которая включала применение пробиотика бион-3 и селективного кишечного антибиотика (при наличии СИБР) на фоне традиционной терапии. Пациенты группы сравнения получали традиционную терапию.

Результаты и обсуждение. У больных псориазом был виявлен широкий спектр сопутствующей кишечной патологии (синдром раздраженного кишечника, лактазная недостаточность и др.). Сопутствующий дисбиоз толстого кишечника был диагносцирован — у 37 (71,2 %), СИБР — у 14 (26,9 %) больных псориазом. Учитывая высокую частоту сопутствующего дисбиоза толстого кишечника патогенетически обоснованным было включение в комплексную терапию комбинированного препарата бион-3, в состав которого входят пробиотики (лакто- и бифидобактерии), 12 витаминов (А, Е, С, группа В и др.), 10 минералов, которые обладают «эффектом синергии». Кроме того, больным с сопутствующим СИБР дополнительно назначался селективный кишечный антибиотик — рифаксимин. В результате КТ у больных основной группы отмечалось повышение эффективности лечения, снижение частоты рецидивов, а также у абсолютного большинства больных отмечалось устранение СИБР, согласно результатов Н2-ГДТ, а также тенденция к устранению дисбиоза толстого кишечника, в том числе нормализация спектра кишечной микрофлоры.

Выводы. Разработанная комплексная терапия с включением средств направленных на коррекцию выявленных сопутствующих нарушений со стороны микробиоты кишечника, обеспечивает значительное повышение эффективности лечения, уменьшение частоты рецидивов дерматоза, а также способствует нормализации микробиоты кишечника у больных псориазом.

ИЗУЧЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНАОГО СТАТУСА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

МАВЛЯНОВА Ш.З., ИЗВЕКОВА О.В., ЮНУСОВА З.И.

Республиканский специализированный научно-практический центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Изучение закономерностей развития аллергодерматозов является одним из основных направлений дерматологии, так как они реализуются в сложном взаимодействии иммунно-генетических, нейроэндокринных нарушений в совокупности с воздействием многочисленных факторов окружа-

ющей среды с преимущественным поражением кожи. На сегодняшний день отсутствуют данные литературы относительно функционального состояния щитовидной железы у больных аллергодерматозами. Недостаточно изучены вопросы, касающиеся особенностей функциональных сдвигов тиреоидного статуса у больных аллергодерматозами.

Целью исследования явилось изучение гормонального статуса щитовидной железы у больных аллергодерматозами.

Материал и методы исследования. Обследовано 33 больных с аллергодерматозами в возрасте от 10 до 44 лет (17 мужчин и 16 женщин). У всех больных проводили клинические, микробиологические, гормональные исследования. Контрольную группу составили 17 здоровых лиц в возрасте от 15 до 47 лет.

Результаты исследования. По нозологии среди 33 больных с диагнозом атопический дерматит выявлен — у 16, аллергический дерматит — у 9 и крапивница — у 8. По возрасту от 10 до 20 лет составили — 7, 21–30 лет — 6, 31–40 лет — 7 и свыше 40 лет — 10 больных.

Изучение дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС) в каждой группе показало повышение показателей и в средне составили 19,9+0,9 баллов, что соответствовало среднетяжелой степени тяжести заболевания. Тогда как в группе больных АД — ДИШС составил 18,7 +1,1 баллов, у больных АлД — 16,8+1,3баллов и в группе больных крапивницей — 25,3+1,4 баллов соответственно.

Результаты гормональных исследований методом иммуноферментного анализа показали дисфункцию щитовидной железы у больных аллергодерматозами. Уровень Т3 повышался в 1,9 раз и составил 2,9+0,4нмоль/л ($P < 0,05$), уровень Т4 снижался в 1,3 раза и составил 6,4+0,4 мкг/дл, тогда как уровень ТТГ в среднем составил 0,9+0,07 мМЕ/мл, что характеризовало повышением в 1,8 раз по сравнению с контрольной здоровой группой ($P < 0,05$).

Больные были консультированы эндокринологом и проведены УЗИ исследования щитовидной железы. Результаты исследования выявили диффузный зоб I степени — у 83,3%, а у 16,6% случаев — гипотериоз. Набор материала продолжается.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКСТАН)

МАВЛЯНОВА Ш.З., ЕЩАНОВ М.К., БОЙМУРЗАЕВ Н.И., МУЛЛАХАНОВ Ж.Б.

Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Кожновенерологический диспансер Республики Каракалпакстан

Аллергические заболевания кожи занимают ведущее 4-е место среди дерматозов. Около 30% населения экономически развитых стран страдает этим заболеванием, причем у более 1/3 больных оно сохраняется во взрослом возрасте, реализуемое в сложном взаимодействии иммунно-генетических, нейроэндокринных нарушений в совокупности с воздействием многочисленных факторов окружающей среды.

Цель исследования: изучить клиническую и микробиологическую характеристику аллергодерматозов у больных, проживающих в Республике Каракалпакстан.

Материал и методы исследования. В кожновенерологическом диспансере Республики Каракалпакстан было обследовано 56 больных с кожными заболеваниями в возрасте от 1 до 61 года (18 мужчин и 38 женщин). У всех больных проводили клинические и микробиологические исследования. Контрольную группу составили 19 здоровых человек.

Результаты исследования. По нозологической форме среди 56 больных аллергодерматозами у 32 больных был диагностирован аллергический дерматит, у 18 — атопический дерматит, у 2 — многоформная экссудативная эритема, у 4 — токсикодермия. По возрасту: до 5 лет — 5 больных, 6–10 лет — 9, 11–15 лет — 7, 16–20 лет — 10, 21–30 лет — 8, 31–40 лет — 5 и свыше 40 лет — 12 больных.

Результаты микробиологических исследований в КВД Республики Каракалпакстан показали, что несмотря на отсутствие типичных признаков вторичного инфицирования (пустулы, импетиго, фолликулиты и др.) на коже у больных аллергодерматозами в 69,6% случаев высевается staphylococcus spp. с повышенной обсемененностью — в среднем 2109,7 + 177,5 КОЕ/см^2 ($P < 0,05$). В группе аллергодерматозов патогенная флора наиболее часто высевалась у больных атопическим дерматитом — 50% и аллергическими дерматитами — 31,3% соответственно.

Полученные данные подтверждают значимость микробиологических факторов в формировании и клиническом течении аллергодерматозов, и требуют разработки оптимальных патогенетических методов терапии с учетом микробиологического статуса кожи больных АД.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ В НАМАНГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

МАВЛЯНОВА Ш.З., ХОЛМИРЗАЕВ О.А., МУЛЛАХАНОВ Ж.Б., ЮНУСОВА З.И., ИНОЯТОВ Д.А.

Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз; Наманганский кожновенерологический диспансер

Изучение особенностей клинического течения аллергодерматозов с учетом региональных особенностей является одним из приоритетных направлений практической дерматологии.

Целью исследования явилось изучение клинического течения и оценка микробиологической картины кожи у больных аллергодерматозов, проживающих в Наманганской области.

Материал и методы исследования. Обследовано 57 больных с различными кожными заболеваниями в возрасте от 7 дней до 79 лет (25 мужчин и 32 женщины). У всех больных проводили клинические и микробиологические исследования. Контрольную здоровую группу составили 15 человек в возрасте от 14 до 47 лет. Клинические исследования характеризовались сбором анамнеза, осмотром общего состояния и кожно-патологического процесса, определение дерматологического индекса шкалы симптомов.

Результаты исследования. Среди 57 больных с кожными заболеваниями аллергические дерматозы были выявлены у 43 больных, что составило 75,4 %. Лица мужского пола составили — 18 (41,8 %) и женского — 25 (58,1 %). Возраст больных колебался от 4 до 52 лет.

По клинической форме у 20 больных диагностированы — аллергодерматиты (АлД), у 15 — атопический дерматит (АД) и у 8 — крапивница. По возрасту до 5 лет составили — 3 больных, 5–10 лет — 6, 11–15 лет — 2, 16–20 лет — 8, 21–30 лет — 9, 31–40 лет — 5 и более 40 лет — 10 больных.

По давности основного заболевания большинство больных 51,2 % (22 из 43 больных) страдали до 1 года, от 1 — 5 лет — 10 больных (23,3 %) и более 5 лет — 11 больных, что составило 25,6 %.

Изучение дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС) во всех группах аллергическими заболеваниями кожи в среднем составлял 19,4 + 0,9 баллов, что соответствовало средне-тяжелой степени тяжести заболевания. Однако, с учетом основного заболевания у больных крапивницей ДИШС превышал в 1,4 раза по сравнению группой АД и 1,7 раза по сравнению больных аллергодерматитами и составил — 27,1 + 0,3 баллов и характеризовал тяжелое течение дерматоза. Тогда как, в группе АД индекс ДИШС составил 19,6 + 1,4 баллов и он был выше в 1,2 раза по сравнению с больными группы аллергодерматитами, и обуславливал средне-тяжелое течение заболевания. Тогда как у больных аллергодерматитами тяжесть течения заболевания имел средней степени тяжести и 15,7 + 0,7 баллов.

Заключение. Изучение степени тяжести в каждой группе показало, что тяжелая степень тяжести в большинстве случаев наблюдалось у больных крапивницей — в 75 % случаев, средне-тяжелая степень наиболее чаще наблюдалось в группе больных АД — 86,6 % и аллергодерматитами — 70 % случаев соответственно, а легкая степень тяжести наблюдалось в группе больных аллергодерматитами — в 30 % случаев.

К КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

МАВЛЯНОВА Ш.З., ТЕШАБАЕВА Д.А., БОЙМИРЗАЕВ Н.М.

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

Аллергические дерматозы характеризуются хроническим и рецидивирующим течением, что обусловлено сложными иммунологическими, нейро-гормональными нарушениями в организме больных. Приходится констатировать, по данным литературы немаловажное значение имеет микробная колонизация и суперинфекция (преимущественно Staphylococcusaureus), это в свою очередь может вызвать обострение заболевания и обосновывает применение антибактериальных и антисептических препаратов.

Цель исследования: изучение микробиологического статуса кожи больных аллергодерматозами.

Методы исследования: Клинические (Международная классификация болезней, 2000 г.).

Изучение степени тяжести заболевания с определением дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС).

Оценка исходной тяжести кожного процесса проведена с применением дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС). Показатель определялся по 9 основным клиническим проявлением заболевания: эритема, отек, мокнутие, лихенификация, папулы, сухость, шелушение, трещины, зуд (от 1 до 4 баллов). Показатель ДИШС колебался от 7 до 32, а среднегрупповой показатель ДИШС составил 19,7±3,6 балла, что клиническиявлялось эквивалентным средней тяжести заболевания.

В результате микробиологических исследований кожи больных аллергодерматозами при видовой идентификации стафилококковой флоры был выявлен рост Staphylococcus aureus — у 29 (59,1 %), Staph. epidermidis — у 8 (16,3 %), Staph. saprofiticus — у 6 (12,2 %), Staph.hominis — у 4 (8,1 %), Staph. hemolyiticus — 2 (4,1 %) больных аллергодерматозами.

Изучение степени колонизации стафилококковой флоры на коже у больных выявило повышение уровня обсеменения по сравнению с группой контроля (P < 0,05). Так показатель колонизации на коже в очагах поражения у больныхаллергодерматозами Staphylococcusaureus составил в среднем 1720 КОЕ/см², Staph. epidermidis — 108 КОЕ/см², Staph. saprofiticus — 342 КОЕ/см², Staph. hominis — 84 КОЕ/см², Staph. hemolyiticus — 96 КОЕ/см².

Выводы: Таким образом, в результате микробиологических исследований кожи больных аллергодерматозами на фоне отсутствия признаков пиогенного процесса было выявлен преимущественно рост Staphylococcus aureus в 59,1 % случаев с высоким уровнем колонизации — 1720 КОЕ/см².

Полученные результаты требуют продолжения исследований в этом направлении. По нашему мнению результаты исследований характеризуют роль стафилококковой флоры, как предиктора воспаления при аллергических дерматозах.

КЛИНИКО- АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

МАВЛЯНОВА Ш.З., ТЕШАБАЕВА Д.А., ИСМАГИЛОВ А.И.

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

За последние годы по данным ВОЗ среди актуальных заболеваний четвертое место занимают аллергодерматозы среди населения экономически развитых стран, что составляет около 30 %. При этом за последние десятилетия по данным отечественных и зарубежных ученых клиническое течение аллергодерматозов характеризуется усугублением тяжести течения, хронизацией и частым рецидивированием процесса, резистентностью к проводимой традиционной терапии.

Цель исследования: изучение особенностей клинического течения аллергодерматозов.

Материал и методы: Клинические (Международная классификация болезней, 2000), определение дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС).

Результаты: Исследовательская работа была проведена на базе клинического отдела РСНПМЦДиВ, где было обследовано 53 больных с различными аллергодерматозами в возрасте от 2 до 79 лет, из них 25 мужчин, 28 женщин. Из 53 пациентов — 13 с диагнозом аллергический дерматит, 2 — крапивница, 10 — токсикодермия, 16 — атопический дерматит, 6 — почесуха, 5 — хроническая экзема, 1 — многоформная экссудативная эритема. Все больные были обследованы в фазе клинического обострения.

Из анамнестических данных длительность течения аллергодерматозов до 1 года регистрировалась у 15 больных, от 1 года до 5 лет — у 18 больных, более 5 лет — у 20 больных. Все исследуемые больные были обследованы в фазе клинического обострения. Больные были распределены по возрасту: До 14 лет — 8 больных, 15–20 лет — 6 больных, 21–30 лет — 7 больных, 31–40 лет — 10 больных, 41–50 лет — 7 больных, свыше 50 лет — 15 больных.

Изучение предположительных причинных факторов развития процесса выявило лекарственный фактор у 4 больных, пищевой — у 16 больных, солнечный — у 1 больного, химический — у 7 больных, идиопатический — у 9 больных, биологический у 1 больного. В тоже время 15 больных причину обострения точно указать не могли.

Тщательный сбор анамнеза выявило рецидивирование заболевания более 4–5 раз в году- у 31больного, что составило 58,5 %.

Изучение степени тяжести процесса по показателю ДИШС показало легкое течение заболевания (до 8 баллов) у 9 больных, среднее течение (9–18 баллов) — 23 пациентов, тяжелая степень (более 18 баллов) регистрировалась у 31 больного. Показатель дерматологического индекса шкалы симптомов регистрировался от ми-

нимального 6 до максимального 35 баллов, при этом средний показатель составил 25,3 баллов.

Анализ сопутствующих патологий выявил следующее: у 32 больных — анемии, заболевания гепатобиллиарной системы и ЖКТ — 49, заболевания ССС — у 7 больных, заболевания нервной системы — у 12 больных, эндокринопатии диагностированы у 28 исследованных лиц, болезни мочеполовой системы — у 9 пациентов.

Выводы: Таким образом, изучение клинико-анамнестических данных 53 больных аллергодерматозами выявила определенные изменения: преобладание больных с атопическим дерматитом — у 30,1%, аллергическим дерматитом — у 24,5%, токсикодермиями — у 18,9% исследованных пациентов. Изучение анамнестических данных выявило, что в 58,5% случаев клиническое течение аллергодерматозов имело хронически-рецидивирующий характер. Полученные результаты представляют интерес для проведения дальнейшего углубленного изучения течения аллергодерматозов.

К СОСТОЯНИЮ БЕЛКОВОЙ ФРАКЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

МАВЛЯНОВА Ш.З., МАМАТКУЛОВ У.А., ЕСИОНОВА Е.В., АТАЖОНОВ Ш.Ю., ЖАББАРОВ М.М.

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

На сегодняшний день остро стоит проблема диагностики аллергодерматозов. Методы лабораторного определения общего IgE не могут быть основными критериями диагностики аллергодерматозов. Невозможно однозначно интерпретировать данные иммунологических показателей как критерии тяжести заболевания, поэтому они должны применяться в комплексе другими клинико-лабораторными исследованиями. В связи с этим изучение значимости биохимических показателей организма с учетом определения показателей альбумина и гамма-глобулина даст возможность выяснить некоторые механизмы развития аллергических реакции.

Целью исследования явилось оценка состояния белковой фракции (альбумин и гамма-глобулин) у больных аллергодерматозами.

Материал и методы исследования: Обследовано 40 больных с аллергодерматозами в возрасте от 4 лет до 51 года (24 мужчины и 23 женщины). У всех больных проводили клинические и биохимические методы исследования. Для оценки состояния белковой фракции в сыворотки крови определяли альбумин и гамма-глобулин методом BCG с использованием фотометрического колориметрического теста для альбумина и гамма-глобулина.

Результаты исследования. По клинической форме аллергодерматозов у 19 больных диагностирован атопический дерматит, у 10 — токсикодермия, у 9 — аллергический дерматит и у 9 — крапивница.

Анализ полученных результатов биохимический исследований показал, что у больных аллергодерматозами уровень альбумина повышался в 1,06 раз и составил 45,5+0,8mg/dl, однако имел недостоверный характер ($P>0,05$). Тогда как уровень гамма-глобулина в среднем составил 43,4+4,6U/L, что в 1,5 раза повышался по сравнению показателей здоровых лиц (28,9+0,9 U/L) и имел достоверный характер. ($P<0,05$).

Следует отметить, что у больных аллергодерматозами в крови отмечали гиперпродукцию общего IgE и в среднем составило 174,4+9,8 МЕ, что в 2,4 раза превышала показателей здоровых лиц. ($P<0,05$)

Таким образом, у больных аллергодерматозами отмечается гиперпродукция белковой фракции в крови, особенно гамма-глобулина в 1,5 раза, что обуславливает наличие острого воспалительного процесса не смотря на давность заболевания. Исследования продолжаются.

К ПОКАЗАТЕЛЯМ ОБЩЕГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е И ФНО-АЛЬФА У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

МАВЛЯНОВА Ш.З., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А., БУРХОНОВ А.У.

Поиск патогенетических механизмов развития аллергодерматозов является приоритетным направлением практической дерматологии.

Следует отметить, что иммуно-генетические основы формирования аллергических заболеваний кожи в условиях жаркого климата недостаточно изучены. Анализ литературы показывает, что изучение роли провоспалительных цитокинов (ФНО-альфа) в ассоциации с гуморальным звеном иммунитета и микробиологического статуса кожи у больных аллергодерматозами представляет актуальную задачу для разработки опти-

мальных методов диагностики степени тяжести и лечения.

Цель исследования: Дать оценку состояния общего иммуноглобулина Е и провоспалительного цитокина (ФНО-альфа) у больных с различными формами аллергодерматозов.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 60 больных различными формами аллергодерматозов в возрасте от 4 до 71 года. Лица мужского пола составили 33 человек и женского — 27. У всех больных проводили клинические, иммунологические и микробиологические, статистические методы исследования. Контрольную группу составили 21 здоровые лица соответствующего возраста.

Результаты исследования. По клинической форме аллергодерматозов у 24 больных диагностирован атопический дерматит (АД), у 17 — аллергический дерматит, у 10 — токсикодермия и у 9 — крапивница.

Изучение степени тяжести процесса по показателю ДИШС показало легкое течение заболевания — у 16,9% больных, средней степени тяжести — у 43,4% и тяжелая степень — у 58,5% больных.

Определение общего IgE в крови у больных аллергодерматозами выявило повышение уровня в 2,6 раз и составил в среднем 191,8+3,7 МЕ ($P<0,05$). С учетом нозологической формы наибольшую гиперпродукцию отмечали в группе больных крапивницей — 203+2,7МЕ и токсикодермией — 201+3,1МЕ ($P<0,05$), тогда как в группе больных аллергодерматитами общий IgE составил — 184,1+3,1МЕ и атопическим дерматитом — 179,1+5,1МЕ ($P<0,05$) соответственно.

Изучение показателей ФНО-альфа выявило такую же тенденцию — высокую продукцию провосполительного цитокина в 9,6 раз по сравнению показателей здоровых лиц. ($P<0,05$) Повышенная концентрация отмечалось в группе больных токсикодермия — 23,8+0,4 пг/мл (у здоровых 2,5+0,1 пг/мл, $P<0,05$) и в группе больных крапивницей — 24,03+0,3 пг/мл.

Полученные данные свидетельствуют о развитии выраженной аллергической реакции в организме больных, обуславливающие тяжелое течение дерматоза. Исследования продолжаются .

ОПТИМИЗАЦИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ

МАВЛЯНОВА Ш.З., ИСМАГИЛОВ А.И., ЯХШИЕВА М.Ф.

Республиканский специализированный научно-практический центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Бухарский Государственный Медицинский институт МЗ РУз

Разработка оптимальных методов терапии при хронических дерматозах является одним из актуальных проблем практической дерматологии. Наружное лечение является неотъемлемой частью комплексной терапии дерматозов. Особый интерес дерматологов вызывают топические глюкокортикостероиды. Так как они обладают противовоспалительными, противомикробными и противоаллергическими эффектами.

Целью исследования явилось изучение эффективности топического кортикостероида «Деклосид» у больных себорейным дерматитом.

Материал и методы исследования. Обследовано 41 больных с себорейным дерматитом в возрасте от 18 до 47 лет. У всех больных проводили клинические и микробиологические исследования.

Клинические исследования характеризовались определение дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС) до и после лечения. Микробиологические исследования кожи заключалось в бакпосеве кожных чешуек очагов поражения и не пораженного участка. Для микробиологических исследований использовались 5% кровяной агар, среда Эндо, Левина и соляной агар с маннитом. Инкубацию культуры производили в термостате при температуре 36,8°С. Контрольную группу составили 27 здоровые человек в возрасте от 16 до 43 лет.

Результаты исследования. Основанием для применения данного препарата явились результаты микробиологических исследований с определением чувствительности к антибактериальным препаратам и кожно-патологический статус у данной категории больных.

Результаты микробиологических исследований у больных себорейным дерматитом показали наличие микст-микрофлоры — условно-патогенных микроорганизмов на коже в очагах поражения. Так, на коже в очагах поражения в 21,5% случаев были культивированы дрожжеподобные липофильные грибы Pityrosporum ovale и st.aureus — у 29,4%, st. Haemolyticus — у 8(15,7%), st.saprophyticus — у 11(21,5%) больных. Следует отметить, что колонизация представителей семейство Micrococcaceae в очагах поражения статистически достоверно превышало показателей микрофлоры у здоровых лиц ($P<0,05$), что составило в среднем 1221,5±215,6 КОЕ/см². Полученные данные свидетельствуют о высокой обсемененности патогенной флоры stafylococcus spp. на коже у больных себорейным дерматитом.

Изучение антибактериальной чувствительности staphylococcus spp. показало высокую чувствительность к антибиотикам группы аминогликозидов (гентамицин сульфат — 89–94 %), группы макролидов (азитромицин — 83 %), фторхинолинов (левофлоксацин — 90–92 %, ципрофлоксацин — 81 % соответственно), группы цефалоспоринового ряда (цефотаксим, цефтриаксон — 90–93 % соответственно), что свидетельствует о высокой патогенности этих микроорганизмов.

Учитывая клинико-микробиологические показатели у больных себорейным дерматитом для местного лечения нами был применен «Деклосид», обладающий одновременно воздействовать на все патологические механизмы. Наружная терапия применена 2 раза в день в течение 7–10 дней на фоне комплексной терапии.

Для оценки клинической эффективности деклосида определяли дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС)). Результаты клинического наблюдения показало, что применения деклосида способствовало уменьшение эритемы на 64,6 % ($P < 0,05$), отечности — на 76,3 % ($P < 0,05$), шелушения –на 47,2 %, папулезных элементов — на 49,8 %. Применение деклосида способствовало значительному снижению субъективных ощущений — зуда в 7,1 раза ($P < 0,05$). Тогда как в группе контрольных лиц, получавших только гентамициновую мазь ДИШС не было значимых положительных сдвигов, что способствовало сохранению шелушения, воспалительных участков и зуда.

Таким образом, использование деклосида в качестве наружной терапии у больных себорейным дерматитом способствовало повышению терапевтической эффективности, что рекомендуется для широкого использования, особенно у больных со средне-тяжелой степенью тяжести заболевания.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПТИМИЗИРОВАННОЙ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

МАВЛЯНОВА Ш.З., ХАКИМОВ Д.Р., АКРАМОВ Ш.Ш., КАРИЕВА Н.Р.

Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Межрайонный кожновенерологический диспансер № 3 (г.Ташкент)

В практическое здравоохранение в специализированных дерматологических учреждениях (клиника РСНПМЦДиВ МЗ РУз, Межрайонный КВД №3 г.Ташкента) был внедрен оптимизированный метод наружной терапии у больных угревой болезнью, характеризующийся назначением физиотерапевтической процедуры — электрофореза с 0,02 % использованием изотонического раствора декаметоксина и раствора флюконазола 100 мг на очаги поражения №10.

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты оптимизированной наружной терапии у больных угревой болезнью.

Материал методы исследования. Нами обследованы 54 больных угревой болезнью в возрасте от 14 до 28 лет. Среди них лица женского пола составили 18 больных, мужского пола — 36. У всех больных проводили клинические и микробиологические исследования. Для определения степени тяжести заболевания использовали классификацию, разработанную Американской Академией Дерматологов. У 10 больных диагностирована легкая степень заболеваемости, что составило 18,5 %, у 17 (31,5 %) — средняя степень тяжести и тяжелая степень — у 27 (50 %) больных.

По клинической форме выделили следующие формы: у 14 (25,9 %) больных -комедоны (comedosouacnecomedonica), у 32 (59,3 %) — папуло-пустулезная форма (acnepapulosaetpapulopustulosa), у 8 (14,8 %) — конглобатные формы (acneconglobata) соответственно.

Микробиологические исследования очагов поражения кожи у больных угревой болезнью показали высокий рост патогенных микроорганизмов из семейство Micrococcacea — staphylococcus spp. — в 93,2 % случаев. При этом у 20 больных был высеян st.aureus, что составило 48,8 % случаев, у 5 больных — st.haemolyticus (12,3 %). Причем обсемененность составляла в среднем 1366,8+52,2КОЕ/г. Следует отметить, что патогенная форма staphylococcus spp. был высеян у всех больных тяжелой и средней степенью тяжести угревой болезни. Следует отметить, у больных средне-тяжелой и тяжелой степенью тяжести заболевания в 86,4 % случаев в биосубстратах (кишечник, слизистая полости рта) высевались дрожжеподобные грибы рода Candida более 10 000 КОЕ/г, что обуславливало высокую грибковую обсемененность и развитие поверхностно-инвазивной формы микотического процесса.

Учитывая клиническое течение заболевания и данных лабораторных анализов больным в комплексную терапию в качестве физиотерапевтических процедур назначали электрофозрез с 0,02 % изотоническим раствором декаметоксина (декасан) или раствором флуконазола 100 мг на очаги поражения кожи туловища спины, грудной клетки, лица ежедневно №10. Декасан перед

применением подогревали до 37 градусов, и после промокания марлевой салфетки накладывали на очаги поражения и производили процедуру электрофореза согласно инструкции.

Раствор декасана назначали больным с комедональной и папуло-пустулузной формой УБ (27 больных) и раствор флюконазола с папуло-пустулезной и конглобатной формой УБ (17 больных).

Результаты клинико-лабораторных исследований у больных УБ на фоне комплексного лечения с применением физиотерапевтической процедуры с использованием 0,02% раствора декасан и раствора флюконазол 100мг показали положительную динамику ДИШС (дерматологического индекса шкалы симптомов) у больных угревой болезни. Отмечали рассасывания инфильтративно-гнойных очагов поражения, уменьшения болезненности, зуда. Результаты микробиологических исследований очагов поражения кожи после лечения показали уменьшения обсемененности патогенной флоры st aureus в 5,1 раз ($P < 0,05$). Надо отметить, что наружное применение 0,02% раствора декасан способствовало сокращению перорального применения системных антибиотиков широкого спектра действия в днях.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

МАВЛЯНОВА Ш.З., ЕСИОНОВА Е.В., ИСМАГИЛОВ А.И.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

По данным ВОЗ, аллергическими заболеваниями страдает до 35% населения земного шара. В XXI веке аллергические заболевания стали не только медицинской, но и социальной проблемой, поскольку они осложняют течение многих соматических, инфекционных и дерматологических заболеваний, нередко приводят к инвалидности и летальному исходу. В структуре аллергозов частота аллергодерматозов составляет около 80%. По данным литературы, одной из главных причин широкой распространенности аллергических заболеваний, особенно аллергодерматозов, является критическое экологическое состояние окружающей среды во всем мире.

Материалы и методы: 73 больных различнымиаллергодерматозами в возрасте от 6 до 76 лет. Мужчин было 46 (63%), женщин — 27 (37%). Среди клинических форм заболевания: аллергическим дерматитом было 29 (39,7%) больных, крапивницей — 7 (9,6%), токсикодермии — у 6 (8,3%), атопическим дерматитом — 27 (36,9%), хронической экземой — 4 (5,5%). Все больные обследованы в фазе клинического обострения. Длительность аллергодерматозов до 1 года составила у 18 (24,6%) больных, от 1 до 5 лет — у 21 (28,7%) больного, более 5 лет у 33 (45,2%) больных. Анализ сопутствующих патологий выявил, что 28 больных страдали анемией, заболеваниями гепатобилиарной системы и ЖКТ- 46 больных, заболеваниями ССС — 5 больных, заболеваниями нервной системы — 6 больных, эндокринопатии диагностированы у 25 исследованных лиц, болезни мочеполовой системы — у 7 пациентов. 52% больных имели сочетанную патологию.

Результаты и обсуждения: среди больных аллергодерматозами превалировали больные атопическим дерматитом 27 (36,7%), аллергическим дерматитом 29 (39,7%). Большинство больных страдали анемией и заболеваниями ЖКТ.

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА БИОСУБСТРАТОВ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ

МАВЛЯНОВА Ш.З., УБАЙДУЛЛАЕВ А.А.

Республиканский Специализированный научно-практический центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Пузырчатка вульгарная (ПВ) — потенциально угрожающее жизни человека заболевание, которое вызывается возникновением антител к белку десмосомальной адгезии, характерному для эпидермиса и других слоистых плоскоклеточных эпителиальных структур. Заболевание возникает в результате аутоиммунного процесса к антигену ПВ, десмоглеину 3, нормальному компоненту мембраны кератиноцита. Генетические факторы играют существенную роль, но их недостаточно для возникновения иммунного ответа. Возникновению ПВ могут способствовать экзогенные триггерные факторы, такие как лекарственные препараты (пенициллин, пиразолон или их производные и интерфероны), физические факторы (ожоги, ионизирующее излучение), вирусы (се-

мейства герпесвирусов), гормоны, пищевые продукты и эммоциональный стресс. У большинства пациентов провоцирующий фактор установить не удается, поэтому причина заболевания обычно остается неизвестной. Однако, основная терапия истинной пузырчатки заключается в назначение системных глюкокортикостероидов.

Целью исследования явилось изучение микроэлементного статуса организма у больных акантолитической пузырчаткой и разработка дополнительной терапии.

Материал и методы исследования. Обследовано 34 больных с акантолитической пузырчаткой в возрасте от 18 до 57 лет (23 мужчины и 11 женщин). У всех больных проводили клинические, цитологические, биохимические исследования. Изучение микроэлементного статуса проводили по количественному исследованию содержания микроэлементов в волосах и биопсийном материале кожи методом нейтронно-активационного анализа. Контрольную группу составили 17 здоровые лица соответствующего возраста.

Предложенный нейтронно-активационный метод позволяет с высокой чувствительностью и производительностью определять более 25 элементов в одной навеске пробы, при этом пробоподготовка достаточно проста и не требует разложения пробы. [Zhuk L.I., Danilova E.A., Yashina T.Yu., 2001]. Все измерения облученных на ядерном реакторе Института ядерной физики АНРУ проб проводили на детекторе из германия высокой чистоты с высокоразрешающим компьютеризированным гамма-спектрометром. Обработка данных проводилась по программе GENIE 2000.

Для оценки величины погрешности определения элементов проводили анализ образца сравнения, предоставленного Международным Агенством по Атомной Энергии (МАГАТЭ), НН-1– гомогенат волос с аттестованным содержанием элементов.

Результаты исследования. Результаты исследования микроэлементного состава организма больных с пузырчаткой выявило декомпенсаторый характер дисбаланса микроэлементного состава организма. Так, содержание Cu составил 42 ± 5,5 мкг/г (у здоровых — 55 ± 10 мкг/г), Mn- 4.3 ± 0.56 мкг/г (у здоровых — 5,1 ± 0,45 мкг/г, $P < 0,05$), Na- 1570 ± 120 мкг/г у здоровых — 320 ± 30 мкг/г, $P < 0,05$). Анализ микроэлементного статуса у больных пузырчаткой увеличение содержания хлора и натрия, что приводит к ухудшению работы почек, снижение концентрации меди, цинка и марганца — нервной системы и резко снижается содержание цинка.

На основе полученных результатов в комплексное лечение истинной пузырчатки в качестве дополнительной терапии был рекомендован полижен — комбинированный поливитаминный препарат содержащий 39 компонентов с микро- и макроэлементами, аминокислотами, растительными компонентами и биогенным адаптогеном. Препарат назначался по 1 капсуле 1 раз в день в течение 21–24 дней.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

МАКУРИНА Г.И.

Запорожский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы продиктована частотой сочетания псориаза и сердечно-сосудистой патологии, в частности, артериальной гипертензии.

Целью нашей работы было изучение состояния эндотелиальной дисфункции у пациентов, страдающих одновременно псориазом и артериальной гипертензией. Для изучения данного вопроса мы обследовали четыре группы пациентов, среди которых основная группа — 27 больных псориазом и гипертонической болезнью II стадии, 2 группы сравнения — 26 пациентов, страдающих лишь псориазом и 49 пациентов только с гипертонической болезнью, контрольную группу составили 30 здоровых людей. Все группы обследованных сопоставимы статистически. У лиц в указанных группах исследовали уровни нитротирозина и рецептора протеина С методом ИФА. В результате выявлено, что у пациентов, страдающих псориазом на фоне артериальной гипертензии, уровни нитротирозина на 45,1 % ($p < 0,05$), а уровни рецептора протеина С на 74,2 % ($p < 0,05$) выше, чем аналогичные показатели у пациентов, страдающих лишь псориазом. Эти показатели совпадают с клиническими особенностями течения псориаза на фоне артериальной гипертензии — отмечается большее количество тяжелых, в частности экссудативных и артропатических форм, более упорное течение дерматоза. Полученные данные свидетельствуют о необходимости назначения дополнительной терапии пациентам указанной категории с целью коррекции эндотелиальной дисфункции.

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ИНБРИДИНГА НА ТЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ

МАННАНОВ А.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Известно, что некоторые кожные заболевания относятся к наследственным заболеваниям кожи мультифакториальной природы (атопический дерматит, псориаз, экзема, алопеция, склеродермия и др). Изучение значений генетических факторов в течение этих дерматозов позволяет оценить механизм формирования болезни и пути их наследственной передачи.

В связи с этим, определение влияния инбридинга на течение дерматозов имеет важное значение, так как в условиях инбридинга заболевание передается по аутосомно-рецессивному типу и широко распространяется. Генетическое значение состояния инбридинга заключается в том, что в этих условиях доля гомозиготных генов увеличивается, т.е. рецессивные гены будут находиться в состоянии гомозиготности, инбридинг гомозиготизирует генотип больного и этим самым оказывает влияние на течение болезни. Чем меньше в популяции встречаемость патологического гена, тем выше его значимость в состоянии инбридинга. Поэтому изучение детей, больных кожными заболеваниями, рожденных в кровнородственных браках, является своеобразным подходом в решении проблемы данных дерматозов.

ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ ТЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЯ У ДЕТЕЙ

МАННАНОВ А.М., МУСАЕВ Ж.З.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Основываясь на том, что ограниченная склеродермия (ОС) у детей может начинаться в любом возрасте и характеризуется полиморфизмом клинической картины с преобладанием ограниченных форм болезни, при изучении особенностей клинического течения ОС у детей, было акцентировано внимание на возраст больных.

Под нашим наблюдением находились 68 детей, больных ОС в возрасте от 1 до 16 лет. Возраст больных детей составлял от 3 до 15 лет, из них 48 (70,6 %) девочек, 20 (29,4 %) мальчиков. Больные дети были сгруппированы в следующие возрастные группы: ранний детский (0–1), ранний дошкольный (1–3 года), дошкольный (3–7 лет), младший школьный (7–10 лет), школьный (10–13 лет) и подростковый (13–16 лет). В возрастной группе от 0 до 1 года, больных не было, тогда как в возрастной группе 1 до 3 лет было 4 (5,9 %) больных с ограниченной склеродермией. В основном заболеваемость ограниченной склеродермией регистрировались у детей в возрасте от 3 до 15 лет — 64 больных (94,1 %). При этом количество больных составляло 16 (23,5 %) в возрасте от 3 до 7 лет, по 20 (29,4 %) в возрастные периоды от 7 до 10 и от 10 до 13 лет, соответственно. В подростковой группе в возрасте от 13 до 16 лет эти показатели были снижены и составляли 8 (11,8 %) больных. Средний возраст детей, больных с ОС составлял 9,5 года.

Таким образом, изучение клинических проявлений ОС у детей позволяет разработать целенаправленные профилактические мероприятия и рекомендовать эффективную терапию с учетом возраста пациентов.

РОЛЬ ВОЗРАСТА И СОЦИАЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ МАТЕРЕЙ В РИСКЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

МАННАНОВ А.М., СИРАЗИТДИНОВА В.Ф.

Ташкентский Медицинский педиатрический институт

В последние годы вырос интерес к проблеме внутриутробных и перинатальных вирусных инфекций, среди которых особое место уделяется герпетической инфекции (ВПГ 1 и 2 типов). Она является одной из ведущих причин мертворождаемости, самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, заболеваемости новорожденных. Новорожденный может заразиться герпетической инфекцией внутриутробно, во время родов или постнатально, что и случается в 75–80 % случаев. Внутриутробные инфекции, вызванные вирусом простого герпеса (ВПГ) представляют собой актуальную проблему для современного акушерства, перинатологии и педиатрии

в целом. По данным ряда авторов их частота колеблется от 2 % до 65,5 %. Рост заболеваемости в значительной мере связан с распространением бессимптомной и недиагностированной форм болезни, но этот объективный процесс, к сожалению, не сопровождается радикальными изменениями отношения к этому заболеванию как врачей, так и населения.

Под наблюдением в отделении Дерматологии клиники ТашПМИ находилось 104 ребенка в возрасте 1–6 месяцев. Из них 62,5 % — мальчики и 37,5 % — девочки, что созвучно положению популяционной генетики, согласно которому особенности мужского генотипа предопределяют меньший уровень резервных возможностей организма при воздействии стрессовых факторов. Исследуемые группы детей (n=104) отбирались путем экспертной выборки. Проводился анализ здоровья матери по данным акушерско-гинекологического анамнеза, течения беременности и родов, а также анализа здоровья новорожденного по особенностям ранней неонатальной адаптации, физического, соматического и неврологического развития. Для этого использовались карты ведения беременных, историй родов, историй развития ребенка, катамнестическое наблюдение за детьми.

Был проведен тщательный анализ ряда анамнестических данных, течения беременности и родов, хронических генитальных и экстрагенитальных заболеваний, возраста матерей и их социальной принадлежности.

Возрастная структура наблюдаемых женщин представлена группами «до 20 лет» (Р-0), «21–30 лет» (Р-1), «30 и более лет» (Р-2). Максимальное количество матерей в контрольной группе находились в состоянии наибольшей активности репродуктивной функции, а именно в возрасте от 20 до 30 лет (Р-0, 57,1 %). Высокий процент матерей у инфицированных детей расположен в диапазоне «моложе 20 и старше 30 лет» (Р-1 — 19,0 %, 16,7 %; Р-2 — 28,6 %, 45,7 %, $p < 0,05$). Относительный риск (ОР) инфицирования детей в зависимости от возраста матери в диапазоне «моложе 20 лет» составил ОР=1,47 и ОР=2,88, в диапазоне «30 лет и старше».

Эти данные также имеют существенное прикладное значение, а именно женщина в возрасте моложе 20 и старше 30 лет должна быть объектом наибольшего внимания со стороны терапевтов и акушеров — гинекологов в период беременности. Вместе с тем, результаты исследования могут закладывать определенный базис в разработку программ планирования здоровой семьи и снизить вероятность инфицирования детей ВПГ у матерей в возрасте «моложе 20 лет» на 1,7 раз и на 4,7 раз в возрасте «старше 30 лет».

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

МИРАХМЕДОВА Х.Т., РАХМАТОВ А.Б.

Ташкентская медицинская академия и РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Псориатический артрит (ПсА) представляет собой хроническое прогрессирующее системное заболевание, ассоциированное с псориазом. Основные практические проблемы, связанные ПсА — это ранняя диагностика, оценка прогноза, подбор терапии, оценка ее эффективности, лечение осложнений болезни, реабилитация больных. Несмотря на достигнутые успехи в лечении ПсА, связанные с внедрением в практику биологических агентов, разработка простых в применении, эффективных и безопасных препаратов для лечения этих заболеваний сохраняет актуальность.

Целью данного исследования явилось оценка терапевтической эффективности и переносимости разных доз метотрексата в лечении больных ПсА.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 72 больных ПсА (средний возраст — 43,1+1,5 лет), наблюдавшихся в Республиканском ревматологическом центре 1 клиники ТМА и РНЦКВБ. Диагноз ПсА ставили на основании наличия диагностических критериев CASPAR (2006).

У 34,7 % больных ПсА имелась 1-ая степень, у 45,8 %- 2-ая, у 19,4 %- 3-я степень активности заболевания. 18 % пациентов имели I стадию, 45,8 % — II, 36,1 % — III рентгенологическую стадию. Больные были рандомизированы на две группы, сопоставимые по основным клинико-лабораторным показателям. Первой группе пациентов назначали метотрексат (МТ) в дозе 7,5–10 мг/нед. перорально, второй 15–30 мг/нед. назначался как внутрь, так и парентерально. Прием МТ во второй группе начинался с дозы 10–15 мг/нед. повышая на 5мг/нед. каждые 2–4 нед. до 20–30 мг/нед в зависимости от клинического эффекта и неблагоприятных реакций. После достижения терапевтического эффекта дозу постепенно уменьшали до поддерживающей, обычно не превышающей 15 мг/нед. во второй группе. Оценку результатов эффективности и безопасности терапии проводили в динамике через 1, 2 месяцев лечения, а также через 6 месяцев после окончания терапии.

Результаты исследования. Результаты проведенного исследования показали прямую корре-

ляционную зависимость показателей активности заболевания от назначаемой дозы МТ. Число болезненных суставов в течение первых 2 месяцев лечения изменялось практически одинаковыми темпами в обеих группах, но сократилось к шестому месяце лечения в 1 группе в 2,2 раза, а во 2-й — в 3,1 раза, а число припухших суставов уменьшилось в 4,5 и 6,6 раза, соответственно. Существенный положительный эффект наблюдался уже через 3–4 нед. от начала терапии. Интенсивность боли в суставах уменьшилась быстрее во 2 группе больных, что подтверждается анализом полученных данных: оценка пациентам боли в суставах через 1 мес. лечения снизилась в 1 группе в 1,3 раза, во 2-й — 1,6 раза, через 2 мес. в 1,8 и 2,2 раза, соответственно. Через 6 месяцев боль уменьшилась в 1 группе в 2 раза, а во 2-й — в 3 раза по сравнению с исходным уровнем. Этот показатель был достоверно ниже во 2 группе уже через месяц после начала лечения.

Общая оценка активности заболевания пациентом и врачом быстрее улучшалась во 2 группе, и стала достоверно ниже, чем в первой группе через 6 мес от начала лечения. Так, оценка активности заболевания пациентом через 1 мес. изменилась в среднем в 1,2 раза, через 2 мес. в 1,7, через 6 мес. в 1,8 раза, тогда как во второй группе данный показатель изменился в 1,3, 1,9 и 2,7 раза, соответственно. Индекс PASI свыше 10 баллов у больных ПсА имел место у 13 больных 1 группы и у 14 больных 2 группы. Благодаря терапии МТ существенную динамику претерпели кожные проявления заболевания в обеих группах пациентов. 75% улучшение индекса PASI наблюдалось среди больных, получавших 10 мг МТ, через 2 мес. в 1 случае, через 6 мес. — в 5 случаях, в то время как во 2 группе такое улучшение отмечено у 1 больного через месяц лечения, у 5 больных через 2 мес., а через 6 мес. — у 9 (78%). Уже через 2 месяца терапии PASI стал достоверно ниже во 2 группе ($P < 0,05$).

Заключение. Результаты исследования показали, что назначение более высокой дозы МТ сопровождается более быстрым улучшением состояния пациентов, что выражается в уменьшении интенсивности боли и воспаления в суставах. Положительный эффект наблюдался как при назначении 15мг/нед., так и при использовании 30мг/нед. Однако, удалось выявить, что клиническая эффективность метотрексата имеет зависимость от дозы препарата. У больных отмечено выраженное противовоспалительное действие препарата в отношении суставного синдрома и кожного процесса.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

МИРАХМЕДОВА Х.Т., РАХМАТОВ А.Б.

Ташкентская медицинская академия и РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Диагностика псориатического артрита (ПсА), особенно на ранней стадии, представляет сложности даже для специалистов в связи с высокой клинической гетерогенностью заболевания. В связи с этим кроме клинического осмотра важную роль в диагностике ПсА играют лучевые методы, к которым относят не только стандартную рентгенографию, но и современные методы визуализации, прежде всего магнитно-резонансная томография (МРТ)

Цель: изучить эффективность клинических и инструментальных методов диагностики ПсА на ранних сроках заболевания.

Материал и методы. В исследование включили 25 пациентов (10 мужчин и 15 женщин) ранним ПсА без предшествующей терапии БПВП. Пациентам проводили клиническое обследование периферических суставов и энтезисов, проведено стандартное рентгенологическое исследование кистей и стоп, а также МРТ тех же областей.

Результаты. У 72% больных воспалительные изменения в суставах были асимметричными. У 44% больных отмечался асимметричный полиартрит, у 32% — олигоартрит, у 16% — преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов (ДМФС) кистей и стоп, у 8% — ревматоидоподобная форма заболевания. У 8% пациентов с ПА наблюдалось вовлечение в процесс позвоночника, который чаще сочетался с артритом периферических суставов.

При клиническом осмотре воспалительные изменения суставов кистей и стоп наблюдались у 84% и 80%, а при МРТ у 68% и 72% больных соответственно. Теносиновиты сухожилий сгибателей пальцев кистей при клиническом осмотре найдены у 36%, стоп — у 12% больных. При МРТ — у 48,8% и 53,3% пациентов соответственно, что значимо чаще чем при клиническом осмотре. Дактилит был выявлен у 68%, энтезит у 72% обследуемых больных ранним периферическим ПсА. По данным рентгенографии у 4% больных были обнаружены кистовидные просветления, у 32% — эрозии и у 20% костная пролиферация. Следует отметить, что кисты и эрозии при МРТ были выявлены у 44% больных, что значимо больше, чем с помощью рентгенографии 32%.

Выводы. Таким образом, МРТ является более чувствительным методом диагностики ранних изменений в костях и окружающих их мягких

тканей в рамках первичной диагностики больных ПсА. МРТ позволяет выявить эрозии костей и теносиновиты сгибателей пальцев кистей и стоп достоверно чаще, чем это можно сделать с помощью рентгенографического метода и при клиническом осмотре. Широкое внедрение данного метода позволит на ранних этапах диагностировать и лечить псориатический артрит.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНОГО КОСМЕТИЧЕСКОГО ПИТАТЕЛЬНОГО КРЕМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕЙРОДЕРМИТОМ

МОРОЗОВА А.И.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Цель работы. Изучение влияния разработанного оригинального косметического питательного крема, в состав которого входит норковый жир и растительные компоненты (масло примулы вечерней, масла зародышей овса, экстракты зеленого чая, лаванды, ромашки) на продолжительность ремиссии у больных хроническим нейродермитом. На разработанный оригинальный косметический питательный крем получен патент №77906 Украины от 25.02.2013.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 69 больных хроническим нейродермитом в возрасте от 29 до 57 лет. Длительность ремиссии нейродермита у обследованных больных составляла от 21 до 90 дней (среднее значение 44,7). Учитывая значительный разброс сроков ремиссии, обследованные нами пациенты, были разделены на две группы наблюдения. В I группу было включено 37 пациентов с длительностью ремиссии от 21 до 35 дней (средний период 27,8±2,2 дня). Во II группу было включено 32 пациента с ремиссией 45 до 90 дней (среднее 64,8±6,8 дня). Пациенты вышеуказанных групп были дополнительно распределены еще на две равноценных подгруппы. При этом больные первых подгрупп (I и II группы) получали стандартную терапию (седативные, десенсибилизирующие препараты, витамины, диета), а пациенты вторых подгрупп (I и II группы) — стандартную терапию в комбинации с оригинальным косметическим питательным кремом. Критериями клинического выздоровления считалось достижение полного исчезновения зуда, регресс первичных и вторичных элементов кожных высыпаний.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного лечения у больных I группы (1-й подгруппы) получавших стандартное лечение, средний период ремиссии составлял 26,5±2,5 дня, а получавших комбинированное лечение (2-я подгруппа) с применением оригинального косметического питательного крема — 34,4±2,8 дня. У больных II группы (1-й подгруппы) длительность ремиссии составила 65,2±5,4, а у пациентов II группы (2-й подгруппы) — 81,2±6,2 дня. Анализ результатов проведенных исследований указывает, что средний период ремиссии у пациентов включенных в I группу, 2-й подгруппы достоверно увеличивался на 29,8% в сравнении с 1-й подгруппой, а во II группе на 24,5% соответственно.

Выводы. Полученные данные указывают, что применение разработанного оригинального косметического питательного крема, в состав которого входит норковый жир и растительные компоненты (масло примулы вечерней, масла зародышей овса, экстракты зеленого чая, лаванды, ромашки) повышает эффективность лечения хронического нейродермита и способствует удлинению сроков ремиссии дерматоза.

АТОПИК НЕЙРОДЕРМИТДА ИММУНОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАР ТАВСИФИ

МУМИНОВА С.Р., ТИЛАВБЕРДИЕВ Ш.А., АЗИЗОВА Н.Н., КАРИМОВА М.Б.

Республика Ихтисослаштирилган дерматология ва венерология маркази

Атопик нейродермит (атопик дерматит, диффуз нейродермит) — терининг сурункали рецидивланувчи яллиғланиш касаллиги бўлиб, ўзига хос фенотип ва зарарланиш ўчоқларининг жойлашуви билан ажралиб туради. Атопик дерматитнинг ривожланиш асосини иммунологик бузилишлар (атопия ва иммунодефицит) ташкил этади. Бу бузилишлар Т-хужайрали иммунитетнинг танқислигидан иборат. Атопия буйича ирсий мойиллик 50–70% атопик дерматит билан касалланган беморларда кузатилади. Замонавий маълумотларга кўра, иммун тизим фаолиятида Т-хелпер хужайраларнинг иштироки мухим ўрин тутади. Атопик нейродермитда хелпер лимфоцитларнинг субпопуляциялари ўз фаоллигини турлича ўзгартиради. Атопик дерматитнинг па-

тогенезида турли даврларда Th1 ва Th2 лимфоцитларнинг антагонистик популяциялари ишлаб чиқарувчи цитокинлар иштирок этади.

Тадкикотнинг максади: атопик нейродермит билан оғриган беморларда касалликнинг клиник кечишини хисобга олган холда умумий IgE нинг холатини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: 4 ёшдан 68 ёшгача бўлган 154 нафар нейродермит билан хасталанган беморларда клиник-лаборатор (SCORAD индексини аниқлаш) текшириш ишлари олиб борилди. Эркаклар — 80 тани, аеллар эса — 74 тани ташкил этди. Умумий IgE миқдорини қон зардобида ИФА текширув усули билан аниқланди.

Тадқиқот натижалари: клиник шакли бўйича беморлар қуйидагича тақсимланди: эритематоз-сквамоз шакли — 14 та беморда (9,09 %), эритематоз-сквамоз шакли лихенификация билан — 33 (21,4 %), лихеноид шакли — 47 (30,5 %), пруригиноз шакли — 29 (18,83 %), экзематоз шакли — 31 (20,1 %) нафар беморларда қайд этилди. Беморларнинг аксарият қисми касалликнинг ўрта оғир даражаси билан оғриганлиги кузатилди. Унга кура касалликнинг енгил даражаси — 43(27,9 %) та, ўрта даражаси билан — 66 (42,8 %)та, оғир даражаси эса — 45 (29,2 %) нафар беморларда аниқланди. Касалликнинг клиник шаклининг оғирлик даражасига нисбатан тарқалиши тахлил этилганда, атопик нейродермит билан хасталанганларнинг касалликнинг ўрта ва оғир кечувчи холатларида аксарият қисми касалликнинг лихеноид ва эритематоз-сквамоз лихенификацияси билан кечувчи шаклларида кузатилди.

Текширувлар натижасида нейродермит билан хасталанганлар қон зардобидаги умумий IgE нинг миқдори 222,2 + 11,8 мг/мл ни, назорат гурухида эса — 44,5+3,5 мг/мл ни ташкил этди, яъни назорат гурухига нисбатан асосий гурухда бу кўрсаткич 4,9 баробар ортганлиги маълум бўлди ($P < 0,05$).

