ISSN 2010-6882

O‘zDVA

DERMATOVENEROLOGIYA VA ESTETIK TIBBIYOT

Ilmiy-amaliy jurnal



№ 1/2014 (21)

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Научно-практический журнал

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

№ 1/2014 (21)

ТАШКЕНТ — 2014

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 22.04.2014. Формат $60 \times 84^{1}/_{8}$. Печать офсетная.
Усл. п.л. 25,0. Тираж 500. Заказ №195.

ООО «Niso Poligraf». 100182, Ташкент, ул. Х. Байкаро, 51.

СОДЕРЖАНИЕ

Сабиров У.Ю., Абидов А.М., Извекова О.В. СТРАТЕГИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ И ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН НА 2014–2018 ГОДЫ....12

Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р., Гулямова Г.Ш. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА..... 19

Рахматов А.Б., Рахматова Д.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ....24

**ТЕЗИСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ
МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ
И КОСМЕТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН»,
ПОСВЯЩЕННОЙ 90-ЛЕТИЮ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИЯ

Абдиева Д.Х., Дырда Н.И., Валиева М.С., Устобаева Т.Т. ГИСТАФЕН В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА....30

Абдрашитов Ш.Г., Амрина Л.К., Кабазиева Г.Ш., Абилкасимова Г.Е., Баев А.И., Дорофеева И.Ш. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ....30

Абдрашитов Ш.Г., Кабазиева Г.Ш., Абилкасимова Г.Е., Баев А.И., Дорофеева И.Ш., Амрина Л.К. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 30

Абдрашитов Ш.Г., Ешимов А.Е., Баев А.И., Вуйко И.В., Кабазиева Г.Ш., Таубаева А.А. ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ 31

Абдувахитова И., Бекмуратова Э.И., Агзамходжаева С.С., Юсупов М.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕКНИДАЗОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА....32

Абдуллаев М.И., Бобобекова Н.Б. КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ У ДЕТЕЙ....33

Абдуллаев М.И., Хаитов К.Н. НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО....33

Абдуллаев М.И., Маннанов А.М. НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОЛОГИИ ТашПМИ ПО ИЗУЧЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 34

Абдуллаев М.И., Хаитов К.Н., Эшдавлатов А.У. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «РОЛИНОЗ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ КРАПИВНИЦЫ 35

Абидова З.М., Абдурахманова Н.А., Якубов А., Бабаджанов А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОРДЕСТИНА В ДЕРМАТОЛОГИИ 35

Азимова Ф.В., Исмагилов А.И., Мансурова Г.Т., Тоиров Б.А., Джаббаров М.М. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕРУБЦОВЫХ ФОРМ АЛОПЕЦИИ. 36

Азимова Ф.В., Бабаев К.Т., Шакурова А.И., Мирхамидова Н.В., Камалов Д.М. АНАЛИЗ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛИМОРФИЗМОВ G (–634) C И G (–1154) A ГЕНА VEGF У ПАЦИЕНТОВ С НЕРУБЦОВЫМИ ФОРМАМИ АЛОПЕЦИИ....37

Азимова Ф.В., Сабиров У.Ю., Бабаев К.Т., Иноятов А.Ш. ИЗУЧЕНИЕ ГЕНА ФАКТОРА VEGF У БОЛЬНЫХ АЛОПЕЦИЕЙ. 38

Аймолдина А.А., Батпенова Г.Р. ФАКТОРЫ РИСКА ВИТИЛИГО У ПАЦИЕНТОВ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ....39

Айдарова Н.П., Низамов К.Ф. МЕСТО В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, СОЧЕТАННОГО С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ 39

Айдарова Н.П., Назаров О.А., Алиева В.Ш., Низамов К.ф. ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ. 40

Акбаров Ш.Ф., Айтугдиев Я.Д.,Бекмуратова Э.И., Турсунов М.Ш. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ 40

Аллаева М.Д.,Бекмуратова Э.И., Юсупов М.А., Абдувахитова И., Юсупова Д.М. КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА....41

Аллаева М.Д., Бекмуратова Э.И., Агзамходжаева С.С., Джурабаев Э.Ю. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ СТРОНГЕР-НЕОМИНОФАГЕН С. 41

Алиева В.Ш., Назаров А.А. ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ПИЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 42

Алиева В.Ш., Назаров О.А., Низамов К.Ф., Айдарова Н.П., Кудратиллаева Б.Т. ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАНСОПРАЗОЛА (ЛОЭНЗАР) В КОМБИНАЦИИ С АНТИГИСТАМИННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ КРАПИВНИЦ....42

Арифов С.С., Исмагилов А.И., Абдуллаходжаев К.А., Сейдуллаев Э.Ю., Ишжанов М.К. ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗОНЫ АРАЛА НА АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ 43

Арифов С.С, Каримбердиев Д.Р., Исмагилов А.И., Якубов А.А. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 43

Арифова М.Х., Якубова А.С., Акбаров Ш.Ф. ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ МИКСТ-ИНФЕКЦИЕЙ 44

Арифова М.Х., Якубова А.С. ТОПИЧЕСКИЙ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИД «МЕЗОНИТ» В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА 44

Бабабекова Н.Б., Ходжаева С.М., Рихсиева Д.Д., Мун А.В. НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 45

Бабаджанов А.А., Арифов С.С. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА 45

Баранчук Н.И., Якубович А.И. КЛИНИКО-СОМАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ 46

Бекмуратова Э.И., Акбаров Ш.Ф., Айтугдиев Я.Д, Джурабаев Э.Ю. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА СТРОНГЕР-НЕОМИНОФАГЕН С В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ 46

Березовская И.С., Итемирова А.О., Тонконогова Г.М., Джусупгалиева М.Х., Абилкасимова Г.Е., Баев А.И., Абдрашитов Ш.Г. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ КОЖИ 47

Ботиров К.З., Пакирдинов А.Б., Алиев Х.М., Хамидов Ф.Ш., Мухаммаджонова Л.А. ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ЭСТРАДИОЛА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 47

Ботиров К.З., Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б., Қўчқаров А., Набиев В., Алиев Л., Қобилов А., Сайдалиев Ғ., Хошимова Н., Машрапова Ф. АТОПИК ДЕРМАТИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ЛОКОИД» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ 48

Бурхонов А. У. СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 49

Вуйко И.В., Абдрашитов Ш.Г., Баев А.И. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ И СВЯЗЬ ЭТИХ ИЗМЕНЕНИЙ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ И ТЯЖЕСТЬЮ КОЖНОГО ПРОЦЕССА 49

Гулямова Г.Ш., Мухамедов Б.Э., Ишмухамедова К.А., Турдиев А.Х., Тиллавбердыев Ш.А., Нурматова И.Б. ПОКАЗАТЕЛИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В г. ТАШКЕНТЕ (на примере РКВКБ, г. Ташкент) 50

Гурбанова М.Г., Атаева А.А., Кекилова Г.А. ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВНУТРЕННЕЙ ПАТОЛОГИИ НА РАЗВИТИЕ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ 50

Гурбанова М.Г., Реимкулиев Б.Р., Бяшимова Ф.Б. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 51

Джалилов Д.С., Рахматов Т.П. КРИОТЕРАПИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ КЕРАТОДЕРМИЙ. 51

Джалилов Д.С., Рахматов Т.П. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ КЕРАТОДЕРМИЯМИ 52

Есионова Е.В., Мавлянова Ш.З. ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 53

Исмагилов А.И., Караев Э.М., Извекова О.В., Растегаев В.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИХЕНАМИ И УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ 53

Исмагилов А.И., Караев Э.М., Извекова О.В., Растегаев В.А. ОЦЕНКА ВЛАГОМЕТРИЧЕСКИХ, ЭЛАСТОМЕТРИЧЕСКИХ И ПРОФИЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДСТВ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ 55

Исмаилова Г.А., Шадыев У.Х., Нуруллаев С. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГЕРПЕСАССОЦИИРОВАННОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭРИТЕМЫ 55

Исмаилова Г.А., Саиткулов Э.Х., Юлдашев К.К. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 56

Исраилова З.Ю., Абидов А.М., Азизова Н.Н. ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. 57

Кабазиева Г.Ш., Джусупгалиева М.Х., Баев А.И. ПРИМЕНЕНИЕ РЕГЕН-Д150 В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ 57

Караев Э.М., Махкамбаев Ф.Ф., Исмагилов А.И., Муминова С.Р., Убайдуллаев А.А. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ 58

Каримова М.К., МУСАЕВА Н.Ш., Бекмуратова Э.И., Агзамходжаева С.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕРАПАМИЛОВОЙ МАЗИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛОПЕЦИИ 58

Кешилева Р.К. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 59

Коган Б.Г., Гордеева Г.Д. ФИТОЭСТРОГЕНЫ СОИ ПРИ ТЕРАПИИ СТАРЕНИЯ КОЖИ 60

Коган Б.Г., Кучма А.А. ОПЫТ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ, НОВЫЕ ПОДХОДЫ. 60

Коновалова Т.С., Клименко А.В., Степаненко В.И. УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ И НАРУШЕНИЕ МИКРОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У МУЖЧИН....61

Кочет К.О. ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА ВОДНО-ЛИПИДНОЙ МАНТИИ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С УЧЕТОМ СЕЗОННЫХ ТИПОВ ДЕРМАТОЗА....61

Кубанов А.А., Минеева А.А., Фриго Н.В., Чикин В.В., Хайруллин Р.Ф. РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ, КОДИРУЮЩИХ БЕЛКИ СИГНАЛЬНОГО ПУТИ ЯДЕРНОГО ТРАНСКРИПЦИОННОГО ФАКТОРА КАППА-В (NF-KB), В РАЗВИТИИ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ПСОРИАЗУ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 62

Литинская Т.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КОЖИ И ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ 62

Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Яхшиева М.Ф., Боймирзаев Н.М. К НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ С ТЯЖЕЛОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЯМИ ТЯЖЕСТИ. 63

Мавлянова Ш.З., Яхшиева М. Ф., Исмагилов А.И., Боймирзаев Н.М. ЭФФЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА 64

Мавлянова Ш.З., Хакимов Д.Р, Алимухамедова Ю.А. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ 65

Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р. АТОПИК НЕЙРОДЕРМИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛ ЭТИШ 65

Мавлянова Ш.З., Есионова Е.В. К ВОПРОСУ СОСТОЯНИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 66

Мавлянова Ш.З., Маматкулов У.А., Гулямова Г.Ш., Юнусова З.С. СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ....66

Маннанов А.М., Хаитов К.Н., Тагаев Ж.А. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ 67

Маннанов А.М., Маннанов А.А., Рихсиева Д.Д. СТЕПЕНИ РИСКА НАЧАЛА ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ....68

Маннанов А.М., Маннанов А.А., Хаитов К.Н. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ 68

Муминова С.Р., Мавлянова Ш.З., Тилавбердыев Ш.А., Азизова Н.Н. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА ИЛ–4 И ОБЩЕГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ НЕЙРОДЕРМИТОМ. 69

Мухамадиева К.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ КОЖИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КРИОДЕСТРУКЦИИ....69

Наумова Л.А. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ 70

Недобой Б.П., Недобой П.М., Кочет К.А. ОПЫТ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИМЕКСИДА, ПАПАИПА, ЦИСТЕИНА НА ОСНОВЕ СОЛИДОЛОВОЙ МАЗИ 71

Носиров Ш.Б. ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ И ПРОГНОЗ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ....72

Нурмухамбетов Ж.Н., Нурмухамбетова А.Ж., Гердт А.Т. Ибраева Т.Б. ПРИМЕНЕНИЕ БИОКОЖИ «ГИАМАТРИКС» В ДЕРМАТОЛОГИИ....72

Нурмухамбетов Ж.Н., Нурмухамбетов А.Ж., Ибраева Т.Б. АЛЬФА-АДРЕНОМИМЕТИКИ В НАРУЖНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ 73

Пакирдинов А.Б., Алиев Х.М., Ботиров К.З., Набиев В.Г., Тошпулатов Б.Х. ПОКАЗАТЕЛИ КОНЦЕНТРАЦИИ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ....73

Пакирдинов А.Б., Алиев Х.М., Хамидов Ф.Ш., Ботиров К.З., Тошпулатов Б.Х. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА В КРОВИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 74

Пакирдинов А.Б., Алиев Х.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Тошпулатов Б.Х. ПОКАЗАТЕЛИ КОНЦЕНТРАЦИИ ЛЮТЕИНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ. 74

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Хамидов Ф.Ш., Қурбонов О.Д., Қўчқаров А.А., Набиев В. АЛЬБИНИЗМ ХАСТАЛИГИНИ ФАРГОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ 75

Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Ботиров К.З., Қўчқаров А.А., Набиев В. ПУШТИ РАНГ ХУСУНБУЗАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДАГИ САМАРА....75

Равшанова Д.Т. ВОПРОСЫ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ....76

Рахимов И.Р. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ 77

Рахматов А.Б., Носиров Ш.Б. ЛАКТО-ФЛОР В ТЕРАПИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ....77

Рахматов А.Б. РАЗРАБОТКА АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ....78

Рахматов А.Б., Рахматова Д.В. ОСОБЕННОСТИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ....79

Рахматов А.Б., Рахматова Д.В. ПСОРИАЗ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ....80

Рахматов А.Б., Джалилов Д.С., Рахматов Т.П. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КЕРАТОДЕРМИЙ....81

Рахматов А.Б., Джалилов Д.С. ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПСОРИАЗА....82

Рахматов А.Б., Курбанова Ш.М. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИРТАЗАПИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ....83

Рахматов А.Б., Мирхамидова Н.В. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИУСИДА В ДЕРМАТОЛОГИИ....84

Рахматов А.Б., Шураева С.А. ТАКРОЛИМУС В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО....85

Рахматов А.Б., Собиров С.П. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «РЕКСЕТИН» В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ....86

Рахматов А.Б., Курбанова Ш.М., Рахматова Д.В. ВОПРОСЫ ПРОТИВОЗУДНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ....86

Рахматов А.Б. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВОЛОС....87

Рахматов Т.П., Рахматов А.Б., Курбанова Н.К., Жалилов Ф.С., Хужамбердыев О.А., Убайдуллаев А.А. ВОПРОСЫ ПРОАКТИВНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА....88

Рахматов Т.П., Курбанова Н.К., Рахматов А.Б. ПРОБЛЕМЫ ПОВСЕДНЕВНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА....89

Рейимкулиев Б. Р., Муравенко А. А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ МЕТОДОМ ФОТОХИМИОТЕРАПИИ....90

Саатов Б.Т. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАНОТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО....91

Саатов Б.Т. ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО....91

Сабиров У.Ю., Худайберганова А.С. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КСАНТЕЛАЗМЫ ВЕК....92

Салдамаева Л.С., Якубович А.И. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЯМИ....93

Степаненко В.И., Бардов П.В. ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ В АСПЕКТЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ....93

Степаненко Р.Л. ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПУТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ИМУННЫХ ФАКТОРОВ, ЗНАЧИМЫХ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА, И НОВЫЕ СРЕДСТВА ТЕРАПИИ ЭТОГО ДЕРМАТОЗА....94

Тешабаева Д.А., Алимухамедова Ю.А. ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИТОКИНОВЫХ НАРУШЕНИЙ И ПРОДУКЦИИ IgE У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА....95

Тищенко А.Л., Ибрагимов Ш.И., Острецова М.Н. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ПЕРИОРАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА....95

Тищенко А.Л., Ибрагимов Ш.И., Гуссус Ж.С. ИММУНОМАКС В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ....96

Тищенко А.Л., Ибрагимов Ш.И., Савастенко А.Л., Острецова М.Н. ПАТОГИСТОЛОГИЯ ПЕРИОРАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА....96

Тошпўлатов Б.Х. НЕЙРОДЕРМИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ЭПЛАН» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ....97

Трунина Т.И. СТЕРТАЯ ФОРМА АТИПИЧНОГО HERPES ZOSTER....97

Усманова Х.Д., Эгамова Ш.Б. СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ....98

Федоренко А. Е., Корецкий С.Л. РЕЧЬ КАК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ФАКТОР В РАБОТЕ ВРАЧА-КЛИНИЦИСТА....98

Федоренко А.Е. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ ЛЮДЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КОЖИ....99

Федоренко А.Е, Федоренко Л.О., Шупенько Н.М. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ РЕАГИРОВАНИЕ ЛЮДЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ КОЖИ....100

Хаитов К.Н., Ибрагимов С.З., Ахрор Х.М. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОНИХОДИСТРОФИЙ ПРИ ПСОРИАЗЕ У ДЕТЕЙ....100

Хаитов К.Н., Байахмедов Ф.Ф., Рихсиева Д.Д. ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ....101

Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б., Алиев Х.М., Кучкаров А.А., Ботиров К.З. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ....102

Хамидов Ф.Ш., Хамидов Ш.А., Хамидова З.Ф., Сайдалиев Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ 0,05% КЛОБЕТОЗОЛА ПРОПИОНАТ И 1% ГИДРОКОРТИЗОНА ПРИ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОГО ВИЛОЯТА....103

Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З. КЛИНЦИН В НАРУЖНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ....103

Хамидов Ф. Ш., Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Хасанова М. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКЗЕМЫ (ВИТАДЕРМ, ЛОКАТОП, ДЕКСЕРИЛ)....104

Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б., Алиев Х.М., Кучкаров А.А., Ботиров К.З. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 105

Хангельдов А.Э. ДИФФУЗНАЯ АЛОПЕЦИЯ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ У РЕБЕНКА 105

Хангельдов А.Э., Джалилова Ш.А. КЛАВОМЕД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИЙ. 106

Хангельдов А.Э. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА 107

Хангельдов А.Э. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ФАКТОР ДЕРМИКО» В ДЕРМАТОЛОГИИ 108

Хангельдов А.Э. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЭСЛОТИН» В ТЕРАПИИ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗОВ. 109

Хасанова М.Т. Нуритдинов О.Д. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЗОФРИНА У БОЛЬНЫХ ПИОДЕРМИТОВ 110

Хасанова М.Т. Нуритдинов О.Д. ЭКЗЕМАНИ ДАВОЛАШДА ПСИЛО БАЛЗАМ ГЕЛИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ 110

Ходжаева С.М., Бабабекова Н.Б., Рихсиева Д.Д., Ахраров Х.Х. ИММУНЫЙ СТАТУС В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ 111

Хужамбердыев О.А., Жалилов Ф.С., Рахматов А.Б. МЕЗОНИТ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ 111

Чащин А.Ю., Якубович А.И., Котова А.А. ОНИХОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА 112

Шамурадова М.Х., Рейимкулиев Б.Р. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 112

Эгамова Ш.Б., Усманова Х.Д. ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ВИТИЛИГО 113

Эрниязова М.М. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО 113

Якубов А.А. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ 114

Якубович А.И.,Салдамаева Л.С. ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ СИМВАСТАТИНА И ЭНДУРАЦИНА НА ДИНАМИКУ СУСТАВНОГО И КОЖНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЯМИ 114

Khaitov K.N., Ibragimov S.Z., Tagaev J.A. ADAPTOL IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH PSORIASIS AND ATOPIC DERMATITIS 115

Mun A.V., Akhrorov Kh.Kh., Khodjaeva S.M. CORRECTION METHODS OF MUCOSIS MEMBRANES MICROFLORA'S IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS 115

Tashmatova N.B. THE PROBLEM OF BALDNESS AND MODERN POSSIBILITIES OF TREATMENT 116

Hana Zelenkova. TRICHO-DENTO-OSSEOUS (TDO) SYNDROME 117

Hana Zelenkova. USE OF SYSTEMIC ENZYME PREPARATIONS IN AESTHETIC DERMATOLOGY AND COSMETICS 117

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Абидов А.М., Эшбоев Э.Х., Эшбоев С.Э., Давурова М.С., Ибрагимова Г.Р. АЧИТҚИСИМОН КАНДИДА ЗАМБУРУҒЛАРИНИНГ АНТИМИКОТИК ПРЕПАРАТЛАРИГА СЕЗГИРЛИГИ ТЎҒРИСИДА 118

Абидов А.М., Фаттахов Б.Ш. ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ УРЕАПЛАЗМОЗОМ, ХЛАМИДИОЗОМ И ИХ АССОЦИАЦИЕЙ 118

Абидов А.М., Махсудов М.Р. УРОГЕНИТАЛ УРЕАПЛАЗМОЗ ВА ХЛАМИДИОЗ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА АЗОТ ОКСИДИ МИҚДОРИ ҲОЛАТИ 119

Абидов А.М., Исамухамедова Н.Р., Алимухамедова Ю.А. ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВЫХ МОЛЕКУЛ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ И РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ И ВИРУСНЫХ ИППП 120

Абидов А.М., Боймурзаев Н.И., Разиков А.А. NEISSERIA GONORRHOEAE НИНГ ЛАБОРАТОРИЯ ДИАГНОСТИКАСИ ТЎҒРИСИДА 120

Абидов А.М., Халидова Х.Р., Ибрагимова Г.Р. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА 121

Абишала В.А., Абидов А.М., Юлдашев К.А., Халидова Х.Р., Ходжаев И.Х. БЫСТРЫЙ ТЕСТ НА СИФИЛИС ИХА-АНТИ-ТП. 122

Акбаров Ш.Ф., Бекмуратова Э.И., Джурабаев Э.Ю., Мирзаев А.А., Маликов К.З. КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ПРИ МАНИФЕСТНЫХ ФОРМАХ РАННЕГО СИФИЛИСА 122

Алимов Б.Д. ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С ХЛАМИДИЙНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 123

Ашуева З.И., Ешимов А.Е., Баев А.И. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ И ТРИХОМОНИАЗОМ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН 124

Баграмова Г.Э., Гуреева М.А., Молочков А.В., Обыденова К.В., Гилядов А.Д. ВНУТРИОЧАГОВАЯ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИЯ ГИГАНТСКОЙ КОНДИЛОМЫ БУШКЕ-ЛЕВЕНШТЕЙНА 124

Березовская И.С., Ешимов А.Е., Баев А.И. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН 125

Боймурзаев Н.И., Эшбоев Э.Х. UREAPLASMA UREALYTICUM ИНФЕКЦИЯСИНИНГ АНИҚЛАНИШ ДАРАЖАСИ 126

Гизингер О.А., Летяева О.И., Францева О.В. MYCOPLASMA SPP. И CHLAMYDIA TRACHOMATIS КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ КИНЕТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ СПЕРМАТОЗОИДОВ 126

Джусупгалиева М.Х., Исенова С.Ш., Тонконогова Н.В. УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ И ГРИБЫ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ГЕНИТАЛИЙ....127

Джусупгалиева М.Х., Тонконогова Н.В. КАНДИДОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЖЕНЩИН 127

Дорофеева И.Ш., Ешимов А.Е., Баев А.И. ДИНАМИКА УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В КАЗАХСТАНЕ....128

Иванов С.В. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СФЕРЫ ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ 128

Извекова О.В. ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИЧ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 129

Извекова О.В., Набиев Т.А., Набиев А.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ БОЛЬНЫХ С УГИ И РАЗЛИЧНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ 130

Кекилова Г.А., Кудратуллаев К.Н., Реджебова Н.Р., Бяшимова Ф.Б., Гурбанова М.Г. ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ СМЕШАННЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ....131

Коган Б.Г., Гордеева Г.Д. ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ 131

Кубанова А.А., Кубанов А.А., Кожушная О.С., Воробьев Д.В., Соломка В.С., Фриго Н.В. МОЛЕКУЛЯРНАЯ СТРУКТУРА ПЕНИЦИЛЛИНСВЯЗЫВАЮЩЕГО БЕЛКА PBP2 ШТАММОВ NEISSERIA GONORRHOEAE С ПРИЗНАКАМИ СНИЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ЦЕФТРИАКСОНУ 132

Мангитов А.К., Юлдашев К.А., Алимухамедова Ю.А., Халидова Х.Р. СОДЕРЖАНИЕ ГАММА-ИНТЕРФЕРОНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СИФИЛИСА 132

Мирсаидова М.А. КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ. 133

Мирсаидова М.А. СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ, СОЧЕТАННОЙ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ 134

Мирсаидова М.А. ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ....134

Набиев А.А., Исроилов Х.Т. АНОНИМ ТАҲЛИЛ ХОНАСИ ФАОЛИЯТИ....135

Набиев Т.А., Абидов А.М., Фаттахов Б.Ш., Максудов М.Р. РОЛЬ ФЕНОТИПА АЦЕТИЛИРОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ И РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФОРМ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИППП И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ 136

Пазылова С.А., Турсунов Ш.Б., Пулатова Р.З., Насырова Ш.С., Тахтабекова М.Ф., Сабирова Ф.Б. СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С БАКТЕРИАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ TORCH-ИНФЕКЦИЕЙ....137

Пазылова С.А., Турсунов Ш.Б., Пулатова Р.З., Насырова Ш.С., Тахтабекова М.Ф., Сабирова Ф.Б. СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С БАКТЕРИАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ, АССОЦИИРОВАННОГО С TORCH-ИНФЕКЦИЕЙ. 137

Пакирдинов А.Б., Алиев Х.М., Хамидов Ф.Ш., Ботиров К.З., Тошпулатов Б.Х. ПРЕПАРАТ «МЕГАСЕФ» В ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ....138

Петриди А.А., Таубаева А.А. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2013–2013 гг.....138

Порсохонова Д.Ф., Меджитова А.М., Росстальная М.Л. ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ 139

Порсохонова Д.Ф., Абидов А.М., Алимухамедова Ю.А. НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ СОЧЕТАННЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ 139

Порсохонова Д.Ф., Росстальная М.Л., Меджитова А.М. МИКРОБНЫЙ ФОН УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ ГЕНИТАЛИЙ 141