Атопик нейродермит билан хасталанган барча беморларда қон зардобидаги умумий IgEнинг миқдорининг касалликнинг оғирлик даражаси бўйича холати тахлил этилганда, унинг миқдори касалликнинг оғир кечувчи шаклларида бошқа шаклларига нисбатан юкори кўрсаткичда кайд этилди ва бу холат атопик нейродермитнинг кўпроқ касалланишнинг лихеноидли ва пруригиноз шаклларида юқори кўрсаткичда ифодаланди ва 356,8 + 11,5 МЕ/мл ва 321,7 + 10,4 МЕ/мл ларни ташкил этди.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К АНТИГИСТАМИННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМАТОЗАМИ

МУМИНОВА С.Р., МАВЛЯНОВА Ш.З., ТИЛАВБЕРДЫЕВ Ш.А., АЗИЗОВА Н.Н.

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

Согласно литературным данным в основе развития данных заболеваний лежит иммунологический механизм развития, характеризующиеся гиперпродукцией аллергенспецифического IgE.

Целью исследования явилось разработка дифференцированной антигистаминной терапии у больных атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 167 больных АД в возрасте от 5 до 56 лет. Всем больных проводили клинические, иммунологические и статистические методы исследования. Клинические исследования заключались в сборе анамнеза, осмотре общего состояния и кожного — патологического процесса, определении степени тяжести согласно индексу SCORAD. Иммунологические исследования характеризовались определением общего иммуноглобулина IgE методом ИФА исследования.

Результаты исследования: По клинической форме среди 167 больных АД у 45 (26,9 %) больных диагностирована экссудативная форма, у 24 (14,4 %) — пруригинозная форма, у 28 (16,7 %) — лихеноидная, у 33 (19,7 %) — эритематозно-сквамозная, у 37 (22,2 %) — эритематозно-сквамозная с лихенификацией. По возрастному аспекту до 7 лет составили — 16 больных, 8–17 лет — 22, 18–28 лет — 39 лет, 29–40 лет — 42, 41–50 лет — 28 и свыше 50 лет — 20 больных. По индексу SCORAD легкая степень выявлена у 30 (17,9 %) больных — 41,05 + 1,3 баллов, средняя степень тяжести (67,8 + 0,8 балл) — у 89 (53,3 %), тяжелая степень (87,3+ 0,8 баллов) — у 48 (28,7 %). Уровень общего IgE повышался в 4,9 раз по сравнению с контрольной группой и составил — 205,3 + 15,3 МЕ/мл ($P < 0,05$).

С учетом степени тяжести и состояния общего IgE разработан дифференцированный метод антигистаминной терапии, характеризующиеся назначением 2-го и 3-го поколения Н1-блокаторов: дезлоратадин в соответствующей дозе. Так, при легкой степени тяжести заболевания дезлоратадин рекомендуется назначать по 5 мг 1 раз в день в течение 7–14 дней, при средней и тяжелой степени — 14–21 день.

В зависимости от клинической формы при эритематозно-сквамозной и с лихенификацией, экссудативной формах — дезлоратадин рекомендовали по 5 мг в сутки в течение 14 дней, при пруригинозной и лихеноидной формах — в дозе 5–10 мг в сутки в течение 21 дня.

ЭКОАНТИБИОТИКИ (ЭКОКЛАВ) В ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИЙ

МУН А.В., ЮЛДАШЕВ М.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Среди многообразия проблем современной детской дерматологии одной из важных остается терапия гнойничковых заболеваний кожи. Распространенность и неуклонный рост числа больных пиодермией определяют актуальность данной проблемы. По данным авторов удельный вес пиодермитов среди всех дерматозов в детском возрасте составляет 25–60 %. Гнойничковые заболевания могут развиваться первично и как осложнения других заболеваний кожи (чесотка, атопический дерматит, экзема, травматические повреждения кожи).

Цель исследования. Изучить эффективность и терапевтические возможности нового экоантибиотика Экоклав (Амоксициллин+Клавулановая кислота+Лактулоза) в комплексном лечении пиодермий у детей.

Материалы и методы. В исследование были включены 32 больных в возрасте от 1 до 18 лет (средний возраст = 7,4). Из 32 пациентов, с диагнозом вульгарное импетиго наблюдалось — 21 больной, фурункулез — 6, эктимы — 3, множественные фолликулиты — 1, буллезное импетиго — 1.

Препарат содержит 3 компонента и является полусинтетическим антибиотиком широкого спектра действия из группы ингибиторозащищенных пенициллинов , устойчивый к воздействию ферментов бета-лактамаз, вырабатываемых патогенными микроорганизмами.

Пациентам проведена терапия Экоклавом в качестве базисной терапии. Препарат назначался внутрь в дозе 40 мг/кг/сут в 3 приема в течение 7 дней. Терапевтическую эффективность проведенного лечения оценивали по принятым в дерматологии критериям: клиническое выздоровление, значительное улучшение и улучшение. В процессе наблюдения зарегистрированы количество высыпаний, гиперемия, отек, инфильтрация, повышение температуры в очаге, зуд. В результате лечения в группе наблюдения отмечено клиническое выздоровление у 81,25 %, значительное улучшение у 12,5 % и улучшение у 6,25 % больных. Исчезновение основных клинических симптомов заболевания произошло в среднем за 7 дней. Рецидив заболевания в течение 6 месяцев наблюдалось у 3,12 % больных. Отсутствие рецидивов заболевания отмечено у 31 больного (96,88 %).

Заключение. Высокий терапевтический эффект Экоклава, отсутствие побочных явлений и реакций при его применении позволяют рекомендовать использование препарата в комплексном лечении пиодермий.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ IG E В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

НАРЗИКУЛОВ Р.М., АБДУЛЛАЕВ Д.М., БАРАТОВА М.Р., СОЛИЕВ К.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд

Под наблюдением находились 35 больных аллергическими дерматозами в возрасте от 14 до 68 лет (20 женщин, 15 мужчин), экзема у 9, аллергический дерматит — у 9, нейродермит — у 8, крапивница — у 9. Длительность заболевания составляла от 1 года до 12 лет, у 21больных кожный патологический процесс носил распространенный характер.

В результате проведенных исследований выявлено увеличение титров Ig E у абсолютно большинства обследованных. У 23 (65,7 %) больных аллергическими дерматозами установлено содержание Ig E в пределах от 250 до 2500 Ku\1, средний показатель концентрации, составила 772,3 ± 7,2 Ku\1 ($p < 0,005$). У 12 (34,3 %) больных концентрация Ig E в сыворотке выявлено от 250 до 325 Ku\l, что оказался незначительно увеличенным или в пределах нормы. Средний уровень Ig E в сыворотке крови у них составляло 275,3 ± 7,4 Ku\1 ($p < 0,001$).

Общий показатель содержания Ig E в сыворотке крови 35 больных аллергическими дерматозами составил 523,3 ± 4,7 Ku\1, что оказалось выше на 288,2 Ku\1, чем у контрольной группы, и было высокой степень достоверности этих показателей ($p < 0,001$). Сопоставление, средних величин содержания Ig E в сыворотки крови больных аллергическими дерматозами, полученных в период обострения и в стадии ремиссии выявило более высокое содержание Ig E у больных при обострении кожного процесса на 262,8 Ku\1чем данные в период ремиссии. После специфической терапии в сочетании с иммунокорригирующим препаратом «Гепон» наблюдалось снижение

Ig E в сыворотке крови на 431,4 Ku\1 в сторону нормализации.

Таким образом, полученные данные имеют важное научно-практическое значение и требуют дальнейшего изучения для разработки тактики оптимальных своевременных методов терапии и профилактики.

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА

НАРЗИКУЛОВ Р.М., АБДУЛЛАЕВ Д.М., САЛАМОВА Л.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд

Нами было проведено лечение 28 детям в возрасте от 2-х месяцев до 7 лет. Все больные ранее безуспешно лечились у стоматологов. При осмотре полости рта на слизистой внутренней поверхности губ, десен, неба, языка отмечались гиперемия, кровоточащая эрозия и творожистый налет белесоватого цвета. У всех больных при соскобе со слизистой полости рта были обнаружены дрожжеподобные грибы рода кандиды.

После установления клинического диагноза всем больным были проведены следующие лечебные мероприятия. В 20 мл медицинского глицерина добавляли 5 млн ЕД нистатина и 1000 мкг цианокобаламина. Смоченным в растворе марлевым тампоном вначале снимали творожистую пленку, а затем обрабатывали очаг поражения слизистой полости рта каждые 8 часов до исчезновения патологического очага.

Терапевтический эффект наступил на 1–3 день лечения. При этом ребенок начал сосать молоко матери, исчезла плаксивость. К 5–6 дню лечения слизистая полости рта полностью очистились от патологических высыпаний. При проведении трехкратного анализа на кандиды со слизистой полости рта отмечено отрицательные результаты.

Таким образом, применение нашего метода терапии больных кандидозным стоматитом позволило нам достичь клинической и этиологической излеченности в 100% случаях. Данный метод лечения является экономичным, высокоэффективным ,безопасным и рекомендуем использовать в практическое здравоохранения.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН

НАУМОВА Л.А., СТЕПАНЕНКО В.И.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

В последние десятилетия прослеживается тенденция увеличения уровня заболеваемости угревой болезнью (акне) среди взрослого населения, преимущественно женского. На сегодняшний день средний возраст больных женщин с акне составляет 31,2–32,4 года. Установлено, что у женщин репродуктивного возраста основным фактором развития акне является гиперандрогения (как рецепторная так и истинная).

Цель: повышение эффективности лечения угревой болезни женщин репродуктивного возраста на основании новых научных данных о значении гормональных нарушений в патогенезе заболевания путем дифференцированного комплексного лечения в зависимости от генеза гиперандрогении.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 126 женщин. Возраст от 19 до 37 лет. У всех обследованных 126 женщин был диагностирован синдром гиперандрогении.

Результаты и обсуждение. Согласно данным анамнеза по сроку возникновения и течения угревой болезни у 93(74%) из 126 обследованных женщин было установлено персистирующий подтип, у 24(19%) — поздний подтип, а у 9(7%) — рецидивирующий подтип дерматоза. По степени тяжести клинической картины угревой болезни у 53(42%) из 126 пациенток была установлена вторая степень тяжести воспалительного процесса (легкое течение), у 64(51%) — третья степень (среднетяжелое течение), у 9(7%) — четвертая степень тяжести угревой болезни (тяжелое клиническое течение). Степень тяжести определялся по доминированию определенных элементов сыпи и их количества. С гиперандрогенией надпочечниковой генеза было выявлено 60(47,6%) женщин, гиперандрогению яичникового происхождения диагностировали у 24(19,1%), синдром гиперпролактинемии диагностирован у 42(33,3%). Терапевтическая коррекция гиперандрогении у женщин больных угревой болезнью осуществлялась дифференцированно, путем назначения стимуляторов дофаминовых рецепторов, синтетических глюкокортикоидных препаратов, комбинированных пероральных контрацептивов, с учетом генеза выявленной патологии.

Кроме этого комплексная терапия женщин больных угревой болезнью предусматривала дифференцированное назначение системного ретиноида изотретиноин (Акнетин), в разных суточных и курсовых дозах, с учетом тяжести клинического течения дерматоза, а также применения местных препаратов противоугревого действия.

Выводы. У 126 женщин больных акне установлено наличие синдрома гиперандрогении различного генеза, что указывает на необходимость проведения комплексного обследования пациенток, в том числе оценки менструальной функции, ультразвукового диагностического исследования органов малого таза, а также гормональных показателей репродуктивной сферы. Разработана тактика комплексной терапии женщин больных угревой болезнью с синдромом гиперандрогении различного генеза, которая предусматривает индивидуализированное назначение препарата системного действия Акнетин (изотретиноин), а также дифференцированное применение ряда средств специфического воздействия, терапевтическое действие которых направлено на обратное развитие синдромов вызванных гиперандрогенией различного генеза, в частности, дофаминергических препаратов при гипепролактинемии, синтетических глюкокортикоидов при атипичной форме врожденной гиперплазии надпочечников, комбинированных оральных контрацептивов при синдроме поликистозных яичников .

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ

НУГМАНОВ В.З., ИБРАГИМОВА Н.С., АБДУЛЛАЕВА Г.И.

Ташкентская медицинская академия

Развитие и клинико-морфологическое разнообразие базальноклеточного рака (БКР) сопровождается интерференцией ряда патофизиологических механизмов. Установлено, что у больных БКР имеет место синдром опухоль-ассоциированного вторичного иммунодефицита, что является наиболее важной концепцией канцерогенеза.

Исследовали клеточные и гуморальные факторы иммунной системы у больных БКР кожи. Наблюдали 45 больных с различными формами первичного солитарного БКР в возрасте 33–85 лет, с локализацией на туловище, лице, конечностях. Поверхностная форма БКР(ПФ БКР) была у 19, нодулярная (НФ БКР) — у 12 и язвенная (ЯФ БКР) — у 14. Давность заболевания составляла 1–10 лет, в среднем 3,3 + 1,6 г. В стадии T1N0M0 было 7 больных, T2N0M0-33, T3N0M0-5 больных. Иммунологические исследования включали определение показателей клеточного иммунитета (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+), активационных маркеров лимфоцитов (CD25+, CD38+ и CD95+) с использованием моноклональных антител. Уровень IgG, IgA и IgM в сыворотке периферической крови определяли ИФА-методом. Анализ полученных результатов у пациентов БКР кожи позволил выявить нарушения как в клеточном звене, так и в гуморальном звене иммунитета: подавление CD3+, снижение CD4+, повышение CD8+ и CD16+клеток.Отмечено повышение сывороточных концентраций основных иммуноглобулинов и повышение экспрессии CD23+ и CD95+. Дисбаланс в клеточном звене иммунитета выражался в подавлении ИРИ за счет снижения числа Т-хелперов/индукторов и повышения Т-цитотоксических лимфоцитов. Полученные нами данные характеризуют состояние иммунореактивности больных БКР и могут служить диагностическим и прогностическим критерием данного заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ГЕПАТО РИЦ» У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

ПАКИРДИНОВ А.Б., ХАМИДОВ Ф.Ш., БОТИРОВ К.З., КУЧКАРОВ А.А., ТОШПУЛАТОВ Б.Х.

Андижанский Государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Экссудативная форма псориаза — это хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся многообразными проявлениями. Экссудативная форма псориаза способен поражать нервную систему. Лечение экссудативной формы псориаза назначается с учетом формы распространенности процесса. Показано назначение гепатопротекторов. Например, назначают фосфолипидные препараты (Эссливер Форте и т.п.), которые оказывают гепатопротекторное действие, а также оказывает терапевтический эффект при кожных заболеваниях (корригирует име-

ющиеся при псориазе нарушения в клеточных мембранах эпидермиса, нормализует процессы кератинизации и регенерации эпидермиса). Однако основными гепатопротекторами все же являются для данного заболевания препарат Гепато риц, помимо нормализации работы печени, он восстанавливает нормофлору кишечника.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата «Гепато риц» у больных экссудативной формы псориаза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 20 больных (11 мужчин и 9 женщин), в возрасте от 20 до 39 лет. У всех больных было диагностировано Экссудативная форма псориаза. Из них у 15 пациентах было диагностировано сопутствующие заболевания холангит, холецистит. У всех больных очаги поражения наблюдались в области разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, груди, области ягодиц и поясницы. В очаге поражений наблюдались папулы, чешуйки, экссудация и шелушение. Симптом триады Поспелова было положительна у всех больных. Из 20 больных у 10 был отмечен феномен Кебнера нам месте раздражений, травм, инъекций. Гепато риц больные принимали внутрь по 1 таблетке 3 раза в день, в течение 10–15 дней, а местно очаги поражения обрабатывались кремом бальзам «Облепиха и мумие». Гепато риц — гепатопротекторное средство, оказывает также желчегонное, холелитолическое, гиполипидемическое, гипохолестеринемическое и некоторое иммуномодулирующее действие.

Результаты исследования. На 8 день после начала комплексного лечения с применением препарата Гепато риц, у всех больных в очагах поражения наблюдались рассасывание папул и бляшек. Регресс воспалительных явлений усиливался к концу комплексного лечения, и время выздоровления больных укорачивалось на 2–3 дня. У всех больных после применения Гепато риц побочные явления не наблюдались.

Вывод. Препарат Гепато риц оказался эффективным препаратом в лечении экссудативной формы псориаза и удобен в применении, без побочных явлений.

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ С КРЕМОМ «ОБЛЕПИХОВОЕ МАСЛО И МУМИЕ» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

ПАКИРДИНОВ А.Б. (д.м.н., профессор), ТАШПУЛАТОВ Б.Х., НАЗАРОВ Э.Р.

Андижанский Государственный медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан

Введение. Метод лазерной терапии является относительно простым и безопасным методом, позволяющим существенно улучшить результаты лечения и прогноз при ряде заболеваний. Многие вопросы клинического применения лазерной терапии нуждаются в дальнейшем изучении и уточнении, в частности выработка более четких показаний, оценка эффективности в условиях проведения контролируемых исследований, сочетание с другими методами лечения.

Крем «Облепиховое масло и мумие» — это один из самых активных природных компонентов, оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное и быстрое ранозаживляющее действие.

Цель исследования: Изучить эффективность метода лазерной терапии и крема «Облепиховое масло и мумие» у больных вульгарной формы псориаза.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 50 больных вульгарной формой псориаза в прогрессивной стадии. Возраст больных от 17 до 56 лет, из них 33 мужчины, 17 женщин. У всех больных кожный процесс носил распространенный характер. Все больные получали лазерную терапию процедуры проводились ежедневно, на курс 15–20 процедур. Кроме этого комплексное лечение включало гепатотропные препараты (урсосан или овесол), витаминотерапия, антигистаминные, иммуномодулятор (иммуномодулин) в общепринятых дозах и наружное лечение (крем облепиха и мумие). Крем облепиха и мумие применялся наружно утром и вечером смазывали очаги поражения тонким слоем.

Результаты: Таким образом, эффективность применения лазерной терапии и крема «Облепиховое масло и мумие» у больных вульгарной формы псориаза к концу курса лечения у 38 (76,0 %) больных элементы поражения регрессировали полностью, у 4 (8,0 %) больных остались уплощенные элементы в небольшом количестве, у 8 (16,0 %) больных отмечался незначительное улучшение.

Выводы: Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют об клинической эффективности применения лазерной терапии и крема «облепиховое масло и мумие» у больных вульгарной формы псориаза при комплексной терапии.

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ С КРЕМОМ «ОБЛЕПИХОВОЕ МАСЛО И МУМИЕ» У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

ПАКИРДИНОВ А.Б., ТОШПУЛАТОВ Б.Х., ХАМИДОВ Ф.Ш.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Республика Узбекистан

Метод лазерной терапии является относительно простым и безопасным методом, позволяющим существенно улучшить результаты лечения и прогноз при ряде заболеваний. Многие вопросы клинического применения лазерной терапии нуждаются в дальнейшем изучении и уточнении, в частности выработка более четких показаний, оценка эффективности в условиях проведения контролируемых исследований, сочетание с другими методами лечения.

Крем «Облепиховое масло и мумие» — это одни из самых активных природных компонентов оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное и быстрое ранозаживляющее действие.

Цель исследования: Изучить эффективность метода лазерной терапии и крема «Облепиховое масло и мумие» у больных экссудативной формы псориаза.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 30 больных вульгарной формой псориаза в прогрессивной стадии. Возраст больных от 17 до 35 лет, из них мужчин было 16, женщин 14. У всех больных кожный процесс носил распространенный характер. Все больные получали лазерную терапию, процедуры проводились ежедневно, на курс 15 — 20 процедур. Кроме этого комплексное лечение включало гепатотропные препараты (овесол), витаминотерапия, антигистаминные, иммуномодулятор (иммуномодулин) в общепринятых дозах и наружное лечение (крем облепиха и мумие). Крем облепиха и мумие применялся наружно, 2 раза в день смазывали очаги поражения тонким слоем.

Результаты: Таким образом эффективность применения лазерной терапии и крема «Облепиховое масло и мумие» у больных экссудативной формы псориаза к концу курса лечения у 25 больных элементы поражения регрессировали полностью, у 4 больных остались уплощенные элементы в небольшом количестве и у 1 больного отмечалось незначительное улучшение.

Выводы: Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют об клинической эффективности применения лазерной терапии и крема «облепиховое масло и мумие» у больных экссудативной формы псориаза при комплексной терапии.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛЕФНО И ПЛАЗМАФЕРЕЗА

ПАКИРДИНОВ А.Б., ХАМИДОВ Ф.Ш., НИШОНОВ Н.Н., КУЧКАРОВ А.А.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Оценить состояние микроциркуляции в динамике у больных артропатической формы псориаза, получивших комплексное лечения с применением препарата Лефно и плазмафереза (ПА).

Материалы и методы: У 15 больных артропатической формы псориаза (9 мужчин, 6 женщин) в возрасте от 25 до 45 лет исследовали показатели микроциркуляции. Был использован метод биомикроскопии сосудов конъюнктивы с последующим фотографированием. Качественно-количественную оценку состояния микроциркуляции осуществляли по балльной системе, разработанной В.С.Волковым с соавт. Кроме общей оценки конъюнктивальной микроциркуляции (КИобщ.), оценивались периваскулярные (КИ1), сосудистые (КИ2) и внутрисосудистые (КИ3) изменения. Контролем служили результаты конъюнктивальной биомикроскопии 8 здоровых лиц.

Результаты: У больных артропатической формы псориаза чаще всего встречались внутрисосудистие изменения в виде агрегации эритроцитов и сладж-феномена, а также морфологические изменения сосудов — неравномерность калибра, меандрическая извилистость венул. До лечения у больных КИ1 равнялась 0,22 ± 0,01 балл; КИ2 — 4,54 ± 0,01 балл; КИ3 — 4,11 ± 0,01 балл; КИобщ — 8,21 ± 0,04 балл. После лечения соответственно-0,17 ± 0.04 балл; 3,22 ± 0,03 балл; 2,30 ± 0,02 балл; 5,20 ± 0,02 балл.

Вывод: Под воздействием комплексной терапии у больных артропатической формы псориаза, без изменений оставались морфологические

нарушения (изменения архитектоники, меандрическая извилистость сосудов, венулярные саккуляции и клубочки), а динамические показатели (внутрисосудистая агрегация эритроцитов, сладж-феномен, периваскулярный отек) претерпевали положительные изменения.

КОНЦЕНТРАЦИЯ ЛЮТЕИНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

ПАКИРДИНОВ А.Б., БОТИРОВ К.З., ЁКУБОВА М.А., ПАКИРДИНОВА С.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Изучение динамики концентрации лютеинизирующего гормона (ЛГ) гипофиза в плазме крови женщин, больных атопическим дерматитом в процессе лазерной терапии.

Материалы и методы исследования: У 24 женщин, больных атопическим дерматитом в возрасте от 20 до 30 лет до и после комплексного лечения с включением лазерной терапии в плазме крови определили концентрацию ЛГ в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Jre-Sorin» (Франция). Контролем (16,1±4,8 нМЕ/мл и 12,8±2,9нМЕ/мл) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20–30 лет.

Результаты исследования: У всех 24 больных в период обострения заболевания концентрация ЛГ гипофиза в плазме крови была достоверно снижено как в фолликулиновой, так и в лютеиновой фазе менструального цикла (соответственно 5,93±0,42 нМЕ/мл и 5,79±0,52 нМЕ/мл, при контроле 16,1±4,8 нМЕ/мл и 12,8±2,9 нМЕ/мл). После комплексного лечения с включением лазерной терапии концентрация ЛГ в плазме крови повышался, достигая нижнюю границу нормы (соответственно 9,77±0,78 нМЕ/мл и 8,33±0,68 нМЕ/мл).

Вывод: У женщин больных атопическим дерматитом в период обострения заболевания имеется дисфункция гипофизарной системы, выражающаяся в снижении концентрации ЛГ в плазме крови в обоих фазах менструального цикла, которая после комплексного лечения с включением лазерной терапии повышалась.

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ С МАЗЬЮ «ЧИСТОТЕЛ» У БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

ПАҚИРДИНОВ А.Б., ХАМИДОВ Ф.Ш., НИШОНОВ Н.Н., БОТИРОВ К.З.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан
Кафедра дерматовенерологии

Метод лазерной терапии является относительно простым и безопасным методом, позволяющим существенно улучшить результаты лечения и прогноз при ряде заболеваний. Многие вопросы клинического применения лазерной терапии нуждаются в дальнейшем изучении и уточнении, в частности выработка более четких показаний, оценка эффективности в условиях проведения контролируемых исследований, сочетание с другими методами лечения.

Мазь «Чистотел» — это один из самых активных природных компонентов, оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное и быстрое ранозаживляющее действие.

Цель исследования: Изучить эффективность метода лазерной терапии и крема «Чистотел» у больных артропатической формы псориаза.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 50 больных артропатической формы псориаза. Возраст больных от 17 до 56 лет, из них 33 мужчины, 17 женщин. У всех больных кожный процесс носил распространенный характер. Все больные получали лазерную терапию, процедуры проводились ежедневно, на курс 12–14 процедур. Кроме этого комплексное лечение включало гепатотропные препараты (урсосан и овесол), витаминотерапия, антигистаминные, иммуномодулятор (иммуномодулин) в общепринятых дозах и наружное лечение (мазь Чистотел). Мазь Чистотел применялся наружно утром и вечером смазывали очаги поражения тонким слоем.

Результаты: Таким образом, эффективность применения лазерной терапии и крема «Чистотел» у больных артропатической формы псори-

аза к концу курса лечения у 38 (76,0 %) больных элементы поражения регрессировали полностью, у 4 (8,0 %) больных остались уплощенные элементы в небольшом количестве, у 8 (16,0 %) больных отмечался незначительное улучшение.

Выводы: Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют об клинической эффективности применения лазерной терапии и мази «Чистотел» у больных артропатической формы псориаза при комплексной терапии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЗИ “ЭПЛАН” И ПРЕПАРАТА ОВЕСОЛ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

ПАКИРДИНОВ А.Б., ХАМИДОВ Ф.Ш., НИШОНОВ Н.Н., БОТИРОВ К.З.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан
Кафедра дерматовенерологии

Артропатическая форма псориаза — хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся многообразными проявлениями. Артропатическая форма псориаза это не строго кожная патология, он способен поражать нервную систему. Лечение вульгарного псориаза назначается с учетом формы распространенности процесса. Показано назначение гепатопротекторов. Например, назначают препарат (Овесол), которые оказывают гепатопротекторное действие, а также оказывает терапевтический эффект при кожных заболеваниях (корригирует имеющиеся при псориазе нарушения в клеточных мембранах эпидермиса, нормализует процессы кератинизации и регенерации эпидермиса). Однако основными гепатопротекторами все же являются препараты урсодезоксихолевой кислоты, в частности, овесол — комбинированный препарат, содержащий урсодезоксихолевую кислоту и лактулозу; помимо нормализации работы печени, он восстанавливает нормофлору кишечника.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата «Овесол» у больных артропатической формы псориаза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 23 больных (12 мужчин и 11 женщин), в возрасте от 20 до 39 лет. У всех больных было диагностировано артропатическая форма псориаза. Из них у 16 пациентов было диагностировано сопутствующие заболевания холангит, холецистит. У всех больных очаги поражения наблюдались в области лица, груди, в верхних и нижних конечностях. В очаге поражений наблюдались папулы красного цвета, бляшки и чешуйки. Триада симптом Поспелова было положительна у всех больных. Из 23 больных у 17 был отмечен феномен Кебнера нам месте раздражений, травм, инъекций. Овесол больные принимали внутрь по 1 столовой ложке 3 раза в день, в течение 14 дней, а местно очаги поражения смазывали мазью «Эплан». Овесол — гепатопротекторное средство, оказывает также желчегонное, холелитолическое, гиполипидемическое, гипохолестеринемическое и некоторое иммуномодулирующее действие.

Результаты исследования. На 8 день после начала комплексного лечения с применением мази Эплан и препарата Овесол, у всех больных в очагах поражения наблюдались рассасывание папул и бляшек. Регресс воспалительных явлений усиливался к концу комплексного лечения, и время выздоровления больных укорачивалось на 4–5 дней. У всех больных после применения мази эплан и препарата «Овесол» побочные явления не наблюдались.

Вывод. Мазь эплан и препарат «Овесол» оказался эффективным препаратом в лечении артропатической формы псориаза и удобен в применении, без побочных явлений.

СОДЕРЖАНИЕ ЭСТРАДИОЛА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

ПАКИРДИНОВ А.Б., ПАКИРДИНОВА С.А., МУХАММАДЖОНОВА Л.А., ЁКУБОВА М.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Изучить динамику содержания эстрадиола в плазме крови женщин, больных атопическим дерматитом в периоды обострения заболевания и после комплексного лечения.

Материалы и методы исследования: У 24 женщин, больных атопическим дерматитом в возрасте от 20 до 30 лет в плазме крови определили содержание эстрадиола в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и люте-

иновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Jre-Sorin» (Франция). Контролем (0,32±0,02 нмоль/л и 0,62±0,02 нмоль/л) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20–30 лет.

Результаты исследования: Средние значения содержания эстрадиола в плазме крови у всех больных атопическим дерматитом было значительно снижено в обеих фазах менструального цикла. Наибольшая степень его снижения отмечалась при обострении заболевания (в фолликулиновой фазе — 0,12±0,01 нмоль/л, а в лютеиновой фазе — 0,28±0,04 нмоль/л, при контроле соответственно 0,32±0,02 нмоль/л и 0,62±0,02 нмоль/л). После комплексного лечения с включением лазерной терапии у всех больных в фолликулиновой фазе менструального цикла отмечалось недостоверное повышение концентрации эстрадиола по сравнению с данными в период обострения (0,17±0,01 нмоль/л). В лютеиновой фазе уровень эстрадиола достоверно повышался (0,36 нмоль/л), однако ни в одном случае он не достиг нормальных значений.

Выводы: У женщин больных атопическим дерматитом имеется дисфункция овариальной системы, выражающаяся понижением концентрации эстрадиола в плазме крови в обеих фазах менструального цикла в период обострения, а после комплексного лечения с включением лазерной терапии отмечается повышение содержания эстрадиола в плазме крови, но не достигает нормальных значений.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА В КРОВИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

ПАКИРДИНОВ А.Б., ПАКИРДИНОВА С.А., БОТИРОВ К.З., ЁКУБОВА М.А.

Андижанский медицинский институт, г. Андижан
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Изучить содержание прогестерона в плазме крови женщин, больных нейродермитом до и после лазерной терапии.

Материалы и методы исследования: У 30 женщин, больных нейродермитом в возрасте от 20 до 30 лет в плазме крови определили содержание прогестерона в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R.S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью набора реактивов «Стерон-II-3Н» (Россия). Контролем (18,4±2,7нмоль/л и 71,6±7,9 нмоль/л) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20–30 лет.

Результаты исследования: В период обострения нейродермита у всех больных в обеих фазах менструального цикла содержание прогестерона было значительно снижено, при этом наибольшая степень снижения отмечалось в лютеиновой фазе (в фолликулиновой фазе — 12,6±0,88 нмоль/л, а в лютеиновой фазе 21,8±1,5нмоль/л, при контроле соответственно 18,4±2,7 нмоль/л и 71,6±7,9 нмоль/л). После комплексного лечения с включением лазерной терапии концентрация прогестерона достоверно повышалась. При этом в фолликулиновой фазе она достигала нормальных значений (16,8±1,21 нмоль/л), а в лютеиновой у всех больных сохранялась значительная гипопрогестеронемия (37,5±2,3 нмоль/л).

Выводы: У женщин больных нейродермитом имеется дисфункция овариальной системы, выражающийся в значительном снижении концентрации прогестерона в плазме крови в обеих фазах менструального цикла в период обострения заболевания, а после комплексного лечения с включением лазерной терапии она достоверно повышается в обоих фазах менструального цикла, но в лютеиновой фазе не достигает нормальных величин.

ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМ-БАЛЬЗАМ «ОБЛЕПИХА И МУМИЕ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «БРОНХОМУНАЛ» У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ПАКИРДИНОВ А.Б., ХАМИДОВ Ф.Ш., БОТИРОВ К.З., ЁКУБОВА М.А., ХАСАНОВА М.Т.

Андижанский Государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Эффективная терапия больных атопическим дерматитом остается одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Несмотря на то, что выявляются новые стороны патогенеза атопического дерматита и разрабатываются соответствующие методы те-

рапии, неуклонно растет заболеваемость (Papp K.A., 2003). Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных атопическим дерматитом (Пакирдинов А.Б. и соавт., 2010; Балтабаев М.К., 2004; Костянова Е.Н., 2005; Котельникова А.Б. и др., 2009). Для устранения изменения в гепатобилиарной системе у больных атопическим дерматитом применялся крем-бальзам «Облепиха и мумие» в сочетании с препаратом «Бронхомунал».

Крем-бальзам «Облепиха и мумие» фирмы «Природная формула» (Россия), представляет это одни из самых активных природных компонентов оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие. Мы предлагаем включить, в комплексную терапию атопического дерматита крем — бальзам «Облепиха и мумие» оказывающее противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие, крем-бальзам смазывают 2 раза в день, на кожу легкими массажными движениями до полного впитывания. Препарат «Бронхомунал» назначали по 1 капсуле 1 раза в день на курс лечения две недели.

Цель исследования: Изучить эффективность комплексного метода лечения с применением препарата Бронхомунал и крема-бальзам «Облепиховое масло и мумие» у больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 30 больных атопическим дерматитом. Возраст больных от 18 до 40 лет, из них 22 мужчины, 8 женщин. У всех больных кожный процесс носил распространенный характер. Все больные получали препарат Брнхомунал и наружно смазывали крем-бальзам Облепиха и мумие, на курс 2 недели. Кроме этого комплексное лечение включало витаминотерапия, антигистаминные, в общепринятых дозах. Препарат «Бронхомунал» назначали по 1 капсуле 1 раза в день. Крем облепиха и мумие применялся наружно утром и вечером смазывали очаги поражения тонким слоем.

Вывод. Предварительное применение этих препаратов у 15 больных атопическим дерматитом дало положительный результат. Кожный процесс начал регрессировать через 8–10 дней от начала лечения, сначала заметно уменьшился шелушение, затем папулы начали уплощаться, незначительный зуд кожи. К концу 2-й недели от начала лечения папулы заметно уплощались, у большинства больных элементы поражения рассасывались, зуда не было.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ «0,3% АММИФУРИНА» У БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

ПАКИРДИНОВ А.Б., ПАКИРДИНОВА Г.А., ПАКИРДИНОВА С.А. ЁКУБОВА М.А.

Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Гнездная алопеция (ГА) является самой часто встречаемой патологией среды заболевания волос. По данным литературы ГА составляет около 4% всех заболеваний кожи, а среды патологии волос оно составляет по данным разных авторов от13% до 30%. Причиной возникновения ГА может быть нарушения микроциркуляции, эндокринные, иммунные, нейрогенные, метаболические изменения, наличие очагов фокальной инфекции и многие другие. Поэтому при лечении больных ГА необходимо учитывать вышеперечисленные факторы, имеющие патогенетическое значение. Одновременно необходимо назначит препараты, улучшающие питание волос. К таким препаратам относится новый комплексный препарат «0,3% аммифурин», представляющий собой сумму фурокумаринов: изопимпинеллина, бергаптена и ксантотоксина выделенную из плодов амми большой — Ammi majus L., семенйства сельдерейных (зонтичных) — Apaceae (Umbelliferae). Препарат стимулирует процессы синтеза кератина и других важных компонентов волоса, снижает потребность волосяных фолликулов в кислороде, на обменные процессы, влияет на рост волос и поддерживает их нормальную окраску.

Цель исследования: Изучить эффективность препарата «0,3% Аммифурин» у больных гнездной алопецией.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 26 больных гнездной алопецией, в возрасте от 8 до 34 лет, из них 21 были мужчины, 5 женщины. У 21 больных было локальная форма ГА, у 3 субтотальная, у 2 тотальная форма. При исследовании у 13 больных было обнаружено глистная инвазия, у 16 больных заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический колит, гепатохолецистит). Всем больным было кроме наружного лечения было назначено общее лечение включающее препараты цинка (окись цинка по 0,1 в сутки), антиоксиданты (аевит, тиосульфат натрия) и наружно смазывать «0,3% Аммифурин».

Результаты: У 13 больных (81,2%) к концу комплексного лечения появились пушковые волосы в очагах алопеции. У 1 больного субтотальной формой и у 2 больных тотальной формой ГА

улучшения не наблюдалось. Все больные лечение переносили хорошо, осложнения и побочные эффекты не наблюдалось.

Выводы: При комплексном лечении больных очаговой формой ГА с включением «0,3% Аммифурин» наблюдается положительная динамика. У больных тотальной формой ГА заметного улучшения в процессе одного курса лечения не наблюдается, возможно, для них требуется провести несколько курсов лечения.

АКНИЛ В НАРУЖНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ

ПАКИРДИНОВ А.Б. (д.м.н., профессор), БОТИРОВ К.З., ТОШПУЛАТОВ Б.Х., КУЧКАРОВ А.А.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан.,Республика Узбекистан.

Введение. Вульгарные угри (акне) встречаются довольно часто — у 60–80% лиц в возрасте от 12–24 лет, при этом ⅓ из них они требуют лечения. В связи с этим лечение акне является чрезвычайно актуальной медико-социальной проблемой.

Цель исследования: Изучить эффективность Акнил геля у больных вульгарными угрями.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 45 больных (22 мужчин, 23 женщин) в возрасте от 15 до 23 лет. У всех больных было диагностировано вульгарный угри. Всем больным, кроме общего стандартного лечение, наружно было назначено гель Акнил (1% гель клиндамицина фосфата). При нанесении на кожу Клиндамицина фосфат гидролизуется в выводных протоках сальных желез, превращаясь к клиндамицин который и является активной субстанцией.

Схема терапии акне Акнилом: препарат ежедневно наносили тонким слоем на пораженные участки кожи 2–3 раза в сутки. Для получения клинической эффективности потребовалось около 6–8 недель. При необходимости курс повторялся после перерыва.

Результаты лечения. У всех больных после первого курса лечения, в очагах поражения исчезли пустулы, рассасывались инфильтраты, улучшалось состояние кожи. У 5 больных через 7–8 дней отмечался обострение процесса, которым было назначено препарат повторно.

Вывод. Препарат Акнил, обладает высоким профилем безопасности и убедительным эффектом, как в комплексном лечении, так и в монотерапии у больных акне.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ПАКИРДИНОВА С.А., ПАКИРДИНОВ А.Б., БОТИРОВ К.З., ЁКУБОВА М.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Изучить действие лазерной терапии на уровень пролактина (ЛТГ) в плазме крови женщин, больных атопическим дерматитом в периоды обострения и ремиссии заболевания.

Материалы и методы исследования: У 24 женщин, больных атопическим дерматитом в возрасте от 20 до 30 лет до и после лазерной терапии в плазме крови определили концентрацию пролактина (ЛТГ) в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Jre-Sorin» (Франция). Контролем (12,6±2,6 нг/мл и 12,5±3,1 нг/мл) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20–30 лет.

Результаты исследования: Средние значения содержания ЛТГ в плазме крови у больных атопическим дерматитом в период обострения заболевания в обоих фазах менструального цикла была незначительно снижена как в фолликулиновой фазе (9,5±0,8 нг/мл), так и в лютеиновой фазе (10,8±1,1 нг/мл), при контроле соответственно 12,6±2,6 нг/мл и 12,5±3,1 нг/мл). После комплексного лечения с включением лазерной терапии в обеих фазах менструального цикла отмечалось достоверное повышение концентрации ЛТГ по отношению к данным в период обострения (соответственно 16,5±3,3 нг/мл и 16,2±3,5 нг/мл, при контроле 12,6±2,6 нг/мл и 12,5±3,1 нг/мл).

Выводы: У женщин, больных атопическим дерматитом имеется дисфункция гипофизарной

системы, выражающийся в незначительном снижении ЛТГ в плазме крови, в обеих фазах менструального цикла в период обострения заболевания. А комплексное лечение с включением лазерной терапии способствует повышению концентрации ЛТГ в плазме крови.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ РОЗЕКС В ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕСА

ПАКИРДИНОВА С.А., ПАКИРДИНОВ А.Б., ПАКИРДИНОВА Г.А., ЁКУБОВА М.А.

Андижанский Государственный медицинский институт. Андижан
Кафедра дерматовенерологии

Рецидивирующий герпес занимает одно из ведущих мест среди вирусных заболеваний человека. Его клинические проявления характеризуются большим разнообразием — от ограниченных поражений кожи и слизистых оболочек различной локализации до системных форм.

Цель работы: оценка эффективности мази «Розекс» в лечении рецидивирующего герпеса.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 31 больной рецидивирующим герпесом кожи и слизистых оболочек. Из них 26 мужчин (83,9 %) и 5 женщин (16,1 %) в возрасте от 17 до 48 лет. Длительность заболевания составила от 4–6 месяцев до 10 и более лет. Локализация герпетических высыпаний была следующей: у 10 больных (32,2 %) на красной кайме губ, у 6 больных (19,3 %) на коже ягодиц, у 8 больных (25,8 %) в области гениталий и у 7 больных (22,5 %) диагностирован диссеминированный герпес. Для проведения терапии отбирались больные с тяжелой формой заболевания — с перманентным течением, с ежемесячными длительными (от 15 до 25 дней) и непродолжительными (до 10 дней) рецидивами. Лечение мази розексом, у 8 больных (25,8 %) было перманентное течение заболевания, у 12 больных (38,7 %) рецидивы были длительностью до 25 дней, у 7 больных (22,5 %) длительностью до 15 дней, у 4 больных (12,9 %) длительностью до 10 дней.

Результаты исследования. Мазь розекс назначали в начальном периоде активации герпетической инфекции — в период предвестников или в первый день рецидива мазь смазқвали 2 раза в сутки, на курс лечения 3–5 дней. Отмечено, что мазь розекс быстро купирует все субъективные и общие явления, регресс высыпаний на фоне лечения происходит в гораздо более короткие сроки. У больных длительность рецидива сократилась с 19,3 ± 1,48 до 5,1 ± 0,1 дней.

Вывод. Таким образом, при терапии мази розекса у больных рецидивирующим герпесом с перманентным течением и с ежемесячными рецидивами отмечено увеличение продолжительности ремиссии. Лечение мази розекс переносится больными без побочных реакций.

КОНЦЕНТРАЦИЯ ЛЮТЕИНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

ПАКИРДИНОВА С.А., ПАКИРДИНОВ А.Б., КУЧКАРОВ А.А., ЁКУБОВА М.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Изучение динамики концентрации лютеинизирующего гормона (ЛГ) гипофиза в плазме крови женщин, больных атопическим дерматитом в процессе лазерной терапии.

Материалы и методы исследования: У 24 женщин больных атопическим дерматитом в возрасте от 20 до 30 лет до и после комплексного лечения с включением лазерной терапии в плазме крови определили концентрацию ЛГ в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Jre-Sorin» (Франция). Контролем (16,1 ± 4,8 нМЕ/мл и 12,8 ± 2,9 нМЕ/мл) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20–30 лет.

Результаты исследования: У всех 24 больных в период обострения заболевания концентрация ЛГ гипофиза в плазме крови была достоверно снижено как в фолликулиновой, так и в лютеиновой фазе менструального цикла (соответственно 5,93 ± 0,42 нМЕ/мл и 5,79 ± 0,52 нМЕ/мл, при контроле 16,1 ± 4,8нМЕ/мл и 12,8 ± 2,9нМЕ/мл). После комплексного лечения с включением лазерной терапии концентрация ЛГ в плазме крови повышался, достигая нижнюю границу нормы (соответственно 9,77 ± 0,78 нМЕ/мл и 8,33 ± 0,68 нМЕ/мл).

Вывод: У женщин больных атопическим дерматитом в период обострения заболевания имеется дисфункция гипофизарной системы, выражающийся в снижения концентрации ЛГ в плазме крови в обоих фазах менструального цикла, которая после комплексного лечения с включением лазерной терапии повышался.

КОНЦЕНТРАЦИЯ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

ПАКИРДИНОВ А.Б., БОТИРОВ К.З., МУХАММАДЖОНОВА Л.А., ЁКУБОВА М.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Изучить изменение концентрации фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) гипофиза в плазме крови женщин, больных атопическим дерматитом под воздействием лазерной терапии.

Материалы и методы исследования: У 24 женщин, больных атопическим дерматитом в возрасте от 20 до 30 лет в плазме крови определили концентрацию фолликулостимулирующего гормона гипофиза в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Jre-Sorin» (Франция). Контролем (7,5±1,5 нМЕ/мл и 14,2±5,1 нМЕ/мл.) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20–30 лет.

Результаты исследования: Концентрация ФСГ в фолликулиновой фазе менструального цикла при обострении атопического дерматита у всех больных не отличалось от нормы — 18,25±1,39 нМЕ/мл, при контроле 14,2±5,1 нМЕ/мл. После комплексного лечения с включением лазерной терапии наблюдалось увеличение концентрации ФСГ по отношение к периоду обострения, однако его количество не выходило за верхние границы нормальных значений — 22,01±1,42 нМЕ /мл при контроле 14,2±5,1 нМЕ/мл. В лютеиновой фазе уровень ФСГ в период обострения атопического дерматита достоверно превышал норму, а после лечения еще более возрастал, соответственно 11,6±0,84 нМЕ/мл и 13,36±0,75 нМЕ/мл, при контроле 7,5±1,5 нМЕ/мл.

Вывод: У женщин, больных атопическим дерматитом в период обострения заболевания имеется дисфункция гипофизарной системы, выражающийся в повышении концентрации ФСГ в плазме крови в лютеиновой фазе менструального цикла, которая не корригирует после лечения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ПАКИРДИНОВ А.Б., КУЧКАРОВ А.А., БОТИРОВ К.З., ЁКУБОВА М.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Кафедра дерматовенерологии.

Цель исследования: Изучить действие лазерной терапии на уровень пролактина (ЛТГ) в плазме крови женщин, больных атопическим дерматитом в периоды обострения и ремиссии заболевания.

Материалы и методы исследования: У 24 женщин, больных атопическим дерматитом в возрасте от 20 до 30 лет до и после лазерной терапии в плазме крови определили концентрацию пролактина (ЛТГ) в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Jre-Sorin» (Франция). Контролем (12,6±2,6 нг/мл и 12,5±3,1 нг/мл) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20–30 лет.

Результаты исследования: Средние значения содержания ЛТГ в плазме крови у больных атопическим дерматитом в период обострения заболевания в обоих фазах менструального цикла была незначительно снижена как в фолликулиновой фазе (9,5±0,8 нг/мл), так и в лютеиновой фазе (10,8±1,1 нг/мл), при контроле соответственно 12,6±2,6 нг/мл и 12,5±3,1 нг/мл). После комплексного лечения с включением лазерной терапии в обеих фазах менструального цикла отмечалось достоверное повышение концентрации ЛТГ по отношению к данным в период обострения (соответственно 16,5±3,3 нг/мл

и 16,2±3,5 нг/мл, при контроле 12,6±2,6 нг/мл и 12,5±3,1 нг/мл).

Выводы: У женщин больных атопическим дерматитом имеется дисфункция гипофизарной системы, выражающаяся в незначительном снижении ЛТГ в плазме крови, в обеих фазах менструального цикла в период обострения заболевания. А комплексное лечение с включением лазерной терапии способствует повышению концентрации ЛТГ в плазме крови.

СОДЕРЖАНИЕ ЭСТРАДИОЛА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

ПАКИРДИНОВ А.Б., МУХАММАДЖОНОВА Л.А., ЁКУБОВА М.А., КУЧКАРОВ А.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Изучить динамику содержания эстрадиола в плазме крови женщин, больных атопическим дерматитом в периоды обострения заболевания и после комплексного лечения.

Материалы и методы исследования: У 24 женщин, больных атопическим дерматитом в возрасте от 20 до 30 лет в плазме крови определили содержание эстрадиола в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Jre-Sorin» (Франция). Контролем (0,32±0,02 нмоль/л и 0,62±0,02 нмоль/л) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20–30 лет.

Результаты исследования: Средние значения содержания эстрадиола в плазме крови у всех больных атопическим дерматитом было значительно снижено в обеих фазах менструального цикла. Наибольшая степень его снижения отмечалась при обострении заболевания (в фолликулиновой фазе — 0,12±0,01 нмоль/л, а в лютеиновой фазе — 0,28±0,04 нмоль/л, при контроле соответственно 0,32±0,02 нмоль/л и 0,62±0,02 нмоль/л). После комплексного лечения с включением лазерной терапии у всех больных в фолликулиновой фазе менструального цикла отмечалось недостоверное повышение концентрации эстрадиола по сравнению с данными в период обострения (0,17±0,01 нмоль/л). В лютеиновой фазе уровень эстрадиола достоверно повышался (0,36 нмол/л), однако ни в одном случае он не достиг нормальных значений.

Выводы: У женщин, больных атопическим дерматитом имеется дисфункция овариальной системы, выражающийся в понижении концентрации эстрадиола в плазме крови в обеих фазах менструального цикла в период обострения, а после комплексного лечения с включением лазерной терапии отмечается повышение содержания эстрадиола в плазме крови, но не достигает нормальных значений.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА В КРОВИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

ПАКИРДИНОВ А.Б., БОТИРОВ К.З., ТОШПУЛАТОВ Б.Х., ЁКУБОВА М.А.

Андижанский медицинский институт, г. Андижан
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Изучить содержание прогестерона в плазме крови женщин, больных нейродермитом до и после лазерной терапии.

Материалы и методы исследования: У 30 женщин больных нейродермитом в возрасте от 20 до 30 лет в плазме крови определили содержание прогестерона в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью набора реактивов «Стерон-II-3Н» (Россия). Контролем (18,4±2,7 нмоль/л и 71,6±7,9 нмоль/л) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20–30 лет.

Результаты исследования: В период обострения нейродермита у всех больных в обеих фазах менструального цикла содержание прогестерона было значительно снижено, при этом наибольшая степень снижения отмечалось в лютеиновой фазе (в фолликулиновой фазе — 12,6±0,88 нмоль/л, а в лютеиновой фазе 21,8±1,5 нмоль/л, при контроле соответственно 18,4±2,7 нмоль/л и 71,6±7,9 нмоль/л). После комплексного лечения с включением лазерной

терапии концентрация прогестерона достоверно повышалась. При этом в фолликулиновой фазе она достигала нормальных значений (16,8±1,21 нмоль/л), а в лютеиновой у всех больных сохранялась значительная гипопрогестеронемия (37,5±2,3 нмоль/л).

Выводы: У женщин, больных нейродермитом имеется дисфункция овариальной системы, выражающийся в значительном снижении концентрации прогестерона в плазме крови в обеих фазах менструального цикла в период обострения заболевания, а после комплексного лечения с включением лазерной терапии она достоверно повышается в обоих фазах менструального цикла, но в лютеиновой фазе не достигает нормальных величин.

КОНЦЕНТРАЦИЯ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

ПАКИРДИНОВА С.А., ПАКИРДИНОВ А.Б., БОТИРОВ К.З., ЁКУБОВА М.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Изучить изменение концентрации фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) гипофиза в плазме крови женщин, больных атопическим дерматитом под воздействием лазерной терапии.

Материалы и методы исследования: У 24 женщин, больных атопическим дерматитом в возрасте от 20 до 30 лет в плазме крови определили концентрацию фолликулостимулирующего гормона гипофиза в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Jre-Sorin» (Франция). Контролем (7,5±1,5 нМЕ/мл и 14,2±5,1 нМЕ/мл.) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20–30 лет.

Результаты исследования: Концентрация ФСГ в фолликулиновой фазе менструального цикла при обострении атопического дерматита у всех больных не отличалось от нормы — 18,25±1,39 нМЕ/мл, при контроле 14,2±5,1 нМЕ/мл. После комплексного лечения с включением лазерной терапии наблюдалось увеличение концентрации ФСГ по отношение к периоду обострения, однако его количество не выходило за верхние границы нормальных значений — 22,01±1,42 нМЕ /мл при контроле 14,2±5,1 нМЕ/мл. В лютеиновой фазе уровень ФСГ в период обострения атопического дерматита достоверно превышал норму, а после лечения еще более возрастал, соответственно 11,6±0,84 нМЕ/мл и 13,36±0,75 нМЕ/мл, при контроле 7,5±1,5 нМЕ/мл.

Вывод: У женщин больных атопическим дерматитом в период обострения заболевания имеется дисфункция гипофизарной системы, выражающаяся повышением концентрации ФСГ в плазме крови в лютеиновой фазе менструального цикла, которая не корригирует после лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОСТАТИКОВ В МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ ШАМБЕРГА

ПУРЫШКИНА О.Д., ГОЛОВЧЕНКО Д.Я.

Национальный медицинский университет им.А.А.Богомольца,
Киев, Украина

Болезнь Шамберга или пигментный прогрессирующий дерматоз регистрируется как основное заболевание или сопутствующее при кардио-, ревмо- и хирургических патологиях. Чаще отмечается у мужчин разного возраста, но, нередко, им болеют и женщины в возрасте после 50 лет.

Болезнь Шамберга носит доброкачественный, чаще ограниченный характер и относится к группе васкулитов с хроническим воспалением капилляров верхней части дермы и отложением гемосидерина в дерме и стенках сосудов. Причина этого процесса неясна, однако многие исследователи считают, что в основе лежат иммунопатологические процессы, развивающиеся на фоне предшествующей антигенной сенсибилизации (возможно, грибковой). В этой связи традиционно назначают общую терапию, включающую, наряду со стредствами, влияющими на сосудистую стенку и систему кровообращения (эскузан, рутин, гамма-глобулин, гемотрансфузии, др.), гормоно- и химиотерапию.

Эффективность проводимий терапии при данном заболевании трудно прогнозировать в связи с наблюдающейся у больных резистентностью к

разным лекарственным препаратам. Поэтому поиск новых средств для оптимальной терапии болезни Шамберга является актуальным.

Цель исследования: оценить эффективность местного применения цитостатиков в лечении ограниченных поражений кожи при болезни Шамберга.

Под наблюдением находилось 6 пациенток в возрасте от 52 до 69 лет с сопутствующими заболеваниями: гипертоническая болезнь, ИБС, микоз стоп, ревматоидный артрит, варикозная болезнь. Клиническая картина характеризовалась, преимущественно, геморрагическими пятнами до 2-х см в диаметре красно-коричневого или желто-бурого цвета, телеангиэктазиями, наблюдающимися на коже голеней и тыльной поверхности стоп.

Для местного лечения применялась мазь, содержащаяцитостатики(циклофосфан, эндоксан) в концентрации 0,1% ежедневно, в течение 2–3 недель. Общая терапия включала эскузан, антигистаминные, аскорбиновую кислоту, вит.В-12, метилурацил. Каждые 7–10 дней в течение 2-х месяцев исследовались развернутый анализ крови, результаты биохимического обследования и общий анализ мочи.

У 5 пациенток (83%) после 1,5 месяцев проводимой терапии количество геморрагических проявлений значительно уменьшилось, у 1 пациентки улучшение наступило через 2 месяца от начала терапии.

Полученные результаты применения мазей, в состав которых входят цитостатики, свидетельствуют о том, что их назначение является целесообразным и не сопровождается развитием побочных явлений, т.е отличается хорошей переносимостью, в отличие от применения цитостатиков системно.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ КОЖЕ

РАХМАТОВ А.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

ВОЗ определяет качество жизни как «восприятие индивидуумами собственного положения в жизни в контексте культурных и оценочных систем, в которых они живут, и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами».

Для медицинских исследований в настоящее время разработаны специальные шкалы, позволяющих оценивать восприятие больными своего заболевания, причем степень тяжести и продолжительность заболевания являются не единственными предикторами их психосоциальных последствий. Следует подчеркнуть, что важно учитывать качество жизни пациентов, поскольку оно определяет исход и комплаентность проводимого лечения.

Любое дерматологическое заболевание значительно влияет на общее состояние здоровья и качество жизни, ввиду чего у 20–50% из них могут возникнуть тяжелые психосоциальные нарушения, чаще в виде депрессии. По этой причине разработаны стандартные и валидизированные опросники, причем наиболее применяемым является ДИКЖ (дерматологический индекс качества жизни), который был предложен еще в 1994 г. A.Finlay. Чем выше показатель ДИКЖ, тем ниже качество жизни пациента.

В настоящее время синдромом чувствительной кожи отмечается состояние повышенной реактивности кожи в ответ на различные экзогенные воздействия, причем клинически это проявляется покраснением, шелушением, снижением уровня увлажненности и наличием телеангиэктазий.

Нами было изучено качество жизни у больных атопическим дерматитом, вульгарными и розовыми угрями, при которых выявляются признаки чувствительной кожи, связанные как с конституционально чувствительной кожей, так и с чувствительной кожей, обусловленной нерациональным использованием средств для ухода за кожей.

При атопическом дерматите происходит ослабление барьерных свойств эпидермиса по причине дисбаланса липидного состава липидной мантии эпидермиса и недостатка компонентов натурального увлажняющего фактора, образующихся из филагрина. Восполнение недостающих в роговом слое компонентов неизбежно улучшает состояние кожи и уменьшает выраженность субъективных симптомов у пациентов, что способствует улучшению качества жизни.

В отличие от атопического дерматита причина возникновения чувствительной кожи у больных вульгарными угрями имеет вторичный характер и обусловлена нарушениями барьерных структур кожи (дисбаланс липидов, обезжиривание кожи, сухость кожи).

Механизм формирования симптомов чувствительной кожи при розацеа имеет некоторые отличия от такового при атопическом дерматите, так как при розовых угрях происходит не только ослабление барьерной функции эпидермиса, но

и значительную роль при этом играют реактивность сосудов и нейрональная дисрегуляция. Наличие выраженных субъективных ощущений, а также локализация высыпаний на лице приводят к значительному ухудшению качества жизни у данных пациентов. Следует указать и тот факт, что развитие фимы особо не сказывалось на качестве жизни пациентов, что, возможно, связано с пожилым возрастом.

Таким образом, при атопическом дерматите, вульгарных и розовых угрях появляются симптомы чувствительной кожи, что доставляет пациентам большой дискомфорт. В арсенале практической дерматологии имеются разнообразные наружные средства, позволяющие устранять указанные симптомы и, следовательно, повышать качество жизни пациентов в межрецидивный период.

ТОПИЧЕСКАЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ВИТИЛИГО

РАХМАТОВ А.Б., АХМАДИЕВА С.Б., РАХМАТОВА Д.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и городской кожно-венерологический диспансер

Цель исследования: усовершенствовать лечение больных витилиго.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 136 больных (92 мужчины, 44 женщины) с локализованные формами витилиго, включая и синдром Сэттона. Давность заболевания в среднем составляла от 1 до 5 лет. Ранее пациенты получали разнообразное лечение, включая и УФО-терапию. У больных витилиго были проведены гистоморфологические исследования с очагов поражений, указавших на целесообразность использования топических иммуномодулирующих средств, каковым является пимекролимус. Больным витилиго назначался крем «Элидел» (пимекролимус) 2 раза в день в течение 1,5–2 месяцев в виде монотерапии. Для оценки эффективности использования пимекролимуса больные витилиго были подразделены на две сопоставимые по полу, возрасту, давности заболевания группы: I группа (82 больных) получала пимекролимус; II группа (54 больных) получала стандартное (витамины, микроэлементы, вазопротекторы и др.) лечение.

Результаты: проведенные исследования показали, что эффективность курса лечения больных с локализованными формами витилиго в I группе превышало результаты II группы: репигментация была достигнута у 55 из 82 (67,1 %) больных и у 24 из 54 (44,4 %), соответственно. Следует указать, что использование пимекролимуса вызывает у пациентов в первые дни появление незначительной эритемы и чувства жжения на местах нанесения крема, что не является противопоказанием для дальнейшего применения указанного средства. Использование пимекролимуса вызывает появление очагов как периферической, так и фолликулярной репигментации кожи, причем первые признаки образуются уже на 14–20 сутки лечения.

Выводы: при лечении больных витилиго возможно использование топической иммуномодулирующей терапии в виде наружного применения крема, содержащий пимекролимус, позволяющий, во-первых, минимизировать используемые лекарственные препараты, во-вторых, вызывать репигментацию витилигинозных очагов, особенно на проблемных участках кожи (веки, половые органы и др.).

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ МАЛАССЕЗИОЗОМ КОЖИ

РАХМАТОВ А.Б., РАХИМОВ И.Р., АБИДОВА З.М., МИРЗАЕВ А.У.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Угревая болезнь является мультифакториальным хроническим заболеванием с поражением сальных желез и волосяных фолликулов, в развитии которого важную роль играют изменения гормонального фона, нарушения иммунного статуса, микроциркуляции кожи, смешанная инфекция, дефицит цинка в организме, расстройства пищеварительной системы и наследственная предрасположенность.

Цель работы: разработать дифференцированные показания, комплексную методику лечения больных угревой болезнью, осложненной ма-

лассезиозом и дать клинико-лабораторную оценку ее эффективности.

Материалы и методы: среди 60 больных угревой болезнью (45,8% мужчин и 54,2% женщин) в 100% случаев выявлен сопутствующий малассезиоз кожи. Проведен кластерный сопоставительный анализ клинико-лабораторных данных и разработаны методы комплексной дифференцированной терапии с оценкой ее результатов.

Результаты и обсуждение: сопоставительный анализ клинических проявлений и течения дерматоза, лабораторных показателей (микробиоценоз кожи, гормоны, иммунный статус) позволил разделить 60 больных угревой болезнью на две клинико-терапевтические группы. 20 пациентам первой группы рекомендовали стандартное лечение, второй — дополнительно назначался текназол по 100 мг 2 раза в день в течение 14 дней. В группе больных угревой болезнью с сопутствующим малассезиозом, принимавших лечение по предложенной методике, наблюдалось статистически значимое ($p < 0,01$) снижение уровня противовоспалительных цитокинов, определяющих направленность иммунного ответа, на фоне существенных благоприятных сдвигов клинических проявлений угревой болезни. Это свидетельствует о нормализации иммунного статуса, что можно объяснить устранением колонизации кожи малассезиозом.

Выводы: полученные данные свидетельствуют об обоснованности и более высокой эффективности предложенного комплексного метода лечения больных угревой болезнью, сочетанной с малассезиозом кожи, что позволяет рекомендовать ее для внедрения в практическое здравоохранение.

ГЛИЦИРРИЗИНОВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

РАХМАТОВ А.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

До настоящего времени лечение больных псориазом представляет актуальную проблему, так как довольно часто, несмотря на проводимую терапию, у пациентов отмечается дальнейшее обострение кожного процесса и развитие тяжелых форм дерматоза. Одной из причин такого течения псориаза является наличие метаболического синдрома, для коррекции которого существуют различные методы лечения.

Целью настоящего исследования являлось оценка эффективности лечения больных псориазом глицирризиновой кислотой.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 42 больных псориазом (30 мужчин, 12 женщин) в возрасте от 30 до 50 лет с давностью заболевания от 1 до 10 лет. Были отобраны больные только с обычной формой псориаза (мелко- и крупно-бляшечные варианты). Метаболический синдром оценивался по следующим показателям: липидный и углеводный обмен, печеночные пробы, иммунный и цитокиновый статус. При лечении больных был использован препарат «Глицирон», содержащий 25 мг моноаммония глицирризината. Глицирон назначался по 2 таблетке 3 раза в день в течение 20–30 дней в зависимости от активности псориатического процесса. Для оценки эффективности проводимой терапии был использован индекс PASI, вычисляемый до и после лечения. Больные псориазом были подразделены на II сопоставимые по полу, возрасту и давности заболевания группы: I группа (21 больных) получала стандартное лечение; II группа (21 больных) дополнительно принимала препарат «Глицирон».

Результаты: проведенное лечение показало, что терапевтическая эффективность была выше во II группе (80,9%), нежели в I группе (61,9%) пациентов. Так, индекс PASI у больных I группы снижался с $16,7 \pm 1,23$ до $10,2 \pm 0,97$ баллов; у больных II группы — с $15,6 \pm 3,1$ до $6,5 \pm 0,55$ баллов. Препарат «Глицирон» способствовал нормализации отдельных показателей липидного обмена (ХС ЛПВП и ХС ЛПНП), иммунного (ИРИ) и цитокинового (ФНО-α, IL-4) статуса.

Выводы: при лечении больных псориазом целесообразно использование препаратов комбинированного действия («Глицирон»), что повышает терапевтическую эффективность, наряду с минимизацией применяемых лекарственных средств.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

РАХМАТОВ А.Б., МИРАХМЕДОВА Х.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и Ташкентская медицинская академия

Согласно современным представлениям, псориаз является хроническим рецидивирующим заболеванием, структурную основу которого составляют различные формы системного иммунного воспаления соединительной ткани (СТ) и сосудов микрогемоциркуляторного русла (МГЦР).

У больных псориазом обнаружены различные нарушения цитокинового профиля в коже, сыворотке крови и других биологических средах, в целом характеризующиеся преобладанием провоспалительных цитокинов (повышен уровень ИЛ-1α, ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО-α). Поскольку псориатический артрит (ПА) является деструктивной артропатией, то провоспалительные цитокины, особенно ФНО-α, могут быть основными факторами, влияющими на деструкцию суставов. Кроме того, указанный цитокин способен поддерживать формирование остеопороза.

В стратегическом плане терапевтические мероприятия у больных псориатическим артритом должны быть направлены на достижение физиологического равновесия уровней про- и противовоспалительных цитокинов, реализацию остеопротекторных и хондропротекторных эффектов. Решение этих задач, в частности, возможно при использовании глицирризиновой кислоты, обладающей противовоспалительной и иммунопротекторной активностью.

Цель работы: клинико-лабораторная оценка остеопротективных, анальгетических и противовоспалительных эффектов комплексной терапии больных псориатическим артритом и использованием глицирризиновой кислоты.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 42 больных псориатическим артритом (24 мужчины, 18 женщин) в возрасте от 20 до 45 лет. Длительность заболевания составляла от 3 до 15 лет. Всем больным проводили общее лабораторное обследование, динамическое рентгенологическое исследование периферических и проксимальных суставов. Для оценки состояния костной ткани использовали компьютерную рентгенограммостеоденситометрию. Исследовали биохимические параметры костного метаболизма: общий кальций и неорганический фосфор сыворотки крови, активность щелочной фосфатазы. Лабораторную оценку активности воспалительного процесса осуществляли путем расчета сигма-СОЭ (с определением СОЭ в капилляре Панченкова) и лактоферрина методом ИФА. Динамику кожного процесса оценивали с помощью индекса PASI.

Результаты и их обсуждение: дистальный вариант ПА отмечен у 18 (42,9 %) больных, проксимальный — у 7 (16,7 %), проксимально-дистальный — у 15 (35,7 %), хроническая медленно прогрессирующая деформирующая остеоартропатия — у 2 (4,8 %). Характер кожного процесса в большинстве случаев проявлялся вульгарным псориазом — у 40 (95,2 %) больных, экссудативным — у 2 (4,8 %) пациентов. Высокая активность воспалительного процесса сопровождалась потерей костной тканью кальция и фосфора, ввиду чего в стандартное лечение ПА включаются кальцийсодержащие препараты. При рентгенологическом исследовании был установлен локальный остеопороз у 31 (73,8 %) пациентов. При компьютерной рентгенограммостеоденситометрии костная патология различной степени выраженности (от остеопении до остеопороза) была выявлена у 40 (95,2 %) больных. Проведение лечения больных ПА глицирризиновой кислотой (Стронгер Нео-Минофаген) приводило к нормализации биохимических параметров, уменьшению активности суставного синдрома по индексу ВАШ, уменьшалось количество болезненных и воспалительных суставов, время утренней скованности. Положительная динамика кожного процесса подтверждена снижением индекса PASI на 25–65 %.

Выводы: результаты исследований позволяют сделать заключение о нарушениях костного ремоделирования у больных псориатическим артритом и целесообразности применения препаратов кальция, наряду с активной противовоспалительной терапией (глицирризиновая кислота). Достаточно высокий терапевтический эффект, хорошая переносимость препарата позволяет рекомендовать внедрение предложенного метода лечения в широкую клиническую практику.

ПРИНЦИПЫ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ

РАХМАТОВ А.Б., РАХМАТОВА Д.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и городской кожно-венерологический диспансер

Для успешного лечения многих дерматозов необходимо использование разнообразных наружных средств, в частности, стероидных, которые наиболее ярко способны проявлять противовоспалительный, антиэкссудативный и другие эффекты. В этих случаях необходимо избегать длительного применения указанных средств, особенно на стероидчувствительных участках кожи (лицо, шея, половые органы), так как в противном случае неизбежать местных побочных эффектов. При наружной терапии дерматозов необходимо знать динамику клинических проявлений конкретного дерматоза, что позволит правильно выбрать форму наружного средства (мазь, крем, лосьон и др.). Так, при наличии экссудации необходимо применять разнообразные аэрозоли, в случаях лихенификации очагов — мази. Довольно часто проявления дерматозов локализуются на волосистой части головы (псориаз, себорейный дерматит), когда удобно использование шампуней, аэрозолей, что значительно повышает комплаентность проводимого лечения.

В настоящее время довольно много негормональных наружных средств, не уступающих по противовоспалительного эффекту кортикостероидным средствам, примером которого являются ингибиторы кальценеврина (пимекролимус и такролимус), причем была приведена доказательная база использования указанных средств у больных витилиго, как наружная иммуномодулирующая терапия, исходя из современной концепции патогенеза указанного дерматоза.

Особо необходимо остановиться на препарате «Скин-кап» (разнообразные формы выпуска) — активированный цинк пиритион, широко используемый дерматологами при лечении больных атопическим дерматитом и псориазом, причем антимикробный эффект препарата позволяет ослаблять влияние бактериальных и грибковых антигенов и суперантигенов.

Регресс любых дерматологических заболеваний должен сопровождаться назначением увлажняющей терапии, которая позволит восстановить утерянные свойства кожного покрова и удлинить сроки клинической ремиссии заболевания.

ОНКОЛОГИЯ КОЖИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ, ОНКОГЕНЕЗА И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ

РАХМАТОВ А.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Среди актуальных проблем современной дерматологии — важнейшие вопросы этиопатогенеза, диагностики, а также лечения опухолей и опухолеподобных процессов кожи. Опухоли кожи — невоспалительные новообразования, состоящие из структурных элементов кожи и не склонные к регрессированию.

В основе классификаций опухолей преобладает гистогенетический и гистологический подход. Различают эпителиальные, соединительнотканные, сосудистые, мышечные опухоли, опухоли подкожной клетчатки, нервов кожи, пигментные и метастатические. Несмотря на огромное разнообразие клинико-морфологических классификаций, которыми пользуются дерматологи, их нельзя назвать абсолютно корректными, так как нередко клинические варианты некоторых опухолей, например, базалиомы, могут быть весьма разнообразны, а их гистологические особенности однотипны, и наоборот, при сходной клинической картине наблюдаются различные гистоморфологические структуры. Такие заболевания как меланома являются межнациональной проблемой. В связи с этим для согласованных действий врачей разных специальностей, в том числе дерматологов, а также для исключения ошибок в лечебно-диагностическом процессе при содействии Международного противоракового союза была введена классификация TNM: T (tumor) — распространение опухоли TO,Tis,T1,T2,T3,T4; N (nodulus) — отсутствие или наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах и степень поражения последних NO,N1,N2,N3,N4; M (metastasis) — отсутствие или наличие отдаленных метастазов MO,M1. Кроме того используется символ pT (глубина инвазии

опухоли) и символ G (степень дифференцировки опухоли).

Сегодня известно, что протоонкогены регулируют нормальное поведение клеток и ее правильные ответы на воздействия различных сигнальных веществ. Однако протоонкогены подвержены мутациям, что приводит к злокачественной трансформации клеток. Существуют гены p53 и Rb — представители генов супрессоров опухолей и их мутации открывают дорогу канцерогенезу. Наиболее известной патологией, связанной с этими генами, является дефект системы удаляющей тиминовые димеры, образующиеся при ультрафиолетовом облучении. Она проявляется в виде пигментной ксеродермы или в высокой степени вероятности возникновения различных опухолей кожи.

В настоящее время известны более 200 разновидностей злокачественных новообразований, причем каждая из них имеет свои особенности роста, клинических проявлений, способность давать метастазы и т.п. Все это имеет свою генетическую основу — свой особый набор мутаций определенных генов. У опухолевой клетки меняется набор синтезируемых ею продуктов. Происходят изменения свойств плазматических мембран, в результате чего клетка перестает реагировать на контакты с соседними клетками, теряется избирательность клеток при адгезии. В клетках часто прекращается синтез белков, участвующих в апоптозе. По мере роста многих опухолей их клетки начинают стимулировать выделение протеаз, позволяющих им вторгаться в любую ткань, а также стимулировать ангиогенез. Любопытен также тот факт, что некоторые мутации дают опухолевым клеткам возможность изменять уровень выработки антигенов HLA I класса и становиться «невидимыми» для иммунной системы.

В настоящее время накоплен огромный материал по лечению опухолевых заболеваний. В первую очередь необходимо отметить группу препаратов (герсептин, димерсепт и др.), способных воздействовать на HER-рецепторы, которые очень много на поверхности раковых клеток.

Заслуживает особого внимания группа ангиостатиков, в связи с тем, что эти препараты действуют не на опухолевые клетки, а на вполне здоровые клетки сосудов, у которых нет ни генетической нестабильности, ни бурного размножения. Эти препараты должны повысить клиническую эффективность уже успешно применяемых производных колхицина, меркаптопурина и эмбихина. Для дерматологов представляют интерес препараты, полученные успешной генной модификацией лимфоцитов. Предлагаются наночастицы кремния в фотодинамической терапии опухолей. Нельзя не упомянуть и нейтронзахватную терапию, причем иногда последнюю проводит в единственном сеансе.

Таким образом, на современном этапе развития науки накоплен достаточно большой объем знаний об опухолях. Однако многи вопросы еще продолжают оставаться недостаточно изученными, особенно в дерматоонкологии. В связи с этим мы хотели бы акцентировать внимание дерматологического сообщества на вопросе: где место дерматолога в системе диагностики, лечения и профилактики опухолевых процессов кожи.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ОРТОНЕКСИИ ПРИ ОНИХОДИСТРОФИЯХ

РАХМАТОВ А.Б., РАВШАНОВА Д.Т., ЮСУПОВ И.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и Самаркандский областной кожно-венерологический диспансер

В последние годы значительно увеличилось количество больных, обращающихся к врачу дерматологу по поводу патологии ногтей. Это объясняется повышением благосостояния людей, желанием устранения данного косметического дефекта и пропагандой здорового образа жизни.

За период 2013–15 гг. зарегистрировано 242 пациентов (97 мужчин, 145 женщин) в возрасте от 20 до 45 лет и данностью заболевания от 3 месяцев и более 10 лет. Всем больным были проведены микробиологические исследования (микроскопия) для выявления грибковой инфекции, что позволило у 108 (44,6 %) больных установить диагноз онихомикоза различных клинических вариантов. В остальных случаях — онихопатия (55,4 %), нередко обусловленная наличием дерматологического заболевания. Среди больных с онихопатией явления онихоуксиса (вросший ноготь) были установлены у 15 из 134 (11,2 %) больных. Данным пациентам по разработанной методике были внедрены специальные стальные пластины, позволившие выравнить продольный рост ногтевой пластинки и исключить необходимость хирургического вмешательства, полностью сохраняя трудоспособность больных. Кроме того, 33 (24,6 %) пациентам, наряду с проводимым медикаментозным лечением, были подготовлены индивидуальные ортезы, позволяющие в определенной степени коррегировать костно-суставные деформации стопы и пальцев стоп, включая и плоскостопие,

без устранения которых довольно сложно решать проблему онихопатий, клинические варианты которых весьма многообразны.

Из медикаментозных средств, примененных нами при лечении больных онихопатиями, в первую очередь необходимо указать препарат «Пантогар, онихотрофический эффект которого нами был доказан в многочисленных исследованиях. Основным условием успешного применения указанного препарата являются сроки его применения (не менее 3–4 месяцев).

Таким образом, патология ногтей является частой причиной обращения к дерматологу, который должен установить причинный фактор и провести соответствующую терапию, которая во многих случаях позволит получить выраженный терапевтический эффект и значительно повысить качество жизни пациентов.

ПАНТОГАР В ТЕРАПИИ ОНИХОПАТИЙ

РАХМАТОВ А.Б., РАВШАНОВА Д.Т., ЮСУПОВ И.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и Самаркандский кожно-венерологический диспансер

Цель исследования: оценить терапевтическую эффективность препарата «Пантогар» в лечении больных онихопатиями.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 140 больных с различными формами онихопатий, причем у 52 (37,1 %) из них был установлен диагноз онихомикоза. Независимо от этиологического фактора всем больным назначался препарат «Пантогар» по 1 капсуле 3 раза в день в течение 3–4 месяцев. Больные с онихомикозами принимали препарат в перерывах между пульс-терапией итраконазолом. Препарат «Пантогар» обладает общеукрепляющим и регенерирующим свойствами, улучшает метаболические процессы в корнях волос и матриксе ногтевой пластинки.

Результаты: применение препарата «Пантогар» позволило до минимума сократить процент развития ониходистрофических изменений у больных онихомикозами в процессе пульс-терапии итраконазолом (с 12,3 % до 2,2 %). При онихопатиях другой этиологии использование препарата «Пантогар» позволило повысить эффективность терапии с 36,1 % (традиционного лечение) до 70,5 % больных. Проведенные методом нейтронно-активационного анализа исследования установили положительную динамику комплекса микроэлементов, дефицит которых удалось компенсировать за счет использованного препарата «Пантогар».

Выводы:

1. В общей группе онихопатий больные с онихомикозами занимают всего лишь 37,1 % случаев.
2. С целью уменьшения дистрофических изменений со стороны ногтевых пластин у больных онихомикозами рекомендуется использование препарата «Пантогар» в перерывах пульс-терапии (3–4 месяца).
3. Препарат «Пантогар» способен улучшать метаболические процессы в ногтевых пластинках, вследствие чего рекомендуется его использование у больных с онихопатиями.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОДЕРМАТОЛОГИИ

РАХМАТОВ А.Б., КУРБАНОВА Ш.М., МАХМУТОВ Р.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и кафедра психиатрии Ташкентского института усовершенствования врачей

В настоящее время псориаз рассматривается как папулосквамозный дерматоз с наследственной предрасположенностью. Основной характеристикой патологического процесса является иммунное воспаление, которое сопровождается активацией Т-лимфоцитов, избыточной продукцией медиаторов иммунного ответа — цитокинов, нарушением дифференцировки кератиноцитов. Существует взаимосвязь нервной и иммунной систем, а кожа представляется как нейроиммуноэндокринный орган.

Поэтому для повышения эффективности терапии и достижения более стойких результатов в комплексную терапию таких хронических дерматозов, как экзема, псориаз, хроническая крапивница, гипергидроз, целесообразно включать психофармакологические средства, направленные на коррекцию психоэмоционального состояния

пациентов. Наиболее часто назначают противотревожные препараты — анксиолитики («Афобазол»). Данный препарат обладает выраженным анксиолитическим, вегетостабилизирующим и умеренным активирующим эффектом, купирует не только психологические, но и соматические нарушения, связханные с тревожными расстройствами. Препарат «Афобазол» не оказывает прямого тормозящего действия на ЦНС, а восстанавливает физиологическое течение процессов торможения.

Под нашим наблюдением находилось 30 пациентов (20 мужчин, 10 женщин) с прогрессирующей стадией псориаза в возрасте от 20 до 45 лет. В исследование не включались больные с сопутствующей соматической патологией в стадии обострения, декомпенсированной формой почечной и сердечной патологии, онкозаболеваниями, алкоголизмом и наркоманией, психическими заболеваниями, а также больные, получавшие менее 3 мес. назад лечение по поводу псориаза с применением иммунопротекторных лекарственных препаратов и антидепрессантов.

Лечение псориаза проводилось согласно стандартной схеме в соответствии с клиническими рекомендациями с учетом индивидуальных показаний. Пациенты контрольной группы получали только стандартную терапию, в то время как пациенты основной группы дополнительно принимали селективный анксиолитик «Афобазол» по 10мг 3 раза в сутки после еды ежедневно в течение 30 дней. Оценка состояния пациентов в обеих группах проводилась до начала лечения, через 15 дней и после окончания терапии (30 дней). Для объективной оценки тяжести течения заболевания и эффективности проводимой терапии у всех больных использовали индекс PASI. Психоэмоциональное состояние больных оценивали с помощью теста Спилберга-Ханина (определение уровня ситуационной и личностной тревожности).

Проведенное лечение показало, что включение в терапию больных псориазом селективного анксиолитика оказало положительное влияние на клинические проявления и течение заболевания. У больных основной группы отмечено снижение индекса PASI на 77,5 %, группы сравнения на 50,2 %.

Оценка влияния лечебных мероприятий на динамику тревожных состояний осуществлялась по баллам, характеризующим ситуативную или реактивную тревожность. Реактивную тревожность оценивали следующим образом: до 30 баллов — низкая тревожность; 31–45 баллов — умеренная тревожность; 46 баллов и более — высокая тревожность. На 30 сутки лечения наблюдалось статистически значимое различие уровня теактивной тревожности между сравниваемыми группами, отражающее эффективность включения препарата «Афобазол» в комплексную терапию больных псориазом.

Таким образом, использование селективного анксиолитика «Афобазол» при лечении больных псориазом на фоне стандартной терапии оказывает положительный терапевтический эффект, способствуя не только подавлению тревожного состояния, но и ингибированию кожных проявлений патологического процесса и достижению более быстрого и выраженного клинического улучшения дерматоза.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

РАХМАТОВ А.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии

Цель исследования: изучить клиническую эффективность препарата «Стронгер Неоминофаген» (глицирон) у больных с различными формами псориаза.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 120 больных псориазом (77 мужчин, 43 женщины) в возрасте от 20 до 50 лет и давностью заболевания от 1 до 10 лет. Были диагностированы следующие формы заболевания: обычная — 62, экссудативная — 12, артропатическая — 36, эритродермическая — 10 пациентов. Ранее пациенты получали разнообразное лечение, включая кортикостероидные и цитостатические препараты. Для оценки тяжести псориатического процесса был использован стандартный индекс PASI. В качестве базисного средства был выбран препарат «Стронгер Неоминофаген», обладающий гепатопротекторным, иммуномодулирующим, противовоспалительным и антиоксидантным действием. Большинство пациентов получала указанный препарат в виде внутривенных вливаний по 20мл (на курс лечения 10–20 процедур), отдельным пациентам препарат назначался в таблетированной форме («Глицирон») по 2 таблетке 2 раза в день в течение 25 дней. Для оценки эффективности препарата «Стронгер Неоминофаген» больные псориазом были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, давности заболевания и клиническим формам дерматоза: I группа (60 больных) получала препарат «Стронгер Неоминофаген»; II группа (60 больных) — стандартное лечение псориаза.

Результаты: проведенные исследования показали, что положительный эффект был достигнут у больных I группы в 85%, у больных II группы — в 70% случаев, что является убедительным доказательством терапевтической эффективности выбранного лекарственного средства, который способен воздействовать многие патогенетические звенья развития псориаза. Проведенные исследования позволили установить положительную динамику со стороны изученных иммунологических и цитокиновых (ФНО-α, IL-1,4,6,8, ИНФ-β и др.) показателей, а также многочисленных печеночных тестов (АСТ, АЛТ,ГГТП и др.).

Выводы: в терапии различных форм псориаза возможно использование многофункционального препарата «Стронгер Неоминофаген».

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

РАХМАТОВ А.Б., МИРАХМЕДОВА Х.Т.

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

Псориатический артрит (ПА) имеет не только медицинское, но и социальное значение, что обусловлено его значительной распространенностью и прогрессирующим характером течения, приводящим к нетрудоспособности и ранней инвалидизации пациентов.

В понимании патогенеза псориаза и псориатического артрита существенное место принадлежит дисбалансу про- и противовоспалительных цитокинов, таких как ФНО-α, ИЛ-6, ИЛ-12, ИЛ-17, ИЛ-23.

Исследования последних лет установлена взаимосвязь между отдельными антигенами системы HLA и экспрессией цитокинов у больных псориазом и псориатическим артритом (HLA-Cw6 и ФНО-α). Эти данные подтверждают наличие определенных аасоциаций между генетическими и иммунологическими механизмами развития псориаза, а также указывают на возможности их генной коррекции.

Трудности своевременной диагностики ПА обусловлены чрезвычайной вариабельностью его проявлений, многообразием клинико-анатомических вариантов суставного синдрома и вариантов дебюта, различными сочетаниями основных синдромов. В настоящее время для своевременной диагностики псориатического артрита используются классификационные критерии CASPAR (Classification criteria for Psoriatic Arthritis), разработанной международной группой экспертов в 2006 г.

У больных ПА с повышенной частотой встречаются висцеральные поражения в виде лимфаденопатии, метаболического синдрома, кардиоваскулярных заболеваний, поражений печени, почек, глаз и других. Верификация поражения печени представляется чрезвычайно важной, особенно в плане выбора объема терапевтических мероприятий и, прежде всего, назначения болезнь-модифицирующих препаратов.

Несмотря на успехи в диагностике и лечении ПА, остается недостаточно разработанной конкретная оценка составляющих опорно-двигательного аппарата, тем более что не всегда клингическая и лабораторная картина соответствуют собственно патологическому процессу в суставах. В свете вышесказанного становится очевидной важность разработки показаний к использованию современных методов диагностики, в частности-методов визуализации, которые могли бы дать объективную информацию о состоянии определенного сустава. К таким методам относятся компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) и ультразвуковое исследование (УЗИ).

Полученные нами результаты указывают, что ранняя диагностика и лечение воспалительного артрита может привести к лучшему исходу в отношении деструкции и функции суставов. Внедрение в дебюте болезни генно-синтезированных биологических препаратов подводит клиницистов к лечению, конечной целью которого являются все три органа-мишени псориатического артрита: кожа, синовия и энтезисы. Длительное наблюдение за больными, которым был выставлен ранний диагноз и назначено интенсивное лечение, позволяет утверждать, что данный алгоритм приводит к улучшению исходов у пациентов псориатическим артритом.

Таким образом, псориатический артрит имеет важное медицинское и социальное значение, поскольку это хроническое, прогрессирующее заболевание, которое приводит к деструкции и деформации суставов, потере их функции, что негативно отражается на качестве жизни больных. Разрабатываются методы антицитокиновой терапии, которая имеет патогенетическую направленность и будет решать проблему лечения как псориаза в целом, так и псориатического артрита, в частности.

КЛИНИКО-ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ РЕКЛИНГХАУЗЕНА

РАХМАТОВ А.Б., САЛАХУТДИНОВА Ф.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Цель исследования: разработка комплексного метода лечения больных нейрофиброматозом с учетом состояния цитокинового статуса.

Материалы и методы исследования: проведено обследование 50 больных (40 мужчин, 10 женщин) нейрофиброматозом I типа и 24 здоровых лиц (контрольная группа), а также их 20 родственников I степени родства. Диагностика заболевания осуществлялась на основании критериев, рекомендованных Международным комитетом экспертов по нейрофиброматозу. Иммунный статус был изучен с помощью показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета с использованием моноклональных антител. С помощью ИФА было изучено содержание цитокинов ФНО-α и ИЛ-4 во всех рассматриваемых группах. Клинически больные были разделены на II группы: I группа (19 больных) с наличием нейрофибром (кожные, подкожные, плексиформные) и II группа (31 больных) с наличием различных пигментных пятен (цвета «кофе с молоком» и типа веснушек с более темной окраской). В подавляющем большинстве случаев (96 %) крупные пятна существовали с рождения и только у 4 % пациентов эти пятна образовались в период новорожденности. Ни у одного из родственников не выявлено признаков болезни Реклингхаузена.

Результаты: у больных нейрофиброматозом I типа и их родственников I степени родства отмечалось достоверное повышение уровня ФНО-α по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$), которое находилось в прямой зависимости от давности заболевания. Более выраженные нарушения иммунного статуса были выявлены у больных I группы по сравнению со II группой ($p < 0,05$) и контрольной ($p < 0,001$) группами. При лечении больных обеих групп был применен препарат «Глутоксим», позволивший в определенной степени улучшить показатели цитокинового и иммунного статуса у больных нейрофиброматозом.

Выводы: клинические проявления нейрофиброматоза сопровождаются различным состоянием иммунного и цитокинового статуса, для коррекции рекомендуется использование иммуномодулирующего препарата «Глутоксим», что в определенной мере способно влиять на рост и скорость появления нейрофибром.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ШАМПУНЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА

РАХМАТОВ А.Б., АХМАДИЕВА С.Б., РАХМАТОВА Д.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Термин «перхоть» в настоящее время употребляется в связи с рядом заболеваний в дерматологии, таких как себорейный дерматит, псориаз, отрубевидный лишай. Выделяют также «банальную» перхоть, вызываемую продуктами жизнедеятельности грибов рода Malassezia, которые являются частью нормальной микрофлоры кожи головы человека. Выявлено, что дрожжеподобные грибы Malassezia питаются липидами, выделяемыми волосяными мешочками. Частично усвоенные липиды, остающиеся на коже, вызывают обычное раздражение волосистой части головы.

Выявлено большое количество факторов, играющих определенную роль в возникновении перхоти. Одним из наиболее важных является избыточная выработка кожного сала, или себорея — нарушение функции сальных желез, характеризующиеся преимущественно усиленным выделением неполноценного (химически измененного) кожного сала, в котором снижено содержание свободных низших жирных кислот за счет увеличения уровня холестерина и свободных жирных кислот, что снижает бактериостатические свойства кожи и способствует развитию вторичной инфекции.

Нарушения функции салоотделения могут быть обусловлены также наследственными факторами, гормональными изменениями или стрессом. Кожное сало является благоприятным субстратом для размножения грибка Malassezia ovalis, под воздействием которого обновление клеток эпидермиса ускоряется.

Существуют разнообразные лекарственные средства, используемые при лечении себорейного дерматита. Предлагается наружное средство бальзам «Хайкиназол», содержащий кетоконазол и клобетазол пропионат.

Цель исследования: разработать алгоритм использования наружного средства «Хайкиназол» при шелушении волосистой части головы.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 24 больных (15 мужчин, 9 женщин) в возрасте от 18 до 49 лет с различными формами кожной патологии (псориаз волосистой части головы — у 7, сухая себорея — у 12, жирная себорея — у 5 пациентов). Давность заболевания варьировала от 2 месяцев до 5 лет. Всем больным проводилось клинико-лабораторное обследование, консультации смежных специалистов. При выявлении сопутствующей патологии назначалось соответствующее лечение. Всем больным проводили курс лечения комплексной базовой противовоспалительной терапии согласно основному дерматологическому диагнозу. В качестве наружной терапии у пациентов использовали препарат «Хайкиназол», который наносили на влажную кожу головы дважды в неделю, выдерживая 5мин экспозиции. Курс лечения составлял 1,5–2 месяца.

Результаты и их обсуждение: переносимость лечения была хорошей. Побочных эффектов не наблюдалось ни у одного из 24 больных. Эффективность лечения оценивалась дважды в неделю в течение всего курса лечения (6–8 недель) в зависимости от регресса симптомов (зуд, шелушение, жирность, эритема и др.). Также оценивалась переносимость и косметическая привлекательность препарата. Положительный терапевтический эффект различной степени выраженности в процессе лечения наблюдался у всех пациентов и проявлялся к концу первой недели от начала лечения, усиливаясь в дальнейшем. Шелушение уменьшалось уже после первого мытья волос у 9 пациентов и у 21 полностью регрессировали на 4-й неделе курса лечения. Значительное уменьшение шелушения после второго-третьего мытья волос отмечалось у остальных 15 больных. Снижение зуда было отмечено у 20 пациентов к концу первой недели от начала лечения и у 4 — к концу третьей. Уменьшение эритемы наблюдалось у всех больных к середине второй недели лечения вплоть до ее полного исчезновения к концу третьей недели у 23 пациентов. Наибольший эффект от лечения наблюдался у пациентов с псориазом волосистой части головы и сухой себореей, меньшим был эффект степени — при жирной себореи. Косметическая приемлемость была оценена пациентами как отличная. Бальзам «Хайкиназол» при мытье образует пену с приятным запахом. Волосы после мытья приобретали блеск и мягкость, а также легко расчесывались и поддавались укладке.

Выводы: дерматологический бальзам «Хайкиназол» является высокоэффективным наружным лекарственным средством для лечения перхоти различного происхождения, имеет отличную переносимость, косметически приемлем и может быть рекомендован как в качестве составляющего комплексного лечения псориаза и себереи, так и в качестве монотерапии при данной кожной патологии.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ КОЖЕ

РАХМАТОВ А.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

ВОЗ определяет качество жизни как «восприятие индивидуумами собственного положения в жизни в контексте культурных и оценочных систем, в которых они живут, и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами».

Для медицинских исследований в настоящее время разработаны специальные шкалы, позволяющих оценивать восприятие больными своего заболевания, причем степень тяжести и продолжительность заболевания являются не единственными предикторами их психосоциальных последствий. Следует подчеркнуть, что важно учитывать качество жизни пациентов, поскольку оно определяет исход и комплаентность проводимого лечения.

Любое дерматологическое заболевание значительно влияет на общее состояние здоровья и качество жизни, ввиду чего у 20–50 % из них могут возникнуть тяжелые психосоциальные нарушения, чаще в виде депрессии. По этой причине разработаны стандартные и валидизированные опросники, причем наиболее применяемым является ДИКЖ (дерматологический индекс качества жизни), который был предложен еще в 1994 г. A.Finlay. Чем выше показатель ДИКЖ, тем ниже качество жизни пациента.

В настоящее время синдромом чувствительной кожи отмечается состояние повышенной реактивности кожи в ответ на различные экзогенные воздействия, причем клинически это проявляется покраснением, шелушением, снижением уровня увлажненности и наличием телеангиэктазий.

Нами было изучено качество жизни у больных атопическим дерматитом, вульгарными и розовыми угрями, при которых выявляются признаки чувствительной кожи, связанные как с конституционально чувствительной кожей, так и с чувствительной кожей, обусловленной нерациональным использованием средств для ухода за кожей.

При атопическом дерматите происходит ослабление барьерных свойств эпидермиса по причине дисбаланса липидного состава липидной мантии эпидермиса и недостатка компонентов натурального увлажняющего фактора, образующихся из филагрина. Восполнение недостающих в роговом слое компонентов неизбежно улучшает состояние кожи и уменьшает выраженность субъективных симптомов у пациентов, что способствует улучшению качества жизни.

В отличие от атопического дерматита причина возникновения чувствительной кожи у больных вульгарными угрями имеет вторичный характер и обусловлена нарушениями барьерных структур кожи (дисбаланс липидов, обезжиривание кожи, сухость кожи).

Механизм формирования симптомов чувствительной кожи при розацеа имеет некоторые отличия от такового при атопическом дерматите, так как при розовых угрях происходит не только ослабление барьерной функции эпидермиса, но и значительную роль при этом играют реактивность сосудов и нейрональная дисрегуляция. Наличие выраженных субъективных ощущений, а также локализация высыпаний на лице приводят к значительному ухудшению качества жизни у данных пациентов. Следует указать и тот факт, что развитие фимы особо не сказывалось на качестве жизни пациентов, что, возможно, связано с пожилым возрастом.

Таким образом, при атопическом дерматите, вульгарных и розовых угрях появляются симптомы чувствительной кожи, что доставляет пациентам большой дискомфорт. В арсенале практической дерматологии имеются разнообразные наружные средства, позволяющие устранять указанные симптомы и, следовательно, повышать качество жизни пациентов в межрецидивный период.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА BHARGLOB В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ECTHYMA VULGARE

РЕЙИМКУЛИЕВ Б.Р., ШАМУРАДОВА М.Х.

Управление центрами инфекционных болезней
Центральная кожно-венерологическая больница, г. Ашхабад

Цель работы: Показать эффективность применения препарата нормального человеческого иммуноглобулина Bharglob при лечении больных с ecthyma vulgare (EV).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 33 пациента, страдающих EV в возрасте от 18 до 21 лет. Длительность заболевания колебалась от 1 до 6 месяцев. Больные были разделены на 2 группы, где в первой группе из 11 пациентов проводилась традиционная медикаментозная терапия, во второй группе из 12 больных дополнительно назначался препарат Bharglob 16,5% в дозировке 1,0 мл через день, 6 инъекций на курс. Признаки клинического выздоровления в виде уменьшения эритемы, прекращения мокнутия язвы и исчезновения местного отека наблюдались на следующий день после первой инъекции. В результате проведенной терапии у 11(91,7%) больных второй группы отмечалось клиническое выздоровление в течение 2 недель, в то время как у больных первой группы язва зарубцовывалась в течение 35–40 дней в 10(90,9%) случаев, а в 1(9,1%) случае признаков регресса язвы не наблюдалось в течение 45 дней.

Таким образом, полученные результаты позволяют применить препарат нормального человеческого иммуноглобулина Bharglob у больных с ecthyma vulgare и добиться хороших клинических результатов в более короткие сроки.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД ИСТОЧНИКА АРЧМАН В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

РЕЙИМКУЛИЕВ Б.Р., ШАМУРАДОВА М.Х.

Управление центрами инфекционных болезней
Центральная кожно-венерологическая больница, г. Ашхабад

Под нашим наблюдением находилось 26 больных, с АД в возрасте от 1 года до 62 лет. Длительность заболевания колебалась от 6 месяцев до 25 лет. Из них у 4(15,4%) наблюдалась экссудативная форма, у 3(11,5%) эритематозно-сквамозная форма, у 5(19,2%) больных наблюдалась эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией, у 8(30,8%) больных была лихеноидная форма, и у 6(23,1%) больных отмечалась пруригинозная форма АД. При стационарной хронической форме АД без резко выраженной инфильтрации и наличием белого дермографиз-

ма ванны назначались через день, температура 35°–36°С 10 минут, их также чередовали с субтермальными ваннами. При хронической эритематозно-сквамозной форме, протекавшей с лихенификацией, лихеноидной форме и пруригинозной форме, протекавшей с резко выраженной инфильтрацией и лихенизацией назначались термальные ванны 36°–37°С на 10–15 минут два дня подряд, так же чередовали с субтермальной ванной на 10 минут, курс 10–12 ванн. У большинства больных заметное улучшение состояния кожных покровов отмечалось после 2–3 сеанса.

В результате проведенной терапии у 19 (73,1 %) больного отмечался выраженный клинический эффект, а у 6(23,1 %) регресс кожных высыпаний.

Полученные результаты позволяют применить минеральные воды источника Арчман у больных атопическим дерматитом и добиться хороших клинических результатов.

ЭНТЕРОЛ И ВИФЕРОН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВИРУСНОЙ ЭКЗАНТЕМЫ У ДЕТЕЙ

РИХСИЕВ У.Ш., ЮЛДАШЕВ М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В последние годы отмечается увеличение количества обращения больных детей с проявлениями вирусной экзантемы (вирусная пузырчатка, внезапная экзантема) что часто вызывает трудности в ранней диагностике и адекватном лечении. Это связано с тем, что возбудитель заболевания вирус Коксаки высоко контагиозен и внедрившись в организм, через слизистые ЖКТ проникает в кровь и спустя 72 ч наблюдается виремия. Заболевание начинается с лихорадки, атралгии, насморка, кашля, диареи, боли в животе и горле. Через 12–24 ч на слизистых рта появляются болезненные язвы, а на коже преимущественно кистей и стоп наблюдаются милиарные и лентикулярные папулы, быстро превращающиеся в везикулы. Болезнь обычно проходит самостоятельно, виремия устраняется в течение 7–10 дней, но в аридных регионах заболевание может, длится дольше, рецидивировать и нередко вызвать тяжелые осложнения, что подтверждается данными литературы и собственными наблюдениями.

В консультативно-диагностическая поликлинка клиники ТашПМИ за весенне-летний период 2015 г. обратились 37 детей в возрасте от 6 мес до 11 лет, которым после совместного осмотра дерматолога, педиатра и инфекциониста был выставлен диагноз вирусная экзантема. Следует отметить, что только в 8 случаях был выставлен правильный направительный диагноз со стороны участковых педиатров. Всем этим детям в комплексной терапии в качестве основных препаратов были использованы: Энтерол 250 обладающий — быстрым антитоксическим, антидиарейным, и противовоспалительными действием в комбмнации с ректальными свечами Виферон которые в свою очередь обладают выраженным противовирусным и иммуномодулирующим свойством. Дозы препаратов назначались исходя из возраста и тяжести состояния больных детей на протяжении 5–10 дней. В процессе проведенной терапии мы наблюдали уже на 2 сутки заметное снижение явлений общей интоксикации и на 4–6 сутки подавляющая часть высыпаний рассасывалась. Только у 4 больных течение заболевания имело более затяжной характер, но это было обусловлено их более поздним обращением к нам.

Учитывая вышеизложенное, использование в комплексном лечении детей больных вирусной экзантемой препаратов Энтерол 250 и Виферон в комбинации дает более выраженный терапевтический эффект.

РОЛЬ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

РИХСИЕВ У.Ш., АБДУЛЛАЕВ М.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

При проведенных нами исследованиях по изучению эубиотического состояния кишечника, у детей витилиго выявили нарушения эубиоза кишечника и снижение адаптационно-компенсаторных механизмов печени. Это явились основанием для включения в комплексную терапию пробиотиков, иммуномодуляторов, гепатопротекторов нового поколения в сочетании с лечебным питанием.

С этой целью нами было изучена динамика клинического течения заболевания во взаимосвязи с эубиозом кишечника, у 2-х групп больных. I-я группа — 42 больных, получали традиционную терапию, II-я группа 68 больных кроме тра-

диционной терапии, получали лечебное питание — диета №4-В. Цель включение этого стола, обеспечить полноценное питание, создать условия для поддержания ремиссии, достигнутой при лечении хронических воспалительных заболеваний кишечника. У больных I группы в процессе лечения количество почти всех исследуемых микроорганизмов приблизилось к данным контрольной группы. Однако, общее количество анаэробов оставалось низким (9,86±0,23 и 10,7±0,53 lg КОЕ/г соответственно у больных и здоровых детей, P<0,001). Среди условно-патогенных микроорганизмов оставалось высоким количество лактозонегативных кишечных палочек, дрожжеподобных грибов и протея (соответственно 3,36±0,23 lg КОЕ/г, P<0,05; 3,22±0,24 lg КОЕ/г; 3,66±0,27 lg КОЕ/г, P<0,001). Для оценки отдаленных результатов лечения эубиотиками больные повторно были нами обследованы через 3 месяца. К этому сроку показатели анаэробов резко уменьшилось, а количество аэробов, особенно лактозонегативных кишечных палочек, энтерококков, дрожжеподобных грибов и протея, увеличилось до показателей, имевших место до лечения. У детей больных витилиго II группы, которые получали лечебное питание диета №4-В, после проведенного курса лечения наблюдалось аналогичная, но более выраженная тенденция к нормализации содержания всех изученных микроорганизмов. Только количество сапрофитных стафилококков и протея оставалось достоверно высоким (P<0,05). В отдаленные сроки также сохранялся стойкий положительный эффект комплексной терапии с включением лечебного питания, несколько возросло только количество лактозонегативных кишечных палочек и грибов рода Кандида.

Таким образом, у детей, больных витилиго, включение в комплекс традиционной терапии, лечебной диеты №4-В приводит к относительно быстрому и стойкому восстановлению кишечной микрофлоры.

БОЛАЛАРДА ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИНИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОР БОЛАЛАРНИ МАҲАЛЛИЙ «ЛОКАТОП» ВА «ДЕКСЕРИЛ» КРЕМЛАРИ КОМБИНАЦИЯСИ ХОЛИДА ҚЎЛЛАНИЛНИЛИШИ САМАРАДОРЛИГИ

РИХСИЕВА Д.Д.

Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти

Хозирги кунда псориаз касаллигини даволаш борасида янги дори воситаларини яратилиши ва уларни қўлланилиши долзаб масала бўлиб хисобланади. Бундай ҳолат айниқса болаларда аҳамият муҳим омил касаб этади. Бу борада псориаз касаллиги билан хасталанган бемор болаларни маҳаллий “Локатоп” маҳаллий стероид препарати билан “Дексерил” юмшатувчи креми комбинация холида қўллаш мақсад қилиб олинди. Изланишлар ТошПТИ клиникаси қошидаги поликлиникада амбулатор ҳолатида олиб борилди. Кузатувларимизда 18 нафар псориаз билан хасталанган 6 ёшдан 16 ёшгача бўлган бемор болалар бўлиб, уларни 11 нафарини ўғил, 7 нафарини эса қиз болалар ташкил этди. Бемор болаларга умумий даво чоралари билан биргаликда маҳаллий даво чоралари ҳам ўтказилди. Маҳаллий даво воситаларидан “Локатоп 0,1% крем”и ва “Дексерил” кремлари комбинация холида кунига 2 махал зарарланган тери юзаларига суртиш тартибида олиб борилди. Олиб борилган даво чоралари натижасида 9 нафар бемор болаларда давонинг 3 кунидан бошлаб клиник белгиларнинг камайиши,10 кунига келиб клиник белгиларини умуман йўқолиши ҳолати кузатилди. Қолган беморларда эса даволанинг 2–3 кунларига келиб қичишиш аломатларини, гиперемия холатини эса 4–5 кунларига келиб камайиши ҳолати қайд этилди. Даво чораларини ўтказилиниши натижасида касалликнинг 9–10 кунларига келиб беморларда касалликни клиник белгилари умуман йўқолиши кузатилди. Юқорида келтирилган беморлардан 15 тасида “Локатоп 0,1% крем”и ва “Дексерил крем”и комбинация холида қўлланилганда, қипиқланишлар касалликни 3 кундан бошлаб кўчиб тушди, 6–7 кундан бошлаб эса тугунчали тошмалар сўрила бошлади ва улар ўрнида иккиламчи гипопигментланган доғлар қайд этилди.

Шундай қилиб, “Локатоп 0,1% крем”и ва “Дексерил крем”ларини комбинация холида тошмаларга суртиш нафақат беморларнинг тезроқ соғайишига, балки касалликни ремиссия даврининг узайишига ва рецидив ҳолатини камайишига хам олиб келди. Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, “Локатоп 0,1% крем”ини бошқа кортикостероидлардан фарқли ўлароқ салбий таъсирлари камлиги ва болалар терисини ўзига хос хусусиятларида “Дексерил крем”и комбинация холида ишлатилганлиги ушбу дори воситаларидан устунлигини намоён қилди.