Рунина А.В., Семина В.И., Хайруллин Р.Ф. КЛОНИРОВАНИЕ, ВЫДЕЛЕНИЕ И ОЧИСТКА НОВЫХ ПОВЕРХНОСТНЫХ АНТИГЕНОВ T.PALLIDUM ДЛЯ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА....142

Саипова Н.С. ПРИМЕНЕНИЕ ФЛУКОНАЗОЛА В ТЕРАПИИ NAK- КАНДИДОЗА....142

Степаненко В.И., Короленко В.В. ВОПРОСЫ КООРДИНАЦИИ РАБОТЫ ЗВЕНЬЕВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В РАБОТЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ УКРАИНЫ 143

Таубаева А.А., Петриди А.А. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2012–2013 гг. 143

Таубаева А.А., Петриди А.А. ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 2013 ГОД....144

Темирова С.Е. ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ....144

Халидова Х.Р., Ибрагимова Г.Р., Алимухамедова Ю.А., Давурова М.С. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КЛАССА G К АНТИГЕНАМ CANDIDA ALBICANS У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА 145

Хамидов Ш.А., Хамидов Ф.Ш., Еркулов К.К., Салохиддинов А., Тожибоев Л., Саримсаков Б., Дехконов М., Дадажонов У., Косимов Н., Сеттарова Л.А., Кобилов А.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФТРИАКСОНА В ТЕРАПИИ СИФИЛИСА 146

Хамидов Ш.А., Хамидов Ф.Ш., Ботиров К.З. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «КОНДИЛИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК 147

Хангельдов А.Э., Джалилова Ш.А., Рыстина О.С. АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С БППП В г. ТАШКЕНТЕ 147

Хангельдов А.Э., Джалилова Ш.А., Рыстина О.С. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В г. ТАШКЕНТЕ 149

Хасанова М.Т., Нуритдинов О.Д. КЛИНИКО БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «МОКСИКУМ» У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 149

Шевченко П. АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ СМЕШАННЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ЖЕНЩИН 150

Эшбоев Э.Х., Разиков А.А., Эшбоев С.Э. СЎЗАК ҚЎЗҒАТУВЧИСИ БИЛАН ИШЛАЙДИГАН БАКТЕРИОЛОГИК ЛАБОРАТОРИЯНИНГ ҲОЛАТИ ВА УНГА ҚЎЙИЛАДИГАН ТАЛАБЛАР 151

Эшбоев Э.Х., Эшбоев С.Э., Боймирзаев Н.И., Мадрахимова Н.Я. ОҚИШ ТРЕПОНЕМАЛАРНИНГ ТАШҚИ МУҲИТ ВА ДЕЗИНФЕКЦИЯЛОВЧИ МОДДАЛАРГА ЧИДАМЛИЛИГИ 151

Эшбоев Э.Х., Довурова М.С., Эшбоев С.Э. СЕРОЛОГИК ЛАБОРАТОРИЯДА ҚЎЙИЛАДИГАН ТАҲЛИЛЛАРДА ХАТОЛАР САБАБЛАРИ 152

Эшбоев Э.Х., Эшбоев С.Э. ТЕРИ-ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ ЛАБОРАТОРИЯНИ ТАШКИЛ КИЛИШ 153

Юлдашев К.А., Алимухамедова Ю.А., Халидова Х.Р., Турсунов С.С., Курбанова Н.К. СОДЕРЖАНИЕ ИЛ–2 У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ В ПРОЦЕССЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 153

Юлдашев К.А., Боймурзаев Н.И., Курбанова Н.К. УРОГЕНИТАЛ ИНФЕКЦИЯЛАР — ЗАХМДАГИ СЕРОРЕЗИСТЕНТЛИК ҲОЛАТГА САБАБ БЎЛУВЧИ ОМИЛЛАРДАН БИРИ 154

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Турсунов С.С., Исматова Ю.Н., Ким И. И. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 154

Юлдашев К.А., Кобулов Ш. М., Мангитов О. М., Курбанова Н.К., Исматова Ю.Н., Умиркулов С. Ш. ГЛЮКОЗА В КРОВИ ДО И ПОСЛЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 155

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Исматова Ю.Н., Умиркулов С. Ш., Каланова Н.Б. ОСТАТОЧНЫЙ АЗОТ КРОВИ ДО И ПОСЛЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 155

Юлдашев К.А., Мангитов О. М., Исматова Ю.Н., Курбанова Н.К., Турсунов С.С. РЕЗУЛЬТАТ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (РЭГ) СОСУДИСТОЙ АРХИТЕКТОНИКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 156

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Халидова Х.Р., Исматова Ю.Н. СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 157

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Исматова Ю.Н., Умиркулов С. Ш. БИЛИРУБИН КРОВИ ДО И ПОСЛЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 158

Юлдашев К.А., Халидова Х.Р., Алимухамедова Ю.А., Курбанова Н.К., Турсунов С.С., Мангитов О.К., Калонова Н.Б. ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮЩИХ ЛИМФОЦИТОВ В ДИАГНОСТИКЕ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ 159

Юлдашев К.А., Таджибаев Б.Т., Джалилова А., Мухитдинова Д.С., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К., Мирзанеметов З.В. РЕЗУЛЬТАТЫ 10-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ РИСКА. 160

Юлдашев К.А., Кобулов Ш. М., Мангитов О. М., Турсунов С.С., Курбанова Н.К., Исматова Ю.Н., Х. Р. Мирзаев. БЕЛКОВЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 160

Юлдашев К.К., Гайфулина И.Т., Мегедь Е.С. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИППП ЗА 2012/2013 гг. ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ УЧТЕПИНСКОГО РАЙОНА Г. ТАШКЕНТА 161

Юлдашев К.К., Гайфулина И.Т., Мегедь Е.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ФУЦИС» В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА 161

Юлдашев К.К., Салахутдинова Ф.И. НЕОБХОДИМОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА СИФИЛИС У ЛИЦ, ВСТУПАЮЩИХ В БРАК..... 162

Юлдашев К.К., Салахутдинова Ф.И. РОЛЬ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ВЕНЕРИЧЕСКИМ ИНФЕКЦИЯМ 162

Юлдашев К.А., Халидова Х.Р., Алимухамедова Ю.А., Курбанова Н.К., Турсунов С.С., Мангитов О.К., Калонова Н.Б. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИТРЕПОНЕМНЫХ IGG И IGM МЕТОДОМ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА ПРИ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ СИФИЛИСА 163

Юлдашев К.А., Мангитов А.К., Махсудов М.Р., Исаев С.Х. ЗАХМНИНГ ТУРЛИ БОСҚИЧЛАРИДА ЭНДОГЕН ЗАХАРЛАНИШ ХОЛАТИ 164

Dzhusupgaliyeva M.KH., Tonkonogova N.V. REQUENCY OF SELECTION CONDITIONALLY-PATHOGENIC MICROORGANISMS AND MUSHROOMS FOR WOMEN WITH INFLAMMATORY PROCESSES OF GENITALIA 164

Tonkonogova N. V., Dzhusupgaliyeva M.Kh., Kuptileuova K.N. FREQUENCY OF ALLOCATION OF MYCOPLASMAS AT FERTILNOGO'S WOMEN OF AGE 165

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

Абдиева Д.Х., Каримова М.А., Валиева М.С., Дырда Н.И. АТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ 166

Абдуллаев Т.У., Ахмедова Ш.У. ГРИБКОВЫЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 166

Абдуллоева М.А., Зоиров П.Т. pH КОЖИ У БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ 167

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Асадов Р., Алимжанов А.А. БАКТЕРИАЛЬНАЯ СУПЕРИНФЕКЦИЯ ПРИ КОЖНОМ ЛЕЙШМАНИОЗЕ 168

Абидова З.М., Разыков А.А., Извекова О.В. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МИКОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 168

Абидова З.М., Разыков А.А., Извекова О.В. ДИНАМИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕРМАТОМИКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА 2009–2013 гг. 169

Абидова З.М., Бегимкулов С.Ш., Бабаджанов А. ПРЕПАРАТЫ ЛИНИИ КАНДИД В ТЕРАПИИ ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ. 170

Абидова З.М., Карабаева И.Т., Ли О.Р. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ШАМПУНЯ «КЕТО-ПЛЮС». 171

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Жуманов Д.Х. СИТУАЦИЯ ПО ДЕРМАТОМИКОЗАМ В РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2009–2013 гг. 172

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Цой М.Р., Икрамова Н.Д. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ МИКОТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ 174

Абидова З.М., Нурматов У.Б. СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ И pH СРЕДЫ КОЖИ В ОЧАГАХ ПРИ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ ЛОБКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 175

Абидова З.М., Икрамова Н.Д. СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 176

Абидова З.М., Разыков А.А., Извекова О.В. РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ДЕРМАТОМИКОЗЫ 176

Абидова З.М., Извекова О.В., Жуманов Д. Х, Ишанкулов А.М., Жалилов Ф.С. СОСТОЯНИЕ РЕГИСТРАЦИИ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ 177

Абилкасимова Г.Е., Ешимов А.Е., Березовская И.С. ПРИМЕНЕНИЕ РОЗЕОФУНГИНОВОЙ МАЗИ В ТЕРАПИИ ДЕРМАТОФИТИИ 178

Арифов С.С., Арифова М.Х., Абдурашидов А.А. ПРОИЗВОДНЫЕ АЛЛИЛАМИНА В ТЕРАПИИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ 178

Байраммухаммедов С.Т., Рейимкулиев Б.Р. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВОЙ ДЕРМАТОФИТИИ 179

Байраммухаммедов С.Т., Кудратуллаев К.Н. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАХОВОЙ ДЕРМАТОФИТИИ. 179

Иванищева И.А. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МИКОЗА СТОП У МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 179

Иванов С.В. ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ МИКОЗОВ ГЛАДКОЙ КОЖИ 180

Икрамова Н.Д. ДИСБИОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ МИКОЗА СТОП 181

Какабаева О.А., Атаева А.А. ЧАСТОТА И ВИД ОСЛОЖНЕНИЙ, ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ПРИ ЗООНОЗНОМ КОЖНОМ ЛЕЙШМАНИОЗЕ 182

Карабаева И.Т. К ВОПРОСУ КЛИНИКИ МИКРОСПОРИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ 182

Карабаева И.Т. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРБИНАФИНОМ ДЕТЕЙ С МИКРОСПОРИЕЙ 183

Касимов Х.К., Норбоев З.К., Касимов К.К. КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ 183

Камолов З.Р., Рахматов А.Б., Абидова З.М. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА....184

Кудратуллаев К.Н., Кекилова Г.А., Бяшимова Ф.Б. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКОЗОВ СТОП В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ....185

Кудратуллаев К.Н., Кекилова Г.А., Атаева А.А. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИКОЗОВ СТОП....185

Лопатина Ю.В. ПЕДИКУЛЕЗ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ....186

Малярчук Т.А., Соколова Т.В. ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП ТОПИЧЕСКИМИ АНТИМИКОТИКАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ....186

Малярчук Т.А., Соколова Т.В. ОСЛОЖНЕННЫЙ МИКОЗ СТОП: ТАКТИКА ЕГО ЛЕЧЕНИЯ СЕРТАКОНАЗОЛОМ....187

Малярчук А.П., Соколова Т.В. СКОТЧ-ПРОБА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЧЕСОТКИ....188

Нурматов У.Б. ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА МИКРОФЛОРУ И РН КОЖИ ПРИ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ ЛОБКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ....189

Пурышкина О.Д. ГЛИКОДЕМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕМОДИКОЗА КОЖИ И ВЕК....189

Равшанова Д.Т., Хужамбердыев О.А. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ....190

Свирид С.Г., Сологуб Л.В. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП....191

Собирқулов Ш.У., Мақсудов М.Р., Эшбоев С.Э. КЕРАТОМИКОЗЛАРНИНГ ЛАБОРАТОРИЯ ДИАГНОСТИКАСИ....191

Собирқулов Ш.У., Мақсудов М.Р., Эшбоев С.Э., Асадов Р.К. ОЁҚ — ПАНЖА ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ ЛАБОРАТОРИЯ ТАШХИСИ....192

Тонконогова Н.В., Акышбаева К.С., Джусупгалиева М.Х. ВОЗБУДИТЕЛИ МИКОЗОВ СТОП У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА....192

Тошпулатов Б.Х., Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З. ЭФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ВЕРРУКАЦИД» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК....193

Убайдуллаев З.Х., Убайдуллаев А.А. КОМПЛЕКСНАЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ....194

Убайдуллаев З.Х. ИММУНО-ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ....194

Убайдуллаев З.Х., Убайдуллаев А.А. ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ....195

Устобаева Т.Т., Абдиева Д.Х., Малярчук А.П. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ МЕДИФОКСОМ....196

Устобаева Т.Т., Абдиева Д.Х., Малярчук А.П. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ДИНАМИКУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕСОТКОЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН....197

Федоренко А.Е., Головченко Д.Я., Сологуб Л.В. МИКОЗ СТОП И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ....198

Эшбоев Э.Х., Эшбоев С.Э., Ёқубова М.А. ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ХУДУДИДАГИ МОХОВ (ЛЕПРА) КАСАЛЛИГИНИНГ ЭСКИ ВА ЯНГИ ЎЧОҚЛАРИНИНГ ТАХЛИЛИ....199

Эшбоев Э.Х., Собирқулов Ш.У., Эшбоев С.Э. МИКОЛОГИК ЛАБОРАТОРИЯ ВА УНДА ИШЛАШ ТАРТИБИ....199

Эшбоев Э.Х., Эшбоев С.Э. БУХОРО ВА НАВОИЙ ВИЛОЯТИЛАРИДА АНИҚЛАНГАН МОХОВ КАСАЛЛИГИ ЎЧОҚЛАРИНИНГ БАЁНИ....200

УДК: 616.5+616.97+613.495-«313» (575.1)

СТРАТЕГИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ И ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН НА 2014–2018 ГОДЫ

САБИРОВ У.Ю., АБИДОВ А.М., ИЗВЕКОВА О.В.

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

РЕЗЮМЕ

СТРАТЕГИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ И ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН НА 2014–2018 ГОДЫ

Сабиров У.Ю., Абидов А.М., Извекова О.В.

В статье отражены современное состояние, достижения и имеющиеся проблемы в дерматовенерологической и дерматокосметологической службах Республики Узбекистан.

Ключевые слова: стратегия, дерматовенерология, приоритеты развития.

РЕЗЮМЕ

2014–2018 ЙИЛЛАРДА ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИЯ ХИЗМАТИНИНГ РИВОЖЛАНИШ ИСТИҚБОЛЛАРИ ВА СТРАТЕГИЯСИ

Сабиров У.Ю., Абидов А.М., Извекова О.В.

Мақолада Ўзбекистон Республикаси дерматовенерология ва дерматокосметология соҳасининг хозирги холати, унинг ютуқлари ва муаммолари ёритилган. Дерматовенерология ва дерматокосметология 2014–2018 йилларда истиқбол йўналишлари ва стратегик ривожланиш йўллари кўрсатилган.

Калит сўзлар: стратегия, дерматовенерология, истиқбол йўналишлари.

SUMMARY

STRATEGY OF DEVELOPMENT OF SERVICE DERMATOVENERELOGY AND DERMATOCOSMETOLOGY SERVICES OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN FOR 2014–2018 YEARS

Sabirov U.Yu., Abidov A.M., Izvekova O.V.

The article reflects the current state of the achievements and the problems in the services dermatovenereologic and deramatocosmetology Uzbekistan. Showing priorities and strategic directions of development and dermatovenereologic dermatocosmetology services for the period of 2014–2018 years.

Keywords: strategy, dematovenereology, development priorities.

Стратегия — это обобщающая модель действий, необходимых для достижения поставленных долгосрочных целей путем координации и распределения ресурсов компании. По существу, стратегия определяет направления деятельности, является основой для принятия решений, которыми служба руководствуется в своей работе. На основе разработанной и принятой стратегии создается план действий, конкретизирующий механизм ее внедрения.

Стратегическое планирование — это процесс создания и претворения в жизнь алгоритмов действий, связанных в пространстве (по исполнителям) и во времени (по срокам), нацеленных на выполнение принятой стратегии.

Стратегия и перспективы развития дерматовенерологической и дерматокосметологической

служб определяются, в основном, двумя показателями. Это:

— уровень заболеваемости болезнями кожи, подкожной клетчатки, инфекциями, передающимися половым путем;

— потребность населения в дерматовенерологической и дерматокосметологической помощи, в том числе по коррекции врожденных или приобретенных пороков развития, улучшению свойств и качества кожи, общего оздоровления.

Важную роль в развитии отрасли имеет существующая материально-техническая база, возможности и планы по ее обновлению, наличие кадрового потенциала в стране.

Мировой опыт убедительно доказал, что повышение конкурентоспособности на основе формирования стратегии устойчивого развития и управления экономической эффективностью становится одной из первостепенных задач, которую необходимо решать уже в ближайшее время. Назрела необходимость разработки эффективных механизмов управления путем повышения уровня компетентности, внедрения усовершенствованных информационных систем и повышения уровня финансовой самостоятельности медицинских учреждений.

В ходе реформирования системы здравоохранения должны активно внедряться процессы интеграции и централизации управления отраслями. Одним из таких примеров может стать создание учреждения смешанного типа путем объединения кожно-венерологических диспансеров под руководством РСНПМЦ ДиВ, когда областные диспансеры стали бы филиалами центра, с сохранением бюджетной диспансерной работы на районном уровне. При этом доля государственного бюджета должна составлять в филиалах не менее 60–70 %, а остальные 30 % составят внебюджетные средства путем расширения оказания платных медицинских услуг населению.

Целью данного преобразования являются совершенствование организации оказания дерматовенерологической и косметологической помощи населению, рациональное использование и улучшение материально-технических баз государственных учреждений здравоохранения, совершенствование системы управления кожно-венерологическими учреждениями.

Данный опыт организации работы дерматовенерологической службы является новым для дерматовенерологической практики, хотя за рубежом, а также в республике по некоторым другим отраслям здравоохранения элементы подобных преобразований начали применять давно.

Другим направлением управления экономической эффективности должно стать повышение эффективности использования коечного фонда за счет внедрения малозатратных технологий и развитие стационарзамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению, перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный.

Чрезвычайно серьезную медико-социальную проблему, угрожающую репродуктивному здоровью населения и оказывающую непосредственное влияние на демографическую ситуацию, представляют инфекции, передаваемые преимущественно половым путем. На современном этапе проблема ИППП является актуальной, в том числе в связи тенденцией роста инфицированности ВИЧ-инфекцией во всем мире.

ИППП занимают значительное место среди общей инфекционной заболеваемости. По мнению ведущих специалистов республики, несмотря на стабилизацию заболеваемости сифилисом, имеются все предпосылки его роста в будущем. Обращает на себя внимание увеличение числа больных с ранними скрытыми формами сифилиса (свыше 61 % всей заболеваемости сифилисом по итогам 2012 г.), что может служить резервуаром висцеропатологии, в том числе нейросифилиса. Имеется тенденция повышения регистрации сифилиса у беременных женщин при 2-кратной вассерманизации.

Другими эпидемиологическими факторами, влияющими на показатель распространенности и заболеваемости, являются увеличение числа больных в возрасте от 18 до 30 лет (сифилисом — 44 %, гонореей — 66 %), нарастание больных в группе лиц, не работающих в государственных учреждениях (в том числе трудовые мигранты), свободная продажа антибиотиков в аптечной сети, что служит причиной самолечения населения.

Фактором, влияющим на эпидемиологический процесс в части распространения урогенитальных ИППП, остается урогенитальный трихомониаз из-за способности tr. vaginalis фагоцитировать другие микробные частицы. Рост урогенитального трихомониаза у женщин фертильного возраста и регистрация до 80 % инфицированности у них указывают на ослабление работы с группой конфронтации (половые партнеры), особенно со стороны акушер-гинекологов.

Кроме того, настораживает тенденция роста числа больных в сельской местности и значительный рост числа сочетанных инфекций как бактериальной (трепонемы, гонококки, хламидии), так и вирусной (генитальный герпес, папиллома, гепатиты, ВИЧ) этиологии, что является неблагоприятным показателем инфекционного процесса. Предполагается рост других ИППП вследствие взаимодействия и взаимного усиления множества неблагоприятных факторов, способствующих формированию постоянных эпидемических каналов распространения сексуальных инфекций.

В вышеизложенном прослеживается тенденция к напряжению эпидемиологической ситуации по ИППП.

Одним из важных приоритетов профилактики ИППП является своевременная и адекватная лабораторная диагностика. В настоящее время во всех лабораторных подразделениях службы осуществляется реализация приказа № 128 «Об организации профилактического обследования на сифилис в лечебно-профилактических учреждениях». Для микробиологической идентификации урогенитальных ИППП продолжают широко использоваться классические методы диагностики — бактериоскопия и посев на питательные среды.

Однако в диагностике возбудителей ИППП продолжают оставаться нерешенными многие проблемы, такие как недостаточное использование методов культуральной диагностики; несоблюдение алгоритмов обследования; использование нестандартизированных сред для культуральной диагностики. Также не определена диагностическая значимость молекулярных методов исследования, несовершенны системы внешнего и внутрилабораторного контроля качества и т. д.

Лечение пациентов с ИППП в специализированных лечебно-профилактических учреждениях проводится в соответствии с утвержденными нормативными документами Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, которые регулярно пересматриваются в соответствии с последними достижениями мировой медицинской науки. При этом следует подчеркнуть, что до настоящего времени отсутствует единый подход к определению тактики терапии ИППП как у дерматовенерологов, так и у врачей смежных специальностей.

С целью унификации оказания дерматовенерологической помощи и развития системы управления качеством в дерматовенерологии специалистами РСНПМЦ ДиВ в тесном сотрудничестве с профильными кафедрами и региональными кожно-венерологическими учреждениями проводится планомерная разработка нормативных документов системы стандартизации и, в первую очередь, стандартов или протоколов ведения больных в РСНПМЦ ДиВ, которые позволяют определить четкий алгоритм диагностики, лечения, а также обязательный спектр диагностических и лечебных мероприятий, оказываемых больным.

Разрабатываемые клинические протоколы для РСНПМЦ ДиВ должны стать базовой основой для подготовки региональных протоколов ведения больных с учетом региональных особенностей.

Несмотря на то, что в течение последних десяти лет приоритетными направлениями были инфекции, передаваемые половым путем, научно-исследовательскими коллективами продолжалась работа по изучению патогенеза, клинико-эпидемиологических особенностей распространенных, тяжелых и социально значимых дерматозов с последующей разработкой эффективных диагностических и терапевтических методов. В то же время внимание, оказываемое краевой патологии (витилиго, фотодерматозы, паразитарные заболевания, генодерматозы), крайне недостаточно.

Распространенность дерматозов среди общей популяции во много раз превышает распространенность ИППП. В последние годы изменился патоморфоз дерматозов. Стали чаще регистрироваться больные с тяжело протекающими формами атопического дерматита, псориаза, увеличивается число больных с тяжелыми, инвалидизирующими формами псориатического артрита. Отмечается явная тенденция к увеличению торпидно текущих, резистентных к проводимой терапии дерматозов. Помимо негативного влияния социальных факторов и неблагоприятного воздействия внешней среды, этому в немалой степени способствует и нерационально проводимая терапия. Несмотря на отсутствие официальных статистических данных, можно утверждать, что больных с такими аутоиммунными заболеваниями, как истинная пузырчатка, очаговая склеродермия, становится больше, причем протекают эти заболевания агрессивнее. Во всем мире, а также и в нашей стране, в последние годы увеличивается регистрация больных туберкулезом, прежде всего, туберкулезом легких. Однако сведений о больных туберкулезом кожи практически нет. Данная ситуация настораживает и делает необходимым проведение учебных семинаров в регионах по диагностике этой патологии кожи. Сохраняют свою социальную значимость и актуальность гнойничковые заболевания кожи, угревая болезнь.

Проблемы детской дерматовенерологии во всем мире, в том числе и в Узбекистане, в последнее десятилетие не только не потеряли свою актуальность, но и приобрели еще большую медико-социальную значимость. Отсутствует этапная система специализированной медицинской помощи детям, страдающим аллергодерматозами. Ощущается дефицит детских дерматологов. Несмотря на то, что в структуре КВД имеются детские дерматологические койки, необходима организация детских дерматологических отделений с учетом оказания дерматологической помощи детям раннего возраста. Отсутствие системы специализированной помощи детям раннего возраста приводит к различным осложнениям и часто к инвалидности. Многие дерматологические заболевания у взрослых являются следствием несвоевременного и некачественного лечения болезни, возникшей еще в детском возрасте. В связи с этим актуальность своевременно начатого качественного лечения кожной патологии в детском возрасте и ее вторичная профилактика являются механизмом

снижения осложнений и уменьшения количества кожных заболеваний в более позднем возрасте.

Опыт наших коллег за рубежом показывает, что в практике дерматолога патоморфологическое исследование является основой для подтверждения диагноза. Специальные гистологические исследования дерматологическим пациентам проводятся только на базе РСНПМЦ ДиВ. В региональных учреждениях в лучшем случае биопсированный материал обрабатывается и анализируется патологоанатомами либо направляется в патоморфологические лаборатории онкологических диспансеров для анализа специалистам, не всегда ориентирующимся в специфике кожной патологии. Существует насущная проблема как в подготовке соответствующих специалистов, так и в организации патоморфологических лабораторий. Нет должного внимания иммуногистохимическим исследованиям. Современное полноценное обследование дерматологического больного невозможно без гистологического исследования и иммуногистохимического анализа. При ряде дерматозов (злокачественная лимфома кожи, псевдолимфомы кожи и др.) в целях дифференциальной диагностики в мировой практике применяют высокочувствительные и специфичные молекулярно-биологические методы: полимеразную цепную реакцию и иммуноблоттинг. Также определилась тенденция к развитию физических методов диагностики структур кожи, таких как оптическая когерентная томография, магнитно-резонансная томография, конфокальная микроскопия. В нашей стране подобные методы не применяются. Эти исследования необходимо внедрять в РСНПМЦ ДиВ, для чего в перечень дооснащения Центра был включен такой аппарат, как конфокальный лазерный сканирующий микроскоп для гистологического исследования кожи in vivo.

В связи с увеличением числа больных псориатическим артритом возникает потребность в обследовании этих пациентов с помощью рентгеновской аппаратуры, а также современных методов диагностики костной патологии — остеосцинтиграфии, денситометрии, проводимых с целью объективной оценки эффективности лечения этих больных. Однако научные и лечебно-профилактические учреждения службы практически не имеют оборудования для этих целей. Немало существует вопросов и по проблеме терапии больных с тяжелами заболеваниями кожи. Ежегодно обсуждается проблема лечения больных герпетиформным дерматитом Дюринга, однако вопрос обеспечения этих больных сульфоновыми препаратами до сих пор остается нерешенным. Аналогичная ситуация складывается с лечением кожного лейшманиоза.

Не теряет свою остроту проблема дерматомикозов. Проявлениями грибковых заболеваний являются различные локальные поражения кожи, ногтей, слизистых оболочек полости рта, кишечника, уретры и влагалища, однако при серьезных нарушениях иммунореактивности организма может наступить генерализация процесса и тогда грибковые заболевания приобретают жизнеугрожающий характер. При длительном существовании в организме больного грибковой инфекции увеличивается частота возникновения сосудистых поражений, развитие рожистого воспаления и вирусных бородавок в несколько раз.

В области эпидемиологии, диагностики и лечения микозов кожи и слизистых оболочек, гено- и профдерматозов, онкодерматологии остается много вопросов и нерешенных проблем. Эти и другие важные темы актуальны и требуют скорейшего обсуждения.

Общей стратегией в решении дерматологических заболеваний должно быть использование лекарственных препаратов (антигистаминных, антицитокиновых, липидемических, противовоспалительных и др.), которые разработаны в республике, причем с использованием местного сырья, что позволит значительно повысить использование конкретных лекарственных препаратов, не уменьшая общей терапевтической эффективности.

В Узбекистане развитие косметологических услуг, как одного из видов медицинской помощи населению, строится на основе приказа МЗ РУз «Об организации медицинской косметологической помощи населению» от 17.01.2011 г. № 20. Утверждена номенклатура работ и услуг по оказанию соответствующей дерматокосметологической медицинской помощи, что позволяет распространить на косметологические услуги все требования по медико-организационным, социально-гигиеническим и психологическим аспектам качества медицинской помощи.

Вместе с тем, в развитии и становлении дерматокосметологии на данном этапе отмечается ряд недостатков. Стихийно создаваемые косметологические кабинеты, клиники, амбулатории, центры, работающие на коммерческой основе, имеют различную организационно-правовую форму, структуру, штатное обеспечение и оснащение соответствующим оборудованием. Отсутствует полный комплект нормативной документации, регламентирующей деятельность врача-косметолога, не исследованы прогностические тенденции потребности населения в косметологической помощи, не определены основные направления совершенствования организации косметологических услуг населению. Нуждаются в дальнейшем изучении организационные формы деятельности косметологических предприятий при оказании косметологических услуг населению.

В настоящий момент в области дерматокосметологии очень многие вопросы не урегулированы; не приняты стандарты, технологии, зако-

нодательные акты, регулирующие деятельность косметологических медицинских учреждений, образовательные программы необходимо постоянно совершенствовать. Контроль над деятельностью частных косметологических клиник должен осуществляться на государственном уровне, так как в этой сфере высок риск заражения пациентов ВИЧ, гепатитом и т. д. Отсутствие централизованного контроля в данной сфере медицинских услуг представляет собой большую социальную проблему.

В сложившейся в настоящее время ситуации практически отсутствует контроль со стороны государства за качеством медицинской помощи в лечебных учреждениях негосударственного профиля.

Резюмируя вышеизложенное, приоритетами развития службы, на наш взгляд, должны быть:

• стратегические направления развития дерматовенерологической и дерматокосметологической служб:

— создание нормативно-правовой базы (анализ правовой базы и разработка новых нормативных актов различного уровня и ведомственной принадлежности, подготовка методических материалов по современным методам контроля над распространением ИППП, методам терапии и профилактики дерматозов), в том числе*:*

регулярная разработка (пересмотр) и утверждение пересмотренных протоколов по лечению и диагностике, разработанных с учетом оказания помощи на разных уровнях здравоохранения;

пересмотр показателей нагрузки врача-дерматовенеролога, включение в структуру и штатные нормативы региональных КВУ соответствующих должностей, в том числе лабораторных (врач-дерматокосметолог, врач-бактериолог и т. д.), используя предложения, разработанные в соответствии с приказом МЗ РУз от 13.03.2011 г. № 78;

внедрение утвержденных стандартов обследования ИППП в практическую деятельность урологов, акушер-гинекологов и других смежных специалистов, а также в деятельность медицинских учреждений, имеющих лицензию Министерства здавоохранения на занятие частной медицинской деятельностью;

пересмотр совместного приказа с МВД «О дополнительных мерах профилактики классических венерических и заразных кожных заболеваний среди социально неадаптированных лиц, отдельных уязвимых групп населения, а также лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы» от 15.05.1997 г. № 235\102;

разработка и усовершенствование нормативно-правовой базы по дерматокосметологии и эстетической медицине в Узбекистане;

включение в состав рабочих групп по обсуждению приказов других медицинских дисциплин, касающихся в том числе профилактики ИППП и заразных кожных заболеваний (акушер-гинекологи, урологи, эпидемиологи и т. д.), специалистов-дерматовенерологов;

— просить Министерство здравоохранения Республики Узбекистан о ведении контроля за неукоснительным выполнением всеми ЛПУ и аптечными сетями действующего приказа №191 в части продажи лекарственных средств (антибиотиков и др.) по рецептурным бланка;

• межсекторальный подход к проблеме профилактики распространения ИППП и повышения эффективности лечения дерматологических заболеваний:

— взаимосвязанная работа со специалистами смежных специальностей (гинекологи, урологи и др.) и ведомственными учреждениями (МВД, МСЧ, аэропорт, ЖД и др.) по выявлению и регистрации ИППП и других дерматовенерологических заболеваний с унифицированными подходами к диагностике ИППП;

— паспортизация (оборудование и подготовка соответствующих специалистов) ведомственных и негосударственных медицинских учреждений, занимающихся диагностикой ИППП и заразных кожных заболеваний;

— оказание методической и практической помощи специалистам ведомственных и негосударственных медицинских учреждений по улучшению диагностики и профилактики распространения ИППП и заразных кожных заболеваний.

Инфекции, передаваемые половым путем, включены в перечень социально-значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Медицинский осмотр декретированного контингента на выявление данных заболеваний должен осуществляться только в стенах государственного специализированного медицинского учреждения РСНПМЦ ДиВ или в региональных КВД. Это будет означать государственный контроль за инфекциями, передающимися половым путем;

— на клинической базе ТашПМИ расширение детского дерматологического отделения с койками для лечения детей раннего возраста, организация коечного отделения для лечения детей раннего возраста в областных КВД;

• повышение экономической эффективности службы, в том числе:

— создание на первом этапе межрегиональных централизованных серологических и бактериологических лабораторий (имеющих ИФА лаборатории) с переходом к централизации управления службой с созданием филиалов (возможно также межрегиональных);

— разработка и утверждение единого подхода в организации работы и финансирования КВУ всех уровней с учетом различия в удельном весе самофинансирования в разных уровнях при сохранении 100%-ного бюджетного финансирования КВ кабинетов районного и городского уровней (первичная помощь);

— внедрение стационарзамещающих технологий с постепенным перераспределением части объемов из стационарного сектора в амбулаторный (после предварительной паспортизации службы);

— развитие хозрасчетной деятельности учреждений дерматовенерологической службы для улучшения материально-технической базы и стимулирования медицинских работников;

• ***развитие кадрового потенциала*:**

— изучение квалификационной категорийности врачей, работающих в дерматовенерологической службе, а также в лабораториях ЛПУ, осуществляющих серологическую и бактериологическую диагностику ИППП, в том числе хозрасчетных, с определением потребности в кадрах;

— возобновление системы государственного заказа при подготовке специалистов в клинической ординатуре с требованием отработки в течение 3–5 лет на местах, откуда были направлены;

— помимо обучения на кафедрах ТашИУВ, проведение обучающих семинаров на базе РСНМЦ ДиВ и областных центров с привлечением ведущих специалистов Центра не только по дерматовенерологии и медицинской косметологии, но и по лабораторной диагностике ИППП и заразных кожных заболеваний, а также обучение врачей ВОП по дерматовенерологии;

— постоянное повышение профессионального уровня, поощрение научно-исследовательской деятельности практикующих врачей, стажировка врачей и обмен опытом с коллегами из-за рубежа, совместная работа со смежными специалистами;

— внедрение в практику здравоохранения современных и усовершенствованных методов диагностики и лечения больных с ИППП, заразными кожными заболеваниями и дерматозами с использованием методических рекомендаций, стандартов и клинических протоколов, разработанных в РСНПМЦ ДиВ;

— возобновление курации региональных кожно-венерологических учреждений профильными кафедрами в регионах республики;

• ***образование специалистов и работа с населением*;**

— проведение тематических школ (школа псориаза, школа фотодерматозов и т. д.) для врачей КВД в регионах;

— проведение выступлений, лекций, бесед с помощью средств массовой информации (газеты, журналы, радио, телевидение) по профилактике ИППП, заразных кожных заболеваний среди населения (школы, колледжи, лицеи и высшие учебные заведения, махалли);

— проведение тематических специализированных дней в РСНПМЦ ДиВ и во всех региональных диспансерах, где можно получить высококвалифицированную бесплатную консультацию у врачей-дерматовенерологов в части диагностики новообразований и других дерматозов (день меланомы, день псориаза и пр.);

модернизация материально-технического обеспечения службы;

— пересмотр «Табелей оснащения региональных, городских и районных КВУ»;

— проведение паспортизации КВУ в части фактического оснащения медицинским и лабораторным оборудованием;

— расширение консультативно-диагностических возможностей и модернизация материально-технической базы с акцентом на внедрение новых медицинских технологий, аппаратных методов лечения и др.;

• ***в области научно-исследовательской работы — развитие приоритетных направлений и разработка медицинских технологий:***

— фундаментальные, прикладные, поисковые научные исследования и экспериментальные разработки, в том числе прогнозирование, планирование, проведение научных исследований в области дерматовенерологии, включая лабораторную диагностику ИППП, заразных кожных заболеваний, тяжелых дерматозов, а также эпидемиологические исследования для разработки адекватных подходов к профилактике и прогнозированию заболеваемости в соответствии с разработанной научной платформой в дерматовенерологии и дерматокосметологии;

— изучение молекулярно-биологических и генетических особенностей ИППП, влияния их изменчивости на динамику заболеваемости, клинического течения и исхода лечения с использованием элементов доказательной медицины;

• ***создание информационного пространства для проведения государственных статистических и эпидемиологических наблюдений:***

— проведение оценки квалификации врачей и среднего медицинского персонала, занимающихся статистической отчетностью для КВУ;

— проведение обучающих семинаров для врачей и среднего медицинского персонала, занимающихся статистической отчетностью для КВУ (что обеспечит достоверность статистических данных);

— изучение антибиотикочувствительности возбудителя гонореи в регионах;

— проведение эпидемиологических исследований с элементами социологического опроса среди групп риска для дальнейшего использования при разработке профилактических мероприятий;

— взаимодействие с врачами ВОП, ветеринарной и ДСЭН службами по проведению эпидемиологических и профилактических мероприятий по борьбе с распространением заразных кожных заболеваний.

***Реализация стратегических направлений позволит*:**

— *сформировать государственную политику признания контроля за распространением и профилактикой ИППП и дерматозов одним из приоритетных направлений обеспечения биобезопасности общества;*

— *качественно улучшить основные направления деятельности дерматовенерологической службы, медицинскую помощь пациентам с ИППП и дерматозами, что благоприятно отразится на состоянии здоровья населения, качестве и продолжительности жизни.*

Таким образом, перед дерматовенерологической службой страны стоят большие и сложные задачи. Их выполнение зависит не только от того, сможем ли мы правильно поставить ориентиры и цели, но также и от взаимодействия и сотрудничества с областными и городскими органами управления здравоохранения и смежными специалистами на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Вышеизложенные данные систематизированы и переданы на рассмотрение и утверждение в Министерство здравоохранения Республики Узбекистан и предполагают разработку стратегической программы на ближайшие годы с изданием Министерством здравоохранения Республики Узбекистан нормативного документа.

ЛИТЕРАТУРА

1. ПКМ РУз «О вопросах организации деятельности республиканских специализированных научно-практических медицинских центров» от 21.05.2009 г. № 145.
2. Приказ МЗ РУз «О головном специализированном учреждении от 20.11.2009 г. » № 347.
3. Приказ МЗ РУз «О мерах по оптимизации оказания дерматовенерологической помощи населению Республики Узбекистан» от 31.03.2010 г. № 99.
4. Приказ МЗ РУз «Об организации медицинской косметологической помощи населению» от 17.01.2011 г. № 20.
5. Приказ МЗ РУз «Об организации профилактического обследования на сифилис в лечебно-профилактических учреждениях» от 10.05.2012 г. № 128.
6. Приказ МЗ РУз «Стандарты диагностики и лечения по дерматовенерологии и медицинской косметологии» от 30.12.2011 г. № 341.
7. Инструкция по ведению больных с классическими венерическими и заразными кожными заболеваниями. 2010 г.
8. Абидов А.М. Республикада дерматовенерологик хизмат: ютуқлар, муаммолар, истиқболлар // Соғлиқни сақлашни ташкил этиш ва бошқариш. 2013. № 1. 10 с.
9. Сабиров У.Ю., Абидов А.М., Извекова О.В. Дерматологическая служба республики на современном этапе // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2013. № 4. С. 4–8.
10. Материалы семинара в РСНПМЦ ДиВ Мз РУз «2013 йилда дерматовенерология сохаси бўйича бажарилган ишлар хисоботи ва 2014 йил давомида амалга ошириладиган ишларга чора тадбирлар режасини тузиш» 10–11 01.2014 г.

УДК: 616.516.5-092

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

МАВЛЯНОВА Ш.З., МУМИНОВА С.Р., ГУЛЯМОВА Г.Ш.

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

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р., Гулямова Г.Ш.

В статье приведены современные аспекты патогенеза атопического дерматита с учетом иммунно-генетических и биохимических исследований у больных АД. У больных АД впервые в Узбекистане определен полиморфизм 590C>T гена IL-4. В организме у больных АД наблюдается сопряженность иммунно-биохимической системы, что раскрывает дополнительные иммунно-биохимические и генетические механизмы развития атопического дерматита.

Ключевые слова: атопический дерматит, патогенез, гены цитокина ИЛ-4, цитокины ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-6, ФНО-альфа, липидный спектр, эдногенная интоксикация

РЕЗЮМЕ

АТОПИК ДЕРМАТИТГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р., Гулямова Г.Ш.

Маколада атопик дерматит билан касалланган беморларда касалликнинг иммун-биокимёвий ва генетик тадкикотларга асосланиб замонавий муаммолари келтирилган. Узбекистонда биринчи маротаба атопик дерматитда IL-4генининг 590C>T полиморфизми урганилган. Атопик дерматитда иммун-биокимёвий ва генетик омилларининг узаро богликлиги кузатилган.

Калит сузлар: атопик дерматит, патогенез, ИЛ-4 генлари, ИЛ-4,ИЛ-5, ФНО-альфа цитокинлари, липид алмашинуви, эндоген интоксикация.

SUMMARY

MODERN VIEWS TO THE PATHOGENESIS OF ATOPIC DERMATITIS

Mavlyanova Sh.Z., Muminova S.P., Gulyamova G.Sh.

The article presents the modern aspects of the pathogenesis of atopic dermatitis based on immunogenetic b biochemical studies in patients with AD. Patients with AD first time in Uzbekistan identified polymorphism 590C> T gene IL-4. In the body in patients with AD observed conjugation immunobiochemical system that reveals additional immuno-biochemical and genetic mechanisms of atopic dermatitis.

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

Атопический дерматит — наследственное, иммуно-нейро-аллергическое, хроническое, рецидивирующее, воспалительное заболевание кожи, обусловленное атопией, проявляющееся интенсивным зудом, симпатергической реакцией кожи (белым дермографизмом), преимущественно эритематозно-лихеноидными высыпаниями в сочетании с другими признаками атопии [1, 15, 24]. Согласно МКБ-10 (2000) представляет группу аллергодерматозов, включающую диффузный и локализованный нейродермит, экзему, почесуху Бенье и другие аллергические заболевания кожи, в основе которых лежат иммунные механизмы, приводящие к повреждению всех слоев эпидермиса.

В последние годы интерес ученых-медиков к проблеме атопического дерматита значительно возрос, что обусловлено продолжающимся ростом распространенности заболевания в различных регионах мира, в том числе в Узбекистане. В развитых странах около 10–15 % детей в возрасте до 5 лет страдают атопическим дерматитом. По данным статистики в Узбекистане атопическим дерматитом страдают 9,1 % населения, особенно детского возраста [2, 4, 5].

В основе развития АД лежат иммунологические нарушения в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета. Характер иммунных дисфункций в различных звеньях иммунитета зависит от многих факторов, в частности, от генетической детерминированности, клинической картины заболевания, его выраженности и стадии, возраста больного [18, 19].

Роль генетических факторов в развитии атопического дерматита изучалась зарубежными и отечественными учеными с помощью методов

исследования медицинской генетики. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки, пределы применения. Если генеалогический метод не всегда позволяет сделать вывод о наследственном характере, то близнецовый материал дает возможность решить вопрос о степени геноили фенотипической обусловленности атопического дерматита. Предполагается аутосомно-доминантный тип наследования (Маннанов А.М., 2000, Федоров С.М., Кубанова А.А., 2001).

Существует мнение, что наследуется патологический характер функционирования различных систем организма — нервной, иммунной, пищеварительной и т. д. Уже с 60–х гг. прошлого столетия было известно, что АД относится к группе так называемых комплексных генетических заболеваний, в основе которых лежит генетическая предрасположенность, но без менделеевского типа наследования. То есть начало заболевания (а также его течение и степень тяжести) обусловлено взаимодействием предрасполагающих генов и триггерных факторов окружающей среды [12, 15, 33].

К настоящему времени опубликованы данные об анализе взаимосвязи атопических заболеваний примерно с 250 генами, показаны ассоциации с 80 из них [20, 23].

Таблица 1

Гены цитокинов, отвечающие за состояние атопии

Гены цитокинов	IL4, IL5, IL13, TNFα, RANTES, CD14, MCC и др.
Гены рецепторов цитокинов	IL4RA, IL5RA, IL5RB, IL13RA1 и др.
Гены метаболизма медиаторов воспаления	SPINK5, PAFAH и др.
Гены факторов транскрипции	STAT6, GATA3и др.
Другие гены	GSTM1, GSTT1, ADAM33, filaggrin и др.

Бобоевым К.Т., Муминовой С.Р. (2012) соавт. был изучен полиморфизм С/Т (-590С>Т) в гене интерлейкина-4 (IL4) у больных атопическим дерматитом. При этом впервые в Узбекистане определен полиморфизм 590С>Т гена IL-4 у больных атопическим дерматитом и у здоровых лиц узбекской национальности с учетом данных клинического и иммунологического обследования (уровня цитокина интерлейкина-4 и общего IgE) [3].

Частота встречаемости полиморфизма 590С>Т гена ИЛ-4 и у больных с АД значительно превышала таковую в контрольной группе, что свидетельствует о достоверной ассоциации между развитием заболевания и данным генетическим маркером.

К числу наиболее значимых иммунологических нарушений при АД относят дисбаланс Th1 и Th2 субклассов Т-клеток, повышенную дегрануляцию тучных клеток и антигенпрезентирующую активность клеток Лангерганса (Флек Е.В., Свечникова Н.Н., Прокофьев В.Ф., 2000, Шадиев Х.К., Ибрагимов У.К., Шахабиддинов Т.Т., 1996, Хаитов К.Н., 2001) Генетическая предрасположенность к аллергии может быть связана с наследственной гиперпродукцией IgE, изменением соотношения Th- и Th-лимфоцитов, дефектностью комплементарной системы [33, 34].

Эти иммунологические нарушения лежат в основе повышенной продукции IgE, аллергических реакций I типа (уртикарные элементы, желудочно-кишечные проявления пищевой аллергии, аллергический ринит, бронхиальная астма) и нарушений клеточной иммунологической реактивности кожи (Kimura M., Tsuruta S., Yoshida T., 2000, Шадиев Х.К., Шахабиддинов Т.Т., 1997, Матушевская Е.В., Багуш П.Г., 2003, Свечникова Н.Н., Лисукова Е.В., Коненков В.И., 2002, Чебуркин А.В., Репина Е.А., 2003).

Нарушения иммунитета могут быть обусловлены сверхпороговыми антигенными воздействиями: погрешности в питании, прием медикаментов, воздействие инфекционных аллергенов (бактериальных, кандидозных, вирусных, паразитарных). Под влиянием длительного воздействия эндогенных и экзогенных факторов меняется направленность иммунных реакций, возникают дисфункции гуморального и клеточного иммунитета, происходит снижение хемотаксиса нейтрофилов, моноцитов, вторично развиваются признаки иммунной недостаточности, формируются неиммунные механизмы аллергических реакций, появляются дефектность адренорецепторов, патологические изменения клеточных мембран [15].

Так, исследованиями Тешабаевой Д.А., Боймирзаева Н.М. (2010 г.) выявлена высокая бактериальная нагрузка кожного покрова у больных АД как в очагах поражения, так и вне очага поражения. Несмотря на отсутствие типичных признаков вторичного инфицирования (импетиго, фолликулиты и др.), на коже у больных АД во всех клинических формах в 58,3 % случаев высевалась патогенная флора семейства Micrococcaceae — st. aureus с высокой колонизацией — 3129,4 ± 127,8 КОЕ/см² ($P < 0,05$) и с чувствительностью к препарату «Цефтриаксон» (85,7 %). При этом наиболее высокая обсемененность st. aureus отмечалась у больных с лихеноидной и пруригинозной формами АД. Высокая колонизация st. aureus на коже у больных АД способствовала возникновению бактериальной сенсибилизации организма и предопределяла развитие аллергического и инвазивно-аллергического вариантов сенсибилизации на фоне иммунологической недостаточности Т-клеточного звена иммунитета гипохелперного характера [10, 11].

При АД имеет место активация группы цитокинов, в частности IL-3, IL-4, IL-5, IL-13 и GM-CSF, а также других менее изученных (Коненков В.И., 2007, Boguniewicz M., 2002, Wassendorf

H., Hannau D., Kraft S., 2000, Akdis C.A., Blaser K. 2001, Augustin M., Zschocke I., 2001). Эти иммунологические отклонения проявляются повышенной восприимчивостью больных с АД к вирусным и грибковым инфекциям, т. е. к тем микроорганизмам, с которыми иммунная система обычно справляется при помощи Т-клеточного звена иммунитета, а они активируются при развитии гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) (Hanifin J., Turston M., Omoto M. , 2001, Балаболкин И.И., Вазир Шах Мухаммед, 2004, Короткий Н.Г., 2000, Сергеев Ю.Б., 2003,Торопова Н.П., 1999).

Изучение цитокинового статуса (ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-6, ФНО-альфа) у 80 больных АД выявило значительные сдвиги клеточной системы иммунитета. Так, концентрация цитокинов ИЛ-4 в 1,6 раза и ИЛ-5 в 13,4 раза превышала показатели здоровых лиц ($P < 0,05$), тогда как показатели ИЛ-6 в 1,6 раза были снижены по сравнению со здоровыми лицами (0,8 ± 0,3 пг/мл против 1,3 ± 0,3 пг/мл здоровых лиц), что свидетельствует о нарушении функциональной активности про – и противовоспалительных цитокинов на фоне гиперпродукции общего IgE. Показатель ФНО-альфа в крови у больных АД в 12,7 раза был повышен по сравнению с контрольной здоровой группой и составил 32,4 ± 1,3 пг/мл против 2,5 ± 0,1 пг/мл —здоровая группа) ($P < 0,05$). Такая высокая концентрация ФНО-альфа и ИЛ-5 свидетельствует о выраженности воспалительного процесса у больных АД, характеризующегося снижением реактивности иммунной системы на бактериальную нагрузку организма, что поддерживает рост и созревание эозинофилов, общего IgE [24, 26].

До недавнего времени атопический дерматит считали сугубо аллергическим заболеванием. Атопия характеризуется генетически детерминированной предрасположенностью к синтезу IgE в ответ на низкие дозы аллергенов (как правило, белковой природы). Однако следует заметить, что примерно у четверти пациентов с данной патологией не выявляется сенсибилизация к аллергенам окружающей среды и отмечаются низкие уровни сывороточных IgE, т. е. нет данных о IgE опосредованном механизме иммунных реакций. Это послужило поводом для дальнейшего изучения патогенеза заболевания и выработки новой стратегии терапии.

В последнее время ученых всего мира, в том числе нашей страны, все больше интересуют механизмы формирования рецидивирующего характера течения заболевания, что неблагоприятно сказывается на формировании будущего поколения — здоровье ребенка. Данные литературы свидетельствуют о частом сочетании патологии кожи с нарушением в работе органов пищеварения (около 90 %) (Бухарович А.М., 1986, Балаболкин И.И. 1999, Гранов В.В. с соавт., 1990, Денисов М.Ю. и Казначеева Л.Ф., 1999, Metcalfe D.D., 1998, Юлдашев М.А., 2006).