АДСОРБЦИОННО-РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ РАЗНЫХ ФОРМ

РОМАНЕНКО К.В., РОМАНЕНКО В.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Целью работы было определить патогенетическую значимость нарушений адсорбционно-реологических особенностей крови (АРСК) в развитии бляшечной склеродермии (БС), атрофодермии Пазини-Пьерини (АД) и склероатрофическим лихеном (СЛ), а также их взаимосвязь с дисбалансом в системе иммунитета и эндотелиальной функцией сосудов (ЭФС). У 130 больных с разными формами ОС определяли АРСК: объемную вязкость (ОВ), поверхностную вязкость (ПВ), вязкоэластичность (ВЭ), поверхностную упругость (ПУ), поверхностное натяжение (ПН) и время релаксации (ВР). Установлено повышение ОВ крови при ОС, что соответственно при ВС, АД, и СЛ выявляется у 65%, 29% и 22% больных, при этом АРСК (ОВ, ПВ, ВЭ, ПУ, ВР) взаимозависимы с состоянием ЭФС (содержанием ЕТ1, Pq12, cGMP) и системы иммунитета (уровнями IqM, IqG, CD16+, CD25+, CD95+). С показателями ВЭ имеются прямые дисперсные и корреляционные соотношения распространенности пораженной кожи, что дает возможность выделить прогностические критерии течения патологического процесса. В патогенетических построениях БС и СЛ имеет значение характер межфазной активности сыворотки крови в виде статичного ПН и ПП.

О РОЛИ БОРРЕЛИЙ БУРГДОРФЕРА В РАЗВИТИИ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

РОМАНЕНКО К.В., РОМАНЕНКО В.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Для изучения возможной связи между ограниченной склеродермией (ОС) и боррелиозом (болезнью Лайма) обследовано 43 больных бляшечной склеродермией (БС), склероатрофическим лихеном (СЛ) и атрофодермий Пазини-Пьерини (АД) определяли наличие антиборрелиозных антител с помощью набора реагентов ЛаймБест (Россия).

По данным анамнеза никто из них не болел сифилисом, риккетсиозом, сыпным тифом. 13-и из 43 больных ранее проводилась пенициллинотерапия, у остальных лиагноз ОС установлен впервые. Антитела к боррелиям (в титрах 1/40 и выше) в сыворотке крови обнаружены у 6 (14,3%) только у нелеченных ранее больных ОС (БС-5 и СЛ-1). В то же время у всех 10 больных чесоткой, взятых в качестве контроля, антиборрелиозные антитела не выявлены. Не исключено, что выявление антител в 14,3% свидетельствуют о боррелиозной природе ОС. На результатах исследования, возможно, сказалось и то, что 13 из 43 больных ранее лечились пенициллином в суточной дозе 500 тыс.-1 млн. ЕД в течение 3 недель.

Всем больным ОС целесообразно проводить технически доступное исследование на наличие антиборрелиозных антител в сыворотке крови, а в случае их обнаружения проведение антибиотической терапии (например, доксициклин 100 мг 2 раза в сутки в течение 14–20 дней).

СОДЕРЖАНИЕ КОЛЛАГЕНАЗЫ И ЦИТОКИНОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЙСТВИЯ УЗКОПОЛОСНОЙ УФ-В (311 НМ) ТЕРАПИИ ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

РОМАНЕНКО К.В., РОМАНЕНКО В.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Для выяснения некоторых механизмов действия изолированной узкополосной УФ-В терапии (УФ-В) у 16 больных женщин с бляшечной склеродермией и экстрагенитальным склероатрофическим лихеном в стадии эритемы, отека и/или склероза проведено от 15 до 30 (медиана 25) сеансов УФ-В. Максимальные разовые дозы облучения в зависимости от фототипа кожи варьировали от 2,31 до 2,96 Дж/см^2, курсовые — от 14,79 до 42,67 Дж/см^2. Достигнуто клиническое выздоровление у 3 больных, значительное улучшение — у 9, улучшение — у 4. При иммуногистохимическом исследовании в биоптатах кожи у всех больных после УФ-В констатировано значитель-

ное повышение синтеза MMP1- маркера коллагеназы, в сравнении с ее содержанием до лечения. После УФ-В достоверно уменьшается содержание провоспалительных цитокинов (ИЛ6 и ФНОα), которые способствуют увеличению продукции коллагена и гликоз аминогликанов, и увеличивается уровень противовоспалительных и регуляторных (ИЛ2, ИЛ4, ИЛ6). Однако концентрация их продолжает превышать аналогичные показатели в группе контроля (n=15).

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ РАЗНЫХ ФОРМ

РОМАНЕНКО К.В., РОМАНЕНКО В.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Целью работы было определить патогенетическую значимость нарушений эндотелиальной функции сосудов (ЭФС) в развитии бляшечной склеродермии (БС), атрофодермии Пазини-Пьерини (АД) и слероатрофическим лихеном (СЛ). Для оценки ЭФС у 130 больных ограниченной склеродермией (ОС) разных форм определяли в крови уровни эндотелина (ЕТ1), тромбоксана (ТхА2), простациклина (Pg12), циклического гуанозинмонофосфата (cGMP), нитритов (NO_2). Установлено, что в патогенезе ОС важная роль принадлежит дисфункции ЭФС, которая проявляется повышением ЕТ1 у 74% обследованных больных, cGMP — у 57%, NO2 — у 55%, ТхА2 — у 53% на фоне гипопростациклинемии, на что оказывает интегральное влияние форма заболевания. Наиболее выраженные изменение отдельных показателей ЭФС наблюдаются при БС и СЛ, причем от распространенности БС зависят параметры вазоконстриктора ЕТ1, а АД и СЛ — вазодилататоров Pg12 и cGMP, принимая участие в формировании варианта поражения кожи (характер нитритемии как конечного продукта системы NO).

ПРОЛИФЕРАЦИЯ И ГИБЕЛЬ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КОЖИ В УСЛОВИЯХ ИНДУЦИРОВАННОГО ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

СААТОВ Б.Т., АБДУВАЛИЕВ А.А.

РСНПМЦДиВ МЗРУз, Институт биоорганической химии АНРУз

Целью работы является изучение влияния активных форм кислорода на пролиферацию и апоптоз клеточных элементов кожи экспериментальных животных в условиях индуцированного окислительного стресса.

Окислительный стресс у мышей индуцирован в условиях гипобарической гипоксии, созданный на барокамере путем подъема животных на высоту 4000 м и 6000 м. При подъеме на высоту 6000 м происходит увеличение концентрации МДА в коже в 2,1 раза, а при подъеме на высоту 4000 м лишь на 5% относительно нормы. Активность каталазы при этом снижалось лишь на 3% и 8% по сравнению с нормой, при подъеме на высоту 4000 и 6000 м, соответственно.

В наших исследованиях обнаружено, что пролиферативная активность в образцах препаратов кожи мышей, подвергнутых умеренной гипобарической гипоксии(4000м) была следующей; митотический индекс (МИ%) 0,36±0,12, апоптотический индекс составил (АИ%) 0,3±0,03. Во второй группе животных, подвергнутых выраженной гипобарической гипоксии (6000 м), митотический индекс составил 0,23±0,08, а апоптотический индекс составил 0,2±0,11. Как видно из представленных данных, в монослое клеточных элементов кожи мышей имеется существенные изменения апоптозного (АИ) и митотического (МИ) индексов при различной выраженности окислительного стресса. С увеличением тяжести окислительного стресса наблюдается снижение митотического индекса на фоне повышения апоптического индекса. Изучение меланоцитов в эпидермисе показало, что количество их у экспериментальных животных, подвергнутых окислительному стрессу различной интенсивности имеет тенденцию к снижению, составив 8,33±0,66 и 8,0±0,57%, соответственно в 1 (4000 м) и 2 (6000 м) группах, против нормы равной 8,92±0,58%.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о том, что окислительный стресс приводит к подавлению пролиферации и стимулированию гибели клеточных элементов кожи. Это указывает на важную роль окислительного стресса в механизме развития витилиго.

«ВАЛАВИР» В ЛЕЧЕНИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ

САБИРОВ У.Ю., ИСМАГИЛОВ А.И., АЗИМОВА Ф.В., ИНОЯТОВ А.Ш.

РСНПМЦДиВ

Опоясывающий лишай является серьезной медицинской и социальной проблемой, вызывается вирусом Varicella Zoster, который является одновременно и возбудителем ветряной оспы. Заражение возможно первично, а может быть обусловлено реактивацией латентного вируса, находящегося в организме после перенесенной ветряной оспы. Оно происходит под воздействием различных эндогенных и экзогенных факторов, снижающих иммунитет, среди которых переохлаждение, системные заболевания, злокачественные новообразования, ВИЧ-инфекция и др.

Клинически заболевание проявляется общими инфекционными симптомами (повышение температуры, озноб, интоксикация), кожными поражениями (пузырьковые высыпания) и выраженным болевым синдромом, который объясняется тем, что VaricellaZoster, являясь дерматонейротропным вирусом, проникает через кожу и слизистые оболочки, поражает спинальные и церебральные ганглии, в тяжелых случаях — передние и задние рога спинного мозга и головной мозг. Постгерпетические невралгии — самое распространенное осложнение опоясывающего лишая, наблюдаемое у 10–20 % пациентов.

Цель исследования: Изучить влияние противовирусного препарата «ВАЛАВИР» на течение опоясывающего лишая и его осложнения — постгерпетическую невралгию.

Материалы и методы: В клинике РСНПМЦДиВ обследовано 32 пациента (13 мужчин и 19 женщин) с диагнозом опоясывающий лишай в возрасте от 45 до 70 лет. Всем пациентам для лечения назначали “Валавир” по 1000 мг (по 2 таблетке) 3 раза в день в течение 7 дней, Витрум по 1 таб. 1 раз в день 3 недели, антигистаминные препараты, при болевом симптоме — НПВП, анальгетики, местно: раствор «Фукорцин», мазь ацикловир.

Полученные результаты: на фоне получаемой терапии у 65 % болных герпетические высыпания проходили к 5–6 дню, покрывались серозно-геморрагическими корочками, а в последующем регрессировали оставляя вторичную пигментацию. У 35 % пациентов везикулезные высыпания регрессировали к 7–8 дню терапии. После окончания лечения рецидивов герпетических и постгерпетических невралгий не было.

Выводы: применение препарата “ВАЛАВИР” способствует лечению герпетических и постгерпетических невралгий, без последующих клинических рецидивов, значительно улучшить течение заболевания и его осложнений.

ДЕЗЛОРАТАДИН («ЭДЕМ») В ЛЕЧЕНИИ ЗУДЯЩИХ ДЕРМАТОЗОВ

САБИРОВ У.Ю., ИСМАГИЛОВ А.И., АЗИМОВА Ф.В., ИНОЯТОВ А.Ш.

РСНПМЦДиВ

В целях решения проблемы терапии хронически протекающих дерматозов в последние годы предложено множество различных методов, однако в ряде случаев достичь ремиссии не удается. Применение антигистаминных препаратов в лечении зудящих дерматозов (атопический дерматит, экзема, красный плоский лишай) является патогенетически обоснованным, так как, взаимодействуя с рецепторами гистамина на клетках тканей препарат блокирует Н1 рецепторы, оказывая преимущественное действие на патофизиологическую форму аллергической реакции и снижает сосудистую проницаемость. Вследствие этого период ремиссии зудящих дерматозов удлиняется, в результате чего повышается качество жизни пациентов.

Цель исследования: Определить эффективность применения препарата «Эдем» (дезлоратадин) в лечении зудящих дерматозов (атопический дерматит, экзема, красный плоский лишай).

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 52 пациента с зудящими дерматозами в возрасте от 18 до 43 лет, из которых у 24 человек регистрировался атопический дерматит, у 13 — хроническая экзема, у 15 — красный плоский лишай. Давность заболеваний была до 1 года — у 11 % пациентов, от 1 года до 5 лет — 37 %, от 5 до 10 лет — у 36 %, более 10 лет — у 16 %. Патологический процесс у пациентов с зудящими дерматозами был представлен выраженной сухостью кожи, папулезными и эритематозными элементами, лихенификацией и экскориациями. Субъективно больных беспокоил зуд различной интенсивности, более выраженный в вечернее время суток. Антигистаминный препарат «Эдем» назначался по таб. 1 раз в день в течение 14 дней на фоне комплексной терапии, согласно стандартам диагностики и лечения по дерматовенерологии.

Полученные результаты: В результате проведенной терапии наилучший эффект наблюдался у пациентов с экземой, при которой в течение первых суток интенсивность зуда уменьшилась у 78% больных и практически прекращалась на 4–5 сутки у 89%. В то время как у пациентов с атопическим дерматитом в течение первых суток зуд уменьшался у 32% больных, и прекращался на 13–14 день лечения у 69%. Наиболее медленно регрессировал зуд у пациентов с красным плоским лишаем и только у 44% больных зуд уменьшился на 10–14 сутки лечения. Побочных эффектов у пациентов с зудящими дерматозами во время приема препарата «Эдем» не наблюдалось.

Выводы: Таким образом, применение препарата «Эдем» (дезлоратадин) в комплексной терапии зудящих дерматозов (атопический дерматит, экзема, красный плоский лишай) показало высокую эффективность и безопасность терапии.

ВНУТРИУТРОБНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

СИРАЗИТДИНОВА В.Ф.

Ташкентский Медицинский педиатрический институт

В последние годы вырос интерес к проблеме внутриутробных и перинатальных вирусных инфекций, среди которых особую роль отводят герпетической инфекции (ВПГ-1 и 2-типов), обнаруживаемой у 10–20 на 1000 новорожденных. Она является одной из ведущих причин мертворождаемости, самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, заболеваемости новорожденных. Заражение герпетической инфекцией происходит внутриутробно, во время родов или постнатально, что отмечается в 75–80% случаев. Распространенность ВПГ — инфекции среди женщин колеблется от 7 до 40%, составляя в среднем около 20%, но лишь у 5% инфицированных пациенток имеются клинические проявления генитального герпеса, у остальных он протекает субклинически или бессимптомно (46%), что безусловно способствует росту заболеваемости. Внутриутробные инфекции, вызванные вирусом простого герпеса (ВПГ) представляют собой актуальную проблему современного акушерства, перинатологии и педиатрии.

Под наблюдением в отделении Дерматологии клиники ТашПМИ находилось 34 ребенка в возрасте 1–6 месяцев. Из них 62,5% — мальчики и 37,5% — девочки, что созвучно положению популяционной генетики, согласно которому особенности мужского генотипа предопределяют меньший уровень резервных возможностей организма при воздействии стрессовых факторов. Исследуемые группы детей (n=34) отбирались путем экспертной выборки. Проводился анализ здоровья матери по данным акушерско-гинекологического анамнеза, течения беременности и родов, особенностям ранней неонатальной адаптации, физического, соматического и неврологического развития новорожденных. Для этого использовались карты ведения беременных, историй родов, историй развития ребенка, катамнестическое наблюдение за детьми.

Был проведен тщательный анализ ряда анамнестических данных, течения беременности и родов, хронических генитальных и экстрагенитальных заболеваний, возраста матерей и их социальной принадлежности.

Возрастная структура наблюдаемых женщин представлена группами «до 20 лет», «21–30 лет», «30 и более лет». Максимальное количество матерей в контрольной группе находились в состоянии наибольшей активности репродуктивной функции, а именно в возрасте от 20 до 30 лет. Высокий процент матерей у инфицированных детей расположен в диапазоне «моложе 20 и старше 30 лет»: (19,0%; 16,7%) (28,6%, 45,7%) соответственно. Относительный риск инфицирования детей в зависимости от возраста матери в диапазоне «моложе 20 лет» составил 1,47 и 2,88 в диапазоне «30 лет и старше».

Эти данные также имеют существенное прикладное значение: в возрасте моложе 20 и старше 30 лет должна быть объектом наибольшего внимания со стороны терапевтов и акушеров — гинекологов в период беременности. Результаты исследования могут быть использованы базис в разработке программ планирования здоровой семьи и снизить вероятность инфицирования детей ВПГ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САНАКУТА В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

СМАГУЛОВА С.Т., КЕНЖЕБАЕВА Б.У., НЕЧАЕВА Е.В.

ГКП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» УЗ г. Алматы;
ГКП на ПХВ «Региональный диагностический центр» УЗ г. Алматы

Проведена оценка эффективности и безопасности крема для наружного применения Санакута (производитель “Dihon Pharmaceutical Group CO., LTD”, Китай) в терапии 24 больных аллергическим дерматитом, осложненным вторичной бактериальной/ или грибковой инфекцией. Санакут представляет собой комбинированный препарат, включающий в себя клобетазола пропионат (0,25 мг), неомицина сульфата (5000 МЕ), кетоканазол (10 мг).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 24 пациента в возрасте от 18 до 40 лет, из них 10 женщин и 14 мужчин, с установленным диагнозом аллергический дерматит, осложненный вторичной инфекцией. Результаты лабораторного обследования, проведенные до лечения, были следующими: у 11 пациентов (45 %) был обнаружен Staphylococcus aureus, у 7 (30 %) — преобладали инфекции, вызванные Trichophyton rubrum.

У 58,5 % отмечалось легкое течение, у 37,5 % — средней тяжести у 4,0 % — тяжелое течение. Зуд различной интенсивности и болезненность в области очагов поражения беспокоили 91 % пациентов.

Санакут в виде крема для наружного применения назначался два раза в день, тонким слоем слегка втирая на протяжении двух недель. Кроме того, все больные получали традиционную гипосенсибилизирующую терапию.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ динамики наиболее часто регистрируемых симптомов аллергического дерматита — островоспалительных явлений в виде эритемы, папул, везикул, пустул, отека и зуда — выявил высокую эффективность терапии. Так, к 7-му дню терапии с применением Санакута отсутствие островоспалительных явлений зарегистрировано у 70 % пациентов.

Состояние клинической ремиссии, а именно исчезновение зуда и воспалительных изменений кожи, было достигнуто в среднем через 1,5 недели с момента начала терапии у 11 (46 %) больных с легкой степенью тяжести заболевания. Значительное улучшение отмечалось у 6 пациентов с легкой и у 5 — со средней степенью тяжести аллергического дерматита, что составило 46 % от общего количества больных.

Улучшение состояния в результате терапии было отмечено в 8 % случаев (у 1 больного аллергическим дерматитом со средней степенью тяжести и у 1 — с тяжелой формой течения патологического процесса на коже).

Таким образом, клиническая эффективность (клиническое выздоровление + значительное улучшение) в группе больных, получавших Санакут, составила 92 %.

Переносимость лечения была отличной в 100 % случаев, побочных явлений в исследовании обнаружено не было.

Таким образом, Санакут является эффективным топическим комбинированным препаратом в терапии аллергического дерматита, осложненного вторичной бактериальной и грибковой инфекцией. Он обладает высокой степенью безопасности, хорошо переносится больными, удобен в применении.

АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ МОНОЦИТАРНОГО ХЕМОТОКСИЧЕСКОГО ПРОТЕИНА 1 (МСР-1) У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ

СОЛОШЕНКО Э.Н., СТУЛИЙ О.Н., ЯРМАК Т.П., ШЕВЧЕНКО З.М.

ГП «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», г. Харьков

Известно, что синтез МСР-1 — белка, состоящего из 76 аминокислот и продуцируемого разными типами клеток (мононуклеарные, тучные клетки), индуцируется ИЛ 1β, ФНО, ИЛ-4 и ИЛ-6. Цель данной работы состояла в сравнительном анализе содержания МСР-1 с вышеуказанными интерлейкинами у больных распространенными дерматозами. Материал и методы исследований: концентрации хемокина МСР-1, ФНО, ИЛ 1β, ИЛ-4 и ИЛ-6 определяли иммуноферментным методом с помощью тест-систем производства ЗАО «Вектор Бест» (Россия). Статобработку результатов исследований выполняли методом вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента с помощью стандартного пакета прикладных программ STATISTIKA 6.0 та SPSS 7.5, а также «Office Professional 2007» фирмы Microsoft Corporation на ПК типа «Pentium». Результаты

исследова-ний:анализ проведенной работы показал, что у больных распространенными дерматозами содержание МСР-1 в 8–10 раз превышало содержание аналогичного показателя у практически здоровых лиц. При этом, самые высокие показатели МСР-1 коррелировали с высокими показателями изуча-емых интерлейкинов соответственно: содержание ИЛ 1β превышало показатели здоровых лиц в 4 раза, ФНО и ИЛ-4 — в 4–5 раз, ИЛ-6 — в 6–8 раз. Если самое высокое содержание МСР-1 регистрировали у больных псориазом, то высокое содержание ИЛ 1β отмечали не только у больных псориазом, но и лекарственной болезнью, а также пищевой токсидермией; ИЛ-6 — у больных псориазом, экземой, пищевой токсидермией и атопическим дерматитом; ФНО — у больных лекарственной болезнью, атопическим дерматитом, пищевой токсидермией; ИЛ-4 — у больных лекарственной болезнью. Вывод:повышенное содержание в сыворотке крови распространенных дерматозов ИЛ 1β, 4, 6, ФНО индуцирует повышенный синтез МСР-1.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В УЧАСТКАХ ПСОРИАТИЧЕСКИХ ВЫСЫПАНИЙ НА КОЖЕ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ИММУНОСУПРЕСИВНОЙ ТЕРАПИИ

СТЕПАНЕНКО Р.Л.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель работы. Изучить иммунологические и морфологические изменения в участках кожной псориатических высыпаний на коже у больных псориазом после проведеннния системной иммуносупресивной терапии.

Материалы и методы. Проведено патоморфологическое и иммунологическое исследование биопсийного материала взятого из участков псориатических высыпаний на коже у 43 больных псориазом. Полученные препараты окрашивались гематоксилином и эозином, методом ван Гизон, Гимзе, Маллори. Использовались также ряд иммуногистохимических методик для выявления экспрессии CD4, CD8, CD20, CD56, CD68 и перфорина.

Результаты и обсуждение. После проведения больным псориазом курса системной иммуносупресивной терапии, препаратом этанарцепт по 50 мг подкожно 1 раз в неделю на протяжении 3-х месяцев, в участках кожной псориатической высыпки отмечалась негативация воспалительных процессов выявленных в этих участках до проведения соответствующего лечения. Установлено также частичное или близкое к норме восстановление строения эпидермиса и дермы в этих участках кожи. Вместе с тем, полного восстановления строения дермы не отмечалось, а в эпидермисе местами отмечалось легкая воспалительная инфильтрация, незначительно повышенная функциональная активность эндотелия и незначительная очаговая пролиферация эпителиоцитов и легкий интерстициальный отек. Отмечалась также фоброгизация сосочкового и частично сетчатого слоев дермы. При иммуногистохимическом исследовании биоптатов взятых у пациентов из очагов кожных псориатических высыпаний после проведенного лечения отмечалось значительное уменшение количества воспалительных клеток (в несколько раз), которые выявляют экспрессию CD4, CD8, CD56, CD68. Перфоринсодержащих клеткок в участках псориатической высыпки после проведенного лечения не было выявлено.

Выводы. Патоморфологическими исследованиями у больных псориазом выявлено уменшение воспалительных и пролиферативных процессов, а также частичное или близкое к норме восстановление строения эпидермиса и дермы в участках кожной псориатической высыпки после проведения системной иммуносупресивной терапии препаратом етанарцепт на протяжении 3-х месяцев, в сравнении с результатами соответствующих исследований до лечения. При иммуногистохимическом исследовании биоптатов кожи с участков пораженных псориатическими высыпаниями после проведения иммуносупресивной терапии установлено значительное уменьшение количества воспалительных клеток, которые проявляют экспрессию CD4-, CD8, CD56-, CD68. Установлено также практически полное отсутствие миграции воспалительных иммунокомпетентных клеток в эпидермис этих участков кожи.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В УЧАСТКАХ ИНТАКТНОЙ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

СТЕПАНЕНКО Р.Л., КОНОВАЛОВА Т.С.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель работы. Изучить характер иммунологически и морфологически изменений в участках интактной кожи у больных псориазом после проведенной системной иммуносупресивной терапии.

Материалы и методы. Проведено патоморфологические и иммунологические исследования биопсийного материала взятого в участках интактной кожи у больных псориазом до и после проведения курса системной иммуносупресивной терапии препаратом этанарцепт по 50 мг подкожно 1 раз в неделю на протяжении 3-х месяцев. Полученные из биопсийного материала препараты окрашивались гематоксилином и эозином, методом ван Гизон, Гимзе, Маллори. Использовались также ряд иммуногистохимических методик для выявления экспрессии CD4, CD8, CD20, CD56, CD68 и перфорина.

Результаты и обсуждение. Установлено, что в участках интактной кожи у больных псориазом (прогрессирующая стадия), до проведения лечения отмечаются определенные фоновые изменения , общая тенденция которых отвечает таким в участках формирования псориатических бляшек. При иммуногистохимическом исследовании, биоптатов с участков интактной кожи выявлены структурные изменения, которые свидетельствуют о присутствие в сосочковом слое дермы иммунокомпетентных клеток. Согласно результатов иммуногистохимической реакции в интактной коже больных псориазом отмечается гиперпродукция Толл-подобных рецепторов, что является фоном для развития в дальнейшем реакции иммунокомпетентных клеток и формирования псориатических бляшек. В интактных областях кожи больных псориазом после проведение курса системной иммуносупресивной терапии воспалительная инфильтрация практически отсутствовала. Вместе с тем, пролиферативная активность эпидермиса продолжала оставаться незначительно повышеной.

Выводы. Патоморфологическими и иммунологическими исследованиями установлено обратимость структурных изменений в интактной коже больных псориазом после проведение иммуносупресивной терапии, что подтверждается, регрессией воспалительных реакций и гиперпластических процессов в эпидермисе и дерме — вплоть до полной нормализации морфологической картины.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛГОРИТМА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ВАСКУЛИТАМИ КОЖИ

ТАШКЕНБАЕВА У.А., НУРМАТОВА И.Б.

Ташкентская медицинская академия кафедра кожных и венерических болезней

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности алгоритма комплексного лечения больных аллергическими васкулитами кожи.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования является 226 больных страдающих различными формами поверхностных и глубоких аллергических васкулитов кожи и 40 практически здоровых людей сопоставимого возраста. Больные были обследованы и разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 126 (55,8 %) больных с поверхностными формами васкулита, во 2 группу вошли 100 (44,2 %) больных с глубокими формами аллергического васкулита. Каждая группа были подразделены на подгруппы а и б в зависимости от метода лечения. Больных подгрупп 1а и 2а лечили традиционными способами, а 1б и 2б — комплексной терапией.

В процессе исследования применены общепринятые клинические, им-мунологические, биохимические, морфологические, статистические методы.

Результаты и их обсуждение: Значительное улучшение кожных проявлений наблюдалось в Iб подгруппе у больных поверхностной формой аллергического васкулита на 4–5 дней раньше, чем у больных Iа, к которым применялась традиционная терапия и на 5–6 дней соответственно при глубокой форме. На 3–4 дня раньше снижалась температура. В подавляющем большинстве случаев (80,0 %) быстрее наступала стабилизация процесса, активней происходило рассасывание узлов, папул, активней рубцевались язвы, быстрей происходила эпителизация эрозий. Прекращалась рвота, на кал с примесью крови больные не жаловались. Как следствие на 9–10 дней

раньше исчезали геморрагические высыпания на теле и конечностях.

Аналогичная картина наблюдается и при анализе результатов жалоб и клинических проявлений результатов комплексного лечения глубокой формы аллергических васкулитов.

Клиническая оценка результатов традиционной терапии представляла следующее: у больных с поверхностной формой аллергического васкулита среди 65 больных Iа подгруппы клиническое выздоровление наступило у 9 (13,8 %), значительное улучшение у 17 (26,2 %), эффекта не было у 11 (16,9 %), а результаты применения комплексной терапии в Iб подгруппе среди 61 больного клиническое выздоровление наступило у 30 (49,2 %), значительное улучшение у 25 (41,0 %), не наблюдалось эффекта у 1 (2,6 %).

Вывод. Эффект от традиционной терапии у больных Iа подгруппы со-ставил 40,0 %, а от комплексной терапии — 90,2 %.

ОПТИМИЗАЦИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГЕРПЕСА

ТРУНИНА Т.И.[1], ШЕВЧУК С.Н.[2]

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина[1]; Кожно-венерологический диспансер № 1, г. Киев, Украина[2]

Клинические проявления герпетической инфекции известны человечеству со времен античности. Различные формы герпесов часто встречаются во врачебной практике и порой могут привести к тяжелым осложнениям.

Цель работы. Повышение ефективности лечени больных с герпетической инфекцией.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 40 пациентов от 20 до 65 лет (18 мужчин, 22 женщины) с диагнозами: herpes simplex — 32 пациента и herpes zoster — 8. Все они получали базовую противовирусную терапию (в/м иммуномодулятор по схеме, поливитамины, при herpes simplex — валацикловир по 0,5 г 2 р. в сутки 10 дней, при herpes zoster — по 1 г 3 р. в сутки в течение 10 дней.) Местно: спиртовые растворы на открытые участки кожи или анилиновые красители на закрытые участки. Дальше пациенты были разделены на 2 группы: I группа — 20 больных (herpes simplex — 16; herpes zoster-4) для местного лечения получала противовирусную мазь (ацикловир), II группа — 20 больных (herpes simplex — 16; herpes zoster — 4) получала комбинированый антибактериальный препарат (банеоцин) в виде мази или порошка.

Результаты. На 3 день у 17 пациентов I группы в местах высыпаний сохранялось чувство болезненности, жжения, зуда, а во II группе подобные ощущения оставались у 8 пациентов. На 7 день лечения в I группе были отмечены 4 пациента с полным регрессом элементов сыпи (во II группе — у 11), у 5 — в местах патологического процесса отмечались точечные эрозии покрытые корочкой (во II группе также у 5), у 3 — эрозии с ободком гиперемии, у 8 — точечные эрозии на фоне гиперемии, во II группе — 4 пациента с незначительной эритемой на месте эрозий. У 14 из 20 больных I группы оставались субъективные ощущения, а во II группе только у 7 из 20 пациентов.

Выводы. Применение комбинированого антибактериального препарата, местно, в комплексной терапии герпесов ускоряет разрешение герпетических элементов сыпи, сокращает период заболевания, что в значительной степени улучшает качество жизни пациентов.

СИСТЕМА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ И ЭКЗЕМОЙ

УСМАНОВА Х.Д., ЭГАМОВА Ш.Б., ШАКИРОВА У.С.

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали Ибни Сино г.Душанбе

Актуальность. Известно, что факторы свертывания крови содержатся во всех тканях и жидкостях организма и играют важную роль в воспалительных и репаративных процессах. Исследования последних лет свидетельствуют, что хронические аллергические заболевания, состояние сенсибилизации организма осложняются нарушениями системы свертывания крови. Литературные данные, касающиеся свертывающей системы крови у больных дерматозами разноречивы (Трутяк Л.М., Чалимова Н.А. 1985 г.), что побудило нас провести исследование этой системы у больных хроническими аллергодерматозами.

Цель исследования: изучить некоторые показатели сертывающей системы крови у больных нейродермитом и экземой. Мы изучали время рекальцификации плазмы, протромбиновый индекс и концентрацию фибриногена.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 20 больных ней-

родермитом и 30 экземой, в возрасте от 20 до 50 лет (37 женщин, 13 мужчин). В контрольной группе (30 здоровых лиц) время рекальцификации плазмы составило в среднем 94,0 ± 2,6 сек; протромбиновый индекс — 74,0 ± 2,9 %; концентрация фибриногена — 292,0 ± 13,0 мг %.

Время рекальцификации плазмы у больных нейродермитом в среднем равнялось 92,0 ± 3,5 сек, протромбиновый индекс оказался достоверно выше (81,3 %), концентрация фибриногена повышена (340,0 ± 37,0 мг %).

У больных экземой в среднем время рекальцификации плазмы было равно 90,0 ± 1,6 сек, определение протромбинового индекса выявило достоверное ($p > 0,001$) увеличение протромбина в крови, а концентрация фибриногена в среднем равнялась 353,0 ± 56,0 мг %. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что при назначении этиопатогенетического лечения больным нейродермитом и экземой следует учесть и изменения в системе свертывания крови, что улучшит качество жизни этих пациентов.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ГНЕЗНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ ПРОЕКТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ

ХАИТОВ К.Н., ВАЛИЕВ А.А., АБИДОВ Х.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии и СПИДа

Гнездная алопеция — хронический дерматоз, характеризующийся патологическим выпадением волос, обусловленный воздействием различных внутренних и внешних факторов на волосяной фолликул, клинически проявляющийся появлением очагов облысения чаще локализующихся на волосистой части головы, реже в области бровей и ресниц. Этиология и патогенез гнездной алопеции имеет разнообразный генез, отмечено участие генетических и большого количества средовых факторов, среди которых важную роль играют психоэмоциональные. Характерная клиническая картина заболевания приводит больных к дискомфорту в общении с окружающими, вынуждает ограничивать контакты со сверстниками. Раннее начало дерматоза негативно влияет на развитие личности. Психологические факторы играют важную роль в провоцировании, формировании клинических проявлений, течения, исхода заболевания.

Для оценки психофункционального состояния нами было обследовано 35 больных страдающих гнездной алопецией, в возрасте от 4 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в дерматологическом отделении клиники ТашПМИ. Среди больных гнездной алопецией было 15 (42,8 %) девочек и 20 (57,2 %) мальчиков. Для оценки психологического статуса использовалась методика рисуночных тестов «Кинетический рисунок семьи», «Дом, дерево, человек». Рисуночные тесты являются одними из информативных тестов, позволяют определить наиболее уязвимую сферу детей — эмоциональную и интеллектуальную. Рисование — привычная деятельность для ребенка, открывающая скрытые личностные особенности, играющие важную роль в формировании ребенка. Интерпретация рисунка проводилась на основании анализа структуры рисунка, оценки особенностей графической презентации, анализ процесса рисования. Сравнительный анализ результатов рисуночных тестов показал, что для больных гнездной алопецией были характерны симптомокомплексы депрессивности (27,4 %), тревожности (63,8 %), неуверенности в себе (38,3 %), астеничность (28,1 %), незащищенность (28,1 %), чувство страха (9,8 %), трудность общения (35,7 %), конфликтность (28,1 %). У больных алопецией, особенно при субтотальной, тотальной и универсальной формах заболевания соответственно отмечались симптомокомплексы были выражены симптомокомплексы депрессивности (64,8 %), чувство неполноценности (17,4 %), подавленность (45,1 %). Наличие вышеуказанных симптомокомплексов усугубляло течение заболевания. Полученные результаты свидетельствуют об отклонениях в психоэмоциональной сфере детей страдающих гнездной алопецией, с учетом которых требуется коррекция соответствующих состояний в комплексной терапии дерматоза и оптимизация проводимых методов лечения.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

ХАИТОВ К.Н., ВАЛИЕВ А.А., АБИДОВ Х.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии и СПИДа

Гнездная алопеция — заболевание характеризующееся своеобразием клинической картины, при котором отмечается выпадение волос преимущественно волосистой части головы, с образованием округлой, овальной или неправильной формы очагов, отсутствуют субъективные признаки. Кожа на месте очагов не изменяется, приобретает вид слоновой кости, в некоторых случаях наблюдается легкая субэритема.

С целью изучения основных клинических симптомов и их особенностей нами было обследовано 28 детей, в возрасте от 4 до 15 лет, страдающих гнездной алопецией. Среди обследованных больных у 15(53,6%) была диагностирована очаговая форма алопеции, у 2(7,1%) лентовидная (офиазис), у 5(17,8%) субтотальная, у 4(14,3%) тотальная и у 2(7,1%) универсальная формы заболевания. Длительность заболевания составила от 3 месяцев до 7 лет. Наиболее длительное течение отмечалось у 3(10,7%) больных тотальной и у 2(7,1%) больных с универсальной формой дерматоза. Выраженность клинической картины и длительность течения заболевания имели прямую корреляционную связь. По тяжести течения заболевания 1 степень (единичные очаги размером в диаметре 3–4 см) отмечалась у 9(32,1%) пациентов, 2 степень (очаги размером в диаметре 5–10 см) у 8(28,6%), 3 степень (крупные очаги размером больше 10 см) у 4(14,3%), 4 степень (полное отсутствие волос в области головы, бровей и ресниц) у 6(21,4%) больных детей. При определении площади поражения в области волосистой части головы у 17(60,7%) больных наблюдались очаги с охватом до 25%, у 2(7,1%) — от 25 до 50% и у — 9(32,1%) свыше 50%. Длительное течение заболевания у 5 больных приводило к переходу очаговой алопеции в субтотальную и тотальную формы заболевания, у 3 больных субтотальной формы в тотальную и универсальную. Тотальная и универсальная форма несмотря на проводимые методы терапии, характеризовались отсутствием эффекта в 2 случаях, незначительным временным улучшением клинической картины с появлением пушковых волос на теле и волосистой части головы в 3 случаях и стойким улучшением клиники с последующей положительной динамикой у 1 пациента.

Таким образом, клиническое течение каждой формы гнездной алопеции имеет свои особенности, их развитие зависит от внутренних и средовых факторов, а терапия требует учета индивидуального подхода.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

ХАИТОВ К.Н., АХРАРОВ Х.Х., ЭШДАВЛАТОВ А.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Хроническая крапивница является одной из наиболее распространенных патологий среди аллергических заболеваний детского возраста, значительно влияющих на качество жизни пациентов. Причинные моменты развития хронической крапивницы разнообразны, основными факторами ее развития считаются пищевые стрессоры, средовые факторы: влияние холодной и горячей температуры, солнечной инсоляции, психоэмоциональные факторы, воздействие механических агентов.

Под нашим наблюдением находились 34 больных хронической идиопатической крапивницей в возрасте 10–16 лет, среди них 16(47%) мальчиков и 18(53%) девочек. Основными причинами начала заболевания служили пищевые стрессоры (46%), эмоциональные факторы (23%), климатические температурные воздействия (19%), механические факторы (12%). Клинически заболевание проявлялось появлением на различных участках кожных покровов мономорфных уртикарий размером от 1,0 до 15,0 см в диаметре округлой и неправильной формы, стойким уртикарным дермографизмом. Длительность рассасывания высыпаний после проводимых терапевтических мероприятий составляла от 3 часов до 5 суток. В качестве базисной терапии больным использовались антигистаминные, десенсибилизирующие, адсорбирующие, при необходимости стероидные средства. По достижении перехода заболевания в период ремиссии больным назначалась терапия гистаглобулином. Гистаглобулин вводился через каждые 4–5 дней внутрикожно в область плеча в виде обкалываний по типу «лимонной корки», по схеме 0,3-0,6-0,9–1,2–1,5–1,8–2,0–2,0–2,0–2,0 мл, либо более

младшим детям по схеме 0,2-0,4-0,6-0,8–1,0–1,2–1,4–1,6 мл. При распространенных и устойчивых формах хронической крапивницы проводился повторный курс лечения по аналогичной схеме через 2 месяца. В результате противорецидивной терапии, у больных отмечался переход заболевания в период стойкой клинической ремиссии, стойкое клиническое излечение при последующем наблюдении в течение 18 месяцев. У 3 больных отмечено обострение заболевания через 6 месяцев после противорецидивной терапии, которое выражалось наличием ограниченного количества уртикарий и более ускоренным регрессом высыпаний.

Проведенные исследования позволяют рекомендовать больным хронической идиопатической крапивницей после перехода заболевания в период ремиссии противорецидивную терапию гистаглобулином для достижения стойкого лечебного эффекта.

К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ МИКОГЕННОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ХАКИМОВ Д.Р., МАВЛЯНОВА Ш.З., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А., СОБИРКУЛОВ Ш.У., ДАВУРОВ А.М.

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

Согласно литературным данным условно-патогенные грибы играют ведущую роль в клиническом течении при хронических дерматозах. [Караева З.О., Лебедева Т.Н. (2008), Мавлянова Ш.З., 2006, Соболева А.В. (2000)]. Возникая на фоне затяжной и хронической патологии, микозы и микогенная сенсибилизация осложняют основные заболевания кожи, способствуя их длительному течению, рецидивированию процесса.

Цель исследования: изучить клиническую характеристику микогенной сенсибилизацию, обусловленная грибами рода Candida у больных угревой болезнью.

Материал и методы исследования: Обследовано 107 больных с угревой болезнью в возрасте от 14 до 35 года. Среди них лица женского пола составили 37 человек, мужского пола — 70. У всех больных проводили клинические, иммунологические и микологические методы исследования.

Результаты исследования. Согласно классификации, предложенное ААД среди 107 больных УБ I — легкой степени тяжести диагностирована — у 29, II — средней степени — у 49 и III — тяжелой степени тяжести — у 28 больных соответственно. По давности заболевания до 1 года отмечалось — у 16 (14,1 %), 1–5 лет — у 52 (48,6 %) и более 5 лет — у 33 (30,8 %) больных.

Результаты микологических исследований биосубстратов организма у 107 больных УБ показало выявляемость дрожжеподобных грибов рода Candida у 94, что составило 87,8 %. Среди биосубстратов организма наибольшее количество высеваемости было отмечено в кишечнике — 54,3 % (51 больных), в среднем составило — 36005 +3086,5 КОЕ/г. ($P < 0,05$). На коже туловища микромицеты не обнаруживались.

Результаты ИФА-исследования в сыворотке крови у 94 больных УБ показали повышенную чувствительность организма к грибам рода Candida у 72 больных, что составило 76,6 %.

Согласно Talluri G., Marella V.K. et all. (1999) иммунный ответ к Candida с преобладанием синтеза противовоспалительных цитокинов, в частности ФНО-альфа может способствовать персистенции гриба в организме.

Результаты исследования показали, что у больных со средней и тяжелой степенью тяжести УБ уровень концентрация ФНО-альфа повышалось в 7,8 раза по сравнению со здоровой группой и составило 31,2 + 0,3 пг/мл ($P < 0,05$).

Таким образом, у больных УБ отмечается микогенная сенсибилизация, характеризующиеся высокой обсемененностью кишечника грибами рода candida на фоне гиперпродукции общего IgE и повышения ФНО-альфа, имеющий декомпенсаторный характер, что обуславливает развитие инвазивно-аллергической формы кандидоза кишечника в организме.

ДИСГИДРОТИК ЭКЗЕМА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРНИ КЛИНИК МАНЗАРАСИГА ЧИЗГИЛАР

ХАМИДОВ Ф.Ш., АЛИЕВ Л.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Кафтларнинг дисгидротик экземаси чин экземанинг шаклларидан бири ҳисобланади. Кўплаб ўтказилган изланишларга қарамай, бу муаммо етарлича ўрганилмагани кузатилмоқда.

Изланишни мақсади. Андижон вилоятида дисгидротик экзема билан оғриган беморларда клиник манзарасини ўзига хос клиник кечишини баҳолаш.

Изланишни материал ва усуллари. Бизни назоратимизда 25 нафар 19 ёшдан 43 ёшгача бўлган бўлиб, уларни 8 (32 %) нафари эркак ва 17 (68 %) нафари аеллар эди. Танлаб олиш мезони бўлиб, бармоқларни ен юзасида ва кафтларида қичишиш билан кечувчи сероз суюқлик бор пуфакчалар борлиги эди. Пациентларда клиник кўрувдан ўтказилди, оиласи ва ўзи ҳақида анамнез йиғилди.

Натижалар. Касалликни дебют ёши 15 ешдан 40 ёшгача даврни (ўртача 25 ёшни) ташкил қилди. 10 (40 %) нафар беморда касаллик хомиладорлик ёки ундан кейинги даврларда бошланган. 12 (48 %) нафар беморни анамнезида аллергияга сезувчанлик борлиги аниқланди. Озиқ-овқатлардан (цитрусли мева ва ширинликлардан) келиб чиққан аллергия 8 (32 %) нафарида кузатилди. 5 (20 %) нафарида атопик дерматит анамнезида бўлганлиги маълум бўлди. 5 (20 %) нафарида бронхиал астма аниқланди. 5 (20 %) нафарида дориларга чидаб бўлмаслик келиб чиққан. Дориларга сезувчанлик антибиотикларга, витаминларга, новокаинга бўлган. Маиший химикатларга ва ишлаб чиқаришдаги материалларга ҳамда контактли турли моддаларга бўлган сезувчанлик ҳам кузатилди.

Хулоса. Андижон вилоятида дисгидротик экзема билан оғриган беморларни 68 % ни аеллар ташкил қилиб, уларни 40 % да хомиладорликдан кейин келиб чиққани аниқланди. Муҳим аҳамиятли омиллардан атопик ва аллергик патологиялар, шунингдек контактли қитиқловчиларнинг таъсири катта роль ўйнаши аниқланди.

ПРЕПАРАТ ДЕРМОБАКТЕР В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ

ХАМИДОВ Ф.Ш., АЛИЕВ Л.М.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить эффективность препарата «Дермобактер» у больных микробной экземой в условиях Андижанского вилоята.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 44 больных (28 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 18 до 51 лет. У всех больных было диагностировано микробная экзема. У больных в очагах поражения наблюдались асимметрично расположенные воспалительные пятна, четкой границей, округлой или овальной формы очаги поражения, на поверхности которых виднелись папулы, микровезикулы с прозрачной или пустулы с мутной жидкостью, эрозии, мокнутие, в некоторых местах отмечались образование гнойных корок, шелушения. Больных беспокоили сильный зуд, жжение, у некоторых из них незначительный зуд в области патологического очага.

Больные получили стандартное лечение (антигистаминные, десенсибилизирующие, противовоспалительные и др), и в составе комплексной терапии применялся охлажденный раствор Дермобактера в разведении 1:2 (для разведения применялся дистиллированная вода). Препарат состоит из 50 % раствора бензалкония хлорида (985 мг), что соответствует бензалкония хлорида 500 мг, раствора хлоргексидина диглюконата (1065 мг), что соответствует хлоргексидина диглюканата 200 мг. Препарат применялся 5–8 раз в день, в виде влажных повязок в течение 1–3 дней. Местно очаги поражения обрабатывались раствором «Дермобактер», в виде примочек.

Результаты исследования. У больных экземой на следующий день после начала лечения раствором Дермобактер, в очагах поражения начиналось высыхание мокнуших очагов поражения, на месте микровезикулов образовывались серозные и гнойные корки, снижалось зуд и жжение. У 7 больных в среднем через 2,4 ± 0,4 дня прекращалось появление микропузырьков и начиналось заживление очага поражения. Регресс воспалительных явлений усиливался, и время выздоровления у 37 больных укорачивалось. У всех больных микробной экземой после применения «Дермобактер» на коже не наблюдались побочные явления.

Вывод. Препарат «Дермобактер» оказался эффективным препаратом для местного применения в лечении микробной экземы в условиях Андижанского вилоята, он быстро всасывается с места нанесения, высушивает мокнущий очаг поражения, не окрашивает кожу и удобен в применении.

СКЛЕРОДЕРМИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРДА СЕРРАТА ПРЕПАРАТИНИ САМАРАДОРЛИГИ

ХАМИДОВ Ш.А., ХАМИДОВ Ф.Ш., САЛОХИДДИНОВ А., ТОЖИБОЕВ Л., ПАКИРДИНОВ А.Б., РАСУЛОВ Т., ХАМИДОВА З.Ф.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Склеродермия коллагенозлар гуруҳига кирувчи касалликлардан бири ҳисобланади. Кўплаб ўтказилган клиник изланишларга қарамай, бу муаммо етарлича ўрганилмагани кузатилмоқда.

Изланишни мақсади. Андижон вилоятида ўчоғли склеродермия билан оғриган беморларда серрата препаратини клиник таъсирини баҳолаш.

Изланишни материал ва усуллари. Бизни назоратимизда 15 нафар 19 ёшдан 43 ёшгача бўлган склеродермия билан оғриган беморлар бўлиб, уларни 5 нафари эркак ва 10 нафари аеллар эди. Танлаб олиш мезони бўлиб, жароҳат ўчоғларида еғочсимон қаттиқлик борлиги эди. Пациентларда клиник кўрувдан ўтказилди, оиласи ва ўзи ҳақида анамнез йиғилди. Беморлар стандарт давога қўшимча серрата препаратини 10 мг дан кунига 3 маҳал 1 ой давомида қабул қилишди.

Натижалар. Касалликни дебют еши 15 ёшдан 40 ёшгача даврни (ўртача 23,1 ёшни) ташкил қилди. 5 нафар беморда касаллик турли хил инфекцион касалликлар таъсири натижасида ёки ундан кейинги даврларда бошланган. 10 нафар беморни анамнезида аллергияга сезувчанлик борлиги аниқланди. Озиқ-овқатлардан (цитрусли мева ва ширинликлардан) келиб чиққан аллергия 3 нафарида кузатилди. 1 нафар беморни анамнезида атопик дерматит бўлганлиги маълум бўлди. 1 нафарида бронхиал астма аниқланди. 5 нафарида дориларга чидаб бўлмаслик келиб чиққан. Дориларга сезувчанлик антибиотикларга, турли хил витаминларга бўлган. Маиший химикатларга ва ишлаб чиқаришдаги материалларга ҳамда контактли турли моддаларга бўлган сезувчанлик ҳам кузатилди. Серрата препаратини беморлар комплекс даво даврида қабул қилинганида, барча беморларни терисидаги патологик ўчоғдаги инфильтратларни сўрилиши, терини юмшаши кузатилди.

Хулоса. Андижон вилоятида чегараланган склеродермия билан оғриган беморларда серрата препаратини яхши самара бергани аниқланди.

ВАЛАВИР В ТЕРАПИИ ГАНГРЕНОЗНОЙ ФОРМЫ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ

ХАМИДОВ Ф.Ш.

Андижанский Государственный медицинский института, г. Андижан

Опоясывающий лишай (ОЛ) — инфекционное вирусное заболевание кожи, вызываемое вирусом Varicella zoster и лечение данного дерматоза является актуальной проблемой дерматологии. Последние годы для лечения ОЛ применяют различные противовирусные препараты (ацикловир, улкарил, ациклостад и др). Нам было интересно узнать эффективность препарата Валавир (валацикловир гидрохлорид) у больных в терапии гангренозной формой ОЛ.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата Валавир (валацикловир) у больных гангренозной формой ОЛ в условиях Андижанской области Ферганской долины.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 34 больных гангренозной формой ОЛ (12 женщин и 22 мужчины), в возрасте от 16 до 56 лет. Всем больным после обследования был поставлен диагноз гангренозная форма ОЛ. Больные в комплексной терапии получали Валавир по 1000 мг (2 таблетки) 3 раза в день на протяжении 7 дней. 1 таблетка Валавира содержит валацикловира гидрохлорида 556 мг в пересчете на валацикловир 100% безводное вещество 500 мг. Валовир — L-валиновый эфир ацикловира, который является аналогом пуринового (гуанин) неклеозида. В печени с помощью валацикловиргидролазы валацикловир превращается в ацикловир и валин. Ацикловир — специфический ингибитор вирусов герпеса с активностью in vitro против вирусов простого герпеса I и II типа, вируса Varicella zoster, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барра и вируса герпеса человека VI типа. Активной формой ацикловира является ацикловир трифосфат, который образуется путем фосфолирования с учетом клеточных киназ (вирусная тимидинкиназа (ТК)). Активация ацикловира специфичным вирусом ферментом в значительной степени объясняет его селективность. Ацикловир трифосфат конкурентно ингибирует вирусную ДНК-полимеразу и инкорпорирует в вирусную ДНК. Наружно применяли экстракт Витадерм.

Результаты лечения. До стандартной терапии в комплексе препаратом Валавир больные гангренозной формой ОЛ жаловались на асимметрично расположенные высыпания (сгруппи-

рованные воспалительные пятна, на которых отмечалось появление везикул), на боль и зуд. После применения в комплексной терапии Валавира появление новых элементов остановилось на 3,4±0,2 день лечения, среднем через 3,5±0,23 уменьшился зуд, на 15,01±0,24 день снижение болезненности в очаге поражения. Высыхание везикул и образование на их местах корок начиналось на 2,7±0,31 день, отпадение серозных и гнойных корок отмечалось на 10,34±0,67 день. У большинства (n=30) больных осложнение в виде невралгии не отмечалось. Клинический эффект наблюдалось у всех больных принимавших Валавир в комплексной терапии, больными принимался хорошо без осложнений.

Вывод. Валавир является эффективным препаратом в лечении гангренозной формой ОЛ. Препарат можно принимать в комплексной терапии и не вызывает осложнений у больных пораженными вирусом Varicella zoster.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

ХАМИДОВ Ф.Ш.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан

По данным ученых многие дерматозы сопровождаются психическими расстройствами, и степень выраженности психических нарушений может коррелировать с тяжестью дерматоза, частотой рецидивов и его локализацией.

Цель исследования. Изучение тревожно-депрессивных расстройств и качества жизни у пациентов с экземой и их взаимосвязи с клиническими проявлениями заболевания и друг с другом в условиях Андижанского вилоята.

Материал и методы исследования. Были обследованы 45 пациентов (21 женщина и 24 мужчины), которые страдали различными формами экземы. Возраст обследованных больных колебался от 17 до 52 лет (средний — 34,01±1,03 года), а средняя продолжительность заболевания составляла 15,11±2,16 года. Пациентов обследовали клинически, тяжесть заболевания оценивали с помощью шкалы EASI. Для оценки депрессии использовалась шкала Цунга, для определения тревоги была использована шкала Спилбергера — Ханина (STAI). Влияние заболевания на качество жизни больного оценивалось с помощью тестирования по опроснику «Дерматологический индекс качества жизни» (ДИКЖ). Достоверными считались различия, если значение $P<0,05$. Больные кроме стандартного лечения, получали препарат Биосен по 1 капсуле 3 раза в день, в течение 1 месяца.