В этом аспекте большое внимание исследователей привлекают метаболические нарушения при такой патологии, которые в определенной мере связаны с функциональным состоянием печени (Смолкин Ю.С. с соавт., 2000). В связи с этим наиболее интересным представляется изучение метаболических нарушений у больных атопическим дерматитом. По данным Степуро И.И. (1998), альбумин и липиды сыворотки крови выполняют несколько функций в организме, в том числе способны связывать низкомолекулярные токсичные лиганды, тогда как Горелова С.В. (2006) указывает, что течение атопического дерматита у детей сопровождается нарушением функционального состояния альбумина и липидов, в основе которого лежит синдром эндогенной интоксикации.

Результаты собственных исследований показали, что у больных АД легкой степени тяжести в сыворотке крови сорбционная способность эритроцитов достоверно увеличилась ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой и в среднем составила 36,1 ± 0,69 % против 29,08 ± 0,88 % в контроле. Содержание в сыворотке крови среднемолекулярных пептидов у больных данной группы также статистически достоверно увеличилось (0,290 ± 0,013 ЕЭ, $p < 0,001$) по отношению к значениям группы контроля (0,218 ± 0,005 ЕЭ). У больных средней степени тяжести в сыворотке крови сорбционная способность эритроцитов в среднем равнялась 38,3 ± 0,28% , а содержание пептидов средних молекул в среднем составило 0,363 ± 0,005 ЕЭ.

У больных атопическим дерматитом тяжелой степени в сыворотке крови сорбционная способность эритроцитов в среднем равнялась 40,2 ± 0,8 %, а содержание пептидов средних молекул в среднем составило 0,38 ± 0,01 ЕЭ. Это свидетельствует о достоверном увеличении вышеизученных показателей у данных групп больных по сравнению с данными контрольной группы. Полученные показатели свидетельствуют, что наиболее выраженное нарушение сорбционной способности эритроцитов и уровня среднемолекулярных пептидов наблюдается у больных атопическим дерматитом тяжелой степени тяжести.

Вышеизложенное свидетельствует, что при атопическом дерматите выявляется эндогенная интоксикация организма, выражающаяся повышением показателей сорбционной способности эритроцитов и уровня пептидов средних молекул, зависящая от степени тяжести дерматоза. Причем повышение содержания в сыворотке крови эндогенных токсинов, в частности пептидов средней молекулы, определяет тяжесть клинического течения у больных атопическим дерматитом.

Одновременно результаты биохимических исследований, а именно состояние триглициридов, общего белка у больных АД, выявили следующие изменения: уровень общего белка в 1,09 раза снижался по сравнению с показателями контрольной группы, который имел достоверный характер ($p < 0,05$). Такая тенденция отмечалась в показателях общего холестерина, триглицеридов соответственно. Однако уровень ХС ЛПВП в 1,2 раза повышался по сравнению контрольной группой, а уровень ХС ЛПОНП и ЛПНП в 2,8 раза снижался [28].

Полученные данные свидетельствуют о дисбалансе биохимических показателей, а именно уровня альбумина и липидов, в основе которого лежит синдром эндогенной интоксикации вследствие поражения детоксикационной функции печени. У большинства больных атопическим дерматитом имеются нарушения в гепатобилиарной системе в виде различных вариантов двигательных расстройств желчного пузыря (дискинезия с гипертонусом сфинктера Одди, гиперкинезия и гипокинезия желчного пузыря) и изменение коллоидно-кристаллоидного состава желчи, что совпадает с данными литературы.

Таким образом, анализируя результаты исследования, можно сказать, что у больных АД впервые в Узбекистане определен полиморфизм 590 C>T гена IL-4 у больных атопическим дерматитом, что свидетельствует о достоверной ассоциации между развитием заболевания и данным генетическим маркером. У больных АД в организме наблюдается нарушение функционального состояния белковой и липидной фракции в крови, сопровождающееся высокой эндогенной интоксикацией, — в 1,3 и 1,6 раза соответственно, что выражается в поражении детоксикационной функции печени, в основе которого лежит клеточная иммунологическая реакция, характеризующаяся повышением провоспалительных цитокинов ФНО-альфа в 12,9 раза, ИЛ-4 — в 1,6 раза, ИЛ-5 — в 13,4 раза. Полученные данные свидетельствуют о сопряженности иммунно-биохимической системы организма у больных АД, что раскрывает дополнительные аспекты — иммуно-биохимические механизмы развития атопического дерматита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. – М.: МФОЗМиР. 2000. 80 с.
2. Актуальная дерматология. Под ред. проф. В.П. Адаскевича. — М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Издательство НГМА. 2000. 306 с.
3. Алимходжаева П.Р., Шамсутдинова Д.Б., Муминова С.Р., Бобоев К.Т. Анализ встречаемости аллелей и генотипов полиморфизма — 590 от гена IL-4 у доноров и у больных с атопическим дерматитом / Научно-практическая конференция гематологов и трансфузиологии Узбекистана «Профилактика, лечение заболеваний системы крови и проблемы трансфузиологии». Сборник научных трудов. — Ташкент. 2012. С. 11–12.
4. Балаболкин И.И. Атопический дерматит у детей // Вопросы охраны матери и детства. 1991. № 4. С. 74–78.
5. Балаболкин И.И. Пищевая аллергия у детей // Аллергология. 1999. № 1. С. 43–46.
6. Бикбулатова А.Н. Влияние персистирующей вирусной инфекции на течение атопического дерматита / Современные проблемы атопического дерматита. Сборник трудов межрегиональной научно-практической конференции. Под ред. Л.Ф. Казначеевой. — Новосибирск. 2000. С. 12–14.
7. Богдасарова Н.В., Сапожников В. Г., Пчельников Ю. В. Состояние органов пищеварения у детей с атопическим дерматитом // Диагностика и лечение. 1996.
8. Горелова С. В. Состояние гепатобилиарной системы и функции альбумина у детей с атопическим дерматитом. Дисс. на соиск. уч. ст. к. м. н. — Самара. 141 с.
9. Короткий Н.Г. Атопический дерматит у детей. Руководство для врачей. 2003. С. 163–193.
10. Мавлянова Ш.З., Боймурзаев Н.У. Атопик дерматитнинг клиник турларида терининг микрофлораси тугрисида // Дерматовенерология и эстетическая медицина. 2009. № 3. С. 10–12.
11. Мавлянова Ш.З. Тешабаева Д.А., Иноятов А.Ш., Гулямова Г.Ш. и др. К вопросу распространенности атопического дерматита в г. Ташкенте / Материалы V Республиканской научно-практической конференции «Современные проблемы диагностики, лечения и профилактики аллергических заболеваний». — Ташкент. 2006. С. 110–112.
12. Маннанов А.М. Клинко-иммуногенетический анализ детей, больных атопическим дерматитом, в узбекской популяции, рожденных в условиях панмиксии и нибридинга. Автореф. д. м. н. — Ташкент. 2000. 31 с.
13. Мухамеджанова Р.Ш., Шадиев Х.К., Шахабиддинов Т.Т., Юлдашев М.А. Атопический дерматит у детей. Методические рекомендации. — Ташкент. 2008. № 3. 27 с.
14. Рахматов А.Б. Атопический дерматит: диагностика и лечение. Методические рекомендации. — Ташкент. 2006. 15 с.
15. Федоровский Н.М. и др. Связывающая способность альбумина в оценке эндотоксемии и эффективности активных методов детоксика-

ции. Альбумин в клинической медицине. Под ред. Ю.А. Гызунова и Г.Е. Добрецова. — М.: ГЭОТАР. 1998. С. 315–320.
16. Тешабаева Д.А., Алимухамедова Ю.А. Состояние продукции IgE и уровня IL-4 у больных с различными формами атопического дерматита // Медицинский журнал. Астана. 2009. №2. С. 65.
17. Шадыев Х.К., Ахмедов К.Р. Особенности клинического течения аллергических дерматозов, сочетанных с хроническим гастритом // Вестник дерматологии и венерологии. 1992. № 1. С. 29–31.
18. Шадиев Х.К., Шахобиддинов Т.Т., Хаитов К.Н. Оценка клинических проявлений атопического дерматита с применением индекса SCORAD // Новости дерматологии и венерологии. 2000. № 1. С. 56–57.
19. Юлдашев М.А. Патогенетическое обоснование лечения атопического дерматита у детей раннего возраста эубиотиками. Автореф. дисс. к. м. н. — Ташкент. 2001.154 с.
20. Фрейдин М.Б., Брагина Е.Ю. и др. Генетика атопии: современное состояние // Вестник ВОГиС. 2006. Т. 10. № 3. С. 492–503.
21. Алимходжаева П.Р., Каримов Х.Я., Муминова С.Р., Мавлянова Ш.З., Туйчибаева Н.М., Шамсутдинова Д.Б., Бобоев К.Т. Разработка систем молекулярного тестирования и анализа взаимосвязи полиморфизма 590C>T гена IL-4 с атопическим дерматитом // Медицинский журнал Узбекистана. 2012. № 1. С. 19–21.
22. Мавлянова Ш.З., Рахматов А.Б. Атопический дерматит: диагностика и лечение. Методические рекомендации для врачей. — Ташкент. 2006.
23. Огородова Л.М., Федорова О.С. и др. Генетические маркеры бронхиальной астмы у детей, больных атопическим дерматитом // Пульмонология. 2007. № 4. С. 37–40.
24. Мавлянова Ш.З., Тешабаева Д.А. Современный взгляд на патогенез и терапию атопического дерматита // Дерматовенерология и эстетическая медицина. 2009. № 1. С. 17–21.
25. Маннанов А.М. Клинико-иммуногенетический анализ детей, больных атопическим дерматитом, в узбекской популяции, рожденных в условиях панмиксии и нибридинга. Автореф. д. м. н. — Ташкент. 2000. 31 с.
26. Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р. Генетические аспекты атопического дерматита // Дерматовенерология и эстетическая медицина. 2011. № 1/2. С. 144–145.
27. Глотов А.В. Клинико-иммунологическая характеристика некоторых форм дисплазии соединительной ткани: синдрома Марфана и врожденной деформации грудной клетки. Автореф. дисс. к. м. н. — Новосибирск. 1991. 20 с.
28. Маматкулов У.А., Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р. Некоторые показатели состояния эндогенной интоксикации у больных атопическим дерматитом // Дерматология и эстетическая медицина. 2012. № 3/4. С. 79–81.
29. Bohme M., Svensson A., Kull I., Wahlgrem C.-F. Hanifin's fnd Rajka's minor criteria for atopic dermatitis: which do 2-year-olds exhibit? // J. Am. Acad. Dermatol. 2000. Vol. 43. P. 785K792/
30. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index (Concensus report of the European Task force on atopic dermatitis) // Dermatology. 1993. Vol. 186. P. 23–31.
31. Rosenwasser L.J., Klemm D.J., Dresback J.K., Inamura H., Mascali J.J., Klinnert M., Borish L. Promoter polymorphisms in the chromosome 5 gene cluster in asthma and atopy // Clin. Exp. Allergy. 1995. Vol. 25. P.74–78.
32. Scirica C.V., Celedon J.C. Genetics of asthma: potential implications for reducing asthma disparities // Chest. 2007. Vol. 132. P. 770–781.
33. Walley A.J., Cookson W.O. Investigation of an interleukin-4 promoter polymorphism for associations with asthma and atopy // J. Med. Genet. 1996. Vol. 33. P. 689–692.
34. Weiss S.T., Raby B.A., Rogers A. Asthma genetics and genomics 2009 // Curr Opin Genet Dev. 2009. Vol. 19. № 3. P. 279–282.
35. Yoshihiko Chiba, Kumiko Goto, Makiko Momata, Taiki Kobayashi and Miwa Misawa. Induction of RhoA gene expression by interleukin-4 in cultured human bronchial smooth muscle cells // J. Smooth Muscle Res. 2010. Vol. 46. P. 217–224.
36. Hanifin J., Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis // Acta Derm. Venereol. Suppl. (Stockh.). 1980. Vol. 92. P. 44–47.
37. Hanifin J., Turston M., Omoto M. et al. The eczema area and saverity index (EASI): assessment of reliability in atopic dermatitis) // Exp Dermatol. 2001. Vol. 10. P. 11–8.

УДК:616.517:577.125:616.1-085

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ

РАХМАТОВ А.Б., РАХМАТОВА Д.В.

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

РЕЗЮМЕ

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ

Рахматова А.Б., Рахматова Д.В.

Нарушения липидного обмена, наблюдаемые у больных псориазом, могут являться основой для развития сердечно-сосудистых заболеваний, т. е. выделяются как группа риска. В этой связи больным псориазом предлагается использование патогенетически обоснованных статинов, способных оказывать гиполипидемическое и плейотропное действие.

Ключевые слова: псориаз, липидный обмен, сердечно-сосудистые заболевания, статины.

РЕЗЮМЕ

СТАТИНЛАРНИ КУЛЛАЩНИНГ ЗАМОНАВИЙ ИСТИКБОЛЛАРИ

Рахматов А.Б., Рахматова Д.В.

Псориаз билан хасталанган беморларда липидлар алмашинуви бузилиши муаммолари куриб чикилди, бу ушбу беморларни юрак-кон-томир касалликлари ривожланиши мумкин булган алохида хавф гурухига асоратишга имкон яратади. Шу муносабат билан статинли препаратлар псориатик жараенга патогенетик таъсир курсатишга имкон яратади, у гиполипидемик ва плейотроп самара чакирди.

Калит сузлари: псориаз, липидлар алмашинуви, юрак-кон-томир касалликлар, статинлар.

SUMMARY

THE MODERN PROSPECTS OF THE STATIN USAGE

Rakhmatov A.B., Rakhmatova D.V.

The problems of lipid metabolism disorders have been studied in the patients with psoriasis that allows to select these patients into the special group of risk with regard to development of the cardiovascular diseases. In this connection statin agents especially allow providing of the pathogenic effect on the psoriatic process through hypolipidemic effect.

Key words: psoriasis, lipid metabolism, cardiovascular diseases, statins.

При многих кожных заболеваниях, в частности при псориазе, могут наблюдаться нарушения липидного обмена, которые должны учитываться при проведении соответствующей терапии [8]. Было отмечено, что у больных псориазом в большинстве случаев отмечается повышение содержания холестерина, триглицеридов и холестерина липопротеидов низкой плотности, что является свидетельством атерогенности при данном дерматозе. Следовательно, больных псориазом можно рассматривать как группу риска в отношении развития сердечно-сосудистых заболеваний, и данный факт подтверждает целесообразность использования статинов [8].

В этой связи необходимо указать, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) вносят наибольший (57%) вклад в смертность от неинфекционных заболеваний, при этом около 40% всех смертей приходится на возраст от 25 до 64 лет. Как правило, в основе большинства ССЗ, таких как ИБС, инфаркт миокарда (ИМ), мозговой инсульт (МИ), заболевания периферических артерий, лежит атеросклероз, одним из ведущих факторов развития которого является нарушение обмена липидов [7, 11].

Нарушения липидного обмена являются одним из самых важных факторов риска развития и прогрессрования ССЗ. Современная диагностика гиперлипидемий является необходимым условием организации рациональной профилактики и терапии ССЗ [1, 3, 9].

За последние годы представления о механизмах атерогенеза существенно расширились. Дислипидемия (ДЛП) диагностируется при нарушении соотношения в плазме крови одного или нескольких классов липопротеинов, при этом их общее содержание может быть нормальным или повышенным. Наибольшее значение имеет увеличение холестерина (ХС) липопротеинов низкой

плотности (ЛПНП) и снижение ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) [9].

К липидам плазмы крови относятся: ХС, триглицериды (ТГ), фосфолипиды, жирные кислоты. ХС может быть свободным и этерифицированным. Свободный ХС участвует в синтезе стероидных гормонов, образовании жирных кислот, входит в состав нервной ткани и клеточных мембран. Этерифицированный ХС является результатом соединения с жирными кислотами, обнаруживается преимущественно в коре надпочечников, плазме крови, атеросклеротических бляшках. Триглицериды представляют собой эфиры жирных кислот, глицерина, входят в состав липопротеинов (ЛП), в основном хиломикронов и липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП). Содержание жирных кислот и фосфолипидов в крови не связано с риском развития ИБС, поэтому они не обладают диагностической ценностью. Липопротеины представляют собой липид-белковые образования, состоящие из апобелков, ХС, триглицеридов и жирных кислот.

Наибольшее значение в развитии атеросклероза имеют ЛПНП (атерогенные ЛП) и ЛПВП (антиатерогенные ЛП). ЛПНП подвергаются перекисному окислению, активируют моноциты, проникают в субэндотелиальное пространство сосудов, превращаются в макрофаги, а затем в пигментные клетки и играют важную роль в формировании атеросклеротической бляшки. Поэтому ЛПНП являются главной мишенью гиполипидемической терапии. Так, снижение ХС ЛПНП на 1 % снижает риск развития ИБС также на 1 %. ЛПВП осуществляют обратный транспорт ХС из сосудистой стенки и макрофагов в печень. Их уровень в крови обратно коррелирует с риском развития атеросклероза. Поэтому повышение ХС ЛПВП на 1 % снижает риск развития ИБС на 3 % [9].

Оценку индивидуального риска развития ССЗ в ближайшие 10 лет у лиц без клинических проявлений атеросклероза проводят по таблице SCORE (Systemic Coronary Risk Evaluation). Эта таблица разработана на основании результатов 12 эпидемиологических исследований с участием 205178 человек. По шкале SCORE риск оценивают в зависимости от пола, возраста, курения, систолического артериального давления и концентрации общего холестерина. Риск считается очень высоким, если по таблице SCORE он составляет более 10 %, средним — в пределах 5–10 % и низким — менее 5 %. В тех случаях, когда определяется очень высокий или высокий риск, необходимо проводить активные профилактические и лечебные мероприятия, направленные на устранение и коррекцию факторов риска.

В ряде исследований было показано более высокое, чем основанное на определении общего холестерина, прогностическое значение уровней проатерогенного аполипопротеина В100 (апо-β), антиатерогенного аполипопротеина А1 (апо-А1) и их отношения (апо-β/апо-А1). Поэтому в 2008 г. Американская ассоциация диабета и Американский колледж кардиологов заявили, что определение апо-β является необходимым дополнительным тестом при оценке адекватности терапии статинами. Среди апо-β содержащих липопротеинов наибольшее значение имеют ХС ЛПОНП, которые продуцируются и секретируются гепатоцитами и активно участвуют в атерогенезе.

Для успешного лечения больных целесообразно воздействовать на более ранние звенья в цепи: от факторов риска к основным сердечно-сосудистым заболеваниям, их осложнениям. К липидмодифицирующим медикаментозным средствам, исходя из их химического строения, относятся:

— фибраты (фенофибрат, ципрофибрат, гемфиброзил);

— анионобменные смолы (холестипол, холестирамин);

— статины (ловастатин, симвастатин, аторвастатин, розувастатин);

— препараты разных химических групп (пробукол, никотиновая кислота, жирорастворимые витамины, антиоксиданты и др.).

В основе гиполипидемического эффекта всех перечисленных препаратов лежит их способность снижать содержание в плазме крови атерогенных липопротеинов: липопротеинов очень низкой плотности, ЛПНП и входящих в их состав липидов — ХС и ТГ. На современном этапе развития медицины основным классом липидснижающих препаратов, использующихся в лечении ИБС, являются статины, имеющие существенную доказательную базу [1, 3, 5, 10].

Статины (ингибиторы редуктазы HMG-CoA) широко применяются для лечения гиперхолестеринемии. Их ингибиторное действие основывается на антагонизме по отношению к редуктазе HMG-CoA, тем самым они уменьшают концентрацию липопротеидов низкой плотности в большей степени, чем другие препараты, снижающие уровень холестерина. Кроме того, они нормализуют концентрацию триглицеридов у больных с гипертриглицеридемией. Статины хорошо переносятся и их применение характеризуется достоверными показателями безопасности. Клинические исследования у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и без нее, с высоким и нормальным уровнем холестерина неизменно демонстрировали, что статины уменьшают относительный риск тяжелых осложнений ИБС приблизительно на 30 %, при этом абсолютный положительный эффект сильнее выражен в группе больных с повышенным исходным риском. Такой результат объясняют положительным действием на липопротеиды плазмы, функцию эндотелия, строение и стабильность бляшек, а также подавлением тромбоза и воспаления. Механизмы, не зависящие от снижения липопротеидов низкой

плотности, могут играть важную роль в достижении положительного клинического эффекта при использовании статинов, поэтому, возможно, врачи станут рассматривать их не только как лекарственные средства, предназначенные для уменьшения уровня липидов, но и как антиатерогенные средства [1, 3].

Следует указать, что статины обладают сосудистыми и плейотропными эффектами. На уровне сосудистой стенки они за счет уменьшения образования холестерина и ЛПНП увеличивают соотношение ЛПВП/ЛПНП, снижают включение холестерина в субинтиму сосудов, способствуют стабилизации уже существующих атеросклеротических бляшек за счет уменьшения липидного ядра, а, следовательно, снижают риск разрыва бляшки и тромбообразования. Улучшение функционального состояния эндотелия сосудов на фоне терапии статинами связывают не только с их основным действием, но и с плейотропными эффектами [2, 4].

Плейотропными называются клинические эффекты, не связанные с основным механизмом действия, или иначе, с основным назначением данного лекарства. К таким эффектам относятся: сохранение и восстановление барьерной функции эндотелия; увеличение выработки оксида азота; уменьшение агрегации тромбоцитов; противовоспалительный (снижает уровень С-реактивного протеина — маркера воспалительной реакции в сосудистой стенке); антиаритмический и некоторые другие эффекты. Многие из этих свойств являются общими для всех статинов, хотя и существуют индивидуальные различия как в числе плейотропных эффектов, так и в степени их выраженности. Некоторые свойства обусловлены и гиполипидемическим и плейотропным механизмами действия статинов. Статины способны уменьшать дисфункцию эндотелия, вызванную гипергомоцистеинемией, что может рассматриваться как еще один, нелипидный, эффект статинов [2].

Статины различают по способу их получения. Так, симвастатин, ловастатин и правастатин являются природно-синтезированными соединениями, получаемыми из продуктов жизнедеятельности некоторых видов грибов, в то время как флувастатин, аторвастатин ирозувастатин — это синтезированные препараты. Статины наиболее эффективно снижают уровень ЛПНП, при этом действие является дозозависимым. Каждое удвоение дозы статина приводит к дополнительному снижению уровня ЛПНП на 6 % («правило шести процентов»). Статины снижают уровень триглицеридов на 10–15 % и повышают уровень ЛПВП на 8–10 %.

Особенностью статинов нового поколения (аторвастатин, розувастатин) является то, что они способны снижать уровень ХС у больных с резистентностью к другим гиполипидемическим средствам. Эти препараты оказывают более выраженный гиполипидемический эффект по сравнению с другими статинами. Кроме того, эффективность аторвастатина и розувастатина связывают с тем, что они значительно снижают уровень ТГ и лучше повышают уровень ЛПВП [10].

Розувастатин является синтетическим статином III генерации. Молекула розувастатина гидрофильнее молекул других статинов, высокоселективна к мембранам гепатоцитов и оказывает гораздо более выраженное ингибирующее влияние на синтез ХС ЛПНП, чем другие статины. Выраженный ХС-снижающий эффект розувастатина связан и с продолжительным периодом его полувыведения, что позволяет длительно блокировать активность ключевого фермента биосинтеза ХС. Розувастатин — один из немногих статинов, под влиянием которого активизируется синтез основного белка ЛПВП — аполипопротеина А1: он повышается на разных дозах от 5 до 15%. Препарат применяется в дозах 5–40 мг. Стартовая доза — 5–10 мг. Терапевтический эффект розувастатина проявляется в течение одной недели после начала терапии, через две недели лечения достигает 90 %. Максимальное действие препарата регистрируется обычно к 4-й неделе и поддерживается при постоянном приеме.

Основные характеристики статинов

Статин	Суточная доза (мг)	Натуральный или синтетический	Гидрофильность
Ловастатин	10–80	Натуральный — из грибов Aspergilus	Нет
Симвастатин	5–80	Полусинтетический	Нет
Флувастатин	20–80	Синтетический	Нет
Правастатин	10–40	Полусинтетический	Да
Аторвастатин	10–80	Синтетический	Нет
Розувастатин	5–40	Синтетический	Да

За время, прошедшее после открытия первого статина — компактина японским ученым Ендо, ингибиторы ГМГКоА редуктазы заняли лидирующее место среди гиполипидемических препаратов. Со статинами связаны наибольшие успехи в лечении гиперлипидемий. Появление статинов стало поворотным пунктом в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом. Эффективность и безопасность этих средств продемонстрированы в крупных длительных многоцентровых рандомизированных исследованиях с клиническими конечными точками.

Накопленные в последнее время данные показывают, что терапия статинами может быть начата еще в период обострения ИБС. Вторым пришествием статинов назван переживаемый сейчас медицинской общественностью период еще большего повышения интереса к этим средствам в связи с выявлением их положительного действия на риск цереброваскулярных событий. Убедительные данные об уменьшении риска инсультов при применении статинов наряду с установлением возможности их назначения во время госпитализации по поводу обострения ИБС должны стать основой для расширения числа лиц, использующих достоинства этой группы препаратов. Они, безусловно, будут стимулом для преодоления барьера все еще высокой стоимости статинов, которые, как выясняется, способны продлить не просто жизнь человека, но именно его активную, полноценную жизнь [1, 3, 5].

Важным разделом терапии статинами является приверженность пациентов к проводимой фармакотерапии, которая имеет ключевую роль в достижении целей первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений [6]. Проблема приверженности пациентов к длительной фармакотерапии возникает, прежде всего, в тех случаях, когда отсутствует ярко выраженная клиническая симптоматика заболевания и имеется необходимость в постоянном, часто на протяжении всей жизни, приеме лекарств. Эти два фактора часто присутствуют одновременно и демотивируют пациента к выполнению рекомендаций врача. Очевидно, что нарушения липидного обмена относятся именно к такой патологии, причем в отличие от артериальной гипертензии или сахарного диабета, при которых подавляющее большинство пациентов имеет возможность самоконтроля соответственно АД и уровня глюкозы крови, в этой клинической ситуации они вынуждены оценивать эффективность проводимого лечения только во время лабораторного обследования.

В настоящее время под приверженностью к лечению (комплаентностью) понимают степень соответствия поведения больного в отношении приема препаратов, соблюдения диеты, модификации образа жизни и другим рекомендациям, полученным от врача. Выделяют приверженность, которая подразумевает следование пациента предписанным рекомендациям, и комплаентность к лечению, т. е. соответствие реального количества, режима и дозы принимаемых препаратов предписанному. Одним из частых вариантов некомплаентности в условиях реальной клинической практики является прекращение приема лекарств без информирования об этом врача, что делает необходимым дифференциацию истинной резистентности к лекарственной терапии и «лечение на словах». Сложность решения этой задачи усугубляется еще и тем, что сегодня нет достаточно надежного метода, который позволил бы оценивать приверженность к лечению в повседневной практике. В клинических и научных исследованиях иногда используют сложные методы оценки комплаентности, базирующиеся на измерении концентрации препарата или его метаболитов в крови или моче, а также электронные мониторы приема лекарств. Одним из наиболее простых и вместе с тем достаточно надежных методов оценки комплаентности пациента к лекарственной терапии является подсчет использованных таблеток. Приемлемой приверженностью к лечению считается 80–120 %. Однако необходимо помнить, что этот метод позволяет оценивать приверженность количественно, но не доказывает самого факта приема препаратов и соблюдения предписанного режима приема. Среди факторов, влияющих на комплаентность к лечению, важное место занимает характеристика самого препарата и его упаковки, в том числе и количество таблеток в упаковке. Известно, что все более часто используется упаковка лекарственных препаратов в блистеры с указанием дней недели, что позволяет обратить внимание больного на пропущенную дозу. Одной из тенденций последнего времени стало увеличение количества таблеток в упаковке до количества, обеспечивающего непрерывный прием препарата в течение почти трех месяцев против одного месяца при использовании стандартной упаковки.

Для того чтобы оценить влияние количества таблеток в упаковке на приверженность к терапии и возможность достижения целевого уровня липидов, было проведено исследование под названием «Повышение приверженности к терапии статинами — важный аспект оптимизации гиполипидемической терапии». Оно ставило своей целью оценить влияние фармакоэкономических показателей и использование упаковок препарата, обеспечивающих пациента симвастатином в дозе 20 мг в сутки, на достижение целевых уровней липидов и приверженность пациентов к терапии.

Было отмечено, что социальные и экономические факторы значительно влияют на комплаентность больного и достижение конечного результата лечения. Стоимость лечения приобретает немаловажное значение в последующей

приверженности к терапии. В этой связи особое значение приобретает фармакоэкономический аспект терапии, особенно тех заболеваний, лечение которых проводится на протяжении многих лет. Поэтому использование упаковки препарата, которая обеспечивает им пациента на три месяца лечения, решает сразу две проблемы: повышает комплаентность, а значит, и эффективность лечения, и снижает его стоимость за счет того, что пациент перестает платить за «воздух» [6].

В заключение еще раз необходимо подчеркнуть, что статины служат своеобразной «визитной карточкой» кардиологической терапии, являясь неотъемлемым компонентом в первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, а для ряда — обязательным стандартом [4].

Отсутствие побочных эффектов у статинов, произведших революцию в кардиологии, невозможно представить. На сегодняшний день можно утверждать, что статины относительно безопасные препараты, а их эффективность намного превышает риск побочных эффектов. Необходимо отметить, что согласно последним данным розувастатин продемонстрировал благоприятный профиль безопасности даже в высоких дозах и даже у пожилых коморбидных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосова Е.Н. Статины — от эффективности к безопасности: фокус на розувастатин // Серце і судини. 2008. № 1. С. 94–104.
2. Аронов Д.М. Плейотропные эффекты статинов // РМЖ. 2001. № 9. С. 13–14.
3. Беленков Ю.Н., Сергиенко И.В., Лякишев А.А., Кухарчук В.В. Статины в современной кардиологической практике. — Москва. 2010. 433 с.
4. Драпкина О.М., Палаткина Л.С., Зятенкова Е.И. Плейотропные эффекты статинов. Влияние на жесткость сосудов // Врач. 2012. № 9. С. 5–10.
5. Майрон Д., Фазио С., Мак Раэ Ф. Современные перспективы применения статинов // Международный медицинский журнал. 2000. № 6. С. 28–34.
6. Недогода С.В., Цома В.В., Ледяева А.А. Как повысить приверженность к терапии статинами и снизить ее стоимость в условиях реальной клинической практики // Российский медицинский журнал. 2010. Т. 16. № 29. С. 1912–1915.
7. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Колтунов И.Е. Необходимые условия для профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2010. № 9. С. 4–9.
8. Рахматов А.Б., Рахматов Б.Р. Псориаз — системное заболевание. — Ташкент. 2002. 228 с.
9. Российские рекомендации «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Комитет экспертов ВНОК // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004. № 2 (приложение). 35 с.
10. Jones P.H., Davidson M.H., Stein E.A. Comparison of the efficacy and safety of rosuvastatin versus atorvastatin, simvastatin and pravastatin across doses // Amer. J. Cardiol. 2003. Vol. 92. P. 152–160.
11. Tonkin A. The metabolic syndrome — a growing problem / /Europ. Heart. J. 2004. Vol. 6. Suppl. A. P. 37–42.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШИРИЛГАН ДЕРМАТОЛОГИЯ ВА ВЕНЕРОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ЎЗБЕКИСТОН ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГЛАР АССОЦИАЦИЯСИ
БУХОРО ВИЛОЯТИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ БОШҚАРМАСИ
БУХОРО ВИЛОЯТ ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАР ДИСПАНСЕРИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ
АССОЦИАЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ
БУХАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

БУХОРО ВИЛОЯТИ ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ ХИЗМАТИНИНГ 90 ЙИЛЛИГИГА БАҒИШЛАНГАН «ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА КОСМЕТОЛОГИЯ ХИЗМАТИНИНГ ҲОЛАТИ ВА МАСАЛАЛАРИ» ХАЛҚАРО ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Илмий ишлар тўплами

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН», ПОСВЯЩЕННАЯ 90-ЛЕТИЮ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Тезисы научных работ

Бухоро ш.
2–3 май 2014 йил

г. Бухара
2–3 мая 2014 года

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

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

ГИСТАФЕН В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

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

Душанбе, ТГМУ им. Абуалиибни Сино

Атопический дерматит (АтД) — распространенный, упорно протекающий дерматоз. Доля АтД в общей структуре дерматозов составляет от 5 до 30%, а в структуре аллергических заболеваний составляет 50-60%.По данным ВОЗ и Всемирной организации по аллергии (WAO), АтД занимает четвертое место среди социально значимой медицинской патологии. АтД остается важной медико-социальной проблемой, значимость которой определяется неуклонным ростом заболеваемости, его хроническим, рецидивирующим течением и сложностью в выборе метода лечения. Ведущим симптомом АтД является зуд, с учетом патогенеза заболевания, назначение антигистаминных препаратов является первостепенным и обоснованным.

Цель нашего исследования изучение эффективности гистафена у больных с атопическим дерматитом.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 27 больных в возрасте от 14 — до 49 лет с диагнозом атопический дерматит. Патологический процесс носил как локализованный (8 пациентов), так и диссеминированный характер (19 пациентов) и проявлялся очагами эритемы, инфильтрации, лихенификации, папулами, трещинами,экскориациями, шелушением. У всех больных проводили общеклинические и лабораторные методы исследования до и после лечения.

Гистафен, действующее вещество сехифенадин оказывает противогистаминное действие, не только блокируя Н1-рецепторы, но и снижая содержание гистамина в тканях путем ускорения его разрушения диаминоксидазой. Оказывает выраженное и продолжительное противозудное и антиэкссудативное действие.

Результаты исследования. На фоне комплексной общей и местной терапии больные получали гистафен по 1 таблетке 2 раза в день после еды в течение двух недель. В результате применения препарата, за короткий промежуток времени (7–10 дней) отмечалось значительное снижение интенсивности зуда, выраженная положительная динамика кожного процесса, ускорение регресса кожных высыпаний. Следует отметить, что за время приема гистафена не отмечалось значимых побочных осложнений ни у одного больного.

Таким образом, применение гистафена показало его хорошую переносимость, эффективность в лечении АтД. Препарат может быть рекомендован в дерматологической практике для широкого применения.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

АБДРАШИТОВ Ш.Г., АМРИНА Л.К., КАБАЗИЕВА Г.Ш., АБИЛКАСИМОВА Г.Е., БАЕВ А.И., ДОРОФЕЕВА И.Ш.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РК

В работе описаны результаты обследования 30 больных атопическим дерматитом (20 женщин и 10 мужчин), средний возраст составил 19,5±2,2.

У 8 (26,7%) больных АД протекал по непрерывно-рецидивирующему типу с непродолжительными ремиссиями и кратковременным улучшением преимущественно в летнее время.

Обострение заболевания обычно было связано с активацией хронических заболеваний ЛОР — органов у 4 (13,3%) больных АД, ЖКТ (включая дисбактериоз кишечника) — у 16 (53,3%), приемом лекарственных препаратов (преимущественно антибиотиков) — у 2 (6,7%). Нарушение диеты отмечалось у 7 (23,3%), с психоэмоциональными факторами (стрессы на учебе, неудовлетворенность семейной жизнью, конфликты с родителями) — у 18 (60,0%). Общим признаком заболевания во всех случаях был зуд значительной интенсивности с мучительными приступами в нерабочее и в ночное время, зна-

чительное количество экскориаций и выраженный стойкий белый дермографизм.

Клинические проявления заболевания характеризовались очагами поражения с локализацией на коже лица, шеи, верхней трети туловища, конечностей (преимущественно в области локтевых, лучезапястных и коленных сгибов). При везикулезно-крустозной форме АД распространенный характер отмечен у 5 (16,7%) больных. При эритемато-сквамозной форме с лихенификацией у 6 (20,0%) больных отмечен распространенный и у 3 (10,0%) ограниченный процесс. Scorad при поступлении, в среднем, составил – 52,3±5,9 балла.

Для определения качества жизни больных все указанные больные заполняли анкету о влиянии заболевания на дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ). Цифровой индекс, получаемый в результате ответов на все вопросы анкеты, отражал степень негативного влияния симптомов болезни на качество жизни больного: чем выше индекс — тем сильнее болезнь «ухудшает» качество жизни.

У больных атопическим дерматитом с помощью ДИКЖ были выявлены серьезные изменения качества жизни, суммарно включающие измененную эмоциональную реактивность, проблемы на работе и дома, связанные как с самой болезнью, так и с проводимым лечением, в частности он составил 15,7±0,2.

С увеличением длительности заболевания уровень качества жизни страдает сильнее. Так, пациенты с длительностью заболевания до пяти лет имеют более высокий исходный уровень качества жизни, чем пациенты с длительностью заболевания до 10 лет, а пациенты с длительностью заболевания до 10 лет имеют уровень качества жизни выше, чем пациенты с длительностью заболевания более 10 лет.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

АБДРАШИТОВ Ш.Г., КАБАЗИЕВА Г.Ш., АБИЛКАСИМОВА Г.Е., БАЕВ А.И., ДОРОФЕЕВА И.Ш., АМРИНА Л.К.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

Обследовано 45 больных псориазом: 32 (71,1%) лиц мужского и 13 (28,9%) женского пола в возрасте от 18 до 58 лет с PASI 36,2±4,1 баллов. Продолжительность заболевания составила от 3 мес. до 28 лет. Давность заболевания в среднем 13,4±1,65. Обычная форма псориаза встречалась у 39 (86,6%) больных, экссудативная — у 6 (13,4%) больного. Осенне-зимняя форма заболевания наблюдалась у 9 (20,0%), весенне-летняя форма — у 3 (6,6%), неопределенная — у 33 (73,4%) больных. Развитие первоначальных проявлений псориаза и его обострений 17 (37,7%) больных связывали с психоэмоциональными травмами, 5 (11,0%) — с перенесенными интеркуррентными заболеваниями. Семейный характер заболевания выявлен у 9 (20,0%) больных. Остальные больные (31,3%) развитие обострения ни с чем не могли связать.

Все указанные больные заполняли анкету о влиянии заболевания на дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ).Цифровой индекс, получаемый в результате ответов на все вопросы анкеты, отражал степень негативного влияния симптомов болезни на качество жизни больного: чем выше индекс — тем сильнее болезнь «ухудшает» качество жизни.

У больных псориазом были выявлены серьезные изменения качества жизни, суммарно включающие измененную эмоциональную реактивность, проблемы на работе и дома, связанные как с самой болезнью, так и с проводимым лечением, ДИКЖ составил 8,53±0,2.С увеличением длительности заболевания уровень качества жизни страдает сильнее. Так, пациенты с длительностью заболевания до пяти лет имели более высокий исходный уровень качества жизни, чем с длительностью до 10 лет, соответственно, пациенты с длительностью заболевания до 10 лет имеют уровень качества жизни выше, чем с длительностью заболевания более 10 лет.

ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

АБДРАШИТОВ Ш.Г., ЕШИМОВ А.Е., БАЕВ А.И., ВУЙКО И.В., КАБАЗИЕВА Г.Ш., ТАУБАЕВА А.А.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

Целью исследования явилось определение цитокинового статуса у 20 больных вульгарным псориазом.

Как показали результаты исследований средний уровень провоспалительных цитокинов ИЛ1-В и ФНО-а (14,6±3,3 и 8,7±2,0, соответственно), выявленный у 20 больных вульгарным псориазом был несколько выше верхних границ нормы для этих цитокинов. Если рассматривать у отдельных больных, то особенно высокие ре-

зультаты по ИЛ1-В отмечались у 15% больных. Результаты по уровню ФНО-а особенно высокие были у 20% больных.

Значения этих цитокинов превышали верхнюю границу нормы в 2–3 раза. Высокая активность этих цитокинов указывает на явное обострение заболевания. Уровень этих цитокинов своеобразный индикатор активности процесса. Особенное значение имеет исследование ФНО-а. У 15 из 20 больных псориазом уровень этого цитокина оказался выше нормы. Ведущая роль в патогенезе иммунного воспаления при псориазе принадлежит имменно ФНО-а, который ведет себя как активный провоспалительный агент, являясь ключевым в цитокиновом каскаде, усиливая продукцию ИЛ 1-В и других провоспалительных цитокинов IL–6, IL–8, IF- каппа В.

Уровень ФНО-а повышен как в псориатических бляшках, так и в сыворотке крови и синовиальной оболочке при псориатическом артрите. При этом уровень ФНО-а и увеличение числа рецепторов к нему коррелирует с активностью псориаза. Установлено, что при торпидных, плохо поддающихся антипсориатической терапии, формах заболевания происходит увеличение концентрации ФНО-α и снижение уровня ИЛ–4 в сыворотке крови. ИЛ 4 и ИЛ 10 относятся к противовоспалительным цитокинам.

Средний уровень первого у больных в пределах нормы 1,0±0,2, а второго немного выше 21,9± 5,0. Уровень ИЛ 10, у 20,0% больных особенно высокий. Подобные результаты отмечали и другие авторы.

Считается, что при увеличении содержания ИЛ–1β и ИЛ–10 у больных тяжелой формой псориаза при обострении болезни имеет место активация Th2 звена иммунного ответа. Нарастание про- и противовоспалительных цитокинов (ИЛ–1β, ИНФ-γ, ИЛ–10) на фоне обострения гиперпролиферативных процессов в коже при псориазе свидетельствует о вовлечении кожных покровов в процессы, связанные со значительными расстройствами в функционировании иммунорегуляторных систем организма, приводящими к развитию иммуносупрессии.

Преобладание выброса в системный кровоток ИЛ–10 и снижение соотношений ИЛ–1β / ИЛ–10, ИНФ-γ / ИЛ–10 подтверждают тот факт, что отличительной особенностью процесса гиперпролиферации и воспалительных изменений в коже при обострении псориаза становится запуск процесса поляризации Th0клеток в сторону Th–2, что включает аутоиммунные процессы в формировании воспалительных изменений в коже.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕКНИДАЗОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА

АБДУВАХИТОВА И., БЕКМУРАТОВА Э.И., АГЗАМХОДЖАЕВА С.С., ЮСУПОВ М.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский областной КВД

Розацеа имеет наибольший удельный вес (36%) в структуре акнеподобных дерматозов. Доказана роль инфекции Helicobacter Pylori, кишечных паразитозов и гастродуоденальной патологии в патогенезе розацеа, что учитывается в комплексе лечения. С целью эрадикции H. pylori применяются производные нитроимидазола (метранидазол, тинидазол), усиливающие защитные и регенераторные функции слизистой оболочки желудка и кишечника, оказывающие бактериостатическое действие на облигатные анаэробы бактерий и антипаразитарное действие на D. folliculorum. Однако отмечены неудачи в лечении, связанные с развитием устойчивости бактериально-паразитарной флоры. Продолжительное лечение метранидазолом осложняется нередкими побочными эффектами в виде усиления гиперемии, раздражения, неврологическими и аллергическими реакциями, в 2, 7% они требуют отмены препаратов. Метранидазол с осторожностью назначают лицам с гиперчувствительностью к солнечному свету и склонностью к фотоаллергическим и фототоксическим реакциям. Сокращение курса терапии и уменьшение побочных эффектов повышает приверженность пациента к лечению, поэтому мы применяли секнидазол (секнидокс) -производное 5»нитроимидазола, с периодом полувыведения 25 ч. Однократный прием препарата позволяет поддерживать достаточную концентрацию секнидазола в плазме в течение суток. 16 больным розацеа в возрасте 29–50 лет «Секнидокс» назначали по 1,0 е/дн в течение 3 дней в комплексе терапии по стандартам МЗ. (в контроле — традиционное лечение метранидазолом). Применение секнидазола способствует успешной динамике воспалительного процесса, уменьшение гиперемии, инфильтрации у больных розацеа, побочных эффектов в процессе лечения не отмечалось, отмечена хорошая переносимость препарата.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ У ДЕТЕЙ

АБДУЛЛАЕВ М.И., БОБОБЕКОВА Н.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

С древнейших времен дерматологи в генезе любого кожного заболевания придавали первостепенное значение среде обитания человека, состоянию его организма в целом, нервно-психическим расстройствам и гельминтозам. Наши предшественники хорошо понимали, что кожа и внутренние органы тесно взаимосвязаны. Не зря появились среди народа такие выражения как «язык — зеркало желудка, а кожа — всего организма», «кожа — экран, на котором проецируется все неблагополучие внутренней среды».

В последние годы патогенез большинства заболеваний, в том числе кожных связывается с гельминтозами. Гельминты встречаются почти повсеместно, во всех климатических зонах. Более трети населения планеты заражено гельминтами. Наиболее часто гельминтные инвазии встречаются у населения тропического и субтропического климата, куда и относится наш регион. Гельминты в течение своей жизнедеятельности выделяют большинство токсических продуктов в просвет кишечника, которые всасываясь в кровь вызывают эндогенную интоксикацию, а в большинстве случаев они обладают антигенными свойствами. Кроме этого гельминты являются одними из основных факторов, приводящих к дисбактериозу кишечника со своими последствиями (нарушение иммунитета, аутоиммунные процессы, гиповитаминоз, эндогенная интоксикация, хронический нейротоксикоз).

В течение последних 3 лет в дерматологическое отделение клиники ТашПМИ обратилось 7438 больных различными кожными заболеваниями. При обследовании у 61,3 % больных выявлены гельминтозы (энтробиоз, лямблиоз, аскаридоз, геминолипедоз). Часто (в 36 %) энтробиоз сочетался с лямблиозом. Во время сбор анамнеза начало заболевания ряд больных (22,4 %) связывали с гельминтозом. У всех детей наличие глистов проводило к более тяжелому течению основного кожного заболевания, таких как псориаз, почесуха, витилиго, хроническая экзема, крапивница, но дегельминтизация часто приводила к ожидаемым результатам. Наличие гельминтов вызывало такие изменение кожи как, сухость, нарушение пигментации (чаще всего в виде ограниченных гипопигментаций с нечеткими границами, локализующимися на лице, конечностях, спине), фолликулярным гиперкератозом в виде «гусиной кожи» (характерно сгруппированная локализация и часто на поверхности гипопигментированных пятен).

В связи с этим своевременная дегельминтизация является профилактическим мероприятием, предупреждающим большинство кожных заболеваний.

НАРУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

АБДУЛЛАЕВ М.И., ХАИТОВ К.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Наружное лечение больных витилиго является одним из важных компонентов лечения. Неправильное лечение (общее и местное) часто приводит к ухудшению кожно-патологического процесса, основными причинами чего служат назначение в прогрессирующей стадии заболевания поливитаминов, иммуностимуляторов, фотосенсибилизаторов и УФО.

На основании многолетних наблюдений над больными витилиго и анализа вышеуказанных данных нами разработана тактика ведения больных витилиго, учитывая активность кожно-патологического процесса. Согласно этому плану, больные витилиго ведутся следующим образом:

1) все больные до начала лечения, не зависимо от активности кожно-патологического процесса полностью обследуются. 2) определяется активность кожно-патологического процесса (по индексу VIDA); 3) до стабилизации кожно-патологического процесса больным не назначается фотохимиотерапия. После стабилизации кожно-патологического процесса к комплексному лечению добавляются фуранокумариновые препараты наружно, и назначается УФО (ОРК–21), в кварцевой лампе или в виде солнечного облучения в зависимости от времени года.

При витилиго патологический процесс носит дегенеративный характер — идет деструкция пигментных клеток, и мощное ультрафиолетовое воздействие может только усилить этот процесс. Незащищенный пигментом эпидермис достаточно быстро повреждается; еще оставшиеся в эпидермисе дефективные меланоциты окончательно разрушаются. Клинически это проявляется ожогами и прогрессированием депигментации. Научными исследованиями доказано, что только в

умеренных дозах УФО происходит стимуляция меланогенеза, тогда как при резком их увеличении повреждаются наряду с другими клетками эпидермиса и меланоциты. В связи с вышеуказанным, при проведении фотохимиотерапии больным витилиго, необходимо соблюдать следующие основные принципы фототерапии:

1) УФО назначается после определения биодозы; 2) сеансы облучения нужно проводить только через день (во избежание наложения фотодинамических эффектов в коже); 3) лечение проводить курсами по 15–20 сеансов, с перерывом между курсами 15–20 дней; 4) облучаться необходимо в одно и то же время, т.е. через каждые 48 часов, при этом необходимо исключать дополнительное солнечное облучение; 5) увеличение разовой лечебной лучевой дозы в процессе лечения осуществляется только при исчезновении покраснения очагов поражения не более чем на 20% от предыдущей дозы за одну процедуру; 6) местно раствор препарата наносят на депигментированные пятна с захватом окружающей здоровой кожи на 1–1,5 см за 2 часа до облучения. Растворы дозируют каплями с помощью пипетки (каждый раз одно и то же количество препарата на одну и ту же площадь поверхности кожи) и равномерно размазывают пальцем в резиновом напальчнике или перчатке.

При таком введении больных снижается осложнение от местного лечения и значительно повышается эффективность.

НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОЛОГИИ ТашПМИ ПО ИЗУЧЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

АБДУЛЛАЕВ М.И., МАННАНОВ А.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

За последние 20 лет сотрудниками нашей кафедры ведутся научные работы, посвященные изучению этиопатогенеза, клинического течения и терапии атопического дерматита (АД). На основании этих работ определено, что использование менделирующих маркерных систем (АВО — групп крови, антигены Р1 и MN, Hp, Cp и антигены системы HLA) позволяет выделить диагностические критерии необходимые для прогнозирования течения АД у детей. Для анализа полигенной природы наследования АД у детей было рекомендовано использовать признаки мультифакториальности. Полученные результаты исследования показали, что у детей больных АД наследственная подверженность и пенетрантность гена, находится на низком уровне. Для оценки характера течения АД у детей разработана рабочая классификация.

Определена, что антиген связывающие лимфоциты к тканевым антигенам изменяются в зависимости от степени тяжести болезни и наиболее выражено увеличение АСЛ к тканевым антигенам кишечника и почки. Впервые экспериментально установлено структурно-функциональное несовершенство тонкой кишки, её иммунной системы после рождения, различная иммуногенность и морфогенность представителей индигенной и патогенной кишечной микрофлоры.

С целью определение механизмов пре- и постнатального формирования АД у детей были разработаны профилактические мероприятия и рекомендована гипоаллергенная элиминационная диета, пре- и пробиотики, ферменты поджелудочной железы. Для оценки микробиоценоза кишечника и кожи, иммунного статуса показателей эндогенной интоксикации, особенностей клинической симптоматики грудных детей больных АД, находящихся на различных видах вскармливания (грудное, искусственное, смешанное), предложен современный высокоинформативный комплекс клинико-лабораторного обследования. На основании этого разработан комплекс мер, нивелирующих тяжесть АД, нормализирующих показатели иммунного статуса, микробиоценоза кожи, эндогенную интоксикацию, оптимизирующих функционирование кишечника, это легло в основу создания высокоэффективного способа терапии детей и кормящих матерей.