Результаты исследования. Было установлено, что среднее значение индекса EASI составило 23,12±1,15, а ДИКЖ — 12,80±1,10. Депрессивное состояние разной степени выраженности было выявлено у 39(86,7%) исследуемых: у 13(33,3%) из них была легкая, у 22(56,4%) — умеренная и у 4(10,3%) — тяжелая степень нарушений. Уровень тревоги был выше нормы у всех обследованных экземой: у 12(26,7%) определялась низкая тревожность, у 13(28,9%) — умеренная и у 20(44,4%) — высокая. В дальнейшем как показал исследование возможной взаимосвязи уровня депрессии и тревоги с половозрастными характеристиками и особенностями течения заболевания не выявлено, не отмечалось достоверной зависимости степени тяжести тревожно-депрессивных нарушений от длительности исследуемых заболеваний и возраста больных. Была выявлена достоверная прямая взаимосвязь выраженности депрессии от степени тяжести кожного процесса, тревоги — сходная недостоверная тенденция. Выраженность тревожных нарушений и низкие показатели качество жизни у женщин была более значительной. Не определялось достоверной зависимости качества жизни пациентов от степени тяжести экземы, длительности заболевания и возраста пациентов. Установлено, что при высоких уровнях депрессии и тревоги качество жизни пациентов было достоверно ниже, чем при более легких формах. После комплексного лечения больных экземой с применением Биосен многие показатели улучшались.

Вывод. Таким образом, можно предположить, что снижение качества жизни пациентов с различными формами экземы обусловлено не клиническими проявлениями заболевания, а психическими нарушениями (при наличии кожной патологии). Применение препарата Биосен достаточно улучшает патологические процессы кожи у больных экземой.

КРЕМ ЛОКАТОП В СТАНДАРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМОЙ

ХАМИДОВ Ф.Ш.

Андижанский Государственный медицинский институт, г.Андижан

В последнее время в топической терапии истинной экземы широко применятся различные мази или кремы глюкокортикоиды. Зарубежной литературе имеются много данных о терапевтической эффективности крема Локатоп в лечении экземы, но влияние этого препарата на EASI (Eczema Area Severity Index) индекс мало изучено.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность и влияние на препарат Локатоп EASI у больных истинной экземой.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 30 больных истинной экземой в возрасте от 20 до 42 лет, из них женщин было 18, мужчин — 12. Всем больным после полноценного обследования было поставлено диагноз «Истинная экзема». Из 30 больных у 11 (36,7 %) в анамнезе было выявлено отягощенность наследства, у 19 (63,3 %) — психо-эмоциональный фактор. Больные экземой в стандартной терапии местно получали лечение кремом Локатоп. Локатоп крем (0,1 % микронизированный дезонид) больным первые 4–6 дней назначался 2 раза в день, потом на 7–10 дни очаги поражения обрабатывались кремов 1 раз в день, последующие дни препарат смазывали через день до выздоровления. Местная эффективность крема Локатоп изучалось с помощью индекса EASI (Eczema Area Severity Index).

Результаты исследования. EASI индекс до комплексной, стандартной терапии с кремом Локатоп составил среднем 31,13 ± 0,14 баллов. После 2 недельного лечения EASI снижался среднем до 18,23 ± 0,67 баллов, а на 4 неделе EASI индекс составил 8,65 ± 0,34 балла. Мокнутие в патологическом очаге исчезли среднем на 3,3 ± 0,12 день, снижение зуда отмечалось среднем на 3,87 ± 1,21 день лечения. Концу лечения выздоровление было отмечено у 27 (90 %) больных истинной экземой. Во время стандартного лечения с Локатопом не было выявлено патологических изменения со стороны кожи и внутренних органов у больных истинной экземой.

Выводы. Крем Локатоп во время комплексной терапии больных истинной экземой показал себя с положительной стороны, и клиническая эффективность было высокой (90 %). Побочных явлений со стороны кожи и внутренних органов не было отмечено.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВОЛОС И ИХ ВЫЖИВАЕМОСТЬ В РУБЦАХ РАЗНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

АКАКИЙ ЦИЛОСАНИ

Клиника по пересадке волос «Тализи», Тбилиси, Грузия

Естественность результатов и надежность современных технологий трансплантации волос не оспаривается никем, однако густота волос, выросших в результате одной операции волнует многих хирургов. Мы всегда верили, что при развитиитрансплантологии волос можно будет достичь естественной плотности одну операцию.

На протяжении лет мы совершенствовали микроскопическую технику препарирования графтов и уменьшали размеры насечек для их имплантации путем применения все более маленьких и острых микро лезвий.

Проводя серии наблюдений на добровольцах, мы изучали выживаемость фолликулярных объединений, постепенно наращивая густоту их размещения от 45 до 116 в 1 см². В 2008 году мы добились выживаемости 92 % при густоте размещения 100 ф.о. в 1 см². Это означало, что можно достичь естественной густоты волос в маленьких участках облысения в результате одной пересадки.

Но все вышесказанное относится к случаям, когда трансплантация волос происходит в реципиентную область, представленуюинтактной кожей.А что если реципиентная область рубцовая ткань?И хотя первые пересадки волос Окуда проводил как раз в послеожоговых рубцах во время II мировой войны, по сей день среди наших коллег бытует мнение что пересаженные в рубцовую ткань волосы растут плохо. Так это на самом деле или нет — это отдельный вопрос, однако предположение, что в рубцах ткани пересаженные волосы должны расти плохо, имеет существенное обоснование — в рубцовой ткани кровоснабжение хуже, чем в антактной коже, что может помешать приживанию графтов.

Целью нашего исследования была оценка результативности пересадки волос в рубцах разного происхождения и определение выживаемости фолликулов имплантированных в рубцовую ткань.

Материалы и методы. Группу наблюдения составили 834 пациента с рубцовойаллопецией различного происхождения, прооперированных нами в 2003–2014 гг.

Во всех случаях мы наблюдали хороший рост волос и все наши пациенты были довольны результатами операций, что не всегда бывает при пересадке волос с целью коррекции облысения мужского типа, когда волосы имплантируются в интактную кожу.

С целью определения выживаемости фолликулов имплантированных в рубцовой ткани была выбрана пациентка, девочка 6 лет. Рубец овальной формы размером 4х3 см располагался в области темени.Операции по пересадке волоспроведено обеими методами: лоскутной версией (FUT — 107 графтов содержащих 176 фолликулов) и экстракцией (FUE — 50 графтов, содержащих 90 фолликулов).

В 107 микроотверстий в центральной и левой части рубца были имплантированы фолликулярные объединения, полученные препарированием лоскута, а 50 микроотверстий в правой части были заполнены графтами, полученными методом экстракции. Итак в левой и центральной частях рубца было пересажено 176, а в правой — 90 интактных фолликулов.

Результаты исследования. Как показал подсчет волос через 5 месяцев в центральной и левой частях рубца выросло 165 волос, а в правой части — 98 волос.

Таким образом из 176 фолликулов в графтах, полученных препарированием лоскута выросло 165 волос (94%), а из 90 фолликулов содержащихся в FUE графтах, выросло 98 волос (109%) — по видимому поврежденные фолликулы в FUE графтах, неучтенные при подсчете перед имплантацией, регенерировали и проросли.

Как показало наше исследование, выживаемость графтов (как препарированных из лоскута, так и экстрактированных) в рубцовой ткани составляет больше 90%, что не отличается от показателей выживаемости графтов имплантированных в интактную кожу, полученных разными авторами.

На наш взгляд мнение, что в рубцовой ткани пересаженные волосы растут плохо, объясняется большим контрастом между высокой (естественной) густотой вокруг рубца и низкой (4–6 раз меньше естественной) густотой пересаженных волос, создается ошибочное впечатление слабого роста и хирургам кажется, что не все пересаженные фолликулы прижились.

Пересадка волос является высокоэффективным и очень простым методом коррекции рубцовой аллопеции. Из 834 случаев наблюдения в 720 достаточна была трансплантация до 2000 графтов, что для опытных бригад сегодня считается маленькой операцией, которая проводится под местной анестезией в течение 2–2,5 часов практически без противопоказаний и осложнений.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА НУЖДАЕМОСТИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ И КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

ЭГАМОВА Ш.Б., УСМАНОВА Х.Д.

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино гДушанбе

Актуальность. Важной проблемой современной стоматологии и дерматологии является изучение патологии полости рта. Слизистая оболочка полости рта является местом проявления большого числа разнообразных заболеваний, в том числе и дерматозов (Бузрукова А.П., 2000; Борисова Е.Н., 2000).

Цель исследования: изучить состояние тканей пародонта у больных псориазом и красным плоским лишаем (КПЛ) и определить их потребность в стоматологической помощи.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 60 больных, из них 36(60%) красным плоским лишаем, 24(40%) псориазом, в возрасте 20–60 лет. Контрольной группой служили 36 стоматологических пациентов без сопутствующей кожной патологии.

Патологические изменения в тканях пародонта регистрировали по методике ВОЗ (1998) с использованием индекса нуждаемости в лечении заболеваний парадонта.

Результаты и обсуждение полученных данных. На основании полученных данных определяли потребность обследованных лиц основной и контрольной группы в лечебно-профилактической пародонтологической помощи.

Так, у лиц основной группы начальные изменения в пародонте выявлены в 36,7±3,7%, пародонтит легкой степени — в 41,2±2,4%, тяжелой — 15,8±1,5% против исследуемых значений 63,1±4,9%, 19,5±1,9% и 8,8±0,9% соответственно в контрольной группе.

Таким образом, используя индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта, мы выявили высокую частоту поражений пародонта у лиц с кожной патологией и закономерное нарастание тяжести деструктивных изменений с возрастом,что диктует необходимость назначения им стоматологического лечения.

ТЕРИНИНГ АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРИДА ТЕРИ МИКРОФЛОРАСИНИ МИКРОБИОЛОГИК ТЕКШИРУВИДАН ОЛИНГАН НАТИЖАЛАР (НАМАНГАН ВИЛОЯТИ МИСОЛИДА)

ЭШБОЕВ Э.Х., МАВЛЯНОВА Ш.З., БОЙМУРЗАЕВ Н.И., ВАЛИЕВ А.М.

Республика Ихтисослаштирилган Дерматология ва Венерология илмий амалий тиббиёт маркази Наманган вилояти тери-таносил касалликлари диспансери

Тадқиқот давомида Наманган вилояти тери ва таносил касалликлари диспансерига мурожат қилган терининг аллергик касалликлари билан хасталанган беморларнинг 43 нафарида тери микрофлора ҳолати ўрганилди. Ушбу тадқиқот йилнинг июл ойи охирларида амалга оширилди.

Микробиологик текширишлар умумқабул қилинган услублар асосида бажарилди, яъни беморларнинг зарарланган терисидан патологик материал учига пахта ўралган стерил тампонлар ёрдамида 2 $см^2$ тери соҳасида суртиб олинди. Сўнг микроорганизмлар соф колониясини олиш мақсадида 5% қонли агар, Эндо, маннитли тузли агар, Клиглера озиқ муҳитларига экилди.

Тадқиқотлар натижасидан маълум бўлдики, 43 нафар аллергодерматоз билан касалланган беморларнинг 21 (48,8%) нафарида Staphylococcus spp. аниқланди. Терининг бошқа касалликлари билан хасталанган 18 нафар беморларнинг (псориаз, витилиго ва б.) эса 15 (83,3%) нафарида Staphylococcus spp. аниқланди.

Жумладан, Staphylococcus spp. аниқланган аллергодерматозлар билан касалланган беморлар (21 нафар) да стафилакокларнинг турларини аниқланиши қўйидагича бўлди: яъни, тадқиқотдаги беморларнинг 17 (80,9%) нафарда St.aureus нинг соф культураси ажратиб олинди. Унинг колонизация ҳолати ўрганилганда эса КШБ (колониялар шакилланиш бирлиги, рус — КОЕ) нинг энг юқори миқдори 2164 КОЕ га тенг бўлиб ўртача миқдори эса 921 КШБ га тенг бўлди. Терининг башқа тур касалликларида эса 18 нафар беморларнинг 14 тасида (22,2%) Staphylococcus spp. аниқланиб, 4 (28,5%) та беморда ажратиб олинган микроб тури эса St.aureus бўлиб чиқди. Терисида ҳеч қандай шикояти бўлмаган 19 нафар соғлом одамларнинг фақатгина 3 тасида St.aureus аниланди, холос.

Шундай қилиб, Наманган вилоятида аллергодерматозлар билан касалланган беморлар тери микрофлораси таркибида St.aureus нинг аниқланиш даражаси юқори эканлиги кузатилди. Яъни, Staphylococcus spp. беморларнинг 21 нафарда аниқланди, уларнинг (21 нафар) 17 (80,9%) тасида St.aureus ажратиб олинди (КШБ нинг энг юқори миқдори 2164 га тенг бўлиб, ўртача миқдори эса 921 КШБ га тенг бўлди).

ТЦАНК ҲУЖАЙРАЛАРИНИНГ МИКРОСКОПИК ДИАГНОСТИКАСИ

ЭШБОЕВ Э.Х., ЭШБОЕВ С.Э.

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази

Пўрсилдоқ яра касаллигининг лаборатория диагностикаси заминида бўялган препаратларда акантолитик ҳужайраларни топиш етади. Акантолитик ҳужайралар ёки муаллиф номи билан таърифлаганимизда Тцанк (1948) ҳужайралари пўрсилдоқ ярада ёки акантолитик пемфигусда бирламчи мурожаат қилган беморларнинг 82,4–84,8% да топилади. Айниқса, вульгар пемфигусда бу кўрсатгич бундан ҳам юқори. Демак, цитологик усулнинг спецификлиги ишончли даражада экан. Себореяли пемфигусда эса акантолитик ҳужайралар бир оз камроқ топилади.

Лаборатория ходими учун бемор терисидаги тошма элементларини билиш жуда муҳим. Акантолитик пемфигусда тошмаларнинг асосий морфологик элементи бўлиб, биринчи пуфаклар, янги эрозия ўчоқлари ҳисобланади. Пўрсилдоқ яранинг дастлабки клиник белгилари аксарият ҳолларда оғиз бўшлиғида жойлашади. Шуни ҳисобга олиб, бемор еруғ хонада ўтирган ҳолатда оғиз шиллиқ қисми кўздан кечирилади. Агар стоматологик креслога ўтирган ҳолатда патологик материал олинса жуда яхши бўлади. Борди-ю, бунинг имкони бўлмаса стулда ўтирган ҳолатда олинади.

Микроскопик тадқиқотлар учун материал мактаб ўқувчиларининг оддий резина ўчирғичидан фойдаланилади. Бунинг учун тўртбурчак узун резина ўчирғич кубик шаклида скальпелда 4–6 донага ажратилиб, кесилади. Резина кубиклар бир хил катталикда силлиқ қилиб кесилиши керак. Сўнгра анатомик пинцет билан резина кубикларидан бири маҳкам қилиб қисиб олинади ва бемор терисидаги эрозияли ўчоққа қаттиқ босилади ва шу заҳоти уни шу томони билан буюм ойнасига босиб суртма олинади. Битта буюм ойнасига

қатор қилиб 3–4 та суртма, жами 5–6 препарат тайерланади.

Олинган барча препаратлар хона ҳароратида қуритилади ва 960 этил спиртида бир неча дақиқа фиксация қилинади. Кейин суртмалар 15–20 дақиқа Романовский–Гимза усулида бўялади.Романовский-Гимза усулида бўялган препаратлар қуритилгач микроскопнинг («Биолам», «Leica» ва б.) иммерсион тизимида (окуляр х7, объектив х90 ёки х100) кўздан кечирилади.

Акантолитик ҳужайралар ёки Тцанк ҳужайраларининг катталиги 20–40 мк бўлиб, улар доира ёки айлана шаклга эга. Ядроси йирик бўлиб, цитоплазманинг ўрта қисмини эгаллаб туради. Романовский-Гимза усулида бўялганда цитоплазмаси ҳаво рангга, ядроси эса тўқ кўк рангга бўялади. Кўпинча ҳужайра ядроси ичида бир нечта ядрочаларни пайқаш мумкин. Баъзан ядролар иккига бўлиниш пайтида ҳам бўлади.

Тцанк ҳужайралари ўзининг айрим хусусиятлари билан суртмалардаги бошқа ясси эпителиал ҳужайралардан доира ва айланага ўхшаш кўриниши, тўқ ҳаво рангга бўялиши ҳамда ядросининг катталиги билан ажралиб туради. Улар еш ҳужайраларни эслатиши билан бир қаторда ҳар доим базофил бўялади. Эпителиал ҳужайралар эса оч ҳаво рангга бўялиши билан бир қаторда цитоплазмасининг ўртасида кичик думалоқ ядро тутади. Ундан ташқари, эпителиал ҳужайраларнинг ҳажми каттароқ бўлади, қолаверса оч базофил тўқ рангга бўялмайди.

Юқорида таъкидланган ҳужайраларараро фарқларга қарамасдан акантолитик ҳужайраларнинг яна бир ўзига хос хусусияти бор. Жумладан, акантолитик ҳужайраларнинг ҳар доим катта ядроси билан цитоплазмаси оралиғида айлана кўринишида оч ҳаво рангли ҳалқасимон соҳа кўринади. Улар ҳамма акантолитик ҳужайраларни безаб туради ва ўзига хос морфологик кўринишни юзага келтиради. Бироқ худди шу цитологик манзара эпидермиснинг бошқа ҳужайраларида бўлмайди.

Бизнинг кўп йиллик тажрибаларимиздан маълумки, одатда вульгар пўрсилдоқ яра касаллигига чалинган беморлар эрозия ўчоғига босиб олинган суртмаларда камида 4–5 дона, ҳатто 7–10 дона акантолитик ҳужайралар бўлади. Баъзан ҳар бир микроскопнинг кўрув майдонида 1–2 та ёки 2–3 та Тцанк ҳужайралари бўлади. Пўрсилдоқ яранинг эксфолиатив ва себореяли каби турларининг клиник кўринишида эса акантолитик ҳужайралар сони кам бўлади, ҳатто умуман топилмаслиги ҳам мумкин. Шунинг учун баъзан анализни бир неча бор такрорлаш керак.

Мабодо, врач лаборант акантолитик ҳужайраларнинг ўзига хос микроскопик кўринишини мустақил билмаса, асосий клиник ташхисни қўйиш анча қийин бўлади.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕРМАТОЗОВ СОЧЕТАННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕРМАТОЛОГА

ЮЛДАШЕВ М.А., МУН А.В.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Патология кожи в детском возрасте за последнее десятилетие имеет тенденцию к неуклонному росту. Особое место занимают дерматозы сочетанной этиологии, т.е. в основе которых лежат такие этиологические факторы как аллергические и инфекционные. По данным различных авторов в педиатрической практике частота обращений пациентов с дерматозами сочетанной этиологии занимает первое место.

Наиболее частыми проявлениями дерматозов сочетанной этиологии у детей являются атопический дерматит с явлениями вторичного инфицирования, микробные экземы, чесотка с аллергизацией и вторичной пиодермией, себорейный дерматит, «пеленочный» дерматит, стрептодермия и трихофития и микроспория сопровождающиеся микидами. Причинами столь высоких показателей заболеваемости являются анатомо-физиологические особенности детской кожи, функциональное недоразвитие иммунной системы, а также частая травматизация кожи, контакт с животными, навязчивые состояния.

С начала 2015 года сотрудниками кафедры Дерматовенерологии и детской дерматологии ТашПМИ было обследовано 94 больных с дерматозами сочетанной этиологии (61 мальчик, 33 девочки), в возрасте от 3 месяцев до 16 лет. Все больные были разделены на 3 возрастные группы: 1 группа включала пациентов от 3 месяцев до 2 лет (34 ребенка), 2 группа — с 2 до 7 лет (41 ребенок), 3 группа — от 7 до 16 лет (19 детей).

В 1 группе большинство больных наблюдались с диагнозом атопический дерматит экссудативная и эритематозно-сквамозная форма со вторичным инфицированием (18 больных, 53%). Пеленочный дерматит наблюдался у 8 детей (23,5%), чесотка осложненная пиодермией у 8(23,5%)

Во 2 группе преобладали пациенты с осложненным атопическим дерматитом (19 детей, 46,3%), чесотка со вторичным инфицированием — у 10 больных (24,4%), микробная экзема отмечалась у 6 детей (14,6%) трихофития с аллергизацией — у 4(9,8%), микроспория — у 2 пациентов (4,9%).

В 3 возрастной группе наиболее часто регистрировался атопический дерматит осложненный вторичной инфекцией (9 больных, 47,4 %), микробная экзема отмечалась у 4 детей (21 %), чесотка с аллергизацией и вторичным инфицированием — у 3 больных (15,8 %), себорейный дерматит — у 3 (15,8 %).

Выводы. Результаты исследования выявили, что пациенты в детском и подростковом возрасте наиболее чувствительны к инфицированию патогенными бактериями и грибами, а также к развитию аллергодерматозов в сочетании со смешанной инфекцией.

ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ

ЮЛДАШЕВ М.А., МУН А.В., КАДИРОВ Ш.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский институт

Витилиго — дисхромия кожи, характеризующаяся четко ограниченными участками депигментации различных размеров и форм. Статистические данные на сегодняшний день иллюстрируют достаточно высокие цифры во всем мире, по данным некоторых регионов нашей Республики количество больных варьирует в пределах 2–9 % всех дерматозов.

Цель исследования. Оптимизирование комплексного применения фототерапии с медикаментозными методами в лечении витилиго у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился 21 пациент с диагнозом витилиго в возрасте от 5 до 16 лет с давностью заболевания от 3 месяцев до 1 года. Очаги поражения занимали не более 20 % кожного покрова. В схеме комплексного лечения применялись установки для общего излучения ПУВА — 22, ПУВА — 22А, для облучения конечностей ПУВА — 12, псорилюкс 3050, обеспечивающие гомогенное интенсивное ультрафиолетовое облучение в диапазоне 320–400нм. Лечение проводилось курсами по 15 сеансов с перерывами между курсами 10–15 дней. С целью стимуляции меланогенеза применялись препараты цинка, меди, витамины группы В, экстракт плаценты, антиоксиданты (токоферол, аскорбиновая кислота). Для усиления терапевтического эффекта фототерапии назначались препараты содержащие экстракт цветов и листьев зверобоя внутрь и наружно на очаги курсами по 15 дней с перерывами между курсами 10 дней.

Результаты. После 8 недель терапии были получены клинические результаты. У 12 больных (57,1 %) была достигнута остановка прогрессирования процесса с незначительным изменением цвета кожи в очагах. У 6 (28,6 %) наблюдалось изменение цвета очагов, появление единичных островков репигментации, у 3 больных (14,3 %) положительной динамики процесса отмечено не было, однако появления новых депигментаций и увеличения существующих также не наблюдалось. При повторных курсах лечения отмечается более выраженный эффект репигментации.

Выводы. Таким образом, полученные результаты продемонстрировали, что данная методика лечения является эффективной и безопасной для назначения ее детям.

КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

ЯКУБОВ А.А., АБИДОВА З.М.

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

Очаговая алопеция (ОА) является актуальной проблемой дерматокосметологии, этиология и патогенез, которого до конца не решен, а лечение не удовлетворяют ни больных, ни врачей.

Нами у 34 больных ОА были изучены провоцирующие факторы, перенесенные и сопутствующие заболевания. Больные были в возрасте от 15 до 32 лет (23 мужчины, 11 женщин). Давность заболевания было от 1 месяца до 6 лет.

При изучении факторов, провоцирующих начало дерматоза, установлено, что у 11 (32,4 %) человек заболеванию предшествовали различные нервно-психические стрессовые факторы (острые и хронические психотравмы), у 6 (17,6 %) — заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит, колит), у 5 (14,7 %) — перенесенные инфекции, у 2 (5,9 %) — травма головы. Остальные 10 больных (29,4 %) не смогли назвать причину развития заболевания.

Учитывая, что на возникновение и течение основного заболевания определенное влияние оказывают сопутствующие заболевания, мы у 13 больных (38,2 %) выявили заболевания нервной системы (вегетососудистая дистония, невросте-

ния), у 6 больных (17,6 %) имелись заболевания эндокринной системы (в основном, патология щитовидной железы), у 4 больных (11,8 %) выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический гепатит, холецистит, энтеробиоз), у 4 — (11,8 %) — заболевания сердечно сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца), у 2 (5,9 %) — анемия.

Следовательно, полученные данные о перенесенных и сопутствующих заболеваниях позволят спланировать правильную лечебную тактику больных ОА.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ВИТИЛИГО СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ЯКУБОВА А.С., АРТЫКОВ А.Ф., АЛЕКСАНЯН Э.Г., ЯКУБОВ А.А.

***Межрайонный кожно-венерологический диспансер №4. Г. Ташкент;
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз***

Среди дерматологических заболеваний наиболее часто встречается витилиго и средняя распространенность витилиго среди населения планеты, по данным различных авторов, составляет от 1 % до 2 %.

Целью настоящего исследования явилось изучение встречаемости витилиго среди дерматологических больных, обращающихся в МКВД №4 г. Ташкента за 2014–2015 гг.

В 2014–15 годы в МКВД №4 обратились 19765 дерматологических больных, из них 364 человек страдали витилиго, что составило 1,8 % из всех обратившихся пациентов.

При изучении возраста больных установлено, что до 10 летнего возраста был 31 больной, от 11 до 20 лет — 68, от 21 до 30 лет — 158 и от 41 и выше — 107 больных.

У 136 (37,4 %) больных кожно-патологический процесс носил распространенный характер, у 208 (57,0 %) — ограниченный. Невус Сэттона наблюдали у 20 (5,5 %) больных. При изучении причины возникновении заболевания, со слов больных, выявлено, что 189 (52,0 %) больных начало витилиго связывали с нервно-психологическим стрессом, 115 (31,5 %) — с заболеваниями внутренних органов (холецистит, заболевания эндокринной системы, хронический гастрит, хронический гепатиты), 10 (2,7 %) — с наследственной предрасположенностью. 50 (13,7 %) больных не смогли назвать причину вызвавшую заболевание.

Таким образом, больные витилиго составляют 1,8 % из всех дерматологических больных, обращенных в МКВД №4, часто встречается ограниченная форма заболевания, и они часто связывают заболевания с нервно-психическим стрессом.

ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ЯКУБОВИЧ А.И., ЧАЩИН А.Ю., НИКУЛИНА Е.В., ШАРАКШИНОВА Г.Б.

Иркутский Государственный Медицинский Университет, г. Иркутск, Россия

Актуальность. Псориаз — одно из наиболее распространенных хронических рецидивирующих мультифакторных заболеваний кожи с доминированием наследственной предрасположенности, для которого характерны гиперпролиферация эпидермальных клеток, нарушение процесса кератинизации на фоне воспалительной реакции в дерме, а также поражение суставов? ногтей и волосистой части головы. По результатам клинико-эпидемиологических исследований псориазом болеет 3–4 % населения планеты, независимо от пола, возраста и этнической принадлежности, при этом удельный вес этой патологии в общей структуре кожных болезней достигает, по данным разных авторов, от 10 до 40 %. Однако, несмотря на широкое распространение псориаза и многочисленность работ по этой проблеме, до сих пор не сложилось однозначных представлений о патогенезе дерматоза. Во многих случаях пациенты отмечают наличие заболеваний ЖКТ, суставов, мочеполовой, эндокринной и нервной систем. Исследования, позволяющие оценить влияние сопутствующего заболевания со стороны сердца и сосудов у больных с псориазом, на данный момент весьма актуальны.

Цель. Изучить влияние сердечно-сосудистой патологии (ИБС) на динамику заболевания.

Материалы и методы. Работа основана на исследовании 526 историй болезни, из которых отобрано 57 пациентов с диагнозом распростра-

ненный псориаз в прогрессирующей стадии. Было выбрано две группы больных женщин в возрасте 50–60 лет, в количестве 30 пациентов с сердечно-сосудистой патологией и 27 пациентов без нее, госпитализированных в клинику ГБОУ ВПО ИГМУ МЗ РФ в 2013 году. Проведены расчеты по основным исследуемым параметрам: наличие сопутствующих заболеваний и индекс PASI.

Результаты. В результате проведенного исследования было установлено, что продолжительность лечения у больных псориазом, имеющих патологию со стороны сердечно-сосудистой системы была более длительной в среднем на 1,8 дня. При оценке индекса PASI в двух анализируемых группах отмечена значительная разница значений. В группе больных псориазом с ИБС индекс PASI составил 51,46 — что соответствовало тяжелому течению псориаза, у больных без патологии со стороны сердечно-сосудистой системы он был равен 26,4 — что указывало на среднюю тяжесть заболевания. Анализируя взаимосвязь индекса PASI со степенью артериальной гипертензии достоверных различий не установлено.

Выводы. Выявлена взаимосвязь патологии сердечно-сосудистой системы, в частности — ИБС с тяжелым течением псориаза.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЧЕСОТКИ В СЕМЕЙНЫХ ИРРАДИИРУЮЩИХ ОЧАГАХ

АБДИЕВА Д.Х., ВАЛИЕВАМ.С., ДЫРДА Н.И.

Таджикский государственный медицинский университет, г.Душанбе

Актуальность. Очаговость чесотки — один из ключевых разделов эпидемиологии заболевания.

Цель исследования: изучить распределение заболеваемости чесоткой в семейных иррадиирующих очагах с учетом степени родства его членов.

Материалы и методы исследования. Обследовано 42 семейных очага чесотки и 298 человек в них. Общее число людей в очагах составляло 285, из них 215 больные чесоткой.

Результаты исследования. Наиболее часто в семейных иррадиирующих очагах болели сыновья (35,3 %), а дочери (27 %) — достоверно в 1,3 реже ($p < 0,05$). Из родителей достоверно в 1,4 раза чаще заболевание регистрировалось у матерей по сравнению с отцами (15,8 % против 11,2 %) ($p < 0,05$). Другие родственники инвазировались реже (10,4 %), среди них бабушки (6,2 %), дяди и тети (3,3 %), дедушки (0,9 %).

Первоисточниками в семейных иррадиирующих очагах практически во всех случаях (87,8 %) были сыновья (39 %), дочери (24,4 %) и отцы (24,4 %).

Второй, третий и четвертый больной чесоткой появлялись в семейных очагах с одинаковой частой — 23,6 %; 24,1 %; 20,7 %. Далее частота появления больных уменьшалась: от 16,1 % (пятый больной) до 5,6 % (восьмой). Вторыми-четвертыми в семейных очагах чесотки инвазировались матери (33,3 %; 18,2; 24,2 %, соответственно) и дочери (27,1 %; 33,3 %; 22,9 %), вторыми-пятыми — сыновья (26,4 %; 20,0; 18,3 %; 21,7 %). Отцы, не являющиеся первоисточниками, в трети случаев (35,5 %) заражались четвертыми и более, чем в половине (57,1 %) случаев — пятыми.

Второй-четвертый больные появлялись в очагах с одинаковой частой — 23,6 %; 24,1 %; 20,7 %, а для пятого-седьмого — частота уменьшалась от 16,1 % до 5,6 %. Вторыми-четвертыми инвазировались матери (33,3 %; 18,2; 24,2 %, соответственно) и дочери (27,1 %; 33,3 %; 22,9 %), вторыми-пятыми — сыновья (26,4 %; 20,0; 18,3 %; 21,7 %). Это, закономерно, если учесть контингент первоисточников.

Таким образом, особенности распространения инвазии в семейных очагах чесотки обосновывают целесообразность проведения раннего выявления очагов, одновременного полноценного лечения больных и профилактической обработки всех контактных лиц.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ЧЕСОТКИ

АБДИЕВА Д.Х., УСТОБАЕВА Т.Т.

Таджикский государственный медицинский университет, г.Душанбе

Актуальность. В настоящее время основными методами диагностики чесотки являются извлечение клеща иглой и соскоб чесоточных ходов с использование 40 % молочной кислоты. Эти методы достаточно информативны в том случае, если врачи умеют находить чесоточные ходы.

Одним из современных методов верификации чесоточных ходов является дерматоскопия.

Цель исследовани: оценить диагностическую значимость дерматоскопии при чесотке.

Задачи исследования: сравнить эффективность дерматоскопии и визуального обследования при чесотке .

Материалы и методы исследования. Было обследовано 217 больных, выявленных в 42 семейных очагах чесотки, мужчин 107 (48,3 %), женщин 110 (51,7 %).

Результаты собственных исследований. Проведен сравнительный анализ частоты выявления типичных чесоточных ходов и их реактивных вариантов при визуальном осмотре пациен-

та и с использованием дерматоскопии. Методом дерматоскопии выявлено 2584 ходов, при визуальном осмотре — 1837, что на 28,9% больше. Методом дерматоскопии при типичной чесотке ходы обнаруживаются на местах их излюбленной локализации. При скабиозной лимфоплазии кожи лентикулярные папулы чаще обнаруживаются на ягодицах, животе, в аксилярных областях, на половых органах мужчин. При чесотке «инкогнито» ходы необходимо искать в типичных местах и они немногочисленны, а при чесотке, осложненной вторичной пиодермией, ходы приурочены к стафилококковому импетиго и пролегают в их покрышке.

Выводы. При использовании дерматоскопии выявляется чесоточных ходов 28,9% больше, чем при осмотре без оптических приборов. Частота обнаружения клещей на различных стадиях развития в интактных чесоточных ходах фолликулярных папулах и везикулах неоднозначна.

НЕКОТОРЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

АБДУЛЛАЕВ М.И., ИСМАИЛОВА С.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

С целью изучения частоты встречаемости некоторых вирусных дерматозов была проанализирована обращаемость больных в клинику ТашПМИ и Ташкентского областного КВД за последние 10 лет (2004–2014 гг.).

Общее количество больных принятых за эти годы составило 10323 из них 250 (2,5%) больных с вирусной этиологией. А именно: Общее количество принятых больных в период с 2005 по 2014 года составило 763; 708; 931; 658; 767; 1915; 2104; 698; 807; 909 соответственно. Распределение вирусных заболеваний кожи представлено следующими цифрами: 2,4%; 1,4%; 1,7%; 2,6%; 3,5%; 2,8%; 1,8%; 2,7%; 1,2%; 1,6%. Из них Herpes simplex — 27,7%; 7,0%; 6,2%; 5,8%; 7,4%; 5,5%; 4,2%; 5,2%; 5,8%; 6,6%; бородавки — 5,5%; 10%; 25%; 23,5%; 48,1%; 50%; 12,8%; 36,8%; 20%; 53,3%; контагиозный моллюск — 27,7%; 60%; 50%; 64,7%; 22,2%; 27,7%; 51,2%; 36,8%; 30%; 26,6%. Опоясывающий лишай — 38,8%; 30%; 25%; 5,8%; 11,1%.16,6%; 28,2%.15,7%; 40%;13,3%.

Как видно из полученных данных, суммарное количество вирусных заболевании варьирует в пределах от 1,2% (2013 г.) до 3,5% (2009 г.) от общего количества принятых больных за эти годы. Выявлено уменьшение обращаемости с вирусными заболеваниями за последние 4 года, однако данные по конкретным патологиям представлены следующим образом: количество пациентов с простым пузырьковым лишаем не менялось, число больных с вульгарными бородавками в последние 10 лет выросло в 10 раз (с 5,5% в 2005 г. до 53,3% в 2014 г.), частота обращений с контагиозным моллюском среди вирусных заболеваний превалирует, особенно в период 2006–2011 гг., но начиная с 2012 г. имеется тенденция к ее снижению. Обращаемость больных опоясывающим лишаем колеблется в широких пределах без особой закономерности (с 5,8% до 40%).

Таким образом, обращаемость детей больных вирусными заболеваниями в процентном соотношении к общему количеству больных за последние 10 лет не меняется. Самым часто встречающимся вирусным заболеванием в детском возрасте является контагиозный моллюск и вульгарные бородавки.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ

АБДУЛЛОЕВА М.А., ЗОИРОВ П.Т.

Таджикский государственный медицинский университет Абуали ибни Сино

Актуальность. Разноцветный лишай — Tinea versicolor относится к грибковым инфекциям кожи и занимает в их структуре третье место, уступив лишь трихомикозам и микозам стоп, характеризуется широким распространением среди населения, длительным течением, частыми рецидивами. Следует отметить, что существующие методы лечения данного дерматоза не всегда дают желаемый результат, поэтому вопрос оптимизации терапии разноцветного лишая остается актуальной проблемой дерматологии.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности и переносимости тербинафина 1% спрей — пены для местной терапии больных разноцветным лишаем.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 27 больных с разноцветным лишаем. Возраст больных варьировал от 11 до 56 лет. Давность заболевания от 3 недель до 6 лет.

Диагноз разноцветный лишай (n=27) поставлен на основании объективного осмотра, пробы

Бальцера, осмотра под лампой Вуда и лабораторно обнаружением возбудителя заболевания.

Всем пациентам назначался местно тербинафин 1% спрей-пена.

Результаты исследования. При объективном осмотре наблюдаемых нами больных на коже шеи, плеч, спины, груди наблюдались мелкие пятна, местами слившиеся желтовато-розового, коричневого или белесоватого цвета без воспалительной реакции с мелким отрубевидным шелушением на поверхности.

Терапия считалась эффективной при клиническом выздоровлении и значительном улучшении. После 7-дневной местной терапии тербинафеном 1% спрей-пеной у всех больных (n=27) наступило клиническое выздоровление. Проба Бальцера после лечения у всех больных была отрицательна. При лабораторном исследовании Pityrosporum orbicularis не обнаруживался.

Таким образом, препарат Тербинафин 1% спрей-пена является высокоэффективным антимикотиком при разноцветном лишае.

ВЫЯВЛЕНИЕ ДЕРМАТОМИКОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2009–2014 гг.

АБИДОВА З.М., РАЗЫКОВ А.А., ИЗВЕКОВА О.В.

РСНПМЦ ДиВ МЗ РУз

Одним из показателей работы лабораторий является количество выявленных больных/позитивных результатов, так называемый коэффициент выявления, а также специфичность и чувствительность используемых методик, наряду с правильным забором материала, т.е. качеством преаналитического этапа. Поэтому качество микологического обследования населения имеет решающую роль в проведении эффективного лечения и предотвращении распространения заболевания.

Нами было проведеноизучение динамики коэффициента выявления больных с дерматомикозами при проведении микологических исследований, а также изучено соотношение зарегистрированных больных к количеству положительных результатов в лаборатории. Заранее имелось ввиду, что количество позитивных результатов в лаборатории может несколько превышать зарегистрированное число больных, в том числе за счет проведения подтверждающих исследований при дообследовании, а также при получении положительного результата в процессе проводимого лечения (до получения трех кратного отрицательного).

Проведенный анализ показал, что в среднем по республике коэффициент выявления составлял в разные годы 20,9–23,9%, количество выявленных больных по лабораториям составляло от 15 391 до 25 510 человек. Количество зарегистрированных больных в республике за эти же годы колебалось в пределах от 11 357 до 13 508 человек.

Удельный вес зарегистрированных больных к общему количеству положительных результатов в лабораториях составил в среднем за 5 лет 59,9%, с динамикой в разные годы от 49,8% до 73,8%.

Полученные данные показали, что только в г. Ташкенте и Ферганской областисоотношение зарегистрированных больных к выявленным в лабораториях находился в допускаемом интервале 35–40%.

В Кашкадарьинской, Навоийской, Наманганской, Сурхандарьинской, Сырдарьинской, Ташкентской областях и Республике Каракалпакстан соотношение зарегистрированных больных к выявленным в лабораториях составило меньше 60% (т.е. не все выявленные в лаборатории больные регистрируются).

В Андижанской, Хорезмской областях количество зарегистрированных больных превышало число выявленных больных в лабораториях в 1,3 — 1,6 раза, в то время как в Бухарской и Джизакской областях этот показатель был выше почти в 2 раза (175,6% и 184,9% соответственно).

Таким образом, проведенный анализ деятельности лабораторной службы и регистрации больных дерматомикозами показал, что актуальным является вопрос о подготовке врачей — лаборантов для микологических лабораторий, возобновления в полном объеме проведения на региональном уровне культуральных исследований на дерматомикозы, внедрения новых методов диагностики, таких как ПЦРи ИФА — исследования.

По-прежнему острой остается проблема подготовки врачей-клиницистов по дифференциальной клинической диагностике дерматомикозов, современным эффективным методам лечения, вопрос профилактики и санитарно — просветительской работы, очень важно обеспечить взаимодействие дерматовенерологической службы с органами государственного санитарно — эпидемиологического надзора.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОКСИДА АЗОТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р., МАХСУДОВ М.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Минздрава Республики Узбекистан, Ташкент

Кожные лейшманиозы по широте распространения, уровню заболеваемости, тяжести течения и частым развитием хронических форм занимают одно из ведущих мест в инфекционно-паразитарной патологии. В связи с этим остаются актуальными исследования различных аспектов патогенеза развития патологического процесса при кожном лейшманиозе.

В сегодняшнее время изучение влияния инфекционного фактора на различные биохимические процессы в организме представляют определенный интерес. При воспалении макрофаги выделяют NO, который, может ингибировать важные группы ферментов синтеза АТФ. В организме он образуется из аргинина с участием NO-синтазы. Как избыток, так и дефицит оксида азота не благоприятен для организма. Высокие концентрации токсичны для клеток, повреждают нуклеиновые кислоты. В этой связи изучение регулирующего влияния оксида азота (NO) на метаболические процессы в аспекте возможного воздействия на формирование хронического течения и осложнений при кожном лейшманиозе привлекло наше внимание.

Целью настоящей работы явилось изучение содержания оксида азота в сыворотке крови у больных кожным лейшманиозом.

Под наблюдением находилось 15 больных кожным лейшманиозом в возрасте от 2 до 65 лет. Среди них лица мужского пола составили — 10, лица женского пола — 5. Контрольную группу составили данные 12 здоровых лиц. У всех больных проводились клинические и биохимические исследования.

Изучение клинической формы кожного лейшманиоза показали, что среди 15 обследованных больных у 8 (53,3 %) больных диагностировали бугорковые лейшманиомы, у 5 (33,3 %) — изъязвленные лейшманиомы и у 2 (13,3 %) — изъязвленные лейшманиомы с бугорками обсеменения и лимфангитами.

Результаты исследования содержания оксида азота у обследуемых больных показали, что у больных кожным лейшманиозом отмечается повышение содержания оксида азота в сыворотке крови в 1,5 раза по сравнению с данными контрольной группы, причем, более выраженное повышение данного показателя выявлено у больных с осложненной формой кожного лейшманиоза.

Полученные результаты исследования свидетельствуют, что при лечении больных кожным лейшманиозом необходимо целенаправленная коррекция комплексной терапии с учетом показателей оксида азота в сыворотке крови.

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ

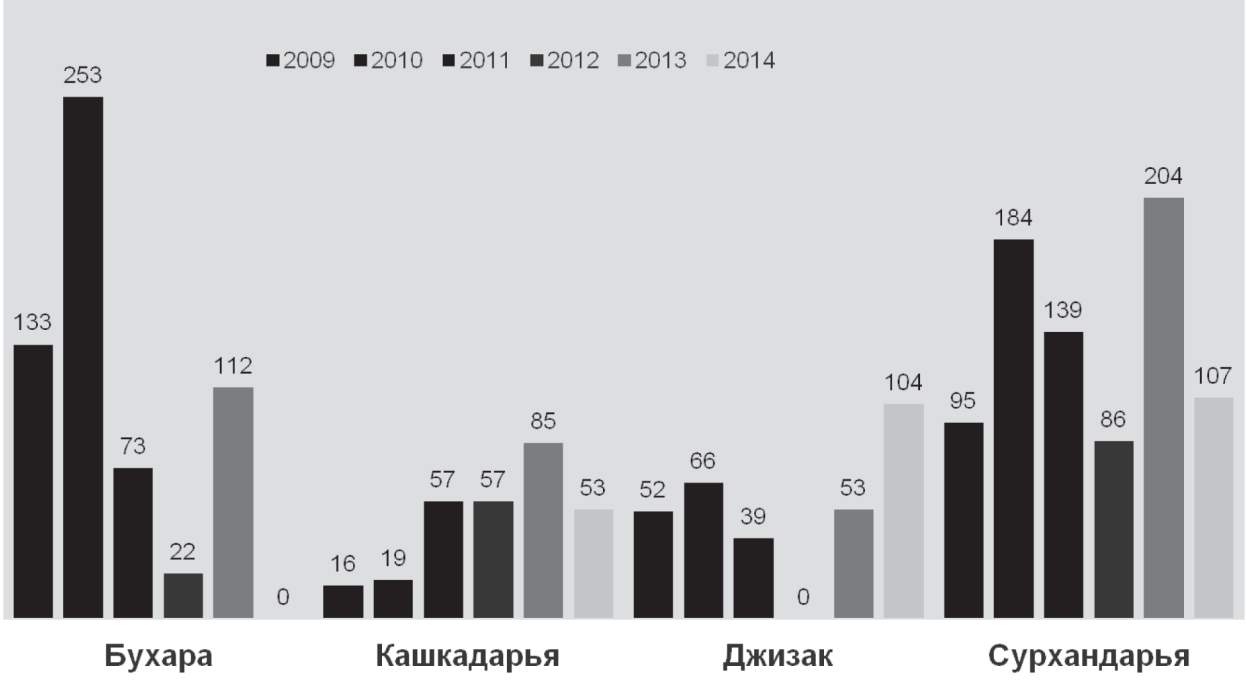
АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р., БОЙНАЗАРОВ Н.Б., АБДУРАХМАНОВА Н.А., ЖУМАНОВ Д.Х.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Лейшманиоз все еще остается одной актуальных проблем дерматологии во всем мире. Предполагается, что 350 млн. человек подвержены риску инфицирования лейшманиозом, и ежегодно выявляются около 2 млн. новых случаев заболевания. Анализ статистических данных по кожному лейшманиозу по Республике за последние 6 лет (2009–2014) показал, что число зарегистрированных больных кожным лейшманиозом носит нестабильный, скачкообразный характер (362 больных в 2009 году, 593 больных в 2013 году и 356 — в 2014). Анализ заболеваемости кожным лейшманиозом по отдельным областям Республики показал неоднозначность регистрации случаев заболевания в регионах.

За период 2010–2011 гг. в клинике РСНПМЦ ДиВ и в Кашкадарьинском Областном КВД пролечено 200 больных. Из них 141 мужчина и 59 женщин. По возрастной категории больные были распределены следующим образом: 0–14 лет — 47, 15–20 лет — 42, 21–30 лет —48, 31–40 лет — 31, 41–50 лет — 17 и старше 51 года 15 больных, при лабораторных исследованиях тельца Боровского найдены у 155 больных. Больным проводилось антибиотикотерапия, витаминотерапия, местное лечение, физиотерапевтические процедуры. Клиническое выздоровление наблюдалось у 95 больных, клиническое улучшение у 60 больных и 45 больных без улучшения.

Ретроспективный анализ историй болезней 200 больных с кожным лейшманиозом показал, что у 44 (22 %) больных установлен антропонозный (городской) тип и у 156 (78 %) зоонозный (сельский) тип кожного лейшманиоза. То есть зоонозной тип кожного лейшманиоза встречалось в 2,5 раза чаще чем городской тип заболевания.



Кроме того, отмечается регистрация кожного лейшманиоза и в других регионах, таких как Ташкентская Ферганская, Хорезмская, Навоийская области, Республика Каракалпакистан не являющийся эндемичными по кожному лейшманиозу. Клинические признаки кожного лейшманиоза, как правило, различаются по регионам и в пределах одних и тех же регионов, что обусловлено инфицированием разными видами паразита или типом соответствующего зоонозного цикла, иммунологическим статусом, а также, возможно, генетически детерминированными реакциями пациентов.

Наблюдения за клиническим течением 70 больных с кожным лейшманиозом при выездах в вышеуказанные регионы показал, тогда как, в эндемичных зонах Джизакской области, регистрируется антропонозный тип кожного лейшманиоза, то в Бухарской, Навоийской, Сурхандарьинской и Хорезмской областях и в Республике Каракалпакистан наблюдается зоонозный тип лейшманиоза. Необходимо отметить, что в пределах одного Кашкадарьинского региона наблюдается две разновидности кожного лейшманиоза, так в городе Карши Кашкадарьинской области наблюдается зоонозный тип, а в г. Шахрисабзе антропонозный тип заболевания. У всех 52 больных кожным лейшманиозом микроскопически выявлены лейшмании (тельца Боровского) с очагов поражения. Клинически бугорковая стадия лейшманиоза установлена у 85 % и язвенная стадия у 15 % больных и 2 больных диагностирован металейшманиоз. В 42 % случаях процесс сопровождался специфическим лимфангоитом.

Таким образом, современная эпидемиологическая ситуация в эндемических очагах Республики, диктуют необходимость знания клиницистов о возможности самых разнообразных клинических проявлений болезни и дальнейшего изучения механизмов патогенеза взаимообусловленных иммунными нарушениями, участвующих в формировании различных клинических форм кожного лейшманиоза и их осложнений.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ МИКОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

АБИДОВА З.М., РАЗЫКОВ А.А., ИЗВЕКОВА О.В., ДАВУРОВ А.М.

РСНПМЦ ДиВ

Современный этап реформирования здравоохранения, а также внедрение системы стандартизации лечения заболеваний, настоятельно требуют созданиясистемы диагностических стан-

дартов в лабораторной практике. Это должно обеспечить единство подходов к клинико — диагностическим исследованиям, а опосредованно и к совершенствованию материально — технического их обеспечения.

Для проведения современных микологических исследований неоходимо, чтобы лаборатория состветствовала международным требованиям: использовала стандартные методики исследования, применяла современное оборудование и лабораторную технику, использовала качественные расходные материалы и тест-системы, осуществляла эффективный внутрилабораторный контроль качества, оценивала проводимые исследования в системе внешней оценке контроля качества. Особое значение должно уделяться подготовке квалифицированных кадров.

В 2013–2015 годах проводились мастер-классы и семинары тренинги с лабораторными специалистами кожно-венерологической сети в регионах, где уделялось большое внимание вопросам качества забора материала для микологических исследований, методике проведения исследований с соблюдением временных экспозиций на разных этапах исследований в зависимости от вида патологического материала. Итоги проведенной работы сказались на выявляемости и регистрации больных. По представленным данным в 2012 году было зарегистрировано 19253 положительных результата, в 2013 — 22878, а в 2014 году — 25510, коэффициент выявления вырос с 20 до 22 %.

В настоящее время практически все микологические исследования проводятся в лабораториях, занимающихся диагностикой ИППП при кожно — венерологических учреждениях (КВД, КВБ) или ЦРП/ЦРБ (КВК), гдепроводят только микроскопические исследования, которые не отвечают в полной мере основным требованиям, предъявляемым к результатам микробиологических исследований — своевременности и этиологической значимости.

В целях совершенствования микологической диагностики в клинической практике считаем целесообразным:

• обеспечить проведение микроскопической диагностики дерматомикозов во всех лабораториях при КВУ, а культуральную диагностику — при региональных КВД;

• передать функции стандартизации и оценки качества профессиональной деятельности лабораторий на первом этапе — региональным лабораториям, а в дальнейшем — проведение внешней оценки качества специально созданной референс — лабораторией, предпочтительно — на базе РСНПМЦ ДиВ;

• регламентировать обязательное современное материально — техническое оснащение и обеспечение эффективными расходными материалами;

• проводить мониторинг качества отечественных и зарубежных тест-систем, питательных сред, оборудования.

Комплексное решение поставленных задач позволит повысить качество дигностических мероприятий, обеспечит эффективность и своевременность лечения микозов. Это имеет важное значение не только потому, что дерматомикозы снижают «качество жизни» и социальную адаптацию больных. Больные грибковыми заболеваниями являются источником распространения инфекции, как в семье, так и в местах общего пользования. Проведение лабораторных исследований на высоком методологическом уровне окажет существенное значение и в организации борьбы с дерматомикозами.

СОВРЕМЕННАЯ КАРТИНА ДЕРМАТОМИКОЗОВ

АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р., ИКРАМОВА Н.Д., КАРАБАЕВА И.Т.

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

За отчетный период были обследованы и пролечены 20 больных с дерматомикозами находящиеся на стационарном лечении в РСНПМЦДиВ МЗ РУз. Из них 2 больных с рубромикозом, 4 больных с трихофитией гладкой кожи, 2 больных с трихофитией гладкой кожи и волосистой части головы, трихофития лобковой области у 1 больного, и 11 больных с микроспорией волосистой части головы и гладкой кожи. Из них 12 мужчин, 8 женщин, 13 детей до 14 лет. Городских жителей было 5, а сельских — 15. Анализ клинического течения патологического процесса показал, что количество очагов поражения у больных варьировало от 1 до 30 очагов.

Рубромикоз встречался у лиц старше 20 лет, с одинаковой частотой у лиц женского и мужского пола. При этом рубромикоз характеризовался многоочаговостью поражений, очаги поражения наблюдались в крупных складках, гладкой коже и ногтевых пластинках кистей и стоп. Постоянное и интенсивное расчесывание приводит к многочисленным экскориациям и формированию лихенификации. Ногтевые платинки были поражены по гипертрофическому типу.

Трихофития волосистой части головы и гладкой кожи встречалась у лиц до 14 лет, а трихофития лобковой области у больных до 18 лет. По клиническим формам трихофития гладкой кожи делилась на поверхностно-пятнистую у 3 больных, инфильтративная форма у 1 больного.

Микроспория волосистой части головы диагностирована у 8 больных, микроспория гладкой кожи — у 2 больных, смешанная форма (волосистая часть головы и гладкая кожа) — у 1 больного. У больного со смешанной формой микроспории, наряду с поражением волосистой части головы, заболевание протекало с вовлечением в микотический процесс щетинистых волос бровей и ресниц. Единичные очаги регистрированы у 4 больных, диссеминированная форма наблюдалась у 7 больных.