Впервые у детей грудного возраста определены особенности клинического течения атопического дерматита в зависимости от вида вскармливания. Выявлена зависимость выраженности нарушений в системе иммунитета, эндогенной интоксикации и микробиоценоза кишечника и кожи при атопическом дерматите от характера вскармливания. На основании этого кормящим матерям разработано комплексное лечение с включением симбиотиков.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «РОЛИНОЗ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ КРАПИВНИЦЫ

АБДУЛЛАЕВ М.И., ХАИТОВ К.Н., ЭШДАВЛАТОВ А.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Аллергические заболевания кожи относятся к числу наиболее распространенных патологических состояний, значительно ухудшающих качество жизни больных. Значительная часть больных аллергодерматозами страдают хронической рецидивирующей крапивницей (ХРК), которая характеризуется упорным и длительным течением. Одним из главных медиаторов при ХРК является гистамин, поэтому средством выбора в лечении этой патологии остаются блокаторы гистаминных рецепторов.

Целью проведенных исследований явилось изучение клинической эффективности препарата Ролиноз в терапии ХРК.

Было обследовано 32 больных детей в возрасте от 4 до 16 лет, страдающих ХРК, длительность заболевания которых составляла от 1- до 6-месяцев. Клинические проявления заболевания в виде уртикарных высыпаний и зуда различной степени выраженности отмечались под влиянием пищевых и средовых аллергенов. Для лечения больных применялся в возрастной дозировке препарат Ролиноз в форме раствора, содержащего 10 мг/мл цетиризинадигидрохлорида. Значительный клинический эффект препарата, характеризующийся отсутствием зуда и высыпаний был отмечен на 2–3 день лечения у 26 % больных, на 5–6 день — у 37 %, на 7–8 день — у 35 % и у 2 % при длительности более 10 дней. Среди больных получавших лечение не наблюдалось сонливости, снижения способности обучения и концентрации внимания.

Таким образом, Ролиноз является эффективным средством для лечения ХРК. Важным достоинством препарата Ролиноз является отсутствие снотворного и седативного эффектов при использовании в терапевтических дозах.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОРДЕСТИНА В ДЕРМАТОЛОГИИ

АБИДОВА З.М., АБДУРАХМАНОВА Н.А., ЯКУБОВ А., БАБАДЖАНОВ А.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз, КВД № 1

Распространенность аллергических заболеваний продолжает расти и в некоторых странах достигает до 30 % в общей популяции. Причем этот «бич» современной цивилизации с каждым годом усиливает свои позиции. Число больных аллергией ежегодно увеличивается на 5 %. Причиной такого роста связано, во-первых, в повышении чувствительности людей к аллергенам, а во-вторых, в увеличении количества самих аллергических веществ.

В дерматологической практике из аллергических заболеваний кожи наиболее часто встречаются крапивница, аллергические дерматиты и экзема.

Сами аллергические заболевания редко создают угрозу для существования, но значительно влияют на качество жизни больных.

При ряде дерматозов с недостаточно ясным происхождением, но протекающих с признаками воспаления и доказанным участием в патогенезе медиаторов воспаления применение антигистаминных препаратов считается традиционным способом лечения. Использование же антигистаминных препаратов в лечении аллергодерматозов является базисным, так же как и применение кортикостероидных мазей. Одним из главных медиаторов аллергических реакций является гистамин, основная часть которых локализована в тучных клетках (90 %) и базофилах (10 %).

Исторически так сложилось, что все антигистаминные препараты делятся на две принципиальные группы — седативные (I поколение) и неседативные (II и поколение). При этом как понятно из названия этих групп основным их отличием является выраженность седативного эффекта. При чем препараты II и III поколения делятся на пролекарства и активные метаболиты — это очень сильно влияет на их фармакокинетические и фармакодинамические характеристики, на удобство применения, на принимаемую дозу.

Целью нашего исследования явилось клиническая оценка эффективности лордестина при лечении больных с аллергодерматозами.

Под нашим наблюдением находились 50 больных в возрасте от 19 до 47 лет. Мужчин было 26, женщин – 24. Среди них у 25 диагностирован больных аллергический дерматит, у 15 — хроническая крапивница и 10 — различные клинические форма экземы. Наряду с традиционной терапией больные с аллергическим дерматитом получали лордестин 5 мг по 1 таблетке. 1 раз, а больные с хронической крапивницей по 1 таблетке 2 раза (10 мг) в сутки. Длительность

применения препарата у больных с аллергическим дерматитом составил 10 дней, а экземой и хронической крапивницей до 15–20 дней. Эффективность лечения оценивалась по следующим критериям: исчезновение зуда, уменьшение гиперемии, регресс патологических элементов (таблица 1).

Показатели эффективности терапии основывались на данных клинического выздоровления, улучшения и без изменений (таблица 2).

Таблица 1

Регресс клинической симптоматики зудящих дерматозов на фоне лечения препаратом Лордестин.

Заболевания	Исчезновение зуда (сутки)	Уменьшение гиперемии (сутки)	Регресс патологических элементов (сутки)
Аллергический дерматит	2–3	3–4	7–10
Хроническая крапивница	3–5	–	6–8
Экзема	5–7	4–5	10–12

Таблица 2

Эффективность препарата лордестин у больных зудящими дерматозами

Заболевания	Число больных	Клиническое выздоровление	Значительное улучшение	Без изменений
Аллергический дерматит	25	20	5	–
Экземы	10	5	4	1
Хроническая крапивница	15	10	3	2
Всего	50	35 (70%)	12 (24%)	3 (6%)

Как видно из таблицы у 35 (%) больных зудящими дерматозами наблюдалось клиническое выздоровление, у 12 (%) — улучшение и у 3 (%) — без изменений.

У больных с хронической крапивницей в процессе лечения лордестином появлялись единичные мелкие и менее отечные уртикарные высыпания не сопровождающиеся зудом, поэтому больным рекомендовали прием лордестина продолжить в течение 20–25 дней.

Переносимость лечения у всех больных была хорошей, побочных эффектов не наблюдалось.

Таким образом, наш опыт применения препарата лордестин в терапии аллергических дерматозов показывает его высокую эффективность, хорошую переносимость и может быть рекомендован для широкого использования.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕРУБЦОВЫХ ФОРМ АЛОПЕЦИИ.

АЗИМОВА Ф.В., ИСМАГИЛОВ А.И., МАНСУРОВА Г.Т., ТОИРОВ Б.А., ДЖАББАРОВ М.М.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз, РПАЦ МЗ РУз

По данным статистики ВОЗ, 66% мужчин и 38% женщин во всем мире страдают той или иной формой облысения, и проблема лечения алопеции в современном мире является одной из ведущих, так как количество людей с облысением все время растет.В качестве нового и эффективного метода лечения выпадения волос на данном этапе является местное применение аутоплазмы с увеличенным содержанием тромбоцитов — плазмы, обогащенной тромбоцитами.

Цель исследования. Определение эффективности применения плазмы, обогащенной тромбоцитами, экспериментально в терапии алопеций.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 15 кроликов беспородных, половозрелых. До начала эксперимента кролики находились в виварии на карантине в течение 10 дней в стандартных условиях. Все кролики до начала эксперимента были взвешены, после взвешивания на спине была сбрита шерсть. Для получения плазмы кровь 6 кроликов была отобрана в стерильные вакуумные пробирки и центрифугировали в течение 10 мин. при обороте 3200 в мин.центрифугой EBA 200. У 6 кроликов вво-

дилась плазма, обогащенная тромбоцитами, в сбритые очаги, у 9 — никаких лечебных мероприятий не проводили.

Результаты и обсуждение. В результате у 6 кроликов, получавших плазму, обогащенную тромбоцитами, на 4–7 сутки отмечался рост пушковых и терминальных волос шерсти кроликов, на 8–12 сутки — полный рост терминальных волос в очагах, при этом улучшалась структура и качество волосяного стержня. В контрольной группе кроликов (№ 9), не получавших плазму, обогащенную тромбоцитами, рост пушковых и терминальных волос отмечался на 10–12 сутки, полный рост терминальных волос в очагах отмечался на 20–25 сутки наблюдения.Гистологическое исследование биоптата кожи исследуемых кроликов, получавших плазму, обогащенную тромбоцитами, показало следующее: морфологические признаки воспалительного процесса отсутствуют,в сосочковом слое определяется повышение плотности клеточных элементов, в сетчатом слое дермы определяются крупные веретеновидные фибробласты и гистиоциты с крупными округлыми ядрами — макрофаги соединительной ткани, сосудистая сеть без признаков нарушения структуры и функции.

Выводы: Таким образом, применение плазмы, обогащенной тромбоцитами, вызывает усиление роста волос и улучшение их качества в эксперименте, а такжеудобнав выполнении и малотравматична.

АНАЛИЗ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛИМОРФИЗМОВ G (–634) C И G (–1154) A ГЕНА VEGF У ПАЦИЕНТОВ С НЕРУБЦОВЫМИ ФОРМАМИ АЛОПЕЦИИ

АЗИМОВА Ф.В., БАБАЕВ К.Т., ШАКУРОВА А.И., МИРХАМИДОВА Н.В., КАМАЛОВ Д.М.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз, НИИГиПК МЗ РУз

В современной дерматокосметологии наблюдается тенденция к увеличению числа заболеваемости кожи волосистой части головы, в частности, выпадения волос — нерубцовых форм алопеций. Ранее проводимыми зарубежными исследованиями было установлено, что многие факторы роста не только активируют митоз клеток волосяного сосочка, но и определяют пролиферацию, дифференцировку, клеточную адгезию, миграцию, апоптоз и хемотаксис, тем самым регулируя продолжительность фазы роста волоса.Особенно значимым в регуляции цикла волос является VEGF, который влияет на развитие новых кровеносных сосудов и выживание незрелых кровеносных сосудов, связываясь с двумя близкими по строению мембранными тирозинкиназными рецепторами (рецептором–1 VEGF и рецептором–2 VEGF) и активируя их. Активность этого фактора роста определенным образом зависит от экспрессии генов, регулирующих его синтез.

Цель исследования:Провести анализ прогностической значимости на основе данныхраспределения полиморфизмов G (–634) C и G (–1154) A гена VEGF среди больных нерубцовыми формами алопеции.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 17 больных с различными формами нерубцовых алопеций в возрасте от 14 до 50 лет. Контрольная группа состояла из 20 здоровых человек узбекской популяции, репрезентативных по возрасту и полу.Среди них больных с гнездной алопецией было 36,2 %, андрогенной – 53,3 %, диффузной – 10,5 %.

Результаты и обсуждение.С целью определения эффективности данного генетического маркера были рассчитаны чувствительность (SE), специфичность (SP) и показатель AUC (areaundercurve). Прогностическая ценность определялась следующим образом: если показатель AUC<0,5, то маркер — случайный классификатор; 0,5<AUC>0,6 — плохой, 0,6<AUC>0,7 — средний; 0,7<AUC>0,8 — хороший; AUC>0,8 — отличный классификатор.

Также в таблице представлены значения чувствительности (SE), специфичности маркера (SP) и AUC — показателя вероятности отличить больного от здорового полиморфизма полиморфизмов G (–634) C и G (–1154) A гена VEGF. В связи с тем, что частота гетерозиготности полиморфизмов G (–634) C и G (–1154) A гена VEGF невысокая, их прогностическая ценность также оказались не очень высоким.

Таблица 1

Показатели прогностической ценности

Генетический маркер	SE	SP	AUC	OR (95 %CI)	*p
G (–634) C	0,18	0,97	0,57	6,2 (0,591–65,24)	0,08
G (–1154) A	0,12	0,97	0,54	3,9 (0,32–46,17)	0,09

Как видно из таблицы 1, из-за высокого уровня специфичности показателя SP=0.97 полиморфизмов G (–634) C и G (–1154) A гена VEGF и очень низкого уровня чувствительности показателей SE=0.18 и 0.12 соответственно (сильное отклонение в сторону специфичности), нельзя утверждать о самостоятельном эффекте данных показателей на риск развития алопеции в нашей популяции.

Выводы: В связи с тем, что частота гетерозиготности полиморфизмов G (–634) C и G (–1154) A гена VEGF не очень высокая, их прогностическая ценность оказались низкой (AUC=0.57 и 0.54 соответственно), т.е. эти локусыявляются относительными самостоятельными классификаторами для прогнозирования развития алопеции.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНА ФАКТОРА VEGF У БОЛЬНЫХ АЛОПЕЦИЕЙ

АЗИМОВА Ф.В., САБИРОВ У.Ю., БАБАЕВ К.Т., ИНОЯТОВ А.Ш.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз, НИИГиПК МЗ РУз

Исследования последних лет молекулярной биологии в области трихологии позволяют улучшить понимание регуляции клеточного цикла волосяного фолликула. К настоящему времени выявлен ряд генов и хромосом, ассоциированных с предрасположенностью болезням кожи волосистой части головы, среди них особый интерес представляет изучение гена фактора VEGF (эндотелиальный фактор роста сосудов), который локализован в коротком плече 6-ой хромосомы.Анализ мировой литературы показывает, что полиморфизмы в позициях (–634) C и G (–1154) A гена VEGF повышают активность промотора данного гена.

Цель исследования: Провести анализраспределения полиморфизмов G (–634) C и G (–1154) A гена VEGF среди больных нерубцовыми формами алопеции.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 28 больных с различными формами нерубцовых алопеций в возрасте от 14 до 50 лет. У 15,7% больных гнездной алопецией регистрировалась ограниченная форма заболевания в прогрессирующей стадии (очаговая, лентовидная, субтотальная), у 84,3% — распространенная форма (тотальная, универсальная).Длительность заболевания варьировала от 1 года — 5 лет у 18,6%, от 5 до 10 лет у 37,8%, более 10 лет у 56,4% пациентов.Сопутствующая патология больных была представлена заболеваниями желудочно-кишечного тракта – 27,8%, железодефицитной анемией – 74,3%, нейроциркуляторной дистонией – 16,5%, диффузным зобом с эутиреозом – 69,4%. У 38,6% пациентов наблюдалось поражение ногтевых пластинок кистей. Среди пациентов с андрогенным выпадением волос мужчин было 61,4%, женщин – 38,6%.III– Vстепень андрогенной алопеции по Гамильтону наблюдалась у 42,1%, III — IV степени — у 36,8%, V-VI степени — у 21,1% мужчин. У женщин наблюдалась в большинстве II -III степень по Людвигу (83,7%), и у 16,3% отмечалась I степень заболевания в прогрессирующей стадии заболевания. Длительность заболевания варьировала от 1 года — 5 лет у 34,2%, до 5 — 9 лет у 65,8% пациентов. Контрольная группа состояла из 20 здоровых человек узбекской популяции, репрезентативных по полу и возрасту.

Результаты и обсуждение. Для проведения молекулярно-генетических исследований G (–634) C и G (–1154) A гена VEGF нами была сконструирована тест-система, основанная на полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Полиморфизмы оказались не часто выявляемым, как среди групп больных алопецией, так и контрольной группы. В группе больных алопецией частота мутантных аллелей полиморфизмов G (–634) C и G (–1154) A гена VEGFсоставили 8.8% и 6.0% соответственно. В контрольной группе аналогичные показатели были равны всего лишь 1.7%. При этом, необходимо отметить, что в обоих группах небыли обнаружены гомозиготные генотипы данных полиморфизмов. Различия по встречаемости мутантной аллели полиморфизма G (–634) C гена VEGFв исследованных группах были ближе к статистически достоверным результатам (X^2=2.7; P=0.09; OR=5.7; 95%CI 0.5699, 57.2) в пользу группы больных алопецией. У 11,8% больных алопецией была выявлена аллель A, несущая гетерозиготный генотип мутации VEGF в позиции G (–1154) A. В контрольной выборке лица, несущие мутантную аллель A составили 3.3%. Предварительно, согласно рассчитанному коэффициенту соотношения шансов, вероятность развития нарушений ангиогенеза у пациентов алопецией была более чем в 3.5 раза выше по сравнению с контрольной группой (OR=3.9, 95%CI 0.3238, 46.17) с уровнем X^2=1.2 и p=0,2.Однако, несмотря на высокий показатель OR=5.7 и OR=3.9 полиморфизмов G (–634) C и G (–1154) A гена VEGF, полученные результаты оказались статистически незначимыми, что вероятно связано с малым объемом исследованных групп пациентов.

Выводы: Таким образом, у пациентов с нерубцовыми формами алопеций модифицирован и апробирован метод тестирования полиморфиз-

мов G (–634) C и G (–1154) A гена VEGF на основе ПЦР в реальном времени, не уступающим зарубежным аналогам и позволяющий эффективно решать фундаментальные и прикладные задачи современной медицины.Наблюдаемые распределения гетерозиготных генотипов обоих локусов, достоверно соответствовали ожидаемым закону на равновесие Харди-Вайнберга. В целях увеличения достоверности результатов полиморфизмов G (–634) C и G (–1154) A гена VEGF у больных алопецией исследования продолжаются.

ФАКТОРЫ РИСКА ВИТИЛИГО У ПАЦИЕНТОВ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

АЙМОЛДИНА А.А., БАТПЕНОВА Г.Р.

«Центр дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем» г. Астана, Республика Казахстан

Введение: Согласно данным некоммерческой организации «Vitiligo Research Foundation» на сегодняшний день в Республике Казахстан зарегистрировано 84000 больных с этим заболеванием [1]. Считается, что в патогенезе витилиго играют роль наследственные факторы и неблагоприятные воздействия окружающей среды [2].

Цель: Выявить медико-социальные факторы риска у пациентов казахской национальности.

Материалы и методы: Проведено анкетирование среди 34 пациентов с витилиго казахской национальности. Группа больных была собрана методом случайной выборки, в которую вошли индивиды, у которых этническая принадлежность учитывалась по отцовской и материнской линии до третьего поколения.

Результаты: На первом месте по частоте встречаемости находится психоэмоциональный стресс (особенно, связанный с семьей), затем в порядке убывания следуют наследственная предрасположенность, наличие сопутствующих заболеваний (таких как диффузный токсический зоб, лямблиоз, дискинезия желчевыводящих путей и др.), солнечный ожог.

Заключение: Учитывая многофакторность витилиго, очевидно, что особенности психической сферыи молекулярно-генетических предпосылки формирования витилиго у пациентов казахской национальности требуют более детального изучения.

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. http://vrfoundation.org/map
2. Spritz R.,Nickoloff BJ., Nestle FO. (eds). The Genetics of Generalized Vitiligo //Dermatologic Immunity. CurrDirAutoimmun., 2008, №10 — P. 244–257.

МЕСТО В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, СОЧЕТАННОГО С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ

АЙДАРОВА Н.П., НИЗАМОВ К.Ф.

Республиканский научно-специализированный аллергологический центр

Антилейкотриеновые препараты включают антагонисты рецепторов цистеиниловых лейкотриенов 1-го субтипа (монтелукаст, пранлукаст, зафирлукаст).

Цистеиниловые лейкотриены выделяются преимущественно тучными клетками иэозинофилами. Это единственный тип медиаторов, ингибирование которого приводит к улучшению клиники атопического дерматита в сочетании с аллергическим ринитом.

Данная группа препарата была использована в комбинации с антигистаминными препаратами второго поколения в частности цетиризином.

В группу клинических исследований были включены 20 пациентов с атопическим дерматитом сочетанным с аллергическим ринитом в возрасте 21–47 лет. Длительность течения заболевания составляла 5,3 ± 1,1 лет. Длительность терапии составляла 3 месяца. Результаты клинических исследований показали, что комбинация препаратов оказала выраженный клинический эффект. Помимо противоспалительного эффекта, данная комбинация позволила достижению стойкой ремиссии кожного процесса и уменьшению активности воспаления в дыхательных путях. Антилейкотриеновые препараты хорошо переносятся; побочные эффекты этого класса препаратов немногочисленны или отсутствуют.

ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.

АЙДАРОВА Н.П., НАЗАРОВ О.А., АЛИЕВА В.Ш., НИЗАМОВ К.Ф.

Республиканский научно-специализированный аллергологический центр

Для выполнения поставленной цели нами были обследованы 70 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 14 до 74 лет, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в Республиканском Научно-Специализированном Аллергологическом Центре. Из них 60 были женщины, 10 — мужчины. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц. Проведенные исследования показали наличие полового диморфизма в развитии дерматореспираторного синдрома. Если в группе больных с АтД соотношение мужчин и женщин составило 1:2, в группе больных с АтД + АР — 1:1,17, с АтД + АР + БА — 1:0,23. Отмечены и возрастные различия: в группе больных с АтД выявлены 2 пика развития данной патологии: 20-29 лет (46,7%) и свыше 50 лет (23,3%), АтД + АР– в основном лица молодого, АтД + БА — лица пожилого, тогда как в группе больных с АтД + АР + БА — лица молодого возраста. Полученные нами данные соответствуют литературным, в которых показано развитие атопического марша у детей и лиц молодого возраста. По мнению авторов, АтД является «входными воротами» для последующих системных аллергических реакций. Кожная гиперреактивность предшествует сенсибилизации дыхательных путей, а воспаление при АР не ограничивается слизистой оболочкой носа, так как назальная и бронхиальная слизистые оболочки имеют структурное сходство, а атопическая реакция является системной. Можно сказать, что больные с АР и АтД относятся к группе риска на формирование БА, а следовательно имеется возможность с помощью эффективного лечения АтД предотвратить развитие респираторной аллергии или, по крайней мере, уменьшить степень тяжести БА и АР.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

АКБАРОВ Ш.Ф., АЙТУГДИЕВ Я.Д., БЕКМУРАТОВА Э.И., ТУРСУНОВ М.Ш.

Ташкентский областной КВД, Ташкентская медицинская академия

Атипичные проявления дискоидной волчанки в сочетании с отрицательным феноменом ЛЕ-клеток являются причинами диагностических ошибок. Своевременное гистологическое исследование, а также комплекс клинико-биохимических исследований способствуют ранней диагностике дерматоза, оценке степени тяжести и прогноза, а также подбору рациональных методов терапии.

Проведен анализ клинико-эпидемиологических аспектов дискоидной красной волчанки у жителей Ташкентской области в 2009–2013 г. Зарегистрировано 59 новых случаев дискоидной красной волчанки у больных в возрасте 14–64 лет (женщин 36, мужчин 23). Проводились общие клинические, биохимические, гистологические, иммунологические методы исследования, ЭКГ,УЗИ. Ограниченная дискоидная КВ (рубцующийся эритематоз) была у 44 больных, диссеминированная — у 15. Длительность заболевания составила от 6 месяцев до 10 лет. Провоцирующими факторами были УФО, переохлаждение, ОРВИ, стресс, беременность, роды, послеродовый период, дисгормональные изменениями пубертатного возраста, климактерический синдром и гинекологические заболевания. В клинической картине преобладали воспалительные изменения (отечная эритема, фолликулярный гиперкератоз), у 4 (12,8 %) –рубцовая атрофия, у остальных рубцовая атрофия и воспаление были выражены в равной мере. Типичные эритематозные очаги отмечались у 46 больных, при диссеминированной волчанке часто отмечались полиморфные высыпания, что послужило причиной диагностических ошибок. В 2 случаях установлен диагноз базалиомы, в 1 зоонозная трихофития, в 1 — вторичный рецидивный сифилис (клинически), у 2 — многоформная экссудативная эритема, себорейный дерматит, токсикодермия. Окончательный диагноз был установлен по гистологической картине.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

АЛЛАЕВА М.Д., БЕКМУРАТОВА Э.И., ЮСУПОВ М.А., АБДУВАХИТОВА И., ЮСУПОВА Д.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский областной КВД

Псориатический артрит выявляется 10 – 20 % больных (ПА), чаще при визуальных дефигурациях суставов. В то же время, рентгенологически различимые изменения костно-суставного аппарата обнаруживаются у больных раньше, до формирования клинических признаков артропатии.

Изучали частоту выявления ПА по данным клинического и рентгенологического обследования у 117 больных псориазом в 2011–2013г (78 мужчин, 40 женщин), в возрасте 30–58 лет, с продолжительностью болезни от нескольких месяцев до 8 лет. Заболевания ЖКТ обнаружены у 17 (14,5 %), ЛОР органов — у 8,3 % -, гипертоническая болезнь — у 2,0 %. В 68,7 % случаев отмечалось рецидивирующее течение. Распространенный псориаз был у 82 (70,1 %), эритродермия у 4, пустулезный псориаз — у 2. Ограниченные очаги были у 35 больных: только ладонно-подошвенные — у 18, только поражение в/ч головы — у 9. Изменения ногтевых пластинок отмечались у 71 больного, у 46 (39,1 %) больных — точечная ониходистрофия (симптом «наперстка»), у 24 — онихогрифоз и онихолизис. При осмотре дефигураций суставов не выявлялось. Полиартралгии были у 4 больных с эритродермией, 7 больных вульгарным и пустулезным псориазом. Рентгенологические изменения суставов были обнаружены у 14 больных в стационарной и 36 больных в прогрессирующей стадии (42,7 %). Хронический асимметричный артрит был у 12 пациентов, дактилит («палец-сосиска») –у 8, поражение большого пальца стопы — у 9, поражение 3 мелких суставов одной кисти- у 19, асимметричный моноартрит дистального межфалангового сустава — у 21 больного. Рентгенологическое обследование больных псориазом позволяет своевременно диагностировать суставной синдром и планировать терапевтические мероприятия.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ СТРОНГЕР-НЕОМИНОФАГЕН С

АЛЛАЕВА М.Д., БЕКМУРАТОВА Э.И., АГЗАМХОДЖАЕВА С.С., ДЖУРАБАЕВ Э.Ю.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский областной КВД

Заболеваемость псориазом во всем мире неуклонно возрастает. В 2010–2013 гг. в Ташкентской области было зарегистрировано 2137 новых случаев заболевания, среди них в возрасте до 14 лет 274 (12,86 %) больных, 15–17 лет – 239 (11,2 %), 18–64 лет–1302 (60,9 %). Современный псориаз характеризуется увеличением числа распространенных, осложненных форм заболевания, учащением эритродермии, артропатиями, нуждающихся в стационарном лечении. Выявляются нарушения липидного и углеводного обмена, иммунологические изменения, что требует соответствующей коррекции.