Всем больным были проведены микроскопические анализы на грибы и культуральный посев с очагов поражения. У всех больных при микроскопических исследованиях грибы найдены. При культуральном исследовании у 1 больного высеян Tr.rubrum, у 11 — Microsporum canis, у 2 — Tr. verrucosum, у 1 больного Tr. Gypseum, Tr.violoceum-1 и у 4 больных роста гриба не отмечается.

Всем больным проводилась традиционная терапия путем использования в комплексе лечения системных антимикотиков, витаминов, иммуностимуляторов и наружных противогрибковых препаратов. Все больные выписаны с клиническим улучшением: границы очагов стертые, эритема значительно уменьшена, воспалительные явления регрессировали, шелушение исчезло. Больные были выписаны под дальнейшее наблюдение врача-дерматолога в КВД по месту жительства.

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОТИВОВИРУСНОГО ПРЕПАРАТА ГРОПРИНОСИН

АБИДОВА З.М., ИНОЯТОВ Б.С., ЛИ О.Р.

НИИ дерматологии и венерологии МЗ РУз

В последние годы заболевания, вызываемые вирусами в том числе контагиозным моллюском, приобрели достаточно распространенный характер. Контагиозный моллюск (КМ) (МКБ-10: шифр B08.1) — это доброкачественное вирусное заболевание кожи, поражающее чаще лиц детского возраста и пациентов иммунодефицитным состоянием.

Заболевание вызывается ортопоксовирусом. Выделяют два подвида MCV: тип I-MCV, который встречается у 75% больных и II-MCV, дерматологические проявления которых сходны. Вирус передается при тесном контакте с инфицированным человеком или за счет аутоинокуляции.

Цель работы: оценить эффективность разработанного метода лечения больных КМ с применением криодеструкции и препарата «Гропронисин». По наблюдением находились 50 больных контагиозным моллюском в возрасте от 5 до 18 лет с давность заболевания от 3 месяцев до 1 года.

Принимая во внимание двойное действие инозина пранобекса: иммуномодулирующее и противовирусное мы применили его при лечении контагиозного моллюска у детей.

После установления диагноза КМ и получения результатов обследования назначали методику лечения, состоящий из 3 этапов: 1-й иммуномодулирующая терапия «Гроприносином», 2-й — удаление элементов КМ методом криодеструкции и 3-й — повторное назначение 1–2 курса «Гроприносина». «Гроприносин» детям назначали по 1 таблетке 3 раза в день, взрослым по 2 таблетке 3 раза в день в течение 14 дней. Элементы КМ удаляли с помощью медицинского жидкого азота (при темпертуре 196°). Криодеструкцию проводили в как пределах очага поражения, так и зоны 1–2 мм окружающей кожи. После проведения процедуры место обрабатывали 5% раствором йода или густым раствором марганцовки. Затем в качестве местного противовирусного средства использовали противовирусные крема и мази. Полный регресс элементов КМ достигнут у всех 50 больных. Однако в течение последующего наблюдения в 5(6%) случаях отмечены рецидивы в первые 3 месяца, у 2(0,4%) в последующие 6 месяцев наблюдения.

Таким образом, применение «Гроприносина» по указанной схеме с сочетанием наружного противовирусного средства после удаления элементов моллюска существенно повысило эффективность лечения. Включение «Гроприносина» в лечение с КМ оправавно его двойным действием: протиовирусным и иммуномодулирующим.

НОВЫЙ ПОДХОД К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

АБИДОВА З.М., НАБИЕВ Т.А., ИСРАИЛОВ Х.Т., РАЗЫКОВ А.А.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

В настоящее время, одной из важных проблем в дерматологии является изыскание эффективных, малотоксичных средств и методов терапии кожного лейшманиоза (КЛ). Препаратами первого выбора для лечения КЛ являются препараты пятивалентной сурьмы (стибоглюконат натрия (стибофен, стибенил), меглюмина антимонат (глюкантим, пентоксам), которые имеют массы побочных действий (кардио-, гепато-, нефротоксичность и др.), что требует разработки и внедрения в практическую медицину новых, малотоксичных, высокоэффективных препаратов и методов терапии лейшманиоза.

Учитывая вышеизложенное, целью нашей исследовательской работы явилось внедрение комплексного патогенетического метода терапии кожного лейшманиоза в эндемических регионах республики.

Комплексный метод терапии включал непрямое лимфатропное введение антибиотика канамицин сульфат 1,0 х 1 раз в сутки № 5–7 в сочетании с энзимным препаратом лидаза в дозе 32 ЕД, как средства стимулирующего лимфоток, а также иммунокоррегирующего препарата табл. гозалидон 0,1 по 2 табл. 3 раза в день 3-дневными циклами и 3-дневным перерывом (курс терапии составлял 21 день). Для наружной терапии использовалась гель Куриозин, обладающая противовоспалительным, противоотечным и ранозаживляющим эффектом.

Патогенетический метод терапии был внедрен в клиники Кашкадариньского, Джиззакского и Бухарского Обл КВД. Всего по данным регионам комплексный метод терапии проведен у 42 больных кожным лейшманиозом с микроскопическим выявлением лейшманий (тельца Боровского) с очагов поражения. У всех осмотренных больных клинически диагностирована антрапонозная форма заболевания. Бугорковая стадия лейшманиоза установлена у 85 % и язвенная стадия у 15 % больных, которые в 42 % случаях сопровождались специфическим лимфангоитом.

Проводимую терапию больные переносили без каких либо осложнений. На 3–4-й день лечения наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения боли, инфильтрата, отека, гиперемии и гнойного отделяемого с очагов поражения.

Результаты примененного метода терапии показали, что регресс патологического очага у больных с бугорковой лейшманиомой начинается на 2 дня раньше, по сравнению с изъязвленной лейшманиомой и на 4–7 дней раньше с осложненными формами лейшманиоза.

При контрольном анализе в динамике лечения, у 91,4 % больных с язвенных элементов тельца Боровского не найдены, тогда как у больных получавших традиционные методы терапии этот показатель составил 85,7 %.

Таким образом, в комплексной терапии кожного лейшманиоза с назначением иммунокорректора Таб. Гозалидон в сочетании с введением антибиотика и энзимного препарата непрямым эндолимфатическим путем, особенно при его осложненных формах, способствует повышению терапевтической эффективности, ускорению сроков заживления язвенных элементов и рассасыванию воспалительных инфильтратов, а также более ранней элиминации возбудителя из очагов поражения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ МИКРОСТПОРИИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫМИ ПРОТИВОГРИБКОВЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р., АЛИМЖАНОВ Ж.А.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Микроспория является одним из часто встречающихся грибковых заболеваний у детей. Она проявляется поражением длинных и пушковых волос, гладкой кожи а иногда и ногтевых пластинок. Грибы рода Микроспорум устойчивы к внешним факторам, различным противогрибковым препаратам что, по-видимому, связано с особенностями их строения. В настоящее время терапия микроспории является одним из трудоемких и актуальных проблем микологии.

Под нашим наблюдением находились 20 больных микроспорией в возрасте от 3 до 12 лет с давностью заболевания от 2-х недель до 3 месяцев. Из них 8 (40 %) — девочек, 12 (60 %) — мальчиков. Поражение только волосистой части головы наблюдалось у 6, сочетанное поражение волосистой части головы и гладкой кожи — у 8 и только гладкой кожи — у 6 больных. У 2 больных с очагами поражения в количестве более 15, наряду с поражением волос на волоси-

стой части головы были поражены волосы бровей. У всех пациентов диагноз был подтвержден микроскопически и методом люминисцентной диагностики. В посеве в 68% случаях получен рост M.canis и в 2,4% M.gypseum.

Всем детям (14 пациента) с поражением волос назначалось комплексное лечение с включением системных антимикотиков, витаминов, гепатотропных препаратов и наружных фунгицидных средств с ежедневной эпиляцией пораженных волос.

В качестве системного противогрибкового препарата 8 больных получали ГРИЗЕОФУЛЬВИН из расчета 22 мг/кг массы тела, 12 — ТЕРБИЗИЛ. Дозы и схемы назначения этих препаратов соответствовал рекомендациям фирмы-производителя. В процессе лечения в динамике проводились контрольные анализы на грибы. Первый контрольный анализ проводился через 2 недели от начала противогрибковой терапии. Препараты назначались до получения 1-го отрицательного анализа на грибы. Результаты показали, что при лечении микроспории с поражением волос гризеофульвином средний срок лечения больного составил в среднем в серднем 38,2 дня (минимальный от 25 дней и максимальный до 53 дней). Длительность лечения больных, получавших тербизил по непрерывной схеме составил в среднем 36 дней (от 28 дней до 45 дней).

Таким образом, наблюдения показали, что при лечении микроспории волосистой части головы препарат тербизил по эффективности не уступает гризеофульвину, который на сегодняшний день считается самым эффективным противогрибковым препаратом. ТЕРБИЗИЛ может применяться как альтернативный противогрибковый препарат при лечении микроспории.

ТЕРБИЗИЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ

АБИДОВА З.М., АБДУРАХМАНОВА Н.А., АЛИМЖАНОВ Ж.А.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Масштабными эпидемиологическими исследованиями, проведенными в 2003–2006 годах, установлен высокий уровень распространенности микозов стоп среди населения Узбекистана, составляя от 40 до 64% от общего количества выявленной кожной патологии. Из них 48% страдали онихомикозом (ОМ).

Последствия длительно существующих онихомикозов довольно серьезны. Под действием грибов и продуктов их жизнедеятельности (ферментов, антибиотиков, пигментов, токсинов) формируется поливалентная сенсибилизация. При этом увеличивается частота аллергических изменений кожи, слизистых оболочек и сосудов; учащаются профессиональные аллергические и экзематозные осложнения, лекарственная непереносимость, становятся более выраженными васкулиты. Суперинфицирование и микогенная сенсибилизация утяжеляют течение, провоцируют более частые рецидивы других дерматозов. Почти в три раза чаще у больных МС возникают бактериальные осложнения. Лечение ОМ должен быть комплексным и включать противогрибковые препараты общего и наружного назначения, а также патогенетические средства. В настоящее время в распоряжении практической микологии есть три эффективных системных антимикотика: азольные соединения (итраконазол и флуконазол), а также аллиламиновое производное тербинафин.

Нами изучена эффективность препарата тербизил (Гедеон Рихтер, Венгрия) у 40 пациентов больных онихомикозом в возрасте 23–65 лет. Мужчин было — 22, женщин — 18 человек. Продолжительность заболевания варьировала от 2 до 15 лет. У 10 больных имелось поражение первой и пятой ногтевых пластинок, у 12 до 5 ногтевых пластинок и у остальных 18 всех ногтевых пластинок. При микроскопическом исследовании чешуек с очагов поражения и частичек ногтей грибы были обнаружены у всех больных. В посеве получен изолированный рост культуры Tr.rubrum у 33 (82,3%) больных, Tr. interdigitale — у 5 (12,5%), сочетанное поражение дерматофитов с дрожжевыми грибами было выявлено у 2 (5,0%) больных.

Препарат назначали по 250 мг 1 раз в день непрерывно в течение 3–6 месяцев. Больные были разделены на две группы по площади поражения: 1 группа — поражение ногтевой пластинки составляла менее 50% (25 человек); 2 группа — поражение ногтевой пластинки составляла свыше 50% (15 человек) с вовлечением в процесс матрикса. Наружно больным назначали втирание ногтевых пластинок 2 раза в день 1% кремом тербизила.

Для улучшения микроциркуляции и гемодинамики крови нижних конечностей больным микозом стоп и онихомикозом назначали никотиновую кислоту 1% — 1,0 мл №10 или ксантинол никотинат 0,15 внутрь по 1 таблетке 3 раза в день, или трентал (100 мг) по 1 таблетке 3 раза в день 10–15 дней. Оценку терапевтической эффективности проводили по следующим критериям: клиническое выздоровление — 100% отрастание клинически здоровых ногтей, значительное улучшение — более чем 50% отрастание

клинически здоровых ногтей. Так, через 3 месяца лечения клиническое выздоровление отмечено у 10 пациентов первой группы и у 7 пациентов второй группы; значительное улучшение — у 5 и 2 пациентов соответственно; В целом через 3 месяца лечения клиническое выздоровление отмечено у 23 (57,5 %) и значительное улучшение — у 7 (17,5 %) больных. Через 6 месяцев лечения клиническое выздоровление отмечено у всех 25 (100 %) пациентов 1 группы, во второй группе — у 12 (80,0 %) пациентов. В целом через 6 месяцев лечения клиническое выздоровление отмечено у 37 (92,5 %) пациентов и значительное улучшение — у 3 (7,5 %).

Лабораторное исследование показало, что через 6 месяцев этиологическое выздоровление в первой группе имело место в 100 % случаев, а во второй группе — в 72 % случаев. Оценка эффективности терапии через 3 месяца после окончания лечения показала, что в первой группе у всех больных наблюдалось клиническое и этиологическое выздоровление. Во второй группе из 12 больных с клиническим выздоровлением у 2 отмечен рецидив заболевания, а клиническое и этиологическое выздоровление отмечено у 10 (83,3 %) больных.

Все больные лечение переносили хорошо, серьезных побочных эффектов не отмечено. Таким образом, ТЕРБИЗИЛ в дозе 250 мг 1 раз в день в течение 3–6 месяцев при лечении онихомикозов высокоэффективен. Эффективность, отсутствие побочных действий позволяют рекомендовать ТЕРБИЗИЛ к широкому применению для лечения онихомикозов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛАБОРАТОРИЙ ПО ВЫВЛЕНИЮ ДЕРМАТОМИКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

АБИДОВА З.М., РАЗЫКОВ А.А., ИЗВЕКОВА О.В.

РСНПМЦ ДиВ

В настоящее время микологические исследования проводятся врачами — лаборантами клинико — диагностических лабораторий кожно — венерологических диспансеров, т.е. официально микологические исследования не выделены. Выделение микологических лабораторий носит условный характер, и кроме того, практически все лаборатории проводят только микроскопические исследования. Культуральные исследования на дерматомикозы проводятся только в нескольких лабораториях — микологической лаборатории РСНПМЦ ДиВ, а также — на базе бактериологических лабораторий Республиканского КВД г. Нукус, Ташкентского областного КВД, возобновлено проведение исследований в ОКВД г. Самарканда и ОКВД г.Наманган.

За период с 2009 по 2014 год количество лабораторий, где проводятся исследования на дерматомикозы (микроскопия) сократилось и составляет 137 единицы. Однако, проводя анализ по регионам видно, что за этот период в Республике Каракалпакстан количество лабораторий увеличилось с 6 до 11, в то время как прекращено проведение микологических исследований в Андижанской, Сурхандарьинской,Сырдарьинской и в 2 лабораториях в Ташкентской областях. На 3 лаборатории сократилось число лабораторий, проводящих микологические исследования в г.Ташкенте (в связи с созданием межрайонных КВД), дальнейшее реформирование дерматовенерологической сети г.Ташкента привело к сокращению еще 2-х лабораторий в г.Ташкенте, т.е. в 2015 году микологические исследования в г.Ташкенте проводятся в 5 лабораториях.

Также проведенный анализ показал, что существует две системы/схемы проведения обследования населения на грибковые заболевания. В первом случае регион (область) имеет по одной или нескольких лабораторий в районах (от 5 в г.Ташкенте до 19 в Ташкентской области) и скрининговые исследования проводятся на местах, а при необходимости подтверждения в спорных случаях больные напраляются в региональное КВУ на дообследование и стационарное лечение. При второй схеме — функционирует 2–3 межрайонные лаборатории, исследования проводятся централизовано, и больные для обследования и лечения перенаправляются сразу в региональное КВУ.

Проведенный анализ деятельности двух групп лабораторий, разделенных в зависимости от количества обследуемого населения показал следующее. Всего среднее количество лабораторий за последнее 6 лет составило 137 единиц. Из них 14 — так называемых крупных, расположенных в региональных ОКВД и ГорКВД г. Ташкента, и 123 — более мелких, расположенных в межрайонных КВД и при КВК при РМО.

Проведенный анализ по удельному весу положительных результатов по отношению к обследованным лицам показал, что централизация исследований не оказывает положительного влияния на выявление микологических больных в общем числе обследованных больных (в ОКВД — колебания от 12,2 % до 36,6 %, в районных лабораториях — от 12,4 % до 50 %, в среднем — 19,6 % и 22,8 % соответственно). В то же время централизация проводимых исследований

оказавает негативное влияние на доступность микологического обследования.

Таким образом, учитывая доступность исследований, эффективность работы более мелких лабораторий в плане выявления больных с микологическими заболеваниями фактически выше, по сравнению с крупными лабораториями. В то же время учет и регистрация, представление статистической отчетности и достоверность показателей всегда выше в крупных лабораториях.

ПРОТИВОГРИБКОВАЯ ТЕРАПИЯ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ У ДЕТЕЙ

АЛИМЖАНОВ Ж.А., РАХИМОВ И.Р., АБИДОВА З.М.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Одним из часто встречающихся микозов в Узбекистане является зооантропонозная трихофития с частой локализацией процесса в лобковой и экстрагенитальной областях.

Под нашим наблюдением находились 30 больных трихофитией (21 (60 %) мужчин, 9 (40 %) женщин). Давность заболевания варьировал от 15 дней до 2-х месяцев. Поверхностно-пятнистая форма микоза установлена у 5, инфильтративная — у 8 и инфильтративно-нагноительная — у 17 пациентов. У 14 больных очаги поражения располагались только на волосистой части головы, у остальных больных кроме волосистой части головы были поражены гладкая кожа лица, рук и ног. Количества очагов варьировал от 1 до 5. Диагноз трихофитии подтвержден микроскопическом обнаружении в чешуйках и волосе Tr.ectotrix. В посеве в 48,6 % получен рост культуры Tr. faviforme.

Больным назначалась комплексная терапия с включением противогриб-ковых средств, антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, вита-минов и иммуномодуляторов. При нагноительной форме заболевания приме-няли сульфаниламидные препараты и наружную противовоспалительную терапию. В качестве антимикотического средства применяли «Тербизил» (“ГЕДЕОН РИХТЕР”). Действующим веществом которого является тербинафин. Тербизил синтетическое противогрибковое средство широкого спектра действия и активен в отношении всех дерматофитов. Он назначался по детям весом до 20 кг 62,5 мг, до 40 кг 125 мг и свыше 40 кг 250 мг 1 раз в день по непрерывной схеме. Лечение тербизилом проводилось до 2-х отрицательных контрольных анализов на грибы. Наружное лечение проводилось в зависимости от стадии микотического процесса. После устранения воспалительных явлений больные получали 1 % крем тербизила в виде местных смазываний 2 раза в ден.

Клиническое и микологическое выздоровление достигнуто у 13 (43,3 %) больных через 18 дней, у 11 (36,7 %) — через 25 дней, у 6 (20 %) — через 28 дней от начала лечения. Переносимость тарбизила была хорошая. Нежелательный эффект препарата выражалась в виде крапивницы у 2 больных, который проходил после отмены препарата.

Таким образом, тербизил обладает хорошим противогрибковым действием и является препаратом выбора при лечении зооантропонозной трихофитии у детей.

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ МИКОЗОВ И ОНИХОМИКОЗОВ

АРИФОВ С.С., ИСМАГИЛОВ А.И., ЯКУБОВ А.А.

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ТашИУВ МЗ, г. Ташкент;
РСНПМЦДВ МЗ, г. Ташкент

Разработка и внедрения эффективных топических антимикотиков в лечении микозов и онихомикозов является одной из актуальных проблем дерматомикологии.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической и микробиологической эффективности нафтифина гидрохлорида (Экзедерил)1 % раствор и крем в лечении микоза и онихомикоза стоп.

Под нашим клиническим наблюдением находились 42 больных с грибковыми заболеваниями кожи. Мужчин было 28, женщин- 14. Давность заболевания составила от 1 мес. до 8 лет. 21 больных страдали микозом стоп, 11 — онихомикозом. Больные по клиническому проявлению микоза стоп были распределены следующим образом: сквамозная форма — 10 больных, интертригинозная — 6, дисгидротическая — 4 и острая форма — 2 больных.

До начала терапии КОН тест на возбудителей микоза и онихомикозастоп был положителен у всех пациентов.

Больные микозом стоп получали наружно Экзодерил крем, который наносили 1 раз в день в

течение 2–4 недели. При онихомикозах 1% раствор Экзедерилапримeняли 2 раза/сут, длительность лечения составила до 6 мес.

Результаты лечения показали, что через 6 недель после лечения кремом экзодерилклиническое выздоровление наблюдали у 17 (81%) больных, микологическое — у 19 (90,5%) больных.

У больных онихомикозом, через 72 недели после лечения, микологическое излечения наступило у 7 (63%), клиническое — у 8 (72%) больных.

Таким образом, полученные нами наблюдения свидетельствуют, что Экзодерил, в формах крем, 1% раствора, является высокоэффективным препаратом в терапии микоза стоп и онихомикоза.

РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИНИ БАРТАРАФ ЭТИШДА УЛЬТРАБИНАФША НУРЛАРИНИНГ АХАМИЯТИ

АХМЕДОВ Ш.К., ЮЛДАШЕВ У.К., РУСТАМОВ А.У.

СамМИ, тери ва таносил касалликлари курси, Самарканд шахри

Ранг-баранг (кепаксимон) темиратки терининг юза инфекцияси бўлиб, яллиғланиш рўй бермайди. Қўзғатувчиси (Микроспорум фурфур) терининг мугуз қаватида жойлашиб, кўп терлайдиган ва тернинг кимевий таркиби ўзгариб турадиган одамларда кўп учрайди. Бўйин, елка, кўкрак, қўлтиқ ости соҳаларда ва камдан-кам ҳолларда оёқ-қўлларда, қоринда, бошнинг сочли қисмида кескин чегараланган ва турли шакл ва катта-кичикликдаги оқ ва жигарранг доғлар юзага келади. Доғлар ранги ҳар хил: пушти-сариқдан тўқ қўнғиргача, кўпинча сут ва кофе рангини эслади. Доғлар юзаси кепаксимон тангачалар билан қопланади; субъектив сезгилар деярли бўлмайди, аҳен-аҳенда бадан сал қичишиши мумкин. Касаллик бир неча ой ёки йиллар давом этади. Замбуруғ сочларга зарар етказмайди, лекин кўпинча бошнинг сочли қисми терисини шикастлайди. Диагностикасида доғлар ва улар атрофидаги соғлом терига ед суртилади, бунда унинг юзасидаги тангачалар едни кўпроқ синдиради, шунинг учун шикастланган жойда ед ранги соғлом жойга қараганда тўқроқ бўлиб кўринади (Бальцер синамаси). Лаборатор бактериоскопик усули билан олинган кепакларни текширганда микроспорум фурфур аниқланади.

Ишнинг максади: Ранг-баранг темиратки касаллигидан сунг коладиган теридаги иккиламчи депигментацион догларни тезрок бартараф этиш учун ультрабинафша нурларининг таъсирини урганиш. Ушбу касаллик билан даволаниб чиккандан сунг хам бемор терисида маълум вакт иккиламчи окимтир догларнинг колиши уларни косметик нуктаи-назардан безовта килиб келади. Хатто беморлар узида витилиго бошланаяпти деб хавотирланишиб, рухияти зарарланишига олиб келиши мумкин.

Текширишнинг материллари ва услублари: 30 нафар бемор кузатувимиз остида булди. Уларнинг еши 18–35 ёш оралигида булиб, ранг-баранг темиратки билан касалланишганликларига 2–3 йил булган. Ушбу беморларда даволаниб чикишганларидан сунг хар сафар тошмалар урнида иккиламчи ок доглар колиши ва бу уларнинг рухиятига салбий таъсир килиши беморларнинг шикоятларидан аникланди.

Беморлар икки гурухга яъни асосий ва контрол гурухларига булиниб тадкикот ишлари олиб борилди. Асосий гурухга киритилган 15 беморга иккиламчи доглар урнига хар куни 1 минутдан бошлаб кутарилувчи схемада терисига ультрабинафша нурлари 1\8 биодозада ОРК-21 СТАЦИОНАР аппарати ёрдамида бериб борилди.

Контрол гурухга киритилган 15 беморга иккиламчи доглар урнига хар куни облипеха мойи суртиб кунига 3 махал массаж килиш тавсия этилди.

Натижалар: Ультрабинафша нурлари билан даволанган беморларнинг 15 нафарида хам иккиламчи депигментацион доглар даволанишнинг 12–15 кунларидан бошлаб, яъни 12–15 минут давомийликдан сунг репигментация жараени билан алмашина борди ва даволанишнинг 18–20 кунларига келиб терининг ранги тулик тикланди, яъни тери пигментацияси нормаллашди, окимтир доглар бартараф этилди. Контрол гурухдаги 15 беморларда эса муолажанинг 30–35 кунларида хам теридаги иккиламчи доглар сакланиб турганлиги аникланди. Факат 8 нафар беморларда даволанишнинг 2 ойига келиб репигментация кузатилди. Колган 7 нафар беморда окимтир доглар сакланиб колди.

Хулоса: Шундай килиб, ранг-баранг темиратки касаллигида тошмалар урнида коладиган иккиламчи окимтир догларни бартараф этишда беморлар терисига субэритем дозаларда ультрабинафша нурлари билан кутарилиб борувчи схемада даволаш муолажалари олиб бориш ишончли натижаларга олиб келиши мумкинлиги ва бу беморлар кайфиятига ижобий таъсир килиб, реконвалецентларда турли хил хавотирларнинг олдини олиши аникланди.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА ПО РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2012–2015 гг.

БАЙНАЗАРОВ Н.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Дерматологии и Венерологии МЗ РУз

За период 2012–2014 гг. были обследованы и пролечены 159 больных с кожным лейшманиозом. Из них в клинике РСНПМЦ ДиВ 107 больных (в 2012 г. — 50, 2013 г. — 33, в 2014 г. — 24), Бухарском областном ОКВД 17 больных (2013 г.), в Кашкадарьинском ОКВД 27 больных (2013 г.), в Джизакском ОКВД 8 (2014 г.) больных. Среди них — 88 (55,3 %) мужчин, 71 (44,7 %) женщин, 62 (40 %) ребенка до 14 лет. Городских жителей — 34 (21,4 %), сельских — 125 (78,6 %) пациентов. Дети до 14 лет — 62, 15–20 лет — 10, 21–40 лет — 63 и старше 40 лет — 24 больных. Заболевание встречалось преимущественно у детей до 14 лет и у больных в возрасте до 14 лет и 21–40 лет, составляя 39 и 40 % от общего числа пациентов. По давности заболевания больные были распределены следующим образом: до 2 месяцев — 73 больных, 3–4 месяца — 27 больных, 5–6 месяцев — 23 больных, 7–8 месяцев — 17 больных, 1 год — 16 больных и от 2-х до 3-х лет — 4 больных. Бугорковая форма кожного лейшманиоза была у 33,3 %, изъязвленные лейшманиомы — у 45,2 %, изъязвленные лейшманиомы с бугорками обсеменения с лимфангоитами — у 19 % и металейшманиоз — у 2,5 % больных. У 104 (65,4 %) пациентов отмечалось присоединение пиококковой флоры, которое вызывало ухудшение общего состояния, повышение температуры тела. Антропонозный кожный лейшманиоз наблюдался у 39 (24,5 %) и зоонозная форма кожного лейшманиоза отмечалась у 120 (75,5 %) больных. Анализ клинического течения патологического процесса показал, что количество очагов поражения у больных варьировало от 1 до более 12 штук. У детей элементы высыпания локализовались на открытых участках тела в основном на коже лица, в области носа, щек, а у взрослых на коже нижних, верхних конечностей и туловища. У 35 % больных по ходу лимфатических сосудов наблюдался симптом четок. Кожа лица (брови, нос, щеки, переносица, угол рта, подбородок) была поражена у 70 больных, верхние конечности (кисти, предплечья, плечи, локти) — у 35, нижние конечности (стопы, голени, бедра) — у 25, грудь и туловища — у 20 пациентов. По 1 язве было у 60, по 2 — у 15, по 3 — у 38, по 4 — у14, по 5 — у 16, по 6 — у 4, 7–8 — у 2 больных и 1 больного множественные язвы (12 очагов). У 52 больных кроме множественных изъязвлений имелись бугорковые лейшманиомы Антропонозный и зоонозный типы кожного лейшманиоза имели типичную клиническую картину. Антропонозный кожный лейшманиоз регистрировался в основном у больных, обратившихся из Джизакской области. Зоонозный кожный лейшманиоз регистрировался у больных из Бухарской и Кашкадарьинской областей. За 9 месяцев 2015 года в Кашкадарьинской области при городском КВД было осмотрено 35 больных с кожным лейшманиозом. Из них 13 мужчин, 22 женщины. Всем больным проведены микробиологические исследования на тельца Боровского. Возбудитель лейшманиоза выявлен у 60 % больных, а у остальных 14 больных диагноз установлен клинически. У всех осмотренных больных клинически диагностирована антропонозная форма заболевания. Бугорковая стадия лейшманиоза установлена у 85 % и язвенная стадия у 15 % больных. В 42 % случаях процесс сопровождался специфическим лимфангоитом. в Джиззакском ОКВД были осмотрены 10 больных с кожным лейшманиозом. Из них 4 мужчины, 6 женщин, 8 детей до 14 лет. У 8 больных при микроскопическом исследовании с очагов поражения обнаружены тельца Боровского. У всех больных установлена антропонозная форма и бугорковая стадия кожного лейшманиоза.Таким образом, наши клинико-эпидемиологические исследования показали, что в Республике Узбекистан отмечается рост заболеваемости кожным лейшманиозом, страдают кожным лейшманиозом преимущественно лица трудоспособного возраста от 21 до 40 лет.

МАЛАССЕЗИОЗ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ. НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

ГОРБУНЦОВ В.В., ЯЦЮК А.С., ГОРБУНЦОВА В.И.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины», Днепропетровск, Украина

Коморбидность ВИЧ-инфекции и микозов — общепризнанная актуальная проблема современной клинической медицины. Исследования последних лет показали существенную роль

малассезийной инфекции при ВИЧ-инфекции как ВИЧ-ассоциированного заболевания и индикаторного состояния (маркера) СПИДА у ВИЧ-инфицированных. Следует обратить внимание на то, что ВИЧ-ассоциированными заболеваниями и индикаторными состояниями (маркерами) СПИДА у ВИЧ-инфициро-ванных во II–IV стадиях чаще бывают не только такие известные проявления малассезиоза кожи (МК), как разноцветный лишай и себорейный дерматит и кандидозные поражения урогенитального тракта и органов пищеварительной системы, но и другие проявления МК, имеющие особенности клинических проявлений и течения:

— (поверхностные (чешуйчатые) невоспалительные — простой питириаз волосистой части головы, кожи туловища и конечностей;

— фолликулярные — черные комедоны, негнойный фолликулит кожи туловища и конечностей, фолликулярный экзематид Дарье, гнойный малассезийный фолликулит (малассезийный пустулез);

— воспалительные (воспалительно-аллергические), помимо разноцветного ли-шая и себорейного дерматита, — экзематиды Дарье питириазиформный и псориазиформный;

— неопластические, — папилломатоз папулезный сливающийся (сливная ретикулярная эритрокератодермия Гужеро–Карто), гранулематозный МК, а также явления урогенитального малассезиоза, малассезийного отита, малассезийного блефаро-конъюнктивита и малассезийной инфекции пищеварительного тракта, с содержания грибов рода Malassezia (более 1000 КОЕ/г при посеве кала) в толстом кишечнике, клиническими проявлениями гастроэнтерологической патологии, соответствующими синдрому раздраженного кишечника, ассоциированному с синдромом дисбиоза толстого кишечника.

БОЛАЛАРДА ДЕРМАТОМИКОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ЛАБОРАТОРИЯ ТАҲЛИЛИ

ДАВУРОВ А.М., РАХИМОВ И.Р., АБИДОВА З.М., ДАВУРОВА М.С., АСАДОВ Р.К.

РИДваВИАТМ, Тошкент.

Медицинада беморларга юқори технологик ендошиш ривожланаётган бўлсада замбуруғларни лаборатория усулларида текшириб аниқлашнинг асосий усуллари, классик усуллар булиб, патологик материалларни микроскопда натив холатда текшириш, озиқ муҳитларга экиб ундириш ва соф култура ажратиб олиб идентификациялаш ҳамда антимикотик препаратларга сезгирлигини аниқлаш эътироф этилмоқда.

Иммунофермент анализ қўшимча текшириш аҳамятига эга бўлиб, асосан патоген диморф замбуруғларни яъни криптококкоз, кандидоз ва аспергиллез қузғатувчиларини аниқлашга қаратилган.

Геноиндекация яъни ПЗР усулида эса юқори сезувчанлиги билан ухшаш реакциялар хисобига “хато мусбат” натижалар тез-тез учраб туради. Бу усул асосан баъзи дерматофития, чуқур микозлар ва оппортунистик микозларда қулай ҳисобланади.

Лаборатория текширув натижалари асосан патологик материалнинг қандай ва касаллик ўчоғининг қайси жойидан олинишига боғлиқ. Терининг замбуруғли касалликларида патологик материал асосан касаллик ўчоғининг соғлом тери билан чегараланган бурмаларидан скальпел ёрдамида буюм ойнасига қириб олинади ва 20% ли ишқор эритмаси (КОН) томизилиб епқич ойни билан қопланади. Препаратни спиртовка алангасида қиздирилиб қиринди эригунча (20 минутдан 2 соатгача) кутилади. Тайер булган препарат микроскопнинг натив системасида куздан кечирилади.

2016-йилнинг биринчи чрагида ЎзР ИДваВИАТМи бўлимларидан микология лабораториясига вояга етмаган жами 357та бемор мурожат қилди. Беморлар асосан баданидаги тошмалар, бошнинг сочли қисмидаги ва оеқ терисидаги ўзгаришларга шикоят қилган холда, даволовчи шифокор тавсиясига кўра патоген замбуруғларга текширилди.

Жами 357 та бемордан 183 таси ўғил бола ва174 та қизларни ташкил қилди. 183 та уғил болалардан 72 (39,3%)сида ва 174 та қизлардан 54 (31%) тасида патоген замбуруғлар борлиги микроскопик аниқланди. Аниқланган замбуруғларни 6 си m.furfur бўлиб, қолганларини Сабуро озиқ муҳитига экиб, термостатда 28 градус температурада 7 кундан 21 кунгача инкубация килиниб культурал текширилганда 28 (22%) ида соф култура ажратиб олинди ва идентификеция килинди. Натижада 4та беморда m.canis;, 6 tr.gypseum;, 6 tr.verrucosum;, 4 tr.tonsurns;, 3 tr.violaceum;, 2 tr. Mentagrophytes var. interdigitale;, 3m.ferrugineum қўзғатувчилари аниқланди.

Лаборатория таҳлили натижасидан куриниб турибдики, вояга етмаган болаларда замбуруғли касалликлар билан хасталаниш ханузгача юқорилигича қолмоқда, бу эса Республикамизниг барча вилоятларида микология хизматига янада эътиборни кучайтиришни талаб килади.

«ЛЕЙКОЗ» КАСАЛЛИГИДА, КАНДИДА ИНФЕКЦИЯСИНИНГ МИКОЛОГИК ТАХЛИЛИ

ДАВУРОВ А.М., РАХИМОВ И.Р., АБИДОВА З.М., АСАДОВ Р.К.

УзССВ РИДваВИАТМ, Тошкент ш.

Хозирги кунга келиб Candida туркумининг 150 дан ортиқ турлари мавжуд. Шулардан кандидоз касалликлари қўзғатувчилари асосан C. albicans, C. tropicalis, C. parapsilosis, C. glabrata ва C. krusei турлари ҳисобланади.

Кандидоз касалликлари орасида C. albicans тури кўп тарқалганлигига қарамасдан, сўннги 15–20 йил давомида C. tropicalis, C. parapsilosis, C. Glabrata ва C. krusei турлари ҳам сезиларли даражада кўпайиб бормоқда.

Айрим Candida spp. Турлари одам организмида нормал ҳолатда ҳам учрайди, 30–50% соғлом одамлар оғиз бўшлиғида, ошқозон-ичак тизимида ва жинсий органлар шиллиқ қаватида аниқланади. Шунинг учун уларни ажратиш, тери ва шиллиқ қаватларда колонизациясини ўрганиш мухим аҳамиятга эга.

Candida spp. орасида C. albicans қўзғатувчисини аниқлаш осонроқ кечади, чунки бу штамм қон зардобида 37°C да 2–4 соат давомида ўсувчи найчалар ҳосил қилади ва 24 соат давомида псевдомицелийларига айланади. Бу феномен C. albicans учун 90% дан кўпроқ ҳолатда тегишлидир. Акс ҳолларда эса изланишлар давом эттирилиб қўзғатувчининг тури аниқланади. Бугунги кунда кўпгина лабораторияларда “тест–система” лар қўлланилиб, улар ёрдамида бу масалага қисқа вақт ичида аниқлик киритиш мумкин.

РИДваВИАТМ микология лабораториясига Гематология ИТИ клиникасидан мурожат қилган “Лейкоз” касаллигига чалинган 65 нафар бемор қонлари, Хромоген агар ва “ЭД-1” (Давуров А.М. томонидан тайерланган) озиқ мухитларда культурал текширувлардан ўтказилди. Биксда олиб келинган қон (5 мл миқдорда) стерил бокс хонасида хромоген агар сатхига ҳамда, ЭД-1 озиқ мухитлари юзасига қуйилиб, бактериологик қавузлоқ ёрдамида штирихсимон бир маромида экилди.

Натижалар 2–3 ва 5-кунлари кузатилди. Хромоген агар юзасида хосил бўлган колониялар, индикаторлар ёрдамида маълум ўзига хос рангларда кўриниш ҳосил қилди.

Кузатувлар натижасида 6 та беморда C. tropicalis, 4 та беморда C.albicans, 1 тадан беморларда C. glabrata, C.krusei замбуруғлари аниқланди. 3 та ҳолатда эса беморлар қонидан моғор замбуруғлари ажратиб олинди.

Аниқланган Candida замбуруғлари антимикотик препаратларга сезгирлиги ўрганилиб флуканозол ва интраконозол препаратларига сезгирлиги аниқланди.

Кузатувда бўлган беморлардан олинган натижа шуни кўрсатдики, кўп учрайди деб саналган C.albicans замбуруғига нисбатан C. Tropicalis замбуруғи хозирги кунга келиб, тез-тез учраши, системали замбуруғ касаллигида C. albicans дан ташқари C. Tropicalis, C. glabrata ва C.krusei турлари ҳам тез — тез учраб туриши маълум булди.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМОЙ ТРИХОФИТИИ ЭСЗОЛОМ

ЁКУБОВА М.А., КНЯЖЕВА Е.Д., ЕФИМЕНКО О.В.

Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. Трихофития — грибковое заболевание, при котором поражаются кожа, волосы, а иногда и ногти. Проблема лечения данной патологии кожи всегда являлась актуальной

Цель исследования: Изучить эффективность применения препарата «Эсзол» у больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни 18 больных в возрасте от 6 до 42 лет (11 больных мужского пола, 7 женского), лечившихся в грибковом отделении кожно-венерического диспансера Андижанской области по поводу инфильтративно-нагноительной трихофитии. У 10 больных процесс локализовался на гладкой коже и в лобковой области, у 8 — на гладкой коже и волосистой части головы. Всем больным, проведено исследование на наличие мицелий грибка. Лечение проводилось препаратом «Эсзол» внутрь по 200 мг 2 раза в сутки на фоне традиционной терапии трихофитии. Лечение Эсзолом продолжалось еще 6 дней до достижения двух подряд отрицательных микологических результатов. Результаты: Во время лечения нагноение прекратилось в среднем на 7 день, шелушение исчезло на 10 день, инфильтрат рассосался на 13 день лечения, оставив после себя буроватую пигментацию кожи. Отрицательный микологический результат получен в среднем на 16 день лечения.

Вывод: Таким образом, Эсзол является эффективным противомикотическим препаратом и укорачивает сроки лечения больных с инфильтративно-нагноительной трихофитией на 2–3 дня.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ ТЕРБИНАФИНОМ-КВ

ИСМАИЛОВА Г.А., УСМОНОВ Ф.Х., ДЖУРАЕВА И.А.

Ташкентская Медицинская Академия

Цель и задача исследований: дать сравнительную оценку клинической эффективности препаратов тербинафина-КВ (Киев), таблетки, 250 мг и тербизила (Венгрия), таблетки, 250 мг, при лечении дерматомикозов.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 20 больных, получавших препарат тербинафин-КВ. Из них 10 мужчин, 10 женщин. Среди них микозами стоп страдало 10 больных, трихофитией — 4, рубромикозом гладкой кожи — 2, разноцветный лишай — 4 больных. По клиническим формам больные трихофитией распределялись следующим образом: инфильтративная форма — 2, нагноительная форма — 2. Поражение гладкой кожи — у 2, лобковой области — у 2 больных. Больных с микозами стоп было 10 человек, из них у 2 — сквамозная, у 3 — дисгидротическая, у 5 — интертригинозная форма. Лечение препаратом «Тербизил» получили 10 больных, из них трихофития — 4, микозы стоп — 3, разноцветный лишай — 2, рубромикоз гладкой кожи — 1. Трихофития лобковой области наблюдалась — у 2, гладкой кожи — у 2 больных.

Результаты исследования. Больные разноцветным лишаем, получавшие тербинафин-КВ после недельного приема препарата отмечали значительное побледнение патологических пятен и уже к 6–7 суткам после лечения были получены отрицательные результаты бактериоскопических исследований. У больных микозами стоп уже на 4–5 сутки лечения значительно уменьшились воспалительные явления. У части больных прекратились аллергические высыпания, улучшился сон, аппетит. На 10–16 дни терапии грибы со сводов стоп не обнаруживались. У больных с инфильтративно-нагноительной трихофитией к концу первой недели применения препарата отмечали значительное уменьшение воспаления, снижение зуда. У больных с трихофитией с поражением волосистой части головы первый отрицательный микроскопический анализ на грибы получен в среднем на 17–18 дни лечения, а с поражением гладкой кожи в среднем на 16–18 дни терапии. При лечении препаратом тербинафин-КВ средний показатель излечения составил 14,3+/- 0,74, а с препаратом тербизил-соответственно 13,7 +/-0,31 дней. Во всех случаях наблюдений клиническое разрешение кожного процесса было подтверждено отрицательными контрольными лабораторными анализами на грибы с очагов поражения.

Заключение. Таким образом, препарат тербинафин-КВ, 250 мг, является эффективным системным антимикотическим средством при лечении грибковых инфекций кожи и по своей активности не уступает тербизилу.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ

ИСМАИЛОВА Г.А., УСМАНОВ Ф.Х.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучение клинической эффективности препарата гроприносин (инозин пранобекс) производства Гедеон Рихтер (Венгрия) в терапии больных разноцветным лишаем.

Под наблюдением находилось 30 больных в возрасте от 16 до 42 лет с давностью заболевания от 1 года до 5 лет и выше. У 14 пациентов болезнь развивалась и протекала с рецидивами около года, у 6 — от 1 года до 5 лет, у остальных (10) — свыше 5 лет. Больные были разделены на 2 репрезентативные группы. Первая группа (основная — 15 пациентов) на фоне антимикотической терапии тербинафином-КВ (Киевский витаминный завод) получали препарат гроприносин, вторая группа (сравнения — 15 пациентов) — только этиотропную терапию. Гроприносин назначали в дозе 50 мг/кг массы тела в сутки (2 таблетки 3 раза в день) в течение 14 дней. Всем больным проводили общеклинические и микроскопические лабораторные анализы, иммунологические исследования (определение СД3+,СД4+,СД8+, СД19+, фагоцитоз нейтрофилов).

Показано, что в группе больных, получавших этиотропную терапию антимикотиком тербинафином — КВ в сочетании с гроприносином, достигнуто значительное повышение терапевтической эффективности, что сказывалось не только в повышении процента клинического выздоровления, но и в значительном уменьшении рецидивов заболевания. Показано, что гроприносин усиливает функциональную активность Т-лимфоцитов, Т — хелперов, фагоцитоз нейтрофилов. Приведенные данные свидетельствуют о патогенетической значимости и обоснованности включения препарата гроприносин в терапию больных такой грибковой инфекцией, как разноцветный лишай.

ГРОПРИНОСИН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ВУЛЬГАРНЫМИ БОРОДАВКАМИ

ИСМАИЛОВА С.М., АБДУЛЛАЕВ М.И.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан.

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) кожи у детей в последнее десятилетие является актуальной, количество таких пациентов неуклонно возрастает, течение заболевания часто принимает упорный рецидивирующий характер, а существующие методы терапии зачастую приводят к распространению кожного процесса (Соколовский Е.В., Игнатовский А.В. 2000 г.). Заболевание развивается на фоне иммунодискредитации. В связи с этим, вопросы терапии ПВИ кожи у детей продолжают оставаться весьма актуальными.

В последние годы разрабатываются новые противовирусные препараты с иммуностимулирующим действием. Одним из них является препарат Гроприносин (инозин пранобекс). Препарат обладает выраженным противовирусным действием, мобилизует защитные силы организма, активизирует иммунную систему, повышает сопротивляемость организма к вирусным инфекциям.

В исследование было включено 28 детей с бородавками в комплексное лечение которых был включен Гроприносин. Применение препарата привело к сокращению сроков регресса высыпаний на 7,8 дней, и уменьшения случаев рецидивов заболевания на 42% при сравнении с группой больных получавших лечение традиционными методами. При этом у одного больного после приема препарата отмечались боли в области эпигастрия и тошнота, в результате чего больной был исключен из группы исследования. Проведенные через месяц иммунологическое исследование показало повышение процентного и относительного количества CD3, CD4, CD22 лимфоцитов и CD16, CD95 клеток.

Таким образом, включение в комплексную терапию препарата «Гроприносин» для лечения детей больных вульгарными бородавками сокращает сроки терапии, уменьшает частоту рецидивов заболевания и повышает иммунологические показатели.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ

КАРАБАЕВА И.Т.

Центр дерматологии и венерологии, г. Ташкент

Цель исследования: изучение состояния иммунной системы у больных микроспорией.

Материалы и методы: обследовано 79 больных детей с микроспорией в возрасте от 4 до 14 лет.

Результаты исследования: у больных микроспорией отмечается достоверное увеличение количества лейкоцитов ($p < 0,001$), общего пула лимфоцитов ($p < 0,001$) и снижение относительного количества CD3-клеток ($p < 0,001$), CD4-клеток ($p < 0,001$), CD8-клеток ($p < 0,01$) и иммунорегуляторного индекса ($p < 0,001$). Со стороны показателей гуморального иммунитета выявлено увеличение уровня CD20-клеток ($p < 0,01$), содержания сывороточных иммуноглобулинов класса G ($p < 0,001$), циркулирующих иммунных комплексов ($p < 0,001$) при одновременном уменьшении количества иммуноглобулинов классов A и M ($p < 0,001$). Нарушения неспецифических факторов защиты проявляются в снижении функциональной активности нейтрофильных лейкоцитов, что выражается снижением фагоцитарного индекса и фагоцитарного числаВ дальнейших исследованиях нами был проведен анализ выраженности иммунологических нарушений в зависимости от давности процесса. Исследования показали, что у больных микроспорией уже на первом месяце болезни выявляются иммунологические нарушения, заключающиеся в уменьшении количества CD3-клеток, CD4-клеток, иммуноглобулина A, фагоцитарного индекса, фагоцитарного числа и увеличении содержания циркулирующих иммунных комплексов по отношению к контрольным значениям ($p < 0,01$).

С длительностью процесса более 1 месяца продолжается угнетение активности клеточного звена иммунитета, характеризующееся усугублением снижения содержания CD8-клеток ($p < 0,01$). В то же время начинает постепенно повышаться активность гуморального звена иммунитета, что выражается в увеличении содержания иммуноглобулина G, на фоне снижения содержания Ig A и IgM ($p < 0,01$). Количество циркулирующих иммунных комплексов постепенно снижается ($p < 0,01$), что отражает переход в хроническую стадию. Фагоцитарный индекс и фагоцитарное число продолжают снижаться, что отражает нарушение активности фагоцитарных реакций ($p < 0,01$). В целом динамика выраженности изме-

нений иммунологических показателей составляет от 7 до 21 %.

Выводы: Вышеизложенное свидетельствует, что у больных микроспорией изменяется структура циркулирующего пула лимфоцитов. Выявлены нарушения в виде снижения относительного количества CD3-клеток, CD4-клеток и показателей неспецифической резистентности, активизации гуморального звена иммунитета. Наиболее выраженные изменения в иммунной системе отмечаются у больных с более длительным течением, что определяет тактику терапии с включением в комплекс лечебных мероприятий иммунокорригирующих препаратов.

СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ

КАРАБАЕВА И.Т.

Центр дерматологии и венерологии, г. Ташкент

Микроспория — наиболее частое из грибковых заболеваний, регистрирующееся у детей в возрасте до 14–15 лет. Несмотря на наличие доступных методов диагностики и большего арсенала лекарственных средств для лечения, тенденции к снижению заболеваемости на современном этапе не отмечается.

Проведено исследование социально-эпидемиологических факторов, способствующих, заболеванию микроспорией среди 300 больных, находившихся на стационарном лечении в микологическом отделении РСНПМЦДиВ. Проанализирована динамика поступления больных микроспорией в стационар. Динамика госпитализации в определенной мере отражает динамику выявления больных.Наибольшее количество больных микроспориейбыло госпитализировано осенью 112 (37,4 %) больных, 87 (29 %) — зимой, у 61 (20,3 %) — весной и летом 40 (13,3 %). Полученные данные подтверждают наличие определенной сезонности в заболеваемости микроспорией. Оценивая возрастной состав госпитализированных установлено,чтозаболевание встречалось преимущественно у больных в возрасте 4–11 лет, что составило 65,3 % от общего количества пациентов. В последние годы участились случаи заболеваемости микроспорией взрослых (7,3 %) и детей раннего детского возраста (13 %), что ранее считалось редким явлением. Установлено, что микроспория чаще встречалась у мужчин — 188 (62,7 %), 112 (37,3 %) — у женщин. Следующей эпидемиологической особенностью следует считать учащение семейных случаев микоза.

Источники инфицирования выявлены у 294(98 %) больных, у 6(2 %) — не установлены. До 165 (55 %) больных микроспорией приходилось на членов семьи. В семье, как правило, заражение происходило от больного животного, заражение от болевших членов семьи практически не наблюдалось.

Анализ источников заражения микроспорией показал, что основным источником заражения являются бродячиекошки (79 %), что подтверждает преобладание M.canis как этиологического фактора. Полученные данные необходимо учитывать при разработке комплекса мероприятий,направленных на снижение заболеваемости данным микозом.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

НАРЗИКУЛОВ Р.М., АБДУЛЛАЕВ Д.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд

Под наблюдением находилось 64 больных кожным лейшманиозом в возрасте от 16 до 62 лет. Из них 42 (65,6 %) мужчины, 22 (34,4 %) женщины. Давность заболевания составляла от 2 недель до 8-месяцев. Среди 64 больных было у 38 (59,4 %) сельский (зоонозный или остронекротизирующий) тип, и у 26 (40,6 %) больных городской (антропонозный или поздно изъязвляющий) тип кожного лейшманиоза. Очаги лейшманиом локализировались на коже лица у 7 (10,9 %); у 12 (18,8 %) — на коже плеча; у 16 (25,0 %) — на коже предплечья; у 14 (21,9 %) — в области голени и у 15 (23,4 %) — больных на коже живота, тыльной поверхности стопы и спины.

У 44 (68,9 %) — больных очаги поражения находились на коже лица, плеча, шеи, предплечья, голени и характеризировались появлением одиночных глубоких язв диаметром от 3-х до 12 сантиметров. Края язвы были окружены воспалительным приподнятым валиком. У основании

очага отмечалось плотный мощный инфильтрат. У всех больных на дне язвы отмечались беловато- серый или гнойный налет и розовые сосочковые зернистые разрастания, напоминающие рыбьей красной икры.

У 20 (31,1 %) — больных очаги лейшманиом находились на коже лица, спины, предплечья, голени, тыльной поверхности стопы, и состояли из 2-х и более поверхностных язв, размером 1–5 сантиметров в диаметре округлой или овальной формы с фестончатыми краями. У 18 (28,12 %) — больных отмечался лимфангит и у 16 (25 %) — больных регионарный лимфаденит.

Таким образом, выявлены следующие особенности клинического течения КЛ, что необходимо учитывать в проведении лечебно-профилактических мероприятиях:

• превалирование сельского типа кожного лейшманиоза;

• высокая частота сочетенных поражений кожи лица, предплечья, спины, голени, стопы.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКАНТИМА ПРИ КОЖНОМ ЛЕЙШМАНИОЗЕ

НАРЗИКУЛОВ Р.М., АБДУЛЛАЕВ Д.М.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд

Цель исследования: оценить эффективность «Глюкантима» у больных кожным лейшманиозом

Под нашим наблюдением находились 24 больных кожным лейшманиозом в возрасте от 16 до 62 лет. Из них 16 (66,7 %) мужчин, 8 (33,3 %) женщин. Давность заболевания составляла от 2 недель до 8 месяцев.

Во всех случаях диагноз подтверждался лабораторно.

Больным с одиночным очагом зоонозного кожного лейшманиоза проводили обкалывание вокруг очагов раствором «Глюкантим» из расчета 20 мг на кг веса, 1 раз в день, 10 дней. Больным с антропонозным, диффузно-инфильтративным и множественными лейшманиомами кожного лейшманиоза проводили обкалывание вокруг очагов раствором «Глюкантим» из расчета 20 мг на кг веса, 1 раз в день, 15 дней. Через 12 часов после инъекции «Глюкантим» обкалывали в основание очагов раствором «Гепон» 1 мг 1 раз в день. 10 дней. Также в течение 15 дней больные получали лидазу 64 ЕД. в.м. 1 раз в день.

Эффективность данного метода оценивали клинико-лабораторными исследованиями.

К 3 дню после начатого лечения воспалительный инфильтрат начал регрессироваться. К 7 дню признаки лимфангита исчезли полностью.

К 10 дню инфильтрат в очагах поражения резко упластился. Лимфатические железы не прощупались. Полное рассасывание инфильтрата и формирование рубцов в очаге наступило у 19 больных к 18 дню лечения. Только у 5 больных с множественными очагами поражения и диффузно-инфильтративной формой кожного лейшманиоза клиническое выздоровление наступило к 30 дню.

Таким образом, применение нового метода лечения во всех типах кожного лейшманиоза способствовало быстрому купированию воспалительных явлений в очаге и формированию поверхностных рубцов в более короткие сроки.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАЛАНХОЭ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

НАРЗИКУЛОВ Р.М., АБДУЛЛАЕВ Д.М., БАРАТОВА М.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности и безопасности комплексного метода терапии онихомикозов.

Под клиническим наблюдением находились 29 больных онихомикозом (ОМ) в возрасте от 7 до 65 лет (20 мужчин, 9 женщин). Длительность болезни варьировала от 2 месяцев до 15 лет. Из 29 больных поражение ногтевых пластинок стоп отмечалось у 19 пациентов, кистей — у 7, кистей и стоп — у 3 больных. Дистально-латеральная форма ОМ наблюдалось у 10, дистальная у 14, тотально-дистрофическая у 3, проксимальная у 2 больных. Диагноз у всех больных был подтвержден микроскопически.

Сок Каланхоэ применяли в смеси 20 % очищенной серы и 2 % салициловой кислоты. Перед приемом смесь препарата взбалтывали и накладывали в область пораженных ногтей местно в виде примочек 2 раза в день через каждые 12 часов до полного излечения болезни. Помимо местного лечения взрослые старше 14 лет получали Ламизил по 250 мг один раз в день в течение 14 дней. Детям до 14 лет проводили местное лечение в комбинации витомино-минеральной терапией (Дуовит, витамин А).

Под влиянием проводимой терапии в период от 18–40 дней у 27 из 29 больных с онихомикозом наступило клиническое выздоровление. У 2-х больных к 40 дню отмечались значительные улучшения которые в дальнейшем дополнительно получали гепон, трентал, витамино-минеральную терапию. Все больные перенесли лечения без побочных реакций и субъективных жалоб.

Таким образом, разработанный нами комплексный метод лечение является экономичным, высокоэффективным ,безопасным и рекомендуем использовать в практическое здравоохранение.

ЗООАНТРОПОНОЗНАЯ ТРИХОФИТИЯ ЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ И ВЛИЯНИЕ РН СРЕДЫ КОЖИ

НУРМАТОВ У.Б.

РСНПМЦ Дерматологии и Венерологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилось изучение влияния комплексной терапии на рН среды кожи у больных зооантропонозной трихофитии лобковой области.

Материалы и методы исследования. Клиническое наблюдение проводили у 111 больных зооантропонозной трихофитией лобковой области. В зависимости от проводимого лечения больные были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 43 больных, получавшие базисную терапию, включавшие назначение противогрибкового препарата «Ламизил» в течение 14–28 дней, антигистаминных и десенсибилизирующих средств, биогенных стимуляторов и местно анилиновые красители, антимикотических мазей и кремов. Основную группу составили 68 больных, которым на фоне базисной терапии назначалась комплекное лечение с включением иммуномодулина, метилурацила и наружно раствора «Цитеал». Среди больных контрольной группы у 8 была поверхностно-пятнистая форма, у 14 — инфильтративная и у 21 — инфильтративно-нагноительная форма лобковой трихофитии. А у основной группы больных у 18 диагностирована поверхностно-пятнистая, у 15 — инфильтративная и у 35 — инфильтративно-нагноительная форма заболевания. Определение рН смывов кожи проводили с помощью иономера И-160 (Россия).

Результаты. Результаты исследования показали, что у больных контрольной группы поверхностно-пятнистой формой лобковой трихофитии значение рН среды кожи в очаге поражения было склонно к снижению по сравнению с данными до лечения ($p > 0,05$). При комплексном методе лечения у больных данной клинической формой заболевания значение рН среды кожи в очаге поражения статистически достоверно снижается по отношению к данным при поступлении ($p < 0,001$) и в среднем равнялось $6,57 \pm 0,12$ при $7,59 \pm 0,16$ до лечения. Следует отметить, что при данном методе лечения показатели рН среды кожи доходит до показателей контрольной группы ($6,98 \pm 0,10$). Анализ влияния проводимых методов терапии на значения рН среды кожи у больных инфильтративной формой лобковой трихофитии выявил, что после базисной терапии у больных данной группы наблюдается тенденция к снижению рН среды кожи в очагах поражения по отношению к показателям до лечения ($p > 0,05$), а у больных инфильтративной формой лобковой трихофитии, получавших комплексный метод лечения показатели рН среды кожи в очагах поражения были достоверно снижены ($7,04 \pm 0,06$) по сравнению с данными до лечения ($7,60 \pm 0,11$). Исследование влияния проводимых методов терапии у больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии лобковой области показало, что после окончания базисной терапии отмечалась склонность к снижению показателей рН среды кожи. Более выраженное положительное изменение рН среды кожи у больных данной группы наблюдалось при использовании разработанного метода лечения. Так, если при базисной терапии показатели рН среды кожи в очаге поражения снизилось с $7,40 \pm 0,10$ до лечения до $7,30 \pm 0,10$ после лечения, то при применении комплексного метода лечения этот показатель в очаге поражения снизился с $7,60 \pm 0,25$ до лечения до $7,16 \pm 0,11$ после лечения. Однако в обеих группах данные были статистически не достоверными по отношению к показателям до лечения.

Заключение. У больных лобковой трихофитии во всех клинических формах заболевания наиболее выраженное восстановление выявленных изменений рН среды кожи наблюдается при применении комплексного метода лечения, чем при базисной терапии. Разработанный комплексный метод лечения больных зооантропонозной трихофитией лобковой области, включающий в комплекс терапии метилурацил и наружно цитеал оказывает положительный терапевтический эффект, способствует восстановлении рН среды кожи.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ФЛУЗАМЕД» И МАЗИ «ЭПЛАН» У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ

ПАКИРДИНОВ А.Б., БОТИРОВ К.З., ЁКУБОВА М.А., ХАСАНОВА М.Т.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан

Флузамед представляют собою противогрибковое средство группы триазола, является мощным ингибитором синтеза стеролов в мембранах клетки грибов. Являясь высокоизберательным для цитохрома Р450 грибов, практически не угнетает эти ферменты в организме человека.

Цель исследования: Клиническая эффективность препарата «флузамед» и мази «эплан» у больных детей инфильтративно-нагноительной формы трихофитии.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни 40 больных детей инфильтративно-нагноительной формой трихофитии. Возраст больных было от 2 до 14 лет, мальчиков было 28, девочек — 12. У 13 больных процесс локализовался на гладкой коже, у 27 сочетанное поражение волосистой части головы и гладкой кожи. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно обнаружением на мазках мицелий грибов. Все больные получили лечение препаратом: флузамед по 1 капсуле (150мг) 1 раз в недели в течение 24–30 дней. Крем «Эплан» применялся наружно утром и вечером путем нанесения в очаги поражения тонким слоем. Кожу вокруг очага поражения обрабатывали 5% спиртовым раствором йода. Кроме этих препаратов больные по показаниям получили витаминотерапию, гипосенсибилизирующие, антигистаминные и противовоспалительные препараты.

Результат: У всех больных к концу первой недели лечения прерататом «Флузамед» и мазью «Эплан» кожно-патологический процесс значительно улучшился, очаги поражения очищались от гноя, эритема значительно уменьшился, инфильтрация заметно уплощался. К концу лечения у всех больных после комплексного лечения отмечался полный регресс кожного процесса, оставляя вторичную гипопигментацию.

Заключение: Таким образом, наши наблюдения показывают, что препарат «Флузамед» является высокоэффективным средством для внутреннего применения и мазь «Эплан» для наружного лечения больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии.

СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧСЕКАЯ СИТУАЦИЯ И СОСТОЯНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ ПО ДАННЫМ РСНПМЦДИВ МЗ РУЗ ЗА 2013–2015 гг.

РАХИМОВ И.Р., АБИДОВА З.М., ДАВУРОВ А.М., ЖУМАНОВ Д.Х., БЕГИМКУЛОВ С.Ш.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Грибковые заболевания распространены во всех странах мира. По данным литературы до 25% населения земли страдает различными микозами; однако полных сведений о распространенности грибковых болезней нет. При этом отмечена тенденция к их росту, появлению генерализованных, атипичных и аллергических форм устойчивых к терапии. Среди других инфекционных заболеваний микозы занимают одно из первых мест, хотя и недостаточно еще выявляются и не всегда четко регистрируются. В большинстве случаев грибковые поражения (в частности, кожи и ее придатков) не являются особо опасными инфекциями, но вместе с тем урон, наносимый ими здоровью детей и взрослых, весьма значителен. В свете изложенного, тревожной представляется «микологическая ситуация» в Узбекистане. Анализ заболеваемости дерматомикозами в Республике Узбекистан за последние 3 года (2012–2015) показал тенденцию к повышению регистрации микроспории в 1,4 раза, микозов стоп на 10%, онихомикозов на 20%, при определенной стабильности регистрации трихофитией. Однако эти изменения носят неравномерный и нестабильный, скачущий характер.

	2012		2013		2014		6 мес. 2015	
	абс.	И/П	абс.	И/П	абс.	И/П	абс.	И/П
Микроспория	632	2,1	816	2.4	913	3,0	560	1,8
Трихофития	6475	21,7	6109	20,1	6324	20,5	4673	15,2
Микоз стоп	3571	11,9	3689	12,2	4077	13,2	1846	6,0
Онихомикоз	1773	5,9	1950	6,4	2194	7,1	1100	3,5
Дерматомикозы	10678	35,8	10614	35,1	11314	36,9	7079	23,0

При анализе состояния клинической и лабораторной диагностики дерматомикозов в консультативной поликлинике и в микологической лаборатории РСНПМЦДиВ МЗ РУз за последние 2,5 года (2013–2015 гг.) выявлено следующее: в консультативную поликлинику обратились 1769 тыс. больных с микозами, из них 43 % составили дети до 16 лет. Среди микозов кожи больные с трихофитией составили 350 (19,8 %) человек, в том числе лобковой области 195 (55,7 %), микозом стоп — 249 (14 %), онихомикозом — 135 (7,6 %), разноцветным лишаем — 548 (31 %) больных. В этот же период в микологическом отделении на стационарном лечении находились 648 грибковых больных (в 2013 году — 270, 2014 году — 254 и за 6 мес. 2015 года — 124). Из них 284 больных различными клиническими формами трихофитии (в том числе 94 лобковой области), 57 — микроспорией, 140 — микозом стоп и онихомикозом, 11 — паховой эпидермофитией, 125 — разноцветным лишаем, 1 — фавусом и 30 кандидозом слизистых оболочек и кожи крупных складок. За период с 2013 по 6 мес. 2015 гг. в микологическую лабораторию обратились 15193 (в 2013 году — 5161, 2014 — 6485, за 6 мес. 2015 — 3547) человек. Им проведены 29944 микроскопических анализов на грибы. Их них в 4748 (16 %) случаях обнаружены грибы. Проведены 8730 посевов на выявление возбудителей микозов из них в 2270 случаях получен рост различных культур микозов, что составила 26 %. В 2013 году этот показатель составил 37,2 %, в 2014 — 20,2 % и за 6 мес. 2015 — 70 %. Рост культуры Tr. rubrum получен в 586 случаях, Tr. gypseum — в 130, Tr. verrucosum — в 411, Tr. violaceum — в 29, Tr.glabrum — в 9, Micr. canis — в 197, Micr. gypseum — в 51, Micr. ferrugyneum — в 12, Epid. inguinale — в 63 случаях. При микроскопическом и культуральном исследованиях с различных областей кожи и слизистых оболочек в 878 случаях получен рост Candida и в 2 случаях Aspergillus.

Таким образом, грибковые заболевания составляют многочисленную группу инфекционных болезней, возбудителями которых являются микроорганизмы, отличающиеся чрезвычайным многообразием, как по морфологии, биологической активности возбудителей, так и патогенными свойствами. Сегодня заметное увеличение микотических поражений кожи, вызываемые, различными видами грибов, полиморфизм клинических проявлений микозов обуславливает необходимость совершенствования их диагностики. Сложившаяся ситуация диктует необходимость формирования определенного алгоритма лабораторных исследований при подозрении на наличие грибковых заболеваний. Представляется важным четко определить факторы, влияющие на достоверность и информативность результатов исследования. На первом этапе лабораторной диагностики это может быть достигнуто при условии обязательного использования микроскопии и посевов на питательные среды. Требуется внедрение в повседневную практику дерматовенеролога новые методы диагностики микозов таких как, например, флюоресцирующие методы обнаружения гриба как более специфический и информативный тест (люминисцентная микроскопия).

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

РАХМАТОВ А.Б., РАХИМОВ И.Р., АБИДОВА З.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

В настоящее время сохраняется проблема своевременной диагностики и лечения кожного лейшманиоза, при котором допускаются диагностические ошибки, приводящие к развитию металейшманиоза.

Целью настоящего исследования являлась оценка клинической эффективности нифуратела при кожном лейшманиозе

Под наблюдением находилось 20 больных (8 мужчин, 12 женщин) в возрасте от 20 до 44 лет и давность заболевания от 20 дней до 3 месяцев. Во всех случаях диагноз кожного лейшманиоза был подтвержден обнаружением телец Боровского, причем установлена сельская форма заболевания. У 6 пациентов заболевание находилось в стадии сформировавшегося бугорка (лейшманиома), у 4 — изъязвившаяся лейшманиома. У 7 из 10 больных патологический процесс был представлен одиночным элементом, у 3 — множественными высыпаниями.

В зависимости от методики лечения больные были распределены на 2 группы: I группа (5 больных) получала стандартное лечение; II группа (5 больных) дополнительно применяла противопротозойное средство («Вольфуран»). Препарат «Вольфуран» принимался по 2 таблетки (400 мг) 2 раза в день в течение 2-х недель.

В результате проведенного лечения у больных II группы отмечался более быстрый регресс лейшманиом (на 50 %) и эпителизация язвенных образований (на 70 %) по сравнению со стандартной группой. Каких-либо побочных явлений или осложнений от применяемого препарата «Вольфуран» не отмечалось. Контрольные микробио-

логические исследования подтвердили высокую антипротозойную активность препарата «Вольфуран», когда через 2 недели в очагах поражений тельца Боровского уже не выявлялись, хотя в группе сравнения негативация наступала не во всех случаях.

Таким образом, практической дерматологии предлагается препарат «Вольфуран», обладающий противомикробным, противопротозойным, противотрихомонадным и противогрибковым действиями, способный санировать очаги поражения от лейшманий и осуществлять профилактику развития осложненных форм заболевания. Простота применения и отсутствие побочных эффектов позволяют рассматривать указанный метод терапии кожного лейшманиоза весьма перспективным.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

РАХМАТОВ А.Б., МИРЗАЕВ А.У., РАВШАНОВА Д.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Высокая заболеваемость населения Земного шара грибковой инфекцией и постоянная тенденция к увеличению количества больных микозом обеспечивают важность и актуальность проблемы как для врачей-дерматовенерологов, так и для других специалистов. По данным ВОЗ, у 25% населения встречается указанная патология, однако этот показатель далек от реальных цифр заболеваемости, связанной с грибковой инфекцией. Одним из наиболее частых дерматологических заболеваний является онихомикоз. Грибковые поражения ногтевых пластин встречаются у 10–15% населения в общей популяции, а среди лиц старше 60 лет эта патология встречается почти у 30% обследованных. За последние десятилетия отмечается неуклонный рост заболеваемости онихомикозом, что объясняется воздействием различных факторов, как экологических, так и социальных. Среди индивидуальных особенностей организма большую роль в возникновении онихомикозов играет состояние сосудистой, иммунной и эндокринных систем, а также наличие преморбидных состояний.

Цель исследования: разработка комплексного лечения больных онихомикозами, которое позволяет повысить эффективность терапии, сократить продолжительность приема системных антимикотиков.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 108 больных онихомикозами (72 мужчины, 36 женщин) в возрасте от 20 до 55 лет с давностью заболевания от 1 до 10 лет. Наиболее часто у пациентов отмечалось поражение ногтевых пластин пальцев стоп. Сочетанное поражение ногтевых пластин пальцев стоп и кистей отмечено в 8% случаев, поражение ногтевых пластин и кожи диагностировано у 28% обследованных. Методом случайной выборки пациенты были распределены в основную (54 пациента) и контрольную (54 пациента) группы лечения.

Пациенты основной группы получали предложенное комплексное этиопатогенетическое лечение, включающее использование антимикотического препарата широкого спектра действия — Текназол (итраконазол), который применялся в виде пульс-терапии (по 200мг 2 раза в день в течение 7 дней) и онихотрофный препарат Пантогар по 1 капсуле 3 раза в день в течение 3 месяцев. Количество курсов пульс-терапии Текназолом зависило от характера течения и тяжести заболевания. При онихомикозе период лечения зависит от локализации поражения и скорости роста ногтевых пластин и составляет от 6 недель до 3 месяцев. Пациентам молодого возраста с нормальной скоростью роста ногтей при поражениях ногтей пальцев кистей проводилось 2 курса пульс-терапии и стоп — 3 курса. У пациентов с поражением ногтей больших пальцев стоп, особенно при медленной скорости роста, лечение проводилось в течение 4-х месяцев (4 курса пульс-терапии текназолом). Эффективность терапии оценивали на основании динамики клинических проявлений заболевания и данных микологических методов исследования.

Результаты исследования: клинико-лабораторное исследование позволило установить у 90(83,3%) пациентов дистальную, у 16(14,8%) — проксимальную и у 2(1,85%) поверхностную формы онихомикоза. Оценка эффективности терапии показала, что у 52(96,3%) больных основной группы и у 44(81,4%) пациентов контрольной групп наступило клиническое и микологическое излечение. У 2 больных основной группы и у 10 пациентов контрольной группы после проведения лечения возникли рецидивы заболевания, которые требовали дополнительного лечения для полной санации микотической инфекции.

Выводы: комплексное лечение больных онихомикозами с применением онихотрофного препарата Пантогар повысило клиническую эффективность системного антимикотического средства Текназол, сократило сроки его приема, снизив тем самым риск развития побочных эффектов и обеспечив большую безопасность лечения.

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА КОЖИ И РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ

РАХМАТОВ А.Б., РАХИМОВ И.Р., АБИДОВА З.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Малассезиоз кожи объединяет группу заболеваний кожи и ее придатков, которые вызваны дрожжеподобными липофильными грибами рода Malassezia (Pityrosporum). Название «Malassezia-инфекции» объединяют инфекционные заболевания, вызванные грибами из рода Malassezia: разноцветный лишай, фолликулит и редкие диссеминированные инфекции, а также себорейный дерматит и некоторые формы хронических дерматозов. Патогенные свойства Malassezia во многом связывают со способностью этих дрожжевых грибов переходить в мицелиальную форму (в частности для M.globosa при разноцветном лишае). При разноцветном лишае Malassezia разрушают клетки эпидермиса, а не просто проникают между ними.

Основными свойствами «Санакут» являются: высокая активность в отношении Candida albicans, фунгицидное действие, отсутствие резистентных штаммов. С учетом всех указанных факторов в настоящей работе исследованы эффективность и переносимость крема «Санакут» при кандидозе кожи и разноцветном лишае.

В исследовании приняли участие 20 пациентов, как мужчины, так и женщины в возрасте от 20 до 40 лет на основании диагноза, подтвержденного лабораторно: микроскопическим исследованиям и посевом. Кандидоз кожи отмечен в 12 случаях (ягодичные складки — у 4, под грудными железами — у 5, межпальцевые складки — у 3). У пациентов в глубине складок была белесоватая полоска мацерированного рогового слоя, а также трещины и эрозии. Поражения сопровождались значительным зудом кожи. Крем «Санакут» наносили на пораженные участки 2 раза в день. Через 1 неделю субъективные ощущения и большинство клинических симптомов разрешались. Местное лечение лечение продолжали в течение 2–3 недель до полного устранения всех клинических симптомов, а также до получения отрицательных результатов лабораторных исследований.

Под наблюдением находилось 8 пациентов с разноцветным лишаем, которые в течение многих лет лечились по поводу этого заболевания. Крем «Санакут» был назначен 2 раза в день в течение 4 недель. Клинические и вспомогательные методы (проба Бальцера и др.) применяли для диагностики разноцветного лишая, также проводили микроскопию патологического материала (чешуйки кожи из очагов поражения) для подтверждения диагноза всех случаев разноцветного лишая. Через 2 недели от начала применения крема все пятна полностью регрессировали, однако с целью профилактики рецидивов смазывание проводили до 4 недель.

Таким образом, клиническое выздоровление, подтвержденное лабораторными исследованиями, отмечалось в 100% случаев. Ни в одном случае препарат не вызывал побочных явлений. В ходе лечения выявилось хорошее микологическое и клиническое соотношение выздоровления при хорошей переносимости препарата. Использование крема «Санакут» в терапии способствует редукции клинической симптоматики и обеспечивает выраженное антимикотическое действие.

ТЕРБИЗИЛ В ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ

РАХМАТОВ А.Б., РАВШАНОВА Д.Т., ЮСУПОВ И.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

В настоящее время терапия онихомикоза заключается в системном приеме противогрибковых препаратов, хотя практикующие врачи-микологи вынуждены констатировать, что, применяя современные антимикотики, достичь излечения в 100% случаев зачастую не представляется возможным.

К сожалению, непрерывная адекватная терапия не всегда приводит к микологическому излечению онихомикоза. Неудачи и рецидивы после традиционного лечения онихомикоза могут быть связаны в данном случае с формированием дерматофитомы. Как известно, она представляет собой сферическое или овальное образование, содержащее жизнеспособный гриб и располагающиеся в пораженной ногтевой пластинке или толще рогового слоя подногтевого эпидермиса. Поверхность дерматофитомы покрыта пленкой, содержащей полисахариды, которые и вызывают резистентность патогенного гриба к антимикотическим препаратам.

Вместе с тем высокая эффективность и надежный профиль безопасности тербинафина по-

зволяют рассматривать этот препарат в качестве средства выбора в лечении дерматофитийного онихомикоза. Наш опыт и данные литературных источников подтверждают этот тезис, поскольку микологическое излечение грибковых поражений ногтевых пластинок при использовании тербинафина достигал 93%.

Под наблюдением находилось 25 больных онихомикозом (18 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 29 до 45 лет. Давность заболевания колебалась от 1 года до 18 лет. Поражение ногтевых пластин стоп отмечено у всех больных: у 1 пациента наблюдалось также вовлечение в патологический процесс 7 ногтей кистей. Во всех 25 случаях были поражены ногтевые пластинки первых пальцев стоп. У 2 пациентов диагностирован латеральный тип онихомикоза, у 4 — дистально-латеральный и у 19 — тотальный. Ногти остальных пальцев были поражены в различных сочетаниях. Диагноз «онихомикоз» подтверждался микроскопическим методом исследования. (больных ранее получали противогрибковую терапию, которая включала наружные антимикотики (7 больных) и системные препараты (кетоконазол). Лечение последним препаратом проводилось не в полном объеме.

Все больные получали препарат «Тербизил» ежедневно по 250мг в течение 3-х месяцев с осмотром каждые 2 недели и под контролем ежемесячных исследований клинического и биохимического анализа крови. Статистически значимых изменений биохимических показателей крови до и после терапии «Тербизилом» у больных онихомикозами стоп не наблюдалось. Таким образом, можно заключить, что прием «Тербизила» в течение 3 месяцев при лечении онихомикоза по стандартной схеме не оказывает значимого влияния на функциональное состояние печени.

Контроль микологического излечения осуществляли дважды — сразу после окончания терапии и через 3 месяца после ее завершения. Так, непосредственно после лечения из 25 больных у 11 патогенные грибы не были обнаружены, у 14 больных был получен положительный результат. Это обстоятельство не является поводом к продолжению приема препарата вплоть до полного отрастания здоровой ногтевой пластинки. Дело в том, что тербинафин накапливается и сохраняется в ногтевой пластинке на протяжении почти 32 недель после прекращения его приема. Именно поэтому при проведении контрольного микроскопического исследования через 3 месяца после окончания терапии у 24 больных патогенные грибы не обнаружены и лишь у одного больного не было достигнуто микологического излечения.

Таким образом, клиническое и микологическое излечение наступило у 96% наблюдавшихся больных. Пациенту, которого постигла неудача при лечении, было проведено хирургическое удаление пораженных ногтевых пластинок (I пальцев стоп) с последующим приемом «Тербизила» в течение 1,5 месяцев и положительным терапевтическим эффектом.

ТЕРИ ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ

СОБИРҚУЛОВ Ш.У., МАХСУДОВ М.Р.

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази

Тери касалликлари ичида дерматомикозлар юкори даражада тарқалганлиги, касалликни тез-тез қайталаниши, даволашда ва диагностикасида қийинчиликлар юзага келиши бугунги кунда долзарб муаммолардан ҳисобланади. Бу холатни юртимизни вилоят ва шаҳарлари тери-таносил касалликлар диспансерлари микологик лабораториялари замонавий ва тулиқ жиҳозланмаганлиги, ушбу сохадаги мутахассисларни етишмаслиги дерматомикозларни эпидемиологиясини ўрганишда маълум қийинчиликларни туғдирмокда.Республика Ихтисослашган Дерматология ва Венерология Илмий-Амалий Тиббиёт Маркази микология лабораториясида 2014 йилда дерматомикозларни аниклаш учун жами 6485 нафар бемордан 18254 (74,9%)та микроскопик ва 6106 (25,1%)та экма текширувлари бажарилди, шулардан 1236(20,2%) тасида соф культуралар ажратиб олинди.Умумий бажарилган микологик таҳлиллар сони 24360 тага тенг. Текширишлар натижасида 2008 нафар беморларда замбуруғлар аниқланиб, уларнинг 1924 нафари бирламчи мурожат қилган беморларни ташкил қилган бўлса, 84 нафарида даволаниш жараенида мусбат натижалар аниқланган. Мусбат натижа аниқланган 2008 нафар бемордан турли микозлар — 49,6% ни, ранг-баранг темиратки — 22,2%ни,ачитқисимон замбуруғлар — 22%ни ҳамда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватларида лептотрикс мецелийлари — 6,2% борлиги аниқланди. Бирламчи аниқланган беморларнинг культурал диагностикаси натижасида1236 та соф культурадан Tr.rubrum — 24,4%ни, Tr. faviforme — 15,8%ни, Tr.gypseum — 6,1%ни, Tr.violaceum — 0,7%ни, Tr.glabrum — 0,7%ни,

Tr.Schohleinii — 0,08 %ни, Microsporum canis — 10 %ни, Micposporum gypseum — 2,5 %ни, Microsporum ferrugineum — 0,6 %ни, Epidermophytoning — 3,2 %ни ва Candida туридаги замбуруғлар — 36 %ни ташкил қилди. Шундай қилиб, юқоридаги натижалардан кўриниб турибдики, Candida туридаги замбруғлар, Tr.rubrum ва Tr.faviforme кўзғатувчилари кўпроқ аниқланиши маълум бўлди. Бу холат тиббиёт амалиетида теринінг замбуруғли касалликларини замонавий диагностикасини ва культурал усулларини жорий қилишни тақоза этади. Шу билан бирга теринінг замбуруғли касалликларини олдини олиш мақсадида атроф-мухитни ўрганиш, ветеринария хизматини туғри йўлга қўйиш,болалар муассасаларида, аҳоли орасида санитар оқартув ишларини олиб бориш яхши самара беради.

О РОЛИ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ГРИБОВ В ПАТОЛОГИИ КОЖИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ У ЧЕЛОВЕКА

СВЯТЕНКО Т.В.[1], МАМОН А.А.[2]

Днепропетровская медицинская академия[1],
«Дорожная клиническая больница станции Днепропетровск
«ГП Приднепровская железная дорога», Украина[2]

Актуальным остается вопрос о роли отдельных видов грибов в патологии кожи и ее придатков у человека в связи с обнаружением «случайных находок» экзотических для микобиоценоза кожи человека видов. По нашим наблюдениям за 2014–2015 годы в обследованиях у пациентов обнаруживались: Acremonium murorum, Trichoderma spp., Scedosporium prolificans, Alternaria tenuis и другие. Приводим собственное наблюдение. Пациентка 1977 года рождения, гиперстеник, обратилась на прием в связи необходимостью прохождения медкомиссии для трудоустройства. При осмотре: на спине белые и цвета «кофе с молоком» незначительно шелушащиеся пятна, проба Бальцера — положительна. Из анамнеза — болеет более 3 лет, неоднократно лечилась по поводу «разноцветного лишая» различными болтушками с резорцином, спреями с тербинафином, различными кремами с клотримазолом. Дерматоз постоянно рецидивировал, последние 6 месяцев лечение не получала. При обследовании: посев на селективные среды роста не дал. Неселективный посев проведен тампоном методом «трех точек» на среду Сабуро. Рост колоний определен на 6-е сутки в двух точках при инкубации в термостате при 350С. Макроморфология: колонии бархатистые, приподнятый центр темно-серого цвета с белесоватым краем, без эксудата, реверзум бесцветный, диаметр колоний до 2 см. Микроморфология: обнаружено тонкие длинные несептированные гифы и удлиненные споры, расположенные кластерами, что позволило установить принадлежность культуры к Acremonium murorum (выявлена чувствительность к кетоконазолу, устойчивость к итраконазолу, амфотерицину, омоконазалу, клотримазолу, нистатину, флуконазолу).

К сожалению единичное наблюдение, не может дать однозначного ответа явился ли Acremonium murorum причиной данного дерматоза, или контаминация грибами произошла по несвязанной с заболеванием причинам, вопрос о роли этих грибов в патологии кожи человека остается дискутабельным.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САНАКУТА В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПАХОВОЙ ЭПИДЕРМОФИТИИ

СМАГУЛОВА С.Т., КЕНЖЕБАЕВА Б.У., НЕЧАЕВА Е.В.

ГКП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» УЗ г. Алматы
ГКП на ПХВ «Региональный диагностический центр» УЗ г. Алматы

Проведена оценка эффективности и безопасности крема для наружного применения Санакута (производитель “Dihon Pharmaceutical Group CO., LTD”, Китай) в терапии 30 больных паховой эпидермофитии, осложненной вторичной бактериальной инфекцией.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 30 пациентов (26 мужчин и 4 женщины) в возрасте от 20 до 60 лет с установленным диагнозом паховая эпидермофития, осложненная вторичной бактериальной инфекцией и выраженным воспалительным процессом.

Продолжительность заболевания значительно варьировала — от одного месяца до одного года. Значительное большинство (n = 21) — это стационарные больные, которые были госпитали-

зированы по поводу других дерматозов (псориаз, себорейный дерматит, розацеа, атопический дерматит). В 27 случаях диагноз паховой эпидермофитии был установлен впервые, в 3-х отмечался рецидив.

Результаты лабораторного обследования, проведенные до лечения, были следующими: у 14 (46,8 %) пациентов был выявлен Epidermophyton floccosum, у 8 (26,6 %) — Trichophyton mentagrofitis var. Interdigitale, у 4 (13,3 %) — Trichophyton rubrum и у 4 (13,3 %) женщин выявлена ассоциация дерматофитов и грибов рода Candida.

Санакут в виде крема для наружного применения назначался два раза в день, тонким слоем слегка втирая на протяжении двух недель. Кроме того, все больные получали традиционную гипосенсибилизирующую терапию.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что у всех пациентов, получавших терапию с применением Санакута, наблюдалось этиологическое излечение независимо от природы паховой эпидермофитии, осложненной вторичной бактериальной инфекцией и выраженным воспалительным процессом. Это было подтверждено повторным лабораторным исследованием соскобов с гладкой кожи через 7 дней после окончания лечения.

Во всех случаях к концу терапии удалось добиться полного клинического излечения: кожный зуд купировался у 89 % на третьи сутки терапии; уменьшение отечности и гиперемии, интенсивность которых снижалась на 50–60 % к 3–4 суткам терапии.

Переносимо лечения была отличной в 100 % случаев, общих и местных побочных и нежелательных явлений при применении крема Санакута в исследовании обнаружено не было.

Полученные данные в целом подтверждают имеющиеся сведения о высокой эффективности крема Санакут. Наблюдаемое в динамике терапии быстрое стихание таких симптомов, как зуд, отечность, гиперемия и регресс папулезно-пустулезных элементов свидетельствуют о наличии у Санакута противовоспалительного и противомикробного эффектов, что позволяет применять его, не назначая дополнительную терапию топическими стероидами и антибактериальными наружными средствами.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ НАСЕЛЕНИЯ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

ЧАЩИН А.Ю., ЯКУБОВИЧ А.И., ДОЛЖЕНИЦЫНА Н.А., ШПАКОВА Н.А., ЦЫДЫПОВА А.Б.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Поверхностные микозы кожи в современных условиях являются одной из значимых медико-социальных проблем, что обусловлено прежде всего прогрессирующим увеличением количества больных в нашей стране и за рубежом. Заболеваемость микозами кожи и ее придатков в настоящее время принимает эпидемический характер. По данным Всемирной организации здравоохранения, каждый пятый житель нашей планеты имеет данную патологию. В структуре микозов кожи, как правило, преобладают дерматофитии, среди которых лидируют микозы стоп.

Цель настоящего исследования: изучение структуры дерматомикозов и динамики заболеваемости в Иркутской области за 5 лет (2009–2013 годы).

Материалы и методы. Проанализировали заболеваемость дерматомикозами населения Иркутской области по данным Иркутского ГБУЗ ОКВД.

Результаты. Интенсивный показатель заболеваемости микозами кистей и стоп в 2000 году составил 74,0, в 2005 г. — 130,9, в 2010 г. — 87,2. По частоте обращаемости микозы стоп и кистей занимают первое место и имеют волнообразный характер. Интенсивный показатель заболеваемости микроспорией в 2000 году составил 58,6, в 2005г — 53,7, в 2010 г. — 44,1. Заболеваемость микроспорией находится на довольно высоком уровне, но имеет тенденцию к снижению. Трихофития составляет всего лишь 0,2 % от всех дерматофитий. Среди всех дерматофитий преобладают микозы стоп и кистей (50,8 %).

Выводы. Волнообразный характер заболеваемости микозами кистей и стоп, а также достаточно высокий уровень заболеваемости микроспорией в течение последних лет свидетельствуют о нестабильности эпидемиологической ситуации в Восточной Сибири и требуют постоянного мониторинга уровня заболеваемости заразными кожными болезнями, являющимися социально значимыми заболеваниями. Необходимо усиление профилактических мероприятий, совершенствования противоэпидемических мероприятий с участием всех смежных служб для предупреждения распространения грибковых заболеваний.

МОХОВ КАСАЛЛИГИНИНГ МАИШИЙ КОНТАКТЛАРИ ОРАСИДА УЧРАШИ ТЎҒРИСИДА

ЭШБОЕВ Э.Х., НУРАТДИНОВА З.К., ЭШБОЕВ С.Э.

РИДваВИАТМ, Қорақалпоғистон Республикаси лепрозорияси

Юқумли касалликларнинг бир хонадонда яшовчилар орасида юқиб қолиши жуда кўп адабиетларда қайд қилинган. Бунга сил, гепатит А, бруцеллез ва бошқа қатор юқумли касалликларни мисол келтириш мумкин.

Юқоридаги маълумотларни эътиборга олган ҳолда биз мохов касаллигининг маиший контактлари орасида, яъни яқин қариндошлари орасида нақадар юқиб қолишини ўрганишни ўз олдимизга мақсад қилиб қўйдик. Мақсадни амалга ошириш учун Қорақалпоғистон Республикаси аввал даволаниб чиқиб кетган беморларнинг оиласидаги маиший контактларини мохов касаллигига текширдик. Текшириш жараенига 6 та врач лепролог, 1 та врач лаборант ва 7 та врач эпидемиолог ҳамда эпидемиолог ёрдамчилари жалб қилинди. Изланиш Қорақалпоғистон Республикасининг 1 та шаҳар (Нукус шаҳри) ва 14 та туманларида олиб борилди.

Тадқиқотимизда 270 та ҳисобда турган аввалги беморлар ва уларнинг 1808 та маиший контактлари бўлди (Эслатма: маиший контактлари ота-оналари, болалари, тоға-жиянлари, амма-холалари, яъни яқин қариндошлари). Амалий ва клиник кузатувларимизга 1090 та маиший (60,3%) контактларини қамраб олишга муваффақ бўлдик. Тадқиқотларимиз жараенида клиник ва лаборатор услублардан бир пайтда фойдаланилди.

Олиб борилган чуқур изланишларимиз натижасида маиший контактлар орасидан 8 та янги беморларни топишга муваффақ бўлдик. Уларнинг 5 таси кўпбацилляр (LL), 3 таси эса камбацилляр (HL) беморлар экан. Янгидан аниқланган беморларнинг еши 36 дан 79 ешгачани ташкил қилди.

Ушбу маълумотлардан кўриниб турибдики, мохов касаллигининг эндемик ўчоқлари бўлган худудларда беморларни ва уларнинг маиший контактларининг клиник назорати жойларда сусайиб кетган. Касалликнинг инкубацион даври узоқлигини эътиборга олган ҳолда келгусида мохов касаллигининг эндемик ўчоқларида аввал даволанган беморларни ва уларнинг маиший контактларининг назоратини доимий равишда йўлга қўйиш зарур.

ИЗУЧЕНИЕ БЕЛКОВЫХ МОЛЕКУЛ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРОЦЕССЫ МИТОЗА И ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ КЛЕТОК, У ПАЦИЕНТОВ С АЛОПЕЦИЕЙ

АЗИМОВА Ф.В., САБИРОВ У.Ю., ИНОЯТОВ А.Ш.

РСНПМЦДиВМЗРУз, ТАШКЕНТ

Последние десятилетия ознаменовались значительным расширением наших знаний о цикле волосяного фолликула, контроль которого обеспечивается различными цитокинами, играющих важную роль в процессах пролиферации, дифференцировки, клеточной адгезии, миграции, апоптоза и хемотаксиса.

Цель: Изучение динамики цитокинов (фактораапоптоза (FasL) и фактора роста фибробластов (bFGF)) в процессе терапии плазмой, обогащенной тромбоцитами, у пациентов с нерубцовыми формами алопецией.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением 70 больных, страдающих нерубцовыми формами алопеций. Среди них пациентов с гнезднойалопецией было 37, с андрогенной алопецией — 33. Все больные находились в возрасте от 19 до 42 лет, мужчин было 43,3 %, женщин — 56,7 %. Цитокины были определены в крови методом ИФА диагностики.

Результаты исследований: Результаты исследований цитокинов (фактораапоптоза (FasL) и фактора роста фибробластов (bFGF)) отражены в таб. 1 и таб. 2.

Таблица 1

Концентрация цитокинов в крови больных нерубцовыми формами алопеций до лечения

Показатели концентрации биологических молекул в крови (pg/ml)	Контрольная группа (n = 15)	Больные гнездной алопецией (n = 37)			Больные с андрогенной алопецией (n = 33)
		Ограниченная форма (очаговая, полиочаговая, лентовидная)	Распространенная форма (тотальная и субтотальная)	Универсальная форма	
Фактор роста фибробластов bFGF	217 ± 12	90,0 ± 5,38***	65,6 ± 7,38***	44,3 ± 9,64***	159,6 ± 10,14**
Фактор апоптоза FasL	0,036 ± 0,01	0,9 ± 0,19**	2,42 ± 0,16***	2,97 ± 0,32***	0,26 ± 0,13

Примечание: ** — p < 0,01; *** — p < 0,001.

Таблица 2

Концентрация цитокинов в крови больных нерубцовыми формами алопеций после применения плазмы, обогащенной тромбоцитами

Показатели концентрации биологических молекул в крови (pg/ml)	Контрольная группа (n = 15)	Больные гнезднойалопецией (n = 30)			Больные с андрогенной алопецией (n = 12)
		Ограниченная форма (очаговая, полиочаговая, лентовидная)	Распространенная форма (тотальная и субтотальная)	Универсальная форма	
Фактор роста фибробластов bFGF	217 ± 12	187,2 ± 9,26	147,3 ± 6,45***	112,6 ± 3,08***	203,7 ± 9,14**
Фактор апоптоза FasL	0,036 ± 0,01	0,052 ± 0,17	0,09 ± 0,34	0,75 ± 0,21**	0,048 ± 0,06

Примечание: ** — p < 0,01; *** — p < 0,001.

Выводы: Таким образом, проведенные исследования биологических молекул, таких как факторов ростафибробластов (bFGF) и факторов апоптоза (FasL) у пациентов алопецией после терапии ОТП в сочетании с традиционной терапией достоверно показали результаты вышеперечислен-

ных параметров, приближенные к аналогичным параметрам контрольной группы. Нормализация концентрации факторов роста и факторов апоптоза у пациентов, получавших комбинированную терапии с ОТП, доказывается его положительным действием на вышеперечисленные молекулы, способствующие переходу волосяного фолликула из стадии покоя в стадию роста (анаген).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПИЛИНГА НА ОСНОВЕ ГЛИКОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСТАКНЕ

АЗИМОВА Ф.В., САБИРОВ У.Ю., ШАКУРОВА А.И.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Ценр Дерматологии и Венерологии МзРУз, г.Ташкент

Угревая болезнь — широко распространенное заболевание, которым по данным разных авторов страдает от 35 до 95% лиц подросткового возраста и 15–17% людей старше 25 лет. Известно ,что угревая болезнь сопровождается воспалительными процессами, которые повреждают эпидермальный и дермальный кожные слои, в результате чего формируются различной формы эстетические изменения кожи (постакне), порой достаточно грубые и обезображивающие. Косметические проблемы в значительной мере усугубляют социально психологические и профессиональные аспекты жизни, часто вызывают беспокойство, депрессию, социальную дезадаптацию, межличностные и производственные трудности, снижают качество жизни, что свидетельствует о необходимости их ускоренного и качественного решения.

Цель: оценка эффективности применения 70% гликолевой кислоты для коррекции проявлений постакне.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 45 пациентов в возрасте от 20 до 35 лет с явлениями постакне в варианте: атрофических рубцов, пигментных и поствоспалительных застойных пятен. Всем пациентам первоначально на очищенную кожу наносили 70% гликолевую кислоту с pH 2,5, которую через 10–15 минут смывали холодной водой или специальным нейтрализующим раствором. Пациентам с чувствительной кожей пилинг наносился однократно на 10–15 минут, а пациентам с жирной кожей пилинг наносился в 2 этапа по 10–15 минут. При таком пилинге гликолевая кислота будет более активной: она проникнет в более глубокие слои кожи и активизирует пролиферативную активность фибробластов дермы и базальных кератиноцитов рогового слоя. Такое поэтапное нанесение препаратов проводили с интервалом 1 раз в 7–10 дней. Курс лечения составлял от 4 до 8 процедур.

Результаты: По завершении курса терапии у большинства пациентов наблюдался регресс патологических проявлений в области лица: улучшение цвета кожи и разрешение поствоспалительных пятен, выравнивание рельефа кожи: уменьшение размеров и глубины атрофических рубцов, разрешение мелких точечных рубчиков.

Выводы: Таким образом, гликолевый пилинг способствует устранению участков гиперкератоза, ускорению жизненного цикла клеток эпидермиса, выравнивает тон кожи, осветляет участки гиперпигментации, увеличивает плотность коллагена за счет активизации его синтеза фиброластами, улучшает состояние эластических волокон в сосочковом слое дермы. Полученные нами результаты позволяют рекомендовать гликолевый пилинг для лечения постакне. Пилинг на основе гликолевой кислоты подходит любому типу кожи. Дополнительным плюсами метода является возможность использования средства на чувствительную кожу и проводить процедуры весной и летом, когда солнечная активность максимальна.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА ШИРОКОПОЛОСНОГО ИМПУЛЬСНОГО СВЕТА(IPL)ДЛЯ УДАЛЕНИЯ НЕЖЕЛТЕЛЬНЫХ ВОЛОС НА ТЕЛЕ, У ПАЦИЕНТОВ С III-V ФОТОТИПОМ КОЖИ

АЗИМОВА Ф.В., УМАРОВ С.С.

Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Дерматологии и Венерологии, г. Ташкент

Введение. В настоящее время в дерматокосметологии отмечается применение аппаратов IPL для удаления волос(фотоэпиляция), в связи с этим наше исследование является актуальным для изучения влияния данной технологии.

Цель исследования. Изучить влияние широкополосного импульсного света с частотой 400–1200нм на меланин в луковицах волосяного фолликула при процедуре фотоэпиляции у пациентов с III–V фототипом кожи.

Материалы и методы. Нами были изучены 30 больных, из них 25(83,3%) женщин и 5(16,7%) мужчин. Из них с III фототипом кожи 8(26,7%), с IV фототипом кожи 12(40%), V фототипом кожи 10(33,3%) человек. Зонами воздействия были область лица у 10(33,3%), подмышечная область 15(50%), зона бикини и ног 5(16,7%) человек. Использовался IPL аппарат для проведения фотоэпиляции. Процедуры проводились 1 раз в месяц в течение 7–9 месяцев. Энергия воздействия была использована от 25 до 35 J/cm^2.

Результаты исследования. У пациентов с III–IV фототипом кожи, в результате проведенной терапии отмечалось уменьшение роста волос на 90–95%, у пациентов с V фототипом кожи отмечалось уменьшение роста волос на 70–80%. Побочные действия: отмечалась легкая гиперемия и болезненность у 40%.

Выводы. Применение аппарата IPL наиболее эффективно у пациентов с III–IV фототипом кожи, так как пациенты имеют более светлый цвет кожи и темные волосы, в сравнении с пациентами с V фототипом кожи, которые имеют темный цвет кожи и волос, в следствии чего происходит рассеивание энергии излучения. На данном этапе продолжается исследование влияния технологии IPL (процедура фотоэпиляции) на пациентов с III–V фототипом кожи, результаты которых будут опубликованны в последующих научных трудах.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕПТИДОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ФОТОСТАРЕНИЯ

ГУЛЯМОВА Г.Ш., РАХИМОВ И.Р., КАСЫМОВ А.И.

Республиканский Специализированный Научно — практический Медицинский Центр Дерматологии и Венерологии МЗРУз
Частная клиника «KASMED»

В последнее время появляются различные сообщения о разработке новых препаратов, состоящих из пептидов для коррекции фотостарения. Известно, что возрастные изменения кожи как правило, связаны с изменением регенерации. В сложных регулирующих процессах регенерации кожи участвуют многие факторы роста, к которым относятся и пептиды — вещества с маленькой молекулярной массой от 7 до 70 кДа, которые индуцируют синтез ДНК и регулируют все процессы жизнедеятельности клеток. В связи с этим возрастает активное использование пептидов в эстетической и антивозрастной медицине.

Цель: Изучение эффективности применения гидролизата человеческой плаценты для коррекции фотостарения.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 35 пациентов в 1, 2 и 3 стадии фотостарения по классификации Глогау с 2, 3 и 4 фототипом по Фицпатрику. Возрастная медиана варьировала от 25 до 57 лет. Давность заболевания составила от 1 года до 5 лет. У всех пациентов наблюдались неровный цвет, сухость, истончение и местами огрубение кожи лица, лентиго, морщины, телеангиоэктазии. Все пациенты получали препарат Курасен — препарат на основе человеческой плаценты с низкомолекулярными пептидами для активной регенерации тканей в виде мезотерапии согласно протоколам в качестве монотерапии. Препарат Курасен разработан японскими учеными — фармацевтами лаборатории Japon Bio Prodats. Курасен — это нанопрепарат содержит 11 факторов роста, 18 аминокислот, витамины, нуклеиновые кислоты, цитокины, ферменты и микроэлементы. Протокол лечения состоял от 4 до 8 процедур 1 раз в 5–7 дней. Побочные явления отмечались у 50% пациентов в виде точечных кровоизлияний, мелких кровоподтеков, которые проходили в течение 3–4 дней после иньекций, что допустимо при любом мезотерапеатическом введение препаратов. Кратковременный зуд после проведения процедуры отмечался у 5 пациенток. Ни у одного пациента не отмечалась аллергическая реакция на данный препарат.

Результаты: После завершения курса лечения у всех пациенток отмечалось выравнивание цвета и текстуры кожи лица, у 27 — уменьшение выраженности мелких и глубоких морщин, у 17 — побледнение дихромий, а у 10 полное исчезновение гиперпигментированных пятен.

Выводы: Таким образом, применение препарат на основе стандартизированного гидролизата человеческой плаценты способствовало выравниванию текстуры, цвета кожи лица, повышению тургора и гидратации, а также осветление дисхромий различного генеза, т.е. данный препарат обладает хорошим биоревитализирующим и депигментирующим свойстами и может быть рекомендован для коррекции старения кожи.

ОЦЕНКА ВЛАГОМЕТРИЧЕСКИХ, ЭЛАСТОМЕТРИЧЕСКИХИ ПРОФИЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОЖИ ЛИЦА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ NCTF 135 HA

КАРАЕВ Э.М., ШАМСИЕВА Г.И.

Центральная Железнодорожная Поликлиника

NCTF135HA — это готовый коктейль для мезотерапии, разработанный специалистами компании Филорга, сочетающий в себе раствор с омолаживающим действием и нативнуюгиалуроновую кислоту, идентичную по структуре гиалуроновой кислоте кожи.Данный препарат зарегистрирован на территории Республики Узбекистан, как изделие медицинского назначения (ИМН).

Цель исследования: открытая, перспективнаяклиническаяоценка эффективности, безопасности использования ИМН NCTF135 HA.

Материалы и методы: клиническое наблюдение, изучение влагометрических, эластометрических и профилометрических показателей кожи лица, анкетирование пациентов.

В исследовании учувствовали 50 пациентов мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 54 лет, не участвующие в аналогичных исследованиях за последние четыре недели, с неотягощенным анамнезом и отсутствием дерматологическими патологий, давшие письменное информированное согласие, соблюдавшие режим, согласно протоколам и рекомендациям апробации.

Пациентам проводили 4 сеансаэпидермальных инъекций NCTF135HA по 3,0 мл с интервалом 14 дней (день 0, 14, 28, 42) иглами 30G.

Все пробанды оценивались при обращении медицинскому косметологу (0), после 3, 4 процедуры и по истечение 14 дней после последней инъекции.

Критериивлагометрических, эластометрических и профилометрических показателей кожи (для всех пациентов) оценивались по визуально-цифровойшкале от 0 до 3, где 0 означает здоровая кожа, 1 — незначительная сухость кожилица, 2 — сухость и шелушение кожилица, 3 — сухость, шелушение,множественные мелкие морщины в периорбитальной зоне, на коже в области лба, щек и подбородка.

Результаты и выводы: При оценке состояние кожи лица (0 день) клинического наблюдения были выявлены следующие показатели: у 9 пробандов (18%) оценка составила 3, у 20(40%) составила 2, у 21 пробандов (42%) оценка составила 1.

На 28 день клинического наблюдения отмечались следующие показатели:у 2 пробандовоценка составила 3(4%), у 14 пробанда оценка составила 2(28%), у 20 оценка составила (40%), у 21 пробанда (42%) составила 0, что демонстрирует улучшение состояние кожи по сравнению с первичным осмотром.

На 42 день клинического наблюдения отмечалось у 3 пробандов по визуально-цифровой шкале от 0 до 3 оценка составила 2(6%), у 18 оценка составила 1(36%), у 29 пробанда оценка составила 0(58%).

По истечении 14 дней после последней инъекции препаратом NCTF135HA, всего у 2 пациентов оценка составила 1, что составляет 4% от общего числа пробандов. Данный показатель демонстрирует, что препарат NCTF 135HAобладает мощными гидратационными свойствами и может быть применен при лечении сухости кожи, профилактики и лечении признаков фото- и хроностарения.

Таким образом, учитывая влагометрические, эластометрические и профилометрические показатели кожи в процессе проведения испытания,изделия медицинского назначения NCTF 135 HA является безопасным и эффективным средством зарегистрированным на территории Республики Узбекистан и может быть рекомендован в использовании в практики медицинского косметолога.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЛЛЕРОВ КОМПАНИИ PHITOGENHOLDINGSPA ПРИ КОРРЕКЦИИ НАЗОЛАБИАЛЬНЫХ СКЛАДОК, ИЗМЕНЕНИЯ ФОРМЫ И УВЕЛИЧЕНИЯ ОБЪЕМА ГУБ

КАРАЕВ Э.М., ШАМСИЕВА Г.И.

Центральная Железнодорожная Поликлиника

На сегодняшний день на рынке Узбекистана существует большое количество наполнителей на основе гиалуроновой кислоты европейского и азиатского производства. Учитывая, что инъекции филлерами являются очень популярными в эстетической медицине при коррекции возрастных изменений кожи, квалифицированный дерматокосметолог должен четко понимать основ-

ные физико-химические свойства препарата и быть уверенв эффективности и безопасности их использования.