В комплексном лечении применяли Стронгер-неоминофаген С (SNMC) — инъекционный препарат глицирризина, экстрактированного из корней лакрицы (солодки), нормализующий функции печени, обладающий противовоспалительным, иммуномодулирующим, ангиопротекторным действием. Препарат назначали 117 больным (77 мужчин, 40 женщин), в возрасте 30–58 лет, с давностью болезни от нескольких месяцев до 8 лет. В группе сравнения больные получали лечение по стандартам МЗРУз. Распространенный псориаз был у 82 (70,1 %), эритродермия у 4, пустулезный псориаз — у 2, ониходистрофия у 71, рентгенологические признаки артропатии обнаружены у 50 (42,7 %). Умеренно выраженная анемия была у 4,7 % больных, лейкоцитоз у 17,9 %, лимфоцитоз у 14,1 %, моноцитоз у 5,6 %, эозинофилия у 2,8 %, ускоренная СОЭ у 31,1 %. Отмечались гипохолестеринемия, дислипопротеидемия, повышение активности АЛТ,АСТ, ЩФ, ГГТ, билирубина, повышение общего холестерина (76,6 %больных), ЛПНП–у 53,3 %, КА–у 50,8 %, триглицеридов- у 11,6 %, ЛНОНП — у 5,8 %. Применение препарата Стронгер способствует нормализации кожных и лабораторных изменений, сокращению сроков госпитализации, увеличению продолжительности ремиссий.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ПИЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

АЛИЕВА В.Ш., НАЗАРОВ А.А.

Республиканский научно-специализированный аллергологический центр

Диета должна соответствовать физиологическим потребностям ребенка в основных пищевых продуктах и энергии. В рационе больных не должно быть продуктов с высокой сенсибилизирующей активностью, экстрактивных веществ и пищевых добавок (вкусовых, ароматических, красителей и др.). Основной принцип ротационной диеты: ни один продукт не следует употреблять чаще 1 раза в 4 дня и ни один продукт того же семейства — чаще 1 раза в 2 дня ; кроме того, разрешенный продукт желательно употреблять 1 раз в день.

Иммунологическим критерием обоснованности элиминационной диеты заключается в том, что разрушение аллергенспецифических IgG- антител происходит в течение 45 дней.

У 30 детей с атопическим дерматитом в возрасте 1–6 лет, которых мы наблюдали, пищевой рацион строился по принципу ротационной диеты. У большинства больных была достигнута ремиссия атопического дерматита. Только у 4 больных ввести ротационную диету не удалось: в 2 случаях родители не смогли организовать подобную диету и у 2 больных отрицательный результат был связан с непереносимостью большого количества пищевых продуктов.

У больных с атопическим дерматитом, обусловленным поливалентной пищевой сенсибилизацией, диетотерапия может начинаться с назначения на короткий срок (1–3 нед.) питания, основу которого составляет строгий гипоаллергенный рацион: из одного вида приготовленных дома натуральных пищевых продуктов — мяса, овощей, зерновых культур, фруктов, масла.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАНСОПРАЗОЛА (ЛОЭНЗАР) В КОМБИНАЦИИ С АНТИГИСТАМИННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ КРАПИВНИЦ

АЛИЕВА В.Ш., НАЗАРОВ О.А., НИЗАМОВ К.Ф., АЙДАРОВА Н.П., КУДРАТИЛЛАЕВА Б.Т.

Республиканский научно-специализированный аллергологический центр

Крапивницей страдает 15–25% общей популяции. Чаще встречается у детей и подростков, а хроническая — у взрослых. Хроническую крапивницу отмечают почти в 30% случаев, чаще у женщин среднего возраста, заболевание может носить семейный характер. Предполагается что некоторые сопутствующие заболевания могут быть причиной или провоцирующим фактором возникновения крапивницы. Роль helicobacter pylori очень актуальна в хронизации течения крапивницы.

Целью исследования была оценка эффективности комбинированной схемы с использованием ингибиторов протонной помпы (ИПП) лансопразол (30 мг, 2 р/сут.) и фексофенадина гидрохлорида (фексофен 180 1р/сут.). В группу исследования вошли 62 пациента, которые были сопоставимы по полу, возрасту, характеру, патологическим изменениям. Длительность терапии составила 28 дней. После проведения курса лечения было установлена эффективность терапии в 95% случаев.

Таким образом, хеликобактерная инфекция оказывает не только местное патогенное воздействие на слизистую оболочку желудка, но и активирует синтез медиаторов воспаления. Следовательно подавление местной воспалительной реакции с применением ИПП (лансопразол) в комбинации с антигистаминными препаратами в терапии хронической крапивницы дает возможность сократить частоту обострений хронической крапивницы, что позволит улучшению качества жизни пациентов.

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗОНЫ АРАЛА НА АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

АРИФОВ С.С., ИСМАГИЛОВ А.И., АБДУЛЛАХОДЖАЕВ К.А., СЕЙДУЛЛАЕВ Э.Ю., ИШЖАНОВ М. К.

Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В экологически неблагоприятных зонах отмечается изменение экологических факторов, что природы к увеличению количества лиц страдающих аллергодерматозами.

Целью исследования было изучение распространенности и клинического течения аллергических заболеваний кожи в 12 районах Республики Каракалпакстан путем профилактических клинических осмотров.

Данная работа была проведена по гранту «Общественного Фонда по поддержке ННО и других институтов гражданского общества при Олий Мажлисе Республики Узбекистан

Всего обследовано 3477 лиц в возрасте от 2 месяцев до 72 лет. Мужчин было — Из них 985 (28,4 %) лиц страдали заболеваниями и проблемными состояниями кожи и подкожной клетчатки. 985 больных имели одно два или несколько кожных болезней. Всего у 985 больных было выявлено 1231 заболеваний и проблемные состояния кожи и подкожной клетчатки, что составляет 35,4 % ко всем обследованным больным. Как показали результаты обследования у лиц, живущих в районах Республики Каракалпакстан, среди кожных заболеваний (по отношению к количеству больных лиц) мы наиболее часто диагностировали аллергические заболевания кожи — у 312 лиц (31,67 %), затем фотодерматозы — у 117 лиц (11,8 %). Сухостью кожи страдали 98 лиц (9,9 %), угревой болезнью и фотостарением кожи по 92 (9,3 %) лиц. Сопутствующие соматические болезни были выявлены у 303 (8,7 %) больных и они для дальнейшего обследования и лечения были направлены к соответствующим специалистам. Со всеми выявленными больными проведена беседа, а медицинским работникам прочитаны лекции по профилактике и снижению неблагоприятных факторов зоны Арала.

Таким образом, среди жителей зоны Арала аллергические заболевания встречаются чаще, что необходимо разработать лечебно-диагностические меры по их снижению.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

АРИФОВ С.С, КАРИМБЕРДИЕВ Д.Р., ИСМАГИЛОВ А.И., ЯКУБОВ А.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Атопический дерматит — распространенное острое, подострое или хроническое рецидивирующее воспаление эпидермиса и дермы, характеризующееся выраженным зудом, имеет определенную возрастную динамику. Лечение данного заболевания полностью не удовлетворяет ни больных, ни врачей.

Целью настоящей работы явилось изучение клинической эффективности местного иммуномодулятора такролимуса (Протопик) в терапии атопического дерматита.

Под нашим клиническим наблюдением находились 38 больных атопическим дерматитом в возрасте от 5 месяцев до 22 лет. Больные в зависимости от получаемой терапии были разделены на 3 группы. Для объективной оценки эффективности проводимой терапии больные по тяжести заболевания по группам были распределены приблизительно одинаково. Первая группа больных (15чел.) получали традиционную терапию, которая заключалось в назначении гипосенсибилизирующих, антигистаминных препаратов и наружно глюкокортикостероидный препарат содержащий бетаметазон. Вторая группа больных (13 чел.) получали аналогичную терапию, как и первая группа, но им дополнительно был назначен мазь пимекралимус. Третья группа (10 чел.) в качестве наружной терапии получали мазь протопик. Детям применяли 0,03 % мазь, взрослым — 0,1 % мазь.

Мазь пимекролимус, 2 раза в день, наносили тонким слоем на пораженную поверхность и осторожно втирали до полного впитывания. Препарат можно наносит на любые участки кожи, включая голову, лицо, шею, а также на области опрелости. В процессе лечения во второй группе у подавляющего большинства (9 чел.) уже на 3 сутки терапии отмечалось уменьшение зуда (на 60–90 %) и к концу 3 недели у всех 15 больных — полное исчезновение кожной сыпи. В то время как у больных первой и третьей групп

уменьшение зуда отмечалось к концу первой недели, а разрешение кожно-патологического процесса — к концу 4 недели лечения.

Таким образом, наш клинический опыт лечения атопического дерматита показал, что Протопик является высокоэффективным нестероидным препаратом, и применение его совместно с топическими глюкокортикостероидами, предотвращает прогрессирование болезни, быстро устраняет симптомы атопического дерматита.

ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ МИКСТ-ИНФЕКЦИЕЙ

АРИФОВА М.Х., ЯКУБОВА А.С., АКБАРОВ Ш.Ф.

Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер,
Кожно-венерологический диспансер №9 г. Ташкента

Целью настоящей работы явилось изучение клинической эффективности противовоспалительного, противобактериального и противогрибкового препарата Санакут в лечении дерматозов осложнённых микст инфекцией.

Под нашим клиническим наблюдением находились 35 больных, страдающих различными дерматозами, осложнёнными бактериальной инфекцией и микозами стоп, осложнёнными бактериальной инфекцией. Больные были в возрасте в возрасте от 19 до 35 лет. 12 больных страдали атопическим дерматитом, 6 — контактным дерматитом, 5 — истинной экземой, у которых основной кожный процесс осложнился бактериальной инфекцией. У 12 больных был диагностирован микоз стоп, осложнённой вторичной инфекцией. До начала терапии КОН тест на возбудителей микоза стоп был положителен у всех пациентов.

При наличии островоспалительных явлений больным были назначены антигистаминные, гипосенсибилизируюшие препараты и наружно примочки с антисептиками.

После снятия признаков острого воспаления препарат санакут, 2 раза в день, наносили тонким слоемна пораженную поверхность. Препарат содержит кетоконазол, клобетазола пропионата, неомицин и соответственно обладает противовоспалительным, противобактериальным и противогрибковым свойствами.

Наши клинические наблюдения показали, что в процессе терапии у всех больных атопическим дерматитом, контактным дерматитом и истинной экземой осложненной вторичной бактериальной инфекцией к 5–6 дню лечения признаки воспаления (высыпания и зуд) кожи и гнойный процесс уменьшились значительно. В последующем у всех больных наступило клиническое выздоровление дерматоза. Такая же положительная динамика наблюдалась у 8 больных, у которых был диагностирован микоз стоп, осложнённой вторичной инфекцией.

Таким образом, препарат санакут является эффективным препаратом в лечении дерматозовосложнённых бактериальной и грибковой инфекциями.

ТОПИЧЕСКИЙ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИД «МЕЗОНИТ» В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА

АРИФОВА М.Х., ЯКУБОВА А.С.

Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер,
Кожно-венерологический диспансер №9 г. Ташкента

Топические глюкокортикостероиды (ТГКС) более 60 лет применяются в наружной терапии кожных заболеваний, так как они обладают противовоспалительным, иммуносупрессивным, сосудосуживающим, антипролиферативным противозудным действиями. В последние годы на рынке появляются ТГКС, различные по силе действия.

Целью настоящей работы явилось изучение клинической эффективности ТГКС момометазон фуроат (Мезонит) в терапии гормоночувствительных дерматозов.

Под нашим клиническим наблюдением находились 21 больной, с хроническими дерматозами в возрасте от 3 до 43 лет. Из них 15 больных страдали атопическим дерматитом, 2 — контактным дерматитом, 4 — истинной экземой.

Среди больных атопическим дерматитом 4 больных страдали эритематозно-сквамозной формой, 5 — эритематозно-сквамозной с лихенификацией, 4 — лихеноидной и 2 — пруригинозной формами атопического дерматита. Из 2 больных страдающих контактным дерматитом 1 больной начало свое заболевания связывали контактом с моющими средствами и 1 — с препаратом капсикам.

Больным с ограниченным кожным процессом назначали антигистаминные препараты внутрь и

наружно препарат мезонит. При распространенном кожном процессе кроме вышеуказанных препаратов больным была рекомендована гипосенсибилизирующая терапия. При наличии островоспалительных явлений больные получали примочки с антисептиками. Мезонит применяли один раз в день утром. После снятия признаков острого воспаления препарат наносили тонким слоем на пораженную поверхность и осторожно втирали до полного впитывания.

В процессе терапии у больных атопическим дерматитом и истинной экземой к концу недели лечения у большинства больных островоспалительные признаки в кожи и зуд уменьшились значительно. В последующем, количество больных с клинической ремиссией возрастали, и через 3 недели после начала применения мази мезонит у всех больных наступила клиническая ремиссия заболевания. Тогда как при контактном дерматите на 3–4 сутки отмечались значительное уменьшение зуда и признаков воспаления и на 7–8 дни наблюдали клиническое разрешения воспалительного процесса.

Следовательно, топический стероид мезонит является эффективным препаратом в лечении стреоидочувствительных дерматозов.

НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

БАБАБЕКОВА Н.Б., ХОДЖАЕВА С.М., РИХСИЕВА Д.Д., МУН А.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Наружная терапия была и остается обязательной и важнейшей составной частью комплексного лечения больных дерматозами. Принципы наружной терапии больных хроническими дерматозами основываются на особенностях строения и функциях кожного барьера, а также патологических процессах, лежащих в основе того или иного заболевания.

Целью проведенных исследований явилось изучение клинической эффективности наружной терапии препаратом «мезонит» крем в комплексном лечении детей с хроническими дерматозами.

Под наблюдением находился 31 больных (13 мальчиков и 18 девочек), страдающих хроническими дерматозами в возрасте от 3-х до 14 лет. Крем «мезонит» назначали 1 раз в сутки в составе комплексной терапии антигистаминными препаратами, десенсибилизирующими средствами, сорбентами. Методы мониторинга динамики клинических проявлений и оценку основных симптомов заболевания проводили по разработанным протоколам: эритема, шелушение и чувство зуда. В ходе исследования отмечен положительный клинический эффект: на 14-е сутки значительное улучшение наблюдалось у 74,2% (n=23) пациентов, улучшение — у 25,8% (n=8); через 1 месяц выраженный эффект отмечен в 74,2% (n=23) случаев, значительное улучшение — у 22,6% (n=7), улучшение — у 3,2% (n=1). Все больные отметили хорошую переносимость и отсутствие побочных реакций.

Таким образом, клинические наблюдения позволяют охарактеризовать препарат для наружной терапии «Мезонит» крем, как клинически эффективное, безопасное средство в лечении и профилактике больных с различными дерматозами.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

БАБАДЖАНОВ А.А., АРИФОВ С.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей МЗ РУз

Розацеа — распространенное и нередко тяжело протекающее заболевание, характеризующееся стадийным течением. Дерматоз клинически может проявляться в различных формах и иметь атипичной течение, что затрудняет клиническую диагностику.

Целью настоящей работы явилось встречаемость клинических форм и анамнестические данные больных розовыми угрями в практике дерматолога.

Под нашим наблюдением находился 101 больной розацеа в возрасте от 25 до 73 лет, средний возраст составил 42,0±1,9 лет. Из них жителей города было 56 человек (55,44%), сельской местности – 45 (44,56%). Мужчин было 17 (16,83%) и женщин –84 (83,17%). Соотношение мужчин к женщинам было 1:4,9. Большинство больных были в возрасте от 36 до 60 лет – 59 (58,4%), и в активном трудоспособном возрасте (от 25 до 60 лет) – 81 (79,18%) человек. Длительность заболевания розацеа была разная и составила от 2 недель до 15 лет. Из 101 больного до 6 месяцев страдали 16 (15, 84%), 6 — 12 месяцев — 8 (7,92%), 1 — 5 лет — 66 (65,37%), 5 — 10

лет –6 (5, 94 %) и свыше 10 лет –5 (4, 95 %) больных.

Согласно классификации G. Plewig и A. M. Kligman (1994) из 101 больных розацеа первой стадией страдали 22 больных (21,7 %), второй стадией — 55 (54,4 %) и третьей стадией — 22 (21,8 %). Кроме тогоу 1 больной (0,99 %) диагностировано фиматозное состояние (ринофима, гнатофима) и у 1 — стероидная розацеа (0,99 %).

Из 101 больного 94 (93,1 %) смогли указать причину заболевания. Так 20 (19,8 %) отметили влияние жаркого воздуха, 15 (14,85 %) больных начало или обострение розацеа связывали со стрессовыми ситуациями, 17 (16,83 %) — климаксом, 15 (14,85 %) — действием солнечных лучей, 11 (10,89 %) –алиментарным фактором, 10 (9,9 %) — использованием косметических средств, 6 (5,94 %) — простудой, 7 (6,9 %) пациентов не смогли указать причину начала или обострения дерматоза.

Таким образом, наши клинические данные показали, что розовые угри встречается больше среди жителей города (55,44 %), женщин (83,17 %), в активном трудоспособном возрасте (79,18 %), возникновение заболевания часто связывают с факторами внешней среды и среди клинических форм часто диагностируется вторая стадия дерматоза — 55 (54,4 %).

КЛИНИКО-СОМАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

БАРАНЧУК Н.И., ЯКУБОВИЧ А.И.

ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, г. Иркутск

На основании клинического обследования и анкетирования, нами проведен анализ особенностей течения дерматоза и психологического состояния 150 пациентовкожно-венерологического отделения факультетских клиник Иркутского государственного медицинского университета. В исследуемую группу вошли пациенты в возрасте от 18 до 72 лет. Средний возраст составил 38,6 ± 2,21 лет. Соотношение мужчин и женщин – 1:1. У всех больных был диагностирован вульгарный псориаз. Дебют псориаза чаще наблюдался в возрасте 26 – 40 лет (48 %). Преобладали пациенты с давностью заболевания свыше 10 лет (56 %).

Выявлены высокий уровень алекситимии (54,7 %), склонность к тревоге и депрессии (89 %), наличие акцентуации по циклотимическому (78 %), педантичному (75 %), тревожному (77 %), «застревающему» (70 %), низкому демонстративному (77 %) и гипотимному (93 %) типам, что является факторами, предрасполагающими к психосоматическим расстройствам. Среди сопутствующих заболеваний: ИБС, артериальная гипертония, гастрит, язвенная болезнь желудка, мастопатия, гепатит, розацея, сахарный диабет, панкреатит. В исследуемой выборке средний индекс PASI = 30,6 ± 1,34. Наиболее частые типы отношения к болезни: гармоничный (41 %), эргопатический (39 %), тревожный (6 %).

Изучение данного вопроса необходимо длявыявления взаимосвязи клинических проявлений псориаза с социально-биологическими факторами и психологическими особенностями пациентов в разных возрастных группах, а такжеразработки эффективных методов обследования и лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «СТРОНГЕР-НЕОМИНОФАГЕН С» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

БЕКМУРАТОВА Э.И., АКБАРОВ Ш.Ф., АЙТУГДИЕВ Я.Д, ДЖУРАБАЕВ Э.Ю.

Ташкентская медицинская академия, Ташкентский областной КВД

Иммунологические исследования у больных диссеминированной красной волчанкой способствуют оценке степени тяжести и прогноза, а также подбору рациональных методов терапии.

Наблюдали 59 больных красной волчанкой в возрасте от 14 до 64 лет, из них женщины 36, мужчин 23. У 44 больных были ограниченные очаги, у 15 распространенные высыпания с локализацией на лице, волосистой части головы, ушных раковинах, на кистях и предплечьях. Функциональные изменения со стороны внутренних органов выявлялись в разных сочетаниях у 19 больных. В крови отмечалась умеренная анемия, снижение содержания Нв10–11г/л, повышение СОЭ до 16–40 мм/ч. Во всех случаях ЛЕ-клетки были отрицательные. Иммунный статус: умеренная лимфопения, снижение содержания CD3+-клеток, дисбаланс субпопуляций CD4+ и CD8+, снижение ИРИ, активация естественных клеток-киллеров CD16+, повышение ЦИК, гиперпродук-

ция Ig; Установлено повышение уровня аутоантител к тканям почек в 4–5 раз (1: 64 против 1:16) и к коже в 4 –8 раз (до1:128 против 1:16), повышение концентрации провоспалительного цитокина ИЛ–18 и противовоспалительного цитокина ИЛ–10.

В лечении наряду со стандартами МЗ РУз (2012), использовали в/в вливания препарата Стронгер-неоминофаген С по 20 мл с 50–100 мл физ.раствора. Отмечены положительные результаты, полный регресс высыпаний, нормализация общего состояния и иммунологических показателей крови. Значительное улучшение отмечалось в среднем на 10–14 день лечения. Применение Стронгера в комплексном лечении диссеминированной и дискоидной КВ, успешно сочетается с традиционными методами, повышает эффективность лечения, сокращает сроки регресса кожных проявлений и системных осложнений, иммунных нарушений

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ КОЖИ

БЕРЕЗОВСКАЯ И.С., ИТЕМИРОВА А.О., ТОНКОНОГОВА Г.М., ДЖУСУПГАЛИЕВА М.Х., АБИЛКАСИМОВА Г.Е., БАЕВ А.И., АБДРАШИТОВ Ш.Г.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

В работе описываются результаты обследования 40 (25 мужчин, 15 женщин) больных ТЯ нижних конечностей, наблюдавшихся в клинике Научно-исследовательского кожно-венерологического института.

У 18 (45,0 %) больных развитие ТЯ происходило на фоне варикозной болезни нижних конечностей, у 9 (22,5 %) — посттромбофлебитического синдрома. У 6 (15,0 %) ТЯ язвы развились на фоне сахарного диабета (второй тип), у 3 (7,5 %) — образование язв было обусловлено выраженной стрепто-стафилодермией, у 4 (10,0 %) — они были ассоциированы с синдромом Лериша. Возраст начала заболевания составил, в среднем 50,1 ± 11,2 лет.

Площадь язвенного дефекта варьировала от 0,3 до 10 см^2 и составила, в среднем, 6,3 ± 1,1 см^2. У больных с ТЯ, возникшими на фоне венозного нарушения, изменения были выражены сильнее.

Результаты анкетирования на предмет подсчета баллов клинических признаков по 7 критериям, проведенного до лечения показали, что итоговый балл, в среднем, составил 104,3 ± 1,9 баллов. Индекс остроты и клинический индекс у больных ТЯ с явлениями экземы (дерматита), выраженные в процентах, составили 38,3 ± 2,1 и 9,1 ± 1,2 соответственно.При оценке качества жизни у больных ТЯ были понижены все параметры, отражающие физическое и психическое здоровье.

Таким образом, среди провоцирующих факторов у больных ТЯ следует выделить посттромбофлебитический синдром и хроническую венозную недостаточность с наличием варикозно-расширенных вен, сахарный диабет. У большинства больных ТЯ были понижены все параметры, отражающие физическое и психическое здоровье.

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ЭСТРАДИОЛА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

БОТИРОВ К.З., ПАКИРДИНОВ А.Б., АЛИЕВ Х.М., ХАМИДОВ Ф.Ш., МУХАММАДЖОНОВА Л.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

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 ± 0,02нмоль/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, выражающаяся 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.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ЛОКОИД» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

БОТИРОВ К.З., ХАМИДОВ Ф.Ш., ПАКИРДИНОВ А.Б., ҚЎЧҚАРОВ А., НАБИЕВ В., АЛИЕВ Л., ҚОБИЛОВ А., САЙДАЛИЕВ Ғ., ХОШИМОВА Н., МАШРАПОВА Ф.

Андижон давлат тиббиёт институти

Атопик дерматитни (АД) даволашда асосий ўринлардан бири маҳаллий муолажа ҳисобланади (турли хил малҳамлар, кремлар, эмульсия, лоссьон ва бошқалар). Буларнинг ичида энг самарали препаратлардан бири глюкокортикоид гормонал малҳамлардир. Охирги пайтларда фармацевтика саноати томонидан топик таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган кўплаб янги кортикостероид малҳамлари ишлаб чиқилмоқда. Шундай малҳамлардан бири элокомдир. Локоид малҳами таркибига кирувчи гидрокортизон–17-бутират ўта фаол топик кортикостероид бўлиб, узоқ даволанувчи дерматозларни қисқа вақтда даволаш учун қўлласа бўладиган препарат (малҳам) ҳисобланади.

Изланишдан мақсадимиз: Локоид малҳамини АД билан оғриган беморларда қўллаб кўриб самарадорлигини аниқлашдир.

Материал ва текширув услублари: Бизни кузатувимизда АД га чалинган 27 та бемор аёл бўлиб, уларни ёши 15 дан 30 ёшгача. Беморларни ушбу касаллик 3 йилдан 12 йилгача бўлган муддатда безовта қилиб келган. Бу беморларнинг 18 таси АД нинг пруригиноз шакли, 9 таси лиҳеноид шакли билан қайд этилган, уларнинг барчасини қичишиш безовта қилади. Уларга комплекс даво сифатида қуйидаги даволаш усули қўлланилади.