Цель исследования: Сравнить клиническую эффективность, комфортность использования и безопасность применения филлеров компании PhitogenHoldingS.p.A. (RegenyalIdea и RegenyalIdeaLips) и других наполнителей на основе гиалуроновой кислоты при коррекции назолабиальных складок, изменения формы и увеличения объема губ.

Материалы и методы: осмотр, анкетирование пациентов и врачей, клиническое наблюдение, ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов.

В исследовании учувствовали 40 пациентов женского пола узбекской национальности в возрасте от 18 до 58 лет (средний возраст 33 года) и 5 врачей с соответствующей квалификацией. Пробанды были разделены на 2 группы (I группа — 20 пациентов, которым проводились инъекции филлеров PhitogenHoldingSpA, II группа — 20 пациентов (другие филлеры, не содержащие в своем составе лидокаин)).Коррекция назолабиальных складок проводилась у 16пробандов (40 %), коррекция формы и увеличение объема губ у 21 (52,5 %), коррекция назолабиальных складок и формы губ у 3 (7,5 %).

К исследованию не были допущены: лица моложе 18 лет;с наличием аллергических реакции на косметическую или фармацевтическую продукцию в анамнезе; с активной, тяжелой кожной инфекцией лица; с системными заболеваниями соединительной ткани; с онкологическими заболеваниями; не подписавшие информационное согласие и не получавшие инъекции филлеров в течение последних 2 лет, а так же беременные женщины и кормящие матери.

Все пробанды оценивались в первый день и по истечении 5 дней после полученной процедуры.

Критерии «Клиническая эффективность» оценивался пошкала от 0 до 5 (0 — нет результата, а 5 — отличный результат) спустя 10 минут и на 5 день после процедуры.

Критерий «Болезненность процедуры» (для всех пробандов) оценивался по Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) от 0 до 10 (0 — нет боли, а 10 — худшая боль, какую можно себе представить) во время инъекции, во время массажа/моделирования, спустя 10 минут после процедуры.

Критерий «Комфортность/дискомфортность работы с филлером», оценивалсяврачом по шкале от 0 до 3 (0 — не удовлетворительный, 3 — отличный).

Результаты и выводы: При оценке клинической эффективности средние показатели в I и IIгруппах составили 4,69:4,1 спустя 10 минут после процедуры и 4.9:3.9 соответственно на 5 день, т.е. результаты при использовании RegenyalIdea и RegenyalIdeaLips были намного выше, чем при использовании филлеров других компаний.

По ВАШ, показатель болезненности процедуры во время инъекций изделий медицинского назначения в I группе была равна 2,4, во II группе 4,9; при моделировании средние показатели были равны 1, 81 (Iгруппа) и 2,98 (II группа), и спустя 10 минут после инъекций филлеров PhitogenHoldingSpA показатель был равен 0,5,тогда как во второй группе составил 2,2.

Средние показатели «Комфортность/дискомфортность работы с филлером», оцененный по 3 бальной шкале, где учитывались упаковка препарата, конструкция самого шприца, физиологические свойства филлера, легкость введения и моделирования препарата, составилив I группе 2,8, а II группе 1,98.

Таким образом, филлеры компании PhitogenHoldingSpA является безопасными, эффективными комфортными в использовании изделиями медицинского назначения, зарегистрированы в Республики Узбекистан и могут быть рекомендованыпри коррекции назолабиальных складок, увеличении объема и изменения формы губ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ С УЧЕТОМ ФОТОТИПА

МУХАМАДИЕВА К.М., ШАРИПОВА А.А.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г.Душанбе

Несмотря на разнообразие методов лечения рубцов постакне, используемых как в отдельности, так и в различных сочетаниях, не всегда достигается их полное исчезновение.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности лечения рубцов постакне у пациентов с разными фототипами кожи.

Под наблюдением находилось 54 пациента с рубцами постакне в возрасте от 18 до 30 лет, которые в зависимости от фототипа кожи были разделены на группы: I, II, III — белый тип (17), IV и V — коричневый (37). Среди пациентов с белым типом кожи в 5 случаях наблюдались келоидные рубцы, в 12 — гипертрофические; у пациентов с коричневым фототипом — 13 и 24 соответственно.

Пациентам с келоидными рубцами было проведено поэтапное лечение: инъекционное введение кортикостероидов, криотерапия и химическая шлифовка. Лечение гипертрофических рубцов

состояло из курсов физиотерапии и химической шлифовки. Результаты лечения келоидных рубцов оценивались через год после лечения по следующим критериям: хороший результат — полное рассасывание рубца, улучшение текстуры кожи в зоне рубца; удовлетворительный результат — частичное рассасывание рубца (1/2 площади), милиумы и телеангиэктазии в зоне рубца; неудовлетворительный результат — незначительное размягчение рубца, сохранение цвета и текстуры рубца. Хороший результат при лечении келоидных рубцов отмечался в 73 % у пациентов с белым типом кожи против 43 % с коричневым, а при лечении гипертрофических рубцов — в 87 % с белым против 62 % с коричневым типом кожи.

Таким образом, терапию рубцов постакне необходимо проводить с учетом фототипа кожи.

ЛЕЧЕНИЕ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ КОЖИ С УЧЕТОМ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

МУХАМАДИЕВА К.М., ИСМАТУЛЛОЕВА С.С.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г.Душанбе

Особенностью течения келоидных рубцов кожи является болевой син-дром, который по данным различных авторов встречается в 19,5 % — 88 % случаев. Хроническая каузалгическая боль с сопутствующими феноменами гиперестезии и аллодинии, отрицательно влияет на психоэмоциональное состояние больных и ухудшает результаты лечения келоида.

С целью изучения эффективности комплексного лечения келоидных рубцов с учетом болевого синдрома, обследовали 179 пациентов в возрасте от 18 до 28 лет с келоидными рубцами, соотношение мужчин и женщин — 1:2. Использовали опросник McGill по изучению боли (McGill Pain Questionnaire) и визуальную аналоговую шкалу (Visual Analogue Scale-VAS). Для лечения боли в зоне келоидного рубца в комплексное лечение был включен антиконвульсант Габапентин, который назначали внутрь по 300 мг 3 раза в день в течение 14 дней.

Сильная боль была характерна для посттравматических келоидных рубцов (47,3 %), умеренная боль чаще регистрировалась у лиц с послеоперационными келоидными рубцами (36,4 %), слабую боль, чаще всего отмечали пациенты со спонтанными келоидными рубцами (в 30 % случаев). При сравнении с контрольной группой пациентов, не получавших габапентин (94), в исследуемой группе эффективность лечения проявлялась не только уменьшением боли — в 2,6 раза (91,8 % против 35,1 %), но и уменьшением размеров келоидного рубца в 1,5 раза (96,5 % против 64,9 %). То есть, включение в схему традиционной терапии келоидных рубцов препаратов, купирующих невропатическую боль, способствует не только устранению данного симптома, но и улучшает эффективность лечения келоида, возможно, за счет улучшения трофики тканей.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕСАДКИ ВОЛОС МЕТОДОМ FUT ПРИ ТРАКЦИОННОЙ АЛОПЕЦИИ

РАХИМОВ И.Р., ШАРАХМЕДОВ Ш.Ш., ПУЛАТОВА Д.К.

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

Введение. Тракционная алопеция (манипуляционная, механическая алопеция, «болезнь самураев») — это алопеция, возникающая в результате физического воздействия на волосяные фолликулы в течение длительного времени. Заболевание может развиваться из-за ношения определенного вида причесок, которые требуют сильного стягивания волос, например: — тугие хвосты и пучки волос («конский хвост») ;

— «африканские» прически — «дреды», «брэйды» и т.п.;

— прически, требующие выполнения начеса.

При тракционной алопеции обычно поражаются волосы в области висков и по линии лба. Однако, локализация очагов облысения всегда зависит от типа прически, вызвавшей процесс: волосы в большей степени выпадают там, где они подвергаются наиболее сильному натяжению. Особенно часто тракционная алопеция развивается при одновременном воздействии сильного натяжения волос и химических средств для их химического выпрямления или завивки. Заболеванию в большей степени подвержены, разумеется, женщины, так как они чаще всего склонны к «экспериментам» над волосами.

Цель. Изучение роста пересаженных волос при тракционной алопеции.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 3 женщины в возрасте от 36 до 42 лет. Клинически у них наблюдались на коже волосистой части головы симметричные очаги выпадения волос в височной области с обеих сторон, размером 3,5/4 см. Кожа в очагах облысения цвета здоровой кожи, устья фолликул сохранены, границы очагов не четкие, при пальпации кожа в очагах эластичная. Анамнестические данные пациенток свидетельствует о постоянном натяжении волос в височной области с обеих сторон вследствии ношения прически «конский хвост» течение длительного времени, что привело первоначально к поредению, а затем к полному отсутствию волосяного покрова в этих зонах. Пересадка волос была произведена методом FUT (стрип). Под местной анестезией с середины затылочной области проводили эксцизию кожного лоскута размером 0,8/4 см. Препарированием под стереомикроскопом из лоскута были получены волосяные графты. После местной анестези реципиентной зоны приступали к созданию микроотверстий, в которые затем были имплантированы графты. Пересадка волосяных фолликул всем троим пациенткам прошла благополучно, послеоперационных осложнений не отмечалось, пациентки чувствовали себя удовлетворительно.

Результаты исследования. В течение 1–1,5 месяца у всех пациенток наблюдалось постепенное выпадение пересаженных волос, обусловленное жизненным циклом каждого волосяного фолликула. И, уже на 3-й месяц отмечался рост терминальных волос, которые окончательно покрыли реципиентную зону ткань в течение года.

Вывод. Таким образом, по результатам нашего наблюдения, можно сказать, что пересадка волос методом FUT является одним из эффективных методов коррекции тракционной алопеции.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТЫ В ЛЕЧЕНИИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

РАХИМОВ И.Р., ГУЛЯМОВА Г.Ш.

Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Дерматологии и Венерологии МЗ РУз
Частная Клиника «KASMED»

В последние десятилетия отмечается высокий рост заболеваемости нерубцовыми формами выпадения волос. В последнее время появились публикации применения низкомолекулярных пептидов в трихологии.

Цель: оценка эффективности применения 100% человеческой плаценты в лечении андрогенной алопеции.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 44 пациента с андрогенной алопецией в 1–2 стадии по классификации Норвуд. Из них 38 мужчин, женщин — 6.

Всем больным проводилась трихограмма на аппарате трихоскоп «Aromo-SG Diagnosis System с программным обеспечением TrichoScincePro v1.1. У этих пациентов определяли количество графтов на 1 кв.см. Все пациенты 44 человек получали комплексное лечение в виде традиционной терапии (наружно миноксидила 2–5% 2 раза в день, антиоксиданты, микроэлементы и витамины внутрь согласно стандартным дозировкам) и аутоплазмы в виде мезотерапии согласно официальным протоколам 1 раз в 7 дней на курс от от 6 до 10 сеансов, а у части больных (25) применяли препарат Лаеннек Эссенс. Препарат Лаеннек Эссенс применяли на волосистую часть головы в виде мазотерапии по технике папулы и напаж 1 раз в 5–7 дней от 6–12 процедур на курс. Лаеннек состоит из факторов роста (инсулиноподобный, фибробластов, гепатоцитов, эпидермальный), цитокины (интерлейкины, эритропоэтин, интерферон), низкомолекулярные пептиды, нуклеиновые кислоты, аминокислоты, гиалуроновая кислота, глюкуроновая кислота, хондратин сульфат, витамины (B1, B2, B3, PP,C и D).

Результаты и обсуждение. Результаты клинических исследований показали, что в обеих группах отмечалось прекращение выпадение волос и появление роста волос. В группе получавших дополнительное лечение с препаратом плаценты отмечалось появление пушковых волос на 10–12 дней раньше, и у данной группы пациентов отмечалось увеличение количество графтов в 1,5 раз, чем у пациентов, не получавших данный препарат. Кроме того в процессе применение препарата Лаеннек у 5 пациентов отмечалось потемнение седых волос до натурального цвета.

Выводы: Таким образом, применение препарата экстракта человеческой плаценты в комплексе с традиционной терапией и аутоплазмой способствовало ускорению и увеличению роста волос у больных с андрогенной формой алопеции, что позволяет расширить арсенал терапевтических препаратов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕСАДКИ ВОЛОС МЕТОДОМ FUE ПРИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ У МУЖЧИН

РАХИМОВ И.Р., ШАРАХМЕДОВ Ш.Ш., ПУЛАТОВА Д.К.

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

Введение. Андрогенетическая алопеция — это поредение волос под воздействием мужских гормонов в случае генетической предрасположенности. Андрогенетическая алопеция представляет собой наиболее распространенный тип потери волос у мужчин. Прогрессирующее поредение скальпа является результатом постепенной трансформации терминальных фолликулов крупных пигментированных волос в мелкие миниатюрные фолликулы, которые образуют короткие, тонкие, гипопигментированные пушковые волосы.

Радикальным методом лечения андрогенетической алопеции на сегодняшний день является трансплантация собственных волосяных фолликул . Принцип данного метода заключается в перемещении андроген-независимых терминальных волосяных фолликул, не подверженных облысению, из затылочной и височной областей на участки, где расположены чувствительные к воздействию андрогенов фолликулы волосистой части головы.

Цель. Изучение роста пересаженных волос при андрогенетической алопеции у мужчин.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 64(100 %) пациентов в возрасте от 21 лет до 52 лет, среди которых все пациенты были мужского пола. У всех пациентов наблюдалась андрогенетическая алопеция, среди них у 23(34 %) наблюдалось облысение III степени по Норвуду, 28(43,7 %) — IVстепени, у 9(14 %) — V степени и у 4(8,3 %) — VI степени. Клинически у данных пациентов наблюдались очаги поредения волосяного покрова в лобной и теменной областях. Цвет кожи не изменен. При дерматоскопии вокруг устьев фолликул у основания растущих волос определялись желтые перипилярные точки, что свидетельствовало о повышенной активности сальных желез. Пересадка волос была произведена методом FUE (волосяные фолликулы-графты добываются поштучно). Под местной анестезией с середины затылочной области проводилась экстракция графтов. После проведения местной анестезии в реципиентной зоне приступали к созданию микроотверстий , в которые затем были имплантированы графты, извлеченные из донорской зоны . Пересадка волосяных фолликул всем пациентам прошла благополучно, послеоперационных осложнений не отмечалось, пациенты чувствовали себя удовлетворительно и болевых ощущений не отмечали.

Результаты исследования. После проведения процедуры пересадки волос FUE методом в течение 1–1,5 месяцев у всех пациентов наблюдалось постепенное выпадение пересаженных волос, обусловленное жизненным циклом каждого волосяного фолликула. На 3-й месяц отмечался рост терминальных волос, которые окончательно покрыли зоны облысения на 8–9-й месяцы.

Вывод. Таким образом, по результатам нашего наблюдения, можно с уверенностью сказать, что пересадка волос методом FUE является единственным эффективным методом коррекции андрогенетической алопеции у мужчин.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕСАДКИ ВОЛОС В ОБЛАСТЬ БРОВЕЙ FUT МЕТОДОМ

РАХИМОВ И.Р., ШАРАХМЕДОВ Ш.Ш., ПУЛАТОВА Д.К.

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

Введение. Поредение бровей яляется актуальной проблемой как среди мужчин, так и женщин. Брови человека являются неотъемлемыми составляющими лицевой симметрии и неповторимыми отличительными особенностями каждого индивидуума. Человек без бровей чувствует себя подавлено и неуверенно по поводу своей внешности. Поредение бровей или полная их утрата возникает в ряде случаев: физическая травма — например: дорожная авария, тепловой, химический или электрический ожог; соматические или локальные заболевания, приводящие к потере бровей; выщипывание бровей для придания формы; при невротических заболеваниях, при которых человек постоянно выдергивает свои брови; медицинское или хирургическое лечения, которые также могут повести за собой потерю бровей, например, лучевая терапия, химиотерапия, хирургическое вмешательство по удалению опухоли. Процедура по пересадке бровей позволяет восстановить их естественный вид или сформировать новый пу-

тем трансплантации волосяных луковиц из донорской области.

Цель. Изучение роста пересаженных волос в область бровей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 4 пациентки в возрасте от 26 лет до 38 лет. У 3-х пациенток наблюдалось поредение бровей, после татуажа и у 1-й после перенесенного термического ожога. Клинически у первых 3-х пациенток наблюдалось поредение волосяного покрова в области бровей, цвет кожи не изменен. У пациентки перенесшей термический ожог — полное отсутствие волосяного покрова в области бровей. Кожа в очагах атрофичная, гладкая и плотная, при пальпировании слегка западает. Всем пациенткам пересадка волос была произведена методом FUT (стрип). Под местной анестезией с середины затылочной области проводили эксцизию кожного лоскута размером 0,7/3 см. Препарированием под стереомикроскопом из лоскута были получены волосяные графты — одно- и двухволосяные. После местной анестезии реципиентной зоны приступали к созданию микроотверстий, в которые затем были имплантированы графты. Пересадка волосяных фолликул всем 4-м пациенткам прошла благополучно, послеоперационных осложнений не отмечалось, пациентки чувствовали себя удовлетворительно.

Результаты исследования. Период восстановления и роста пересаженных волосяных фолликулов протекал так же, как при пересадке волос на волосистую часть головы. В течение 1–1,5 месяцев у всех пациенток наблюдалось постепенное выпадение пересаженных волос, обусловленное жизненным циклом каждого волосяного фолликула. И, уже на 3-й месяц отмечался рост терминальных волос, которые окончательно покрыли реципиентную зону в течение года. Учитывая особенности роста волосяных фолликул на волосистой части головы, который отличается от такового в области бровей, пациенткам было рекомендовано самостоятельно корректировать длину пересаженных волос в области бровей один раз в неделю.

Вывод. Таким образом, по результатам нашего наблюдения, можно с уверенностью сказать, что пересадка волос FUT методом является наиболее эффективным методом коррекции при частичной или полной потере волосяного покрова в области бровей.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРИЖИВАЕМОСТИ ГРАФТОВ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ВОЛОС МЕТОДОМ FUE

РАХИМОВ И.Р., ШАРАХМЕДОВ Ш.Ш., ПУЛАТОВА Д.К.

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

Введение. На сегодняшний день плазма, обогащенная тромбоцитами применяется в различных отраслях медицины. В лечении выпадения волос эта процедура также оправдала себя и представляет собой введение богатой тромбоцитами плазмы из собственной крови пациента в очаг повреждения, что вызывает ускорение процесса регенерации, усиление микроциркуляции и клеточного метаболизма, переключение волосяных фолликулов из стадии отдыха (телоген) в стадию роста (анаген). При трансплантации волос мы применяли плазму пациентов, обогащенную тромбоцитами в качестве среды для хранения графтов.

Цель. Изучение эффективности использования плазмы, обогащенной тромбоцитами, в операциях по восстановлению волос в качестве среды для хранения трансплантата.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 78 пациентов в возрасте от 21 лет до 48 лет мужского пола с андрогенетической алопецией от III до V степени по Норвуду, которые были разделены на 2 группы. Клинически у данных пациентов наблюдались очаги поредения волосяного покрова в лобной и теменной областях. Цвет кожи не изменен. При дерматоскопии вокруг устьев фолликулов у основания растущих волос определялись желтые перипилярные точки, что свидетельствовало о повышенной активности сальных желез. Всем пациентам была произведена пересадка волос методом FUE (волосяные фолликулы — графты добываются поштучно). Под местной анестезией с затылочной области проводилась экстракция графтов. Перед имплантированием, извлеченные графты 1-й группы пациентов были помещены в собственную плазму обогащенную тромбоцитами, а графты 2-й группы пациентов в 0,9% раствор Натрия хлорида. После проведения местной анестезии в реципиентной зоне приступали к созданию микроотверстий, в которые затем были имплантированы графты, извлеченные из донорской зоны, с плотностью от 45 до 50 а 1 кв.см. Пересадка волосяных фолликул всем пациентам прошла благополучно, послеоперационных осложнений не отмечалось, пациенты чувствовали себя удовлетворительно и болевых ощущений не отмечали.

Результаты исследования. После проведения процедуры пересадки волос FUE методом в течение 1–1,5 месяцев у всех пациентов наблюдалось постепенное выпадение пересаженных волос, обусловленное жизненным циклом каждого волосяного фолликула. На 3-й месяц отмечался рост терминальных волос, которые окончательно покрыли зоны облысения на 8–9-й месяцы. На 10-й месяц после проведения пересадки всем пациентам был проведен осмотр и трихоскопия реципиентной зон с подсчетом графтов на 1 кв.см. У 1-й группы пациентов, графты которых были помещены в собственную плазму, обогащенную тромбоцитами, количество на 1кв.см. составило от 41 до 48, а у 2-й группы пациентов, графты которых были помещены в 0,9% раствор Натрия хлорида составило от 36 до 39 на 1кв.см.

Вывод. Таким образом, по результатам нашего наблюдения, можно с уверенностью сказать, что использование плазмы, обогащенной тромбоцитами, при пересадке волос в качестве среды для хранения трансплантата способствует лучшей приживаемости пересаженных волосяных фолликул.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРЕСАДКИ ВОЛОС МЕТОДОМ FUE ПРИ РУБЦОВОЙ АЛОПЕЦИИ

РАХИМОВ И.Р., ШАРАХМЕДОВ Ш.Ш., ПУЛАТОВА Д.К.

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

Введение. Рубцовая алопеция — необратимая утрата волос из-за разрушения волосяных фолликул в результате воспалительного процесса или несчастного случая. Считается, что рубцовая алопеция трудно поддается терапии и восстановить волосы на пораженной области при помощи лечения не возможно. На сегодняшний день бурно развивается такая отрасль медицины как трансплантация, в особенности пересадка волос, которая имеет уникальную приживляемость

Цель. Изучение роста пересаженных волос в очагах рубцовой ткани.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 8 пациентов в возрасте от 13 лет до 22 лет, среди которых все пациенты были мужского пола. У 3-х пациентов наблюдалась рубцовая алопеция, сформировавшаяся в результате химического ожога, а у 4-х –рубцовая алопеция, возникшая вследствие перенесенного воспалительного заболевания волосистой части головы в детском возрасте и у 1-го — вследствие пренесенной травмы. Клинически у данных пациентов наблюдались очаги рубцовой ткани на коже волосистой части головы, размерами от 2/5 см до 4/6 см. Кожа в очагах атрофичная, гладкая и плотная, при пальпировании слегка западает. Пересадка волос была произведена методом FUE (волосяные фолликулы-графты добываются поштучно). Под местной анестезией с середины затылочной области при помощи мануального панча проводили экстракцию графтов. Затем после проведения местной анестезии в реципиентной зоне приступали к созданию микроотверстий в области рубца, в которые были имплантированы графты, извлеченные из донорской зоны. Пересадка волосяных фолликул всем 8-ми пациентам прошла благополучно, послеоперационных осложнений не отмечалось, пациенты чувствовали себя удовлетворительно.

Результаты исследования. В течение 1–1,5 месяцев у всех пациентов наблюдалось постепенное выпадение пересаженных волос, обусловленное жизненным циклом каждого волосяного фолликула. И, уже на 3-й месяц отмечался рост терминальных волос, которые окончательно покрыли рубцовую ткань в течение года.

Вывод. Таким образом, по результатам нашего наблюдения, можно с уверенностью сказать, что пересадка волос методом FUE является единственным эффективным методом коррекции рубцовой алопеции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ В ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИИИ

РАХМАТОВ А.Б., РАВШАНОВА Д.Т., РАХМАТОВА Д.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Цель исследования: изучить эффективность применения препарата «Ботокс» для коррекции межбровных морщин.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 30 пациентов (10 мужчин, 20 женщин) в возрасте от 30 до 50 лет. Продолжительность

исследования составляла 84 дня. Был выбран единый протокол исследования, все пациенты подписали информированное согласие на проведение процедуры, взятия анализов крови (общего, биохимического) и обработку личных данных. Пациентам, принявшим участие в исследовании, вводился препарат «Ботокс» однократно в стандартные точки.

Результаты: эффективность терапии препаратом «Ботокс» определяли по основному и дополнительным критериям. Основным критерием считали количество пациентов с положительным результатом лечения, на 28 день после введения препарата. Оценка проводилась при максимальном напряжении области межбровья. Использовалась Международная 4-балльная шкала выраженности морщин (FWS). Результат лечения оценивали как положительный при уменьшении глубины морщины как минимум на 1 балл по сравнению с ее величиной, отмеченной во время исходного визита. Дополнительные критерии оценки эффективности терапии заключались в сравнении количества пациентов, ответивших на лечение на 28 и 84 дни, с их числом, зарегистрированным в ходе предыдущего визита. Оценка исследователем по шкале FWS ответа на лечение препаратом «Ботокс» при максимальном нахмуривании показала на 28 день у 96,7 % субъектом всей анализируемой группы, при условии, что ожидаемая доля составляет около 70 %, 95 % доверительные интервалы показывают, что доля, ответивших значимо выше ожидаемой, поскольку нижняя граница — 95 % отчетливо превышает значения 0,7.

Выводы: по оценке исследователей ответ на лечение препаратом «Ботокс» на 28 день отмечался у 96,7 % и на 84 день — у 86,6 %. Самими пациентами ответ на лечение был указан в 96,7 % и 76,6 % случаев, соответственно. Оценка пациентом эффективности терапии является показателем удовлетворенности, что рассматривается как важный фактор в эстетической медицине.

ЛИПОСОМЫ В КОСМЕТОЛОГИИ

СААТОВ Б.Т.[1], ЗАЙНУТДИНОВ Б.Р.[2]

РСНПМЦДиВ МЗРУз[1];
Институт биоорганической химии АНРУз[2]

Целью данной работы является получение липосомной субстанции из природных липидов и ее использование для создания косметических средств. В настоящее время косметические средства на основе липосом считается самой эффективной и передовой в коммерческом отношении областью их практического применения. Липосомы представляют собой микроскопические везикулы, формируемые из фосфолипидов и холестерина при воздействии физических и химических факторов. Липосомы служат субстанцией для создания липосомных лечебных препаратов и косметических средств. Они обладают свойством включать в себя самые различные вещества, растворимые как в воде, так и в липидах. Основной функцией липосом является доставка внутрь клеток физиологически активных веществ и лекарственных препаратов. Включив в состав липосом биологически активные вещества, витамины, антиоксиданты, микроэлементы можно доставить в глубокие слои кожи эти ингредиенты, что приводит к изменению метаболических процессов и улучшению физиологических и патологических состояний в коже. Наружные применения липосомных препаратов является безопасным, не вызывающих раздражающих и аллергических реакций, что чрезвычайно важно для разработки косметических средств.

В наших исследованиях фосфолипиды и холестерин для пригитовления липосом получали из мозга крупного рогатого скота. Были созданы многослойные липосомы традиционным методом путем использования ультразвуковой обработки липидов. В состав липосом инкапсулировали антиоксидант α-токоферол, микроэлементы — цинк, медь и аминокислота тирозин. На основе приготовленной многокомпонентной липосомной субстанции разработали косметическое средство «ЛИПОВИТИЛИН» аэрозольной форме. Токсикологическое исследование, созданного косметического средство показало, полное отсутствие токсичности. Проведенные на лабораторных животных эксперименты установили, что «ЛИПОВИТИЛИН» обладает способностью удерживать влагу в коже и являться потенциальным увлажняющим агентом. На косметическое средство «ЛИПОВИТИЛИН» получено санитарно-эпидемиологическое заключение указывающее, что «ЛИПОВИТИЛИН» соответствует требованиям санитарных норм и правил. Получен также Сертификат соответствия, разрешающее на серийное производства косметического средства «ЛИПОВИТИЛИН» Ожидается выпуск косметического средства «ЛИПОВИТИЛИН» в форме спрея в самое ближайшее время.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЛЛЕРОВ НА ОСНОВЕ СТАБИЛИЗИРОВАННОЙ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ КОРРЕКЦИИ НОСОГУБНЫХ СКЛАДОК У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

САБИРОВ У.Ю., АЗИМОВА Ф.В., ШАКУРОВА А.И., ТОИРОВ Б.А., ИНОЯТОВ А.Ш., УМАРОВ С.С.

Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Дерматологии и Венерологии, г. Ташкент

Введение. В последнее время в дерматокосметологии отмечается широкое использование филлеров на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты, для коррекции носогубных складок.

Цель исследования. Изучение воздействия стабилизированной гиалуроновой кислоты на заполнение глубоких морщин(носогубных складок) у пациентов разных возрастных групп.

Материалы и методы. Нами были изучены 35 больных, из них 30 (85,7 %) женщин и 5 (14,3 %) мужчин, все пациенты были разделены на группы 1 группа 25–35 лет 12 (34,3 %) человек, 2 группа 35–45 лет 15 (42,9 %)человек, 3 группа — 45 и более 8 (22,9 %) человек. Пациентам для коррекции носогубных складок была произведена инъекция 0,7мл филлера со стабилизированной гиалуроновой кислотой плотностью 25мг/мл, через 14–20 дней была проведена корррекция 0,3 мл препарата. Оценка эффективности проводилась через 30 дней.

Результаты исследования. У пациентов 1 группы отмечалось полное заполнение носогубной складки 95 % по истечение 30 дней, у пациентов 2 возрастной группы также отмечалось заполнение складок 80–90 %, у пациентов 3 возрастной группы отмечалось заполнение носогубных складок на 70–85 %.

Выводы. Таким образом у пациентов более старшего возраста отмечается меньшая степень коррекции носогубных складок в следствие нарушения гомеостаза коллагенового матрикса что ведет к истончению и деформации кожи и влияет на биодеградацию стабилизированной гиалуроновой кислоты введеную из вне.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ, У БОЛЬНЫХ АЛОПЕЦИЕЙ

САБИРОВ У.Ю., АЗИМОВА Ф.В., АБДУЛЛАЕВ Т.У.

РСНПМЦДиВМЗРУз, Ташкент

В настоящее время накопилось большое количество данных о клиническом применении плазмы, обогащенной тромбоцитами, в таких областях как отоларингология, пластическая хирургия и дерматокосметология.

Цель: определение эффективности применения мезотерапевтически плазмы, обогащенной тромбоцитами, в очаги выпадения волос у больных нерубцовыми формами алопеций.

Материалы и методы: 92 больных с алопецией были разделены на 2 группы. 1 группа больных алопецией (n = 62) получила традиционную терапию, согласно утвержденному «Стандарты диагностики и лечения по дерматовенерологии и медицинской косметологии». 2 группа пациентов (n = 30) получала также на фоне традиционной терапии внутри- и эпидермально в очаги выпадения волос плазму, обогащенную тромбоцитами. Процедура выполнялась в течение 3 месяцев 1 раз в 14 дней.

Результаты:эффективность терапии 2 группы пациентов оказалась выше в 2 раза (табл. 1), что отражается в росте пушковых и терминальных волос на более короткие сроки лечения, увеличение диаметра стержней волос и сокращение пребывания больного в стационаре (уменьшение койко-дней).

Таблица 1

Результаты проведенной терапии у больных алопецией

Симптомы	1 группа пациентов (традиционная терапия)	2 группа пациентов (традицион. + ОТП)
Уменьшение количества выпавших волос	15–21 сутки	9–11 сутки
Рост пушковых волос	19–28 сутки	13–16 сутки
Рост терминальных волос	30–45 сутки	17–21 сутки
Утолщение стержней волос	на 1,2 %	на 6,4 %

Выводы: Применение плазмы, обогащенной тромбоцитами на фоне традиционной терапии у больных нерубцовыми формами алопеций, показало высокую ее эффективность и повышение качества жизни пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КРИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКИХ БОРОДАВОК В ОБЛАСТИ ЛИЦА

САБИРОВ У.Ю., АЗИМОВА Ф.В., ХУДАЙБЕРГАНОВА А.С.

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

Введение. Плоские бородавки это доброкачественное образование кожи, вирусного генеза. При поражении в области лица необходимо выбирать наиболее безопасный метод для исключения эстетического дефекта.

Цель исследования. Изучить эффективность лечения плоских бородавок методом криотерапии.

Материалы и методы. Нами обследованы 26(100%) больных с плоскими бородавками в области лица, среди них 17(65,4%) женщин и 9(34,6%) мужчин. Длительность заболевания составляла: от 6 месяцев до 1 года в 18(69,2%) случаях; от 1года до 3 лет у 8(30,8%) пациентов. Всем больным на фоне противовирусной и иммуномодулирующей терапии производилась местная процедура криотерапии: криомассаж в сочетании с криодесструкцией.

Результаты исследования. Из обследованных 26(100%) больных у 19(73,1%) курс местной терапии в среднем был 10 дней, у 7(26,9%) — 14 дней. У 18(69,2%) больных отличный косметический результат, у 6(23,1%) — хороший, на месте элементов отмечались вторичные преходящие гиперпигментные пятна, у 2(7,7%) больных удовлетворительный результат с единичными едва заметными атрофическими рубчиками.

Заключение. Таким образом, полученные нами результаты местного воздействия в виде криотерапии, указывают на безопасность и эффективность данного метода при лечении плоских бородавок в области лица.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

САБИРОВ У.Ю., ТОИРОВ Б.А., АЗИМОВА Ф.В., АБДУЛЛАХОДЖАЕВ К.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии

Келоидные рубцы развиваются как следствие извращенной реакции тканей на травму, и являются наиболее тяжелой группой рубцов.

Цель исследования: изучить патоморфологию келоидных рубцов.

Материалы и методы исследования: было исследовано 9 больных страдающих келоидными рубцами в возрасте от 21 до 41 лет. По причине появления келоидных рубцов, больные были распределены следующим образом: у 3 больных келоиды возникли после термического ожога, у 5 больных после угревых высыпаний, у 1 больного после травмы. У всех пациентов были взяты биоптаты с очагов поражения и, которые были зафиксированы на формалине и окрашены гематоксилин — эозином.

Результаты: При анализе общей морфологической картины в структуре келоидного рубца гистологическая картина зависела от срока существования рубца. В эпидермисе сосочковый рисунок был выражен или сглажен при старых рубцах. В молодых рубцах в шиповатом и зернистом слоях наблюдался спонгиоз. Эпидермальные производные в келоидных рубцах отсутствовали. В сосочковом слое дермы количество фибробластов было увеличено, среди них преобладали зрелые и юные формы. Пучки коллагеновых волокон были утолщены, хорошо структурированы, рыхло упакованы, фуксинофильны при окраске по Ван-Гизону. Количество капилляров незначительно увеличено, эндотелий их набухший. В старых рубцовых элементах эпидермис был сглажен, в дерме отмечался более выраженный фиброз, дистрофические изменения, но определялись очаги юной соединительной ткани. При этом в большом количестве определялись фибробласты, более выражена была пролиферация сосудов, придатки эпидермиса отсутствовали.

Таким образом, дегенеративные изменения в коллагеновых волокнах зависят от возраста рубца.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ ПРИ ФОТОСТАРЕНИИ

САБИРОВ У.Ю., ТОИРОВ Б.А., АЗИМОВА Ф.В., АБДУЛЛАХОДЖАЕВ К.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии, г. Ташкент

В настоящее время профилактика фотостарения в разделе медицинской косметологии является актуальной проблемы.

Цель исследования: изучение патоморфологических характеристик кожи при различных типах фотостарения.

Материалы и методы исследования: было исследовано 30 больных фотостарением от 21 до 61 года. Лиц мужского пола было 2 человека, женщин — 28. По типу фотостарения кожи у 26 больных регистрировалось фотостарение II типа, у 4 больных — фотостарение III типа. Больные распределены по возрасту до 30 лет — 3 больных, 31–40 лет — 9 больных, 41 — 50 лет — 12 больных, свыше 50 лет — 6 больных. У всех пациентов были взяты биоптаты с очагов поражения (шея, предплечья).

Результаты: при морфологических исследованиях кожи больных фотостарением II типа отмечались атрофические изменения мальпиевого слоя эпидермиса, гиперкератоз, утолщение базальной мембраны. В дерме наблюдалась деструкция, разрушение коллагеновых волокон, а также замещение нормальных волокон коллагена поврежденными структурами, т.е. «базофильной дегенерацией коллагена». При фотостарении III типа отмечалась более выраженная атрофия кожи и деструкция коллагеновых эластических волокон.

Данные морфологических изменений биоптатов кожи у пациентов с различными типами фотостарения показывают более выраженную картину деструкции и дегенерации коллагеновых волокон при увеличении степени заболевания, что указывает на целесообразность проведения стратегической терапии.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕРМАТОЗОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ КОЛЛАГЕНА

САБИРОВ У.Ю., АЗИМОВА Ф.В., ИНОЯТОВ А.Ш., АБДУЛЛАЕВ Т.У.

РСНПМЦДиВМЗРУз, ТАШКЕНТ

В настоящее время одной из актуальных проблем дерматокосметологии являются заболевания кожи, сопровождающиеся нарушением синтеза коллагена (фотостарение, келоидные рубцы) и проявляющиеся развитием различных дегенеративных поражений кожи, снижающих качество жизни. Синтез коллагена, его переворачивание и ремоделирование внеклеточного матрикса зависит от цитокинов, концентрация которых колеблется параллельно экспрессии некоторых генов.

Цель исследования: проведение молекулярно-генетических исследований у пациентов с фотостарением и келоидами.

Материалы и методы исследования: обследовано 81 больной в возрасте от 18 до 56 лет с различными формами фотостарения кожи и келоидными рубцами. Из них больных с фотостарением — 61 больной, келоидными рубцами — 20. Для проведения молекулярно-генетических исследований методом ПЦР в режиме реального времени у всех пациентов отбиралась венозная кровь в количестве 3 мл.

Результаты исследований: Частота распределения аллелей и генотипов полиморфизма C3953T генаIL1B:

Группа	N	Частота аллелей				Частота распределения генотипов					
		C		T		C/C		C/T		T/T	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Основная группа	20	35	87,5	5	12,5	15	75,0	5	25,0	0	0,0
Контрольная группа	25	47	94,0	3	6,0	22	88,0	3	12,0	0	0

Аллели: χ^2 =1,3; P=0,3; OR=2,24; 95%CI 0,5011, 9,997

Генотипы: C/C: χ^2 =1,2; P=0,2; OR=0,4; 95% 0,50, 11,8

C/T: χ^2 =1,3; P=0,3; OR=2,4; 95%CI 0,5062, 11,8

Частота распределения аллелей и генотипов полиморфизма G-174C гена IL-6

Группа	N	Частота аллелей				Частота распределения генотипов					
		G		C		G/G		G/C		C/C	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Основная группа	20	34	85,0	6	15,0	15	75,0	4	20,0	1	5,0
Контрольная группа	25	48	96.0	2	4.0	23	92.0	2	8.0	0	0.0

Аллели: χ^2 =3,3; P=0,06; OR=4,235; 95%CI 0,8058, 22,26

Генотипы: G/G: χ^2 =2,2; P=0,1; OR =0,3; 95%CI 0,65, 22,3

G/C +CC: χ^2 =2,4; P=0,1; OR =3,833; 95%CI 0,6569, 22,37

Распределение частот генотипов по закону Харди-Вайнберга:

Ожидаемые и наблюдаемые частоты распределения генотипов по РХВ в группе больных (полиморфизм C3953T гена IL-1B):

Генотипы	частота генотипов		χ^2	P
	ожидаемая	наблюдаемая		
C/C	76,56	75,00	0,006	
C/T	21,88	25,00	0,089	
T/T	1,56	0,00	0,313	
Всего	100,00	100,00	0,408	0,5229

Ожидаемые и наблюдаемые частоты распределения генотипов по РХВ в группе больных (полиморфизма G-174C гена IL-6):

Генотипы	частота генотипов		χ^2	P
	ожидаемая	наблюдаемая		
G/G	72,25	75,00	0,021	
G/C	25,50	20,00	0,237	
C/C	2,25	5,00	0,672	
Всего	100,00	100,00	0,930	0,3348

Выводы: вышеуказанные различия носят статистически достоверный характер и свидетельствуют об ассоциации полиморфизма C3953T гена IL-1B и G-174C гена IL-6 с развитием заболеваний, сопровождающихся нарушением синтеза коллагена (фотостарение, келоидные рубцы). Исследования в данном направлении продолжаются и будут опубликованы в дальнейших научных работах.

ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МИМИЧЕСКИХ МОРЩИН

САБИРОВ У.Ю., АЗИМОВА Ф.В., ХУДАЙБЕРГАНОВА А.С.

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

Введение. Применение ботулотоксина в косметологии для коррекции мимических морщин является широко применяемым методом нехирургической коррекции возрастных изменений лица.

Цель исследования. Изучить эффективность применения препарата Нейронокс (ботулотоксин типа А) для коррекции мимических морщин.

Материалы и методы. Нами обследованы 8(100%) больных с мимическими морщинами. Среди них 6(75%) женщин и 2(25%) мужчин, возраст варьировал от 34 до 52 лет. У 7(87,5%) больных проводилась коррекция горизонтальных морщин лба, в области переносицы и в области уголков глаз; у 1(12,5%) пациента — только в области уголков глаз.

Результаты исследования. Из обследованных 8 пациентов: у 7(87,5%) отмечался отличный результат, с полным разглаживанием мимических морщин. В 1(12,5%) случае отмечался хороший косметический эффект, с неполным разглаживанием в зонах глубоко выраженных морщин. Максимальный эффект наступил: 1(12,5%) больных через 10 дней; у 5(62,5%) через 14 дней; у 2(25%) — в течение 20 дней. Косметический эффект сохранялся: в 4(50%) случаях в течение 5 месяцев; в 3(37,5%) — 6 месяцев; в 1(12,5%) — 3 месяца. Во всех случаях побочных эффектов не отмечалось.

Заключение. Таким образом, полученные нами результаты применения препарата Нейронокс (ботулотоксин А) показывают терапевтическую и косметическую эффективность при коррекции мимических морщин.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КРИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКИХ БОРОДАВОК В ОБЛАСТИ ЛИЦА

САБИРОВ У.Ю., АЗИМОВА Ф.В., ХУДАЙБЕРГАНОВА А.С.

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

Введение. Плоские бородавки это доброкачественное образование кожи, вирусного генеза. При поражении в области лица необходимо выбирать наиболее безопасный метод для исключения эстетического дефекта.

Цель исследования. Изучить эффективность лечения плоских бородавок методом криотерапии.

Материалы и методы. Нами обследованы 26 (100 %) больных с плоскими бородавками в области лица, среди них 17 (65,4 %) женщин и 9 (34,6 %) мужчин. Длительность заболевания составляла: от 6 месяцев до 1 года в 18 (69,2 %) случаях; от 1года до 3 лет у 8 (30,8 %) пациентов. Всем больным на фоне противовирусной и иммуномодулирующей терапии производилась местная процедура криотерапии: криомассаж в сочетании с криодесструкцией.

Результаты исследования. Из обследованных 26 (100 %) больных у 19 (73,1 %) курс местной терапии в среднем был 10 дней, у 7 (26,9 %) — 14 дней. У 18 (69,2 %) больных отличный косметический результат, у 6 (23,1 %) — хороший, на месте элементов отмечались вторичные преходящие гиперпигментные пятна, у 2 (7,7 %) больных удовлетворительный результат с единичными едва заметными атрофическими рубчиками.

Заключение. Таким образом, полученные нами результаты местного воздействия в виде криотерапии, указывают на безопасность и эффективность данного метода при лечении плоских бородавок в области лица.

РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН ПРИ РАЗВИТИИ КСАНТЕЛАЗМЫ ВЕК

САБИРОВ У.Ю., ХУДАЙБЕРГАНОВА А.С.

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

Введение. Ксантелазма век у женщин встречается чаще, чем у мужчин. Этому способствуют гормональные нарушения. Среди факторов, приводящих к гормональным нарушениям у женщин, является миома матки.

Цель исследования. Изучить у женщин страдающих ксантелазмой век сопутствующую патологию, сопровождающуюся гормональными нарушениями.

Материалы и методы. Нами обследованы 74 (100 %) женщин с ксантелазмой век. Возраст больных варьировал от 23 до 63 лет.

Результаты исследования. Из обследованных 74 (100 %) женщин у 21 (28,4 %) из анамнеза выявлена миома матки. Из них у 8 (38,1 %) больных ранее произведена экстерпация матки по поводу миомы. Ни одна из 8 (38,1 %) женщин на момент обращения не получали заместительную гормональную терапию. Остальные 13 (61,9 %) больных на момент обращения получали консервативное лечение и находились на диспансерном наблюдении у гинеколога. Ксантелазму 82,4 % больных связывают с психоэмоциональным стрессом; в 8,8 % случаях пациенты связывают с миомой матки; 8,8 % больных с погрешностями в питании.

Заключение. Полученные нами данные, указывают на наличие гормональных нарушений в 28,4 % случаях. Гормональный фактор играет немаловажную роль в развитии дислипидемии, приводящей к образованию ксантелазмы.

БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЯ В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ФОТОСТАРЕНИЯ

САБИРОВ У.Ю., АЗИМОВА Ф.В., ШАКУРОВА А.И.

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Ценр Дерматологии и Венерологии МзРУз. г. Ташкент

Фотостарение кожи — это процесс постоянного повреждения кожи солнечными лучами. Одно из наиболее выраженных проявлений фотостареющей кожи — снижение ее эластичности и упругости.

Биоревитализация кожи лица — одна из самых действенных мер для профилактики фотостарения, а также для ускоренной регенерации кожи. Биоревитализация– процедура, которая представляет собой введение подкожных инъек-

ций гиалуроновой кислоты, которые , в свою очередь, направляют свое действие на улучшение тонуса кожи, ее цвета и эластичности, а также разглаживание мелких морщин. Кроме глубочайшего увлажнения, данная методика предоставляет коже защиту , которая построена на действии антиоксидантов, а также создает оптимальные условия для функционирования фибробластов. Именно эти клетки синтезируют очень важные структуры: эластин, коллаген и гиалуроновую кислоту.

Цель исследования: оценка эффективности биоревитализации с использованием препарата Ial-system у пациентов с фотостарением.

Материалы и методы: Под нашим налюдением находилось 20 пациенток с признаками фотостарения в возрасте от 30 до 45 лет. Данной группе пациентов была проведена процедура биоревитализации с препаратом IAL-System. Инъекции в технике «пикотаж» проводились на всех участках кожи, подверженных воздействию солнечных лучей (лицо, шея, декольте и кисти рук). В каждую зону вводилось по 0,5–0,6 мл препарата. Процедура проводилась 1 раз в 3 недели, на курс 3–4 процедуры. Для подержания результата процедура проводилась 1 раз в 3 месяца.

Результаты: От проведенных процедур эффект был виден сразу после первой процедуры. Все пациенты отмечали чувство « наполненности» кожи и эффект лифтинга, который нарастал к 3–4 процедуре. Улучшился цвет лица, разглаживались мелкие морщинки, уменьшалась глубина крупных морщин. Случаев непереносимости препарата не было

Выводы: Проведенные нами клинические наблюденияпозволяют сделать вывод об эффективности применения препарата Ial-system в лечении фотоповреждения кожи и профилактике фотостарения. Биоревитализация препаратом IAL System улучшает цвет кожи, выравнивается ее рельеф, устраняются морщины и дряблость, кожа подтягивается, выглядит моложе, уменьшается пигментация. Эффект от процедуры ревитализации сохраняется продолжительный период, поскольку она формирует запас активных компонентов в коже, который на протяжении последующего периода способствует восстановлению кожи и клеток, замедлению старения.

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНЕНИЯ ТЕРАПИИ АППАРАТОМ ИСПОЛЬЗУЮЩИМ ТЕХНОЛОГИЮ ШИРОКОПОЛОСНОГО ИМПУЛЬСНОГО СВЕТА (IPL) И КОНСЕРВАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРХРОМИЯМИ КОЖИ

САБИРОВ У.Ю., УМАРОВ С.С.

Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Дерматологии и Венерологии, г.Ташкент

Введение. В последнее время в дерматокосметологии широкое применение получили аппараты IPL для коррекции гиперпигментаций.

Цель исследования. Изучение влияния широкополосного импульсного света (IPL)с частотой 400–1200нм на меланин при заболеваниях сопровождающихся гиперпигментациями(мелазма, хлоазма, поствоспалительная гиперпигментация).

Материалы и методы. Нами были изучены 40 больных, из них 30(75%) женщин и 10(25%) мужчин, в возрасте от 25 до 61 года. При помощи цифрового дерматоскопа, Firefly DS350, с двойной линзой 50 кратным увеличением,была оценена степень залегания меланина в коже: в эпидермисе 12(30%); в дерме у 15(37,5%) и в обоих слоях кожи 13(32,5%). Больные были разделены на две равные группы, одна группа получала консервативное лечение (солнцезащитный крем, аскорбиновую кислоту) вторая группа получала комбинированное лечение солнцезащитный крем, аскорбиновую кислоту и IPL терапию, Sincoheren IPL Monalisa(Китай) 5–6 сеансов с интервалом 15–21 день.

Результаты исследования. У пациентов с эпидермальным и смешанным типом залегания меланина получавших комбинированную терапию отмечалось осветление участков гиперпигментации на 40–50%, а у пациентов получавших консервативное лечение на 10–15%. У пациентов с дермальной формой залегания меланина клинические улучшения были незначительны или их не было совсем.

Выводы. Использование IPL терапии у пациентов с эпидермальным и смешанным типом гиперхромий позволяет ускорить разрешение клинических проявлений в комплексе с консервативными методами лечения.

ВЛИЯНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТОНАЛЬНОГО КРЕМА НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ АКНЕ

ТАРКИНА Т.В., БАТПЕНОВА Г.Р., КОТЛЯРОВА Т.В., ДЖЕТПИСБАЕВА З.С., САДЫКОВА Г.З., САГНАЕВА Д.Ж.

АО «Медицинский Университет Астана», г.Астана, Казахстан

Цель исследования: оценить влияние makeup на степень тяжестиакне.

Материалы и методы: обследовано 40 женщин в возрасте от 15 до 37 лет с юношескими и поздними акне, на протяжении последних двух лет пользующихся тональным кремом. Все субъекты опрошены посредством анкеты и осмотрены дерматологом. Пациенты разделены на три группы, в соответствии со степенью тяжести. В первой группе (Т1) с легкой степенью тяжести 12(30%); во второй группе (Т2) со средней степенью тяжести — 24(60%) пациентки, в третьей группе с тяжелой степенью тяжести 4(10%). Все женщины использовали тональные крема, содержащие полиглицерил-3-изостеарат, токоферол, изостеарилнеопентаноат, диметикон, относящиеся к соединениям, обладающим комедоногенным эффектом.

Результаты: согласно результатам анкетирования36 пациентов использовали тональные кремы, содержащиекомедоногенныеингредиенты различной потенции: в группе Т1 33%, в группе Т2 50%, в группе Т3 100%. В группе Т1 50% применяли тональный крем с одним и более комедоногенным компонентом, в группе Т2 — 92% и в группе Т3 — 100%. Согласно критерию о режиме использования тонального крема в группе Т1 6(50%) пациентов использовали тональный крем только по праздникам, 2(17%) — только в рабочие дни, 4(34%) — ежедневно; в группе Т2 12(50%) — ежедневно, 6(24%) — по принципу «без макияжа не выхожу», 4(17%) — только в рабочие дни и 2(8%) — по праздникам; в группе Т3 2(50%) использовали тональный крем по принципу «без макияжа не выхожу» и 2(50%) — только в рабочие дни.

Заключение: долгосрочное использование пациентками, страдающими акне различной степени тяжести, тонального крема, в состав, которого входит один и более ингредиентов, относящихся к группе комедоногенных, может быть фактором, усугубляющим тяжесть и течение заболевания.

КОМБИНИРОВАНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИМИЧЕСКОГО ПИЛИНГА

ТРУНИНА Т.И.[1], ПОПОВА И.Е.[2]

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина[1];

Кожно-венерологический диспансер №1, г.Киев, Украина[2]

Акне — один из наиболее распространенных дерматозов кожи лица. Существующие методы лечения даного заболевания требуют длительной системной терапиии, которая не всегда дает быстрый и стойкий терапевтический эффект.

Целью работы было изучение еффективности применения раствора для пилинга трех кислот (миндальной, салициловой, азелаиновой) в комплексном лечении акне II степени тяжести.

Материалы и методы. По даным Американской Академии Дерматовенерологов (AAD) акне имеет 4 степени тяжести. Под наблюдением находились 58 пациентов (42 женщины и 16 мужчин) в возрасте от 18 до 35 лет, которым был поставлен дигноз акне II степени тяжести, (комедоны — 10–25, папулы, пустулы — 10–20, узлы, кисты — нет, воспаление–выраженное, рубцы, дисхромии–нет, психосоциальные осложнения — +). Все получали базовую терапию в виде топического геля бензоилпероксида и клиндамицина на ночь, цинк гиалуронат и цинка хлорид утром, были поделены на две группы. В I группе — 28 пациентов, которым было назначено только два топических препарата. II группа — 30 пациентов, которым дополнительно 1 раз в неделю применяли пилинговый раствор из трех кислот и дополнительно солнцезащитный флюид SPF50 за 20 минут до выхода на улицу, а также эмольенты, по необходимости.

Результаты. Уже на 3–4 неделе после начала терапии у пациентов II группы воспалительные элементы сыпи эволюционировали значительно активнее (осталось незначительное колличество комедоальных акне, сужение пор лица, выравнивание рельефа и цвета лица) по сравнению с пациентами I группы, где данные изменения наблюдались на 5–6 неделе. Через 7 недель после начала терапии наблюдалась позитивная динамика.

Выводы. Применение в комплексном лечении акне химического пилинга повышает еффективность действия базовой терапии, улучшает процессы регенерации в очагах воспаления, сокращает сроки лечения.