Умумий давога антигистамин (лорд), десенсибилизацияловчи (натрий тиосульфат), гепатопротектор (лив–52), антиоксидантлардан аевит, маҳаллий давога Локоид малҳами. Давонинг биринчи кунлари терига икки маҳалдан, патологик ўчоқдаги тошмалар сўрила бошлагач, 1 маҳалдан суртилади, даволаш муддати касаликнинг турига, тарқоқлигига қараб 18–24 кунни ташкил қилди. Теридаги патологик жараён ўчоғи тошмалар тарқалганлиги, яллиғланишнинг интенсивлиги ва субъектив симптомлар ёрдамида ўрганилди. Комплекс даводан олдин беморлар терисини SCORAD индекси кўрсаткичи 40–70 баллни ташкил қилди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: Юқорида кўрсатилган даво амалга оширилгач, беморлар терисидаги патологик ўчоғдаги папулалар ва лихенификациянинг яссиланиши кузатилди, 7–8 кун ўтгач улар анча яссиланиб, жарохат ўчоғи тез орада яхшилана бошлади. Қичишиш давонинг 3–4 кунидан камая бошлади, даво курсининг охирги кунларига бориб йўқолди. Даволашнинг 16–20 кунларига келиб теридаги инфильтрация кескин камайди, яллиғланишнинг эритема белгилари қарийб йўқолди.

Хулоса: Локоид малҳами АД билан оғриган беморларда комплекс қўлланилганда яхши натижа беради. Беморлар бу малҳамни даво давомида яхши қабул қилишди, асоратлар кузатилмади.

СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

БУРХОНОВ А. У.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Цель исследования: изучение содержания интерлейкина–2 и ФНО-α при различных клинических формах псориаза лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования Под наблюдением находилось 55 больных псориазом (мужчин — 35, женщин — 20) с прогрессирующей стадией заболевания, которым было проведено клинико-иммунологическое обследование. Возраст больных составлял 60–75 лет. Вульгарный псориаз регистрировали у 25 больных: экссудативный — у 6, артропатический — у 18, эритродермический – 6 пациентов. Давность заболевания составила от 2 до 45 лет. В качестве контрольной группы были обследованы 30 лиц аналогичного возраста без дерматологических заболеваний. Содержание ИЛ–2 и ФНО-α периферической крови определяли методом ИФА с помощью специальных наборов.

Результаты исследования: На основании проведенных исследований было отмечено повышение концентрации клеток с рецепторами ИЛ–2, особенно при тяжелых формах псориаза (3,12 ± 0,21 пг/мл- при вульгарной форме, 3,35 ± 0,09 пг/мл — при экссудативной форме, 4,25 ± 0,11 пг/мл — при артропатической форме, 5,19 ± 0,25 пг/мл -при эритродермической, против 2,15 ± 0,17пг/мл в контроле; при $p<0,05$).

В крови у больных псориазом пожилого и старческого возраста значительным увеличением концентрации ФНО-α при тяжелых формах (артропатической и эритродермической) дерматоза (0,72 ± 0,01 пг/мл- при вульгарной форме, 0,75 ± 0,03 пг/мл — при экссудативной форме, 1,15 ± 0,05 пг/мл -артропатической форме, 1,29 ± 0,02 пг/мл –при эритродермической,против 0,55 ± 0,03 пг/мл в контроле; при $p<0,05$).

Выводы: Таким образом, у больных псориазом пожилого и старческого возраста отмечается значительным повышением провоспалительного цитокина — ФНО-α и ИЛ–2 напрямую зависимые от клинической формы псориаза. Полученные результаты позволяют разрабатывать патогенетически обоснованные методы терапии с учетом коррекции цитокинового статуса, которые влияют как на клиническое течение процесса, так и на прогноз заболевания.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ И СВЯЗЬ ЭТИХ ИЗМЕНЕНИЙ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ И ТЯЖЕСТЬЮ КОЖНОГО ПРОЦЕССА

ВУЙКО И.В., АБДРАШИТОВ Ш.Г., БАЕВ А.И.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

В работе описываются результаты обследования 45 больных псориазом, наблюдавшихся непосредственно в клинике НИКВИ МЗ РК.

У 45 больных из проведенных определений 18-ти различных биохимических показателей, не было выявлено ни одного показателя, средние значения котороых были бы выше или ниже референтных интервалов здоровых лиц. Вероятность получения патологических результатов более чем в 15% случаев, выявлено лишь для ХС ЛПВП, кальция, неорганического фосфата, дифениламиновой пробы.

Корреляционный анализ PASI и диагностически эффективных биохимических показателей на данном этапе исследований позволил выявить два достоверных коэффициента корреляции. У больных псориазом отмечена обратная связь между ХС ЛПВП и PASI ($r = -0,43$, $m_r=0,17$). Чем выше PASI, тем ниже значения ХС ЛПВП. Прямая корреляция выявлена между уровнем триглицеридов сыворотки крови и PASI ($r = -0,41$, $m_r=0,17$).

Расчет остальных коэффициентов корреляции у диагностически эффективных показателей не выявил линейных связей, вероятность нулевой гипотезы которых превышала бы 10%.

Таким образом, у больных вульгарным псориазом, выявлены закономерно отклоняющиеся от референтных интервалов здоровых людей биохимические параметры, характеризующие расстройства липидного, углеводного и кальций-фосфорного обмена. Причем концентрации ХС ЛПВП и триглицеридов формально связаны с PASI.

ПОКАЗАТЕЛИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В г. ТАШКЕНТЕ (на примере РКВКБ, г. Ташкент)

ГУЛЯМОВА Г.Ш., МУХАМЕДОВ Б.Э., ИШМУХАМЕДОВА К.А., ТУРДИЕВ А.Х., ТИЛЛАВБЕРДЫЕВ Ш.А., НУРМАТОВА И.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз,
Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница, г. Ташкент

Целью инновационного проекта явилось определение степени тяжести клинического течения атопического дерматита путем внедрения нового способа диагностики с учетом значимости субклассов иммуноглобулинов G.

Материалы и методы исследования обследованы 54 больных с атопическим дерматитом (АД) в возрасте от 5 до 45 лет, получавших стационарное и амбулаторное лечение в РКВКБ. Лиц мужского пола составило 30, женского – 24 У всех больных определяли степень тяжести клинического течения заболевания по индексу SCORAD.

Результаты исследования. Давность заболевания составила до 1 года у 7 больных, 1–5 лет у 25 больных, более 5 лет — у 22 больных.

По клинической форме у 15 (27,7%) больных отмечали-эритематозно-сквамозную форму, у 16 (37,03%) — эритематозно-сквамозную с лихенификацией, у 14 (25,9%) — лихеноидную, у 3 (5,5%) — экссудативную форму и у 6 (11,1%) — отмечалась пруригинозная форма. Отягощенная наследственность отмечалась у 16 больных.

Согласно индексу SCORAD у 14 больных (25,9%) отмечали легкую степень клинического течения заболеваемости, у 20 больных (37,04%) — среднюю степень, а 20 больных (37,04%) — тяжелую степень.

Исследования показателей субклассов IgG в крови у больных АД выявили достоверное повышение концентрации IgG1, IgG2, IgG3, IgG4 по сравнению с показателями контрольных здоровых лиц.

Несмотря на определение степени тяжести по индексу SCORAD и клинической формы заболеваемости АД, концентрации IgG1, IgG3, IgG4 у больных АД находились на высоком уровни по сравнению с контрольной группой (P<0,05), что указывало на хронизацию и частое рецидивирование данного заболевания, обуславливающее тяжелое течение дерматоза. Так, в основной группе больных АД, у 9 больных клинически была диагностирована легкая степень тяжести, что составило 26,5%, 13 больных — средняя степень тяжести (38,2%) и у 12 больных (35,3%) — тяжелая степень тяжести заболевания. Тогда как в сравнительной группе у 5 больных диагностирована — легкая степень (25%), у 7 больных (35%) — средняя степень и у 8 больных (40%) — тяжелая степень тяжести заболевания.

При этом методе ИФА диагностики, тяжелая степень АД выявлена у 17 из 34 больных, что составило 50%, тогда как средняя степень — у 9 больных (26,5%) и легкая степень — у 8 больных (23,5%) соответственно. Тогда как клиническим методом, с учетом определения индекса SCORAD, в этой же группе способствовало выявлению тяжелой степени у 12 больных, что составило — 35,3% соответственно, средняя степень — у 13 больных (38,2%) и легкая степень — у 9 больных (26,5%) соответственно.

Полученные данные имеют важное значение для прогнозирования степени тяжести заболевания и разработки алгоритма лечения и профилактики рецидивов.

ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВНУТРЕННЕЙ ПАТОЛОГИИ НА РАЗВИТИЕ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

ГУРБАНОВА М.Г., АТАЕВА А.А., КЕКИЛОВА Г.А.

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашхабад

Цель исследования: изучить этиологические и патогенетические особенности развития грибковой инфекции у больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы: для исследования было отобрано 150 больных АтД (из них 90 (60%) женщин и 60 (40%) мужчин), в возрасте от 18 до 73 лет (средний возраст 32,1±13,1 лет; медиана – 27 лет). Из них у 99 (66%) больных АтД был осложнен грибковой инфекцией, у 51 больного (44%) больных грибы обнаружены не были. Установлено, что ведущим фактором риска развития грибковой инфекции при АтД являются заболевания желудочно-кишечного тракта (OR=3,5) и вегето-сосудистые нарушения (OR=2,7). Развитию грибковой инфекции у больных АтД также способствуют

сочетанная кожная патология (OR=1,9), доброкачественные опухоли различной локализации (OR=1,8), патология сердечно-сосудистой системы (OR=1,5), патология центральной нервной системы (OR=1,5), хронические воспалительные заболевания уха, горла и носа (OR=1,3).

Выводы: 1. Ведущим фактором риска развития грибковой инфекции у больных АтД является наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта и вегето-сосудистых нарушений. 2. Алгоритм ранней диагностики и лечения грибковых осложнений при АтД включает микологический анализ кожи пациентов и при их обнаружении назначение наружных методов комбинированной антифунгальной терапии, выявление сопутствующих заболеваний и их коррекцию.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГУРБАНОВА М.Г., РЕИМКУЛИЕВ Б.Р., БЯШИМОВА Ф.Б.

Государственный медицинский университет Туркменистана, Ашхабад

Цель исследования: изучение этиопатогенетических особенностей развития грибковой инфекции у больных АтД и оптимизация его лечения.

Материалы и методы: было обследовано 65 больных АтД с наличием Malassezia spp., которых распределяли в группу исследования, в которую вошло 33 человека и в группу сравнения – 32 человека. Всем больным проводили стандартную медикаментозную терапию. В группе исследования назначались комбинированные наружные препараты, содержащие в своем составе клотримазол (10 мг), гентамицин (в форме сульфата, 1 мг), бетаметазон (бетаметазона дипропионат, 0,64 мг). Оценка эффекивности метода терапии проводилась в сравнении с группой больных, где больные наружно применяли только бетаметазон (бетаметазона дипропионат, 0,64 мг). В группе исследования у больных снижение средних значений индекса SCORAD через 14 дней после начала лечения составили с 64,1 ± 1,9 баллов до 18,0 ± 0,9, в группе сравнения — с 63,9 ± 1,9 баллов до 27,8 ± 1,3. Выводы: 1. Применение наружных методов комбинированной антифунгальной терапии при АтД, осложненном грибковой инфекцией, более эффективно (уменьшение индекса SCORAD на 71 % и более), чем применение наружной глюкокортикоидной терапии (уменьшение индекса SCORAD на 57 %, $p<0,001$). 2. Комбинированная антифунгальная терапия сокращает сроки разрешения кожного процесса и уменьшает частоту рецидивов у больных АтД.

КРИОТЕРАПИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ КЕРАТОДЕРМИЙ.

ДЖАЛИЛОВ Д.С., РАХМАТОВ Т.П.

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

Ведущее место среди кожных заболеваний, сопровождающихся нарушением процесса ороговения, занимают ладонно-подошвенные кератодермии (ЛПК). ЛПК сопровождаются субъективными ощущениями, такими как зуд, жжение, болезненность и чувство стягивания кожи. Все это причиняет больному тяжкие физические и душевные переживания.

Клинические разновидности кератодермий довольно разнообразны и зависят от очагов расположения (кроме ладоней и подошв) на тех или иных участках кожи и ее придатков. Так, описаны синдромы Брука, Сименса, Шеффера, а также поликератозы Турена, Папийона-Лефевра и др.

Все эти формы кератодермий отличаются упорством течения и с трудом поддаются лечению. Встречаются они довольно редко и тяжелые их формы подлежат лечению в стационарах.

В настоящее время при лечении дерматозов применяется множество лекарственных средств, которые к сожалению, способны вызывать серьезные побочные реакции от токсикодермии до анафилактического шока. Ввиду этого, повышается интерес к наружным негормональным и немедикаментозным препаратам.

С незапамятных времен холод применялся как лечебное средство, например для уменьшения болевых ощущений, при кровотечениях, отеках и оперативных вмешательствах. Было отмечено, что криогенные воздействия обладают важными преимуществами: некроз тканей вызывается в необходимом объеме, отсутствуют перифокальная реакция и вторичная инфекция. Наиболее часто для криотерапии используется жидкий азот (температура кипения –196 градусов С).

Под нашим наблюдением находилось 24 больных – 10 женщин и 14 мужчин в возрасте от 28 до 63 лет. Давность заболевания составила от 3 до 16 лет. У 14 больных кератодермии располагались на подошвах симметрично, у 4 — только на одной подошве в области пятки или плюсневых костей, у 6 — на ладонях и подошвах.

После предварительной обработки и тщательного размягчения подошвы или кисти горячей мыльной ванной, осторожно производили удаление наслоившихся корок и утолщения кожи с помощью лезвия. Загрубевшую утолщенную кожу очага срезали тонкими слоями до мягких слоев, не дающих кровотечения (места кровотечения смазывали раствором йода или бриллиантового зеленого). Затем очаг обрабатывали жидким азотом. Ватный тампон, намотанный на деревянный аппликатор, опускали в жидкий азот и затем непрерывно-вращательными движениями под легким давлением накладывали на очаг кератодермии на 1,5–2 мин до стадии замораживания (побеления) кожи. После замораживания очага на 5–10 мин. делали перерыв. При слабовыраженной эритеме криоаппликацию повторяли, но не более 1 мин. Затем на очаг кератодермии накладывали асептическую повязку. Подобная криоаппликация не вызывает резкой болезненности или воспаления. Воспаление кожи и незначительный отек в области обработанного очага полностью исчезали в течение 5–12 дней.

На месте кератодермии появлялась тонкая здоровая, розоватой окраски кожа. Полностью исчезали боли и неудобства при хождении. Утолщение кожи на месте бывших очагов образовывалось медленно — в сроки 1–3 до 5–6 мес., поэтому мы повторяли сеанс криотерапии от 2–3 до 4–6 раз.

В период между криоаппликациями для смягчения кожи в области очага мы назначали 2–5 % салициловую мазь.

При отсутствии противопоказаний всем больным назначали внутрь витамин А (концентрат) по 10 капель 3 раза в день в течение 1–2 мес.

Наблюдение за больными проводили от 5 мес. до 3 лет. Мы отмечали значительное улучшение — образование нового наслоения кератодермии в сроки от 3 до 6 мес. у 8 больных (5 мужчин и 3 женщин), улучшение — образование нового наслоения в сроки от 1,5 до 2 мес. у 12 больных (7 мужчин и 5 женщин), незначительное улучшение — в срок от 1 до 1,5 мес. у 4 больных (2 мужчин и 2 женщин).

Таким образом, на основании изложенного можно сделать вывод, что жидкий азот при лечении ладонно-подошвенных кератодермий оказывает положительное действие и его применение может служить одним из дополнительных методов терапии.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ КЕРАТОДЕРМИЯМИ

ДЖАЛИЛОВ Д.С., РАХМАТОВ Т.П.

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

Целью настоящего исследования являлось изучение цитокинового статуса у больных ладонно-подошвенными кератодермиями и проведение коррекции выявляемых нарушений, иммуномодулирующим препаратом Глутоксим.

Под наблюдением находились 43 больных ладонно-подошвенными кератодермиями (20 мужчин и 23 женщин) в возрасте от 3 до 60 лет. Среди обследованных больных у 7 (16,2 %) диагностирована наследственные формы (кератодермия Унны-Тоста, Меледа, Бушке-Фишера, Папийона-Лефевра, мутилирующая кератодермия), у 11 (25,6 %) — климактерическая кератодермия, у 5 (11,6 %) — псориаз ладоней и подошв, у 5 (11,6 %) — гиперкератотическая экзема и у 15 (34,8 %) — приобретенная кератодермия. Давность заболевания составила от 6 месяцев до 25 лет. Контрольную группу составили 18 практически здоровых лиц аналогичного возраста.

Результаты исследований показали, что в сыворотке крови у больных общей группы ЛПК до начала лечения отмечается достоверное увеличение концентрации цитокина ФНО-α и снижение содержания ИЛ–4 по сравнению с показателями контрольной группы ($p<0,05$). Следует отметить, что уровень ФНО-α в данной группе в 4,3 раза был выше, чем аналогичный показатель группы контроля.

Проведенные исследования указывают, что при ладонно-подошвенной кератодермии заболевание протекает на фоне нарушений цитокинового статуса организма, которое выражалось повышением концентрации провоспалительного цитокина ФНО-α и снижением уровня противовоспалительного ИЛ–4, зависящие от клинической формы рассматриваемого дерматоза.

Учитывая тот факт, что у больных ЛПК выявляются нарушения цитокинового статуса, нами был разработан метод корригирующей терапии больных ЛПК, включением в комплексную терапию иммуномодулирующего препарата Глутоксим.

Глутоксим назначали по 2 мл 1% раствора внутримышечно через день в течение 10 дней (на курс лечения применяли 5 инъекций).

Результаты исследований показали, что после лечения на ряду с улучшением кожно-патологического процесса в сыворотке крови больных при всех обследованных клинических формах ЛПК отмечается достоверное снижение уровня ФНО-α по сравнению с данными до лечения. Содержание ИЛ–4 после лечения достоверно повышалось только у больных с приобретенной формой ЛПК. У остальных же больных показатель ИЛ–4 имел наклонность к повышению, хотя и значения эти имели недостоверный характер.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что при ладонно-подошвенных кератодермиях выявляются нарушения цитокинового статуса, что требует проведения соответствующей антицитокиновой терапии, в частности, использования иммунокорригирующего препарата Глутоксима, который оказывает положительный терапевтический эффект и восстанавливает нарушения цитокинового статуса у больных ЛПК.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОТЫ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

ЕСИОНОВА Е.В., МАВЛЯНОВА Ш.З.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Актуальность: недостаточная эффективность терапии атопического дерматита (АД) ставит большую задачу перед современной медициной. По данным Сергеева А.Ю. (2001) обнаружено, что грибы рода Candida являются причинно-значимыми аллергенами для 57% больных АД.

Цель: изучить особенности микробиоты биосубстратов (слизистая полости рта, кожные чешуйки, фекалии) больных АД.

Материалы и методы: было осмотрено 135 больных АД, 59 (43,7%) мужчин и 76 (56,3%) женщин в возрасте от 10 до 65 лет. Больные были распределены по клиническим формам: эритематозно — сквамозную форму составили 19 (14,1%) больных, эритемотозно — сквамозную форму с лихенификацией – 21 (15,6%) больных, экссудативную – 27 (20%), лихеноидную — 33 (24,4%), пруригинозную –35 (25,9%) больных АД. Всем больным диагноз «АД» был установлен на основании клинической картины, атопии в анамнезе, сезонности проявлений высыпаний.

Микологические исследования (микроскопическое и культуральное) биосубстратов на грибы рода Candida проводили на среде Сабуро.

Результаты: в различных биосубстратах наибольшее выявление грибов Candida spp. составило у больных с пруригинозной формой 29,1% (27 больных), с лихеноидной 24,8% (23 больных), с эритематозно-сквамозной формой с лихенификацией 18,3% (17 больных), наименьшее выявление — у больных с экссудативной формой 15,1% (14 больных), с эритематозно-сквамозной формой 12,9% (12 пациентов).

Выводы: высокое выявление Candida spp. было выявлено у больных АД с лихеноидной и пруригинозной формами, что имеет значение при выборе тактики терапии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИХЕНАМИ И УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ИСМАГИЛОВ А.И., КАРАЕВ Э.М., ИЗВЕКОВА О.В., РАСТЕГАЕВ В.А.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Кожа покрывает всю поверхность тела и занимает 4–6% массы взрослого человека. Выполняя множество важных функций, она является основным защитным барьером от факторов внешней среды. Агрессивные экзогенные элементы находятся в постоянном контакте с эпидермисом и при нарушении его целостности, либо изменении свойств, проникают в кожу и вызывают заболевания. Хотя, этиологический фактор множества дерматологических патологий до сих пор не выявлен, влияние бактерий, вирусов на их развитии и ухудшении клинической картины, достоверно продемонстрированы.

Нельзя отрицать, что соблюдение принципов личной гигиены может ускорить выздоровление, а в некоторых случаях, предупредить заболевания кожи.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности применения мыла ручной работы «Sezam» у здоровых пробандов, больных лихенами и угревой болезнью.

Материалы и методы: клиническое наблюдение, анкетирование и ретроспективный анализ историй болезни пробандов.

В исследовании учувствовали мужчины и женщины в возрасте от 18 до 45 лет. Из них: 30 человек без сопутствующих кожных патологий и аллергологического анамнеза; 20 пациентов, страдающие лихенами; 20 пациентов с угревой болезнью.

К исследованию не были допущены лица, с наличием аллергических реакции на косметическую или фармацевтическую продукцию в анамнезе; пациенты с активной, тяжёлой кожной инфекцией; лица, страдающие тяжёлыми формами лихенов, требующих системного лечения иммунодепрессивными средствами; беременные женщины и кормящие матери.

Все пробанды оценивались в первый день эксперимента, по истечении 5 дней, по истечении 10 дней использования мыла ручной работы «Sezam».

Критерий «Отсутствие раздражения до и после проведения испытаний» (для всех пробандов) оценивался по шкале от 0 до 3, где 0 означает отсутствие раздражения, 1 — раздражение лёгкой степени, 2 — умерено выраженные, 3 — сильно выраженные.

Критерий «Улучшения кожно-патологического процесса (исчезновение гиперемии, зуда, отёчности) на фоне лечения, согласно «Стандартам диагностики и лечения по дерматовенерологии и медицинской косметологии» от 2011 года (для пробандов с лихенами и угревой болезнью) оценивался по шкале от 0 до 3, где 0 означает отсутствие улучшения кожно-патологического процесса, 1 — незначительное улучшение кожно-патологического процесса, 2 — умеренное улучшение кожно-патологического процесса, 3 — выраженное улучшение кожно-патологического процесса.

Результаты и выводы: При оценке эффективности и безопасности применения мыла «Sezam» (мыло «Хвойное» и мыло «Зверобой») на фоне базовой терапии (антибактериальные препараты, витамины, гепатопротекторы) у лиц, страдающих угревой болезнью, было выявлено резкое уменьшение воспалительных проявлений в очагах поражения (отёка, гиперемии). Средние показатели размеров папул до лечения составили 0,3–0,5 см, после лечения папулы практически разрешились, на местах пустул отмечалось сохранение единичных корочек, количество комедонов резко снизилось. Немаловажный факт, что появление новых элементов в процессе лечения практически не отмечалось; резко снизилась сальность кожи в себорейных зонах, особенно в области лба; аллергических реакций при применении мыла ручной работы не отмечалось. Со слов больных отмечалось увлажнение, мягкость кожи и улучшение цвета лица.

При оценке эффективности и безопасности применения мыла «Sezam» (мыло «Пивное») на фоне базовой терапией (дезинтоксикационные препараты, витамины, антигистаминные, гепатопротекторы, гормональные мази) у лиц, страдающих лихенами, были получены следующие результаты: отмечалось резкое снижение интенсивность зуда, у 8 пациентов зуд вообще не отмечался; новых элементов в процессе лечения не возникло. Уменьшение воспалительных проявления в очагах поражения (гиперемия, отёчность), сопровождалось исчезновением чешуек во всех случаях на 4 день исследования, снижение выраженности лихенификации и отсутствие аллергических реакций на фоне применения мыла. Со слов больных, отмечалось увлажнение, мягкость кожи.

При оценке безопасности применения мыла «Sezam» (Мыло «Винное», «Шиповник», «С глиной») у здоровых пробандов, аллергических реакций и других побочных действий не отмечалось.

Таким образом, применение натурального мыла «Sezam» является абсолютно безопасным и эффективным при использовании на фоне базисного лечения угревой болезни, лихенов, и может быть рекомендовано как для ежедневного использования, так и для применения в качестве средства гигиены при дерматологических заболеваниях.

ОЦЕНКА ВЛАГОМЕТРИЧЕСКИХ, ЭЛАСТОМЕТРИЧЕСКИХ И ПРОФИЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДСТВ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ

ИСМАГИЛОВ А.И., КАРАЕВ Э.М., ИЗВЕКОВА О.В., РАСТЕГАЕВ В.А.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

В профилактике различных дерматозов огромное значение имеют чистота кожи и правильный уход за ней. Постоянное поддержание чистоты кожи, систематическое удаление загрязнений: пыли, микробной флоры, отделяемого многочисленных желез — непременное условие предупреждения различных заболеваний.

Цель исследования: открытая, перспективная клиническая оценка безопасности жидкого мыла с антибактериальным эффектом «Dewell», установление случаев нежелательных явлений в ходе исследования.

Материалы и методы: клиническое наблюдение, изучение влагометрических, эластометрических и профилометрических показателей кожи, анкетирование пробандов.

В исследовании учувствовали 30 пробандов мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 45 лет, не участвующие в аналогичных исследованиях за последние четыре недели, с неотягощённым анамнезом и отсутствием дерматологическими патологий, давшие письменное информированное согласие, соблюдавшие режим, согласно протоколам и рекомендациям апробации

Все пробанды оценивались в первый день эксперимента, по истечении 5 дней и по истечении 10 дней использования антибактериального жидкого мыла «Dewell».

Критерии влагометрических, эластометрических и профилометрических показателей кожи (для всех пробандов) оценивались по визуально-цифровой шкале от 0 до 3, где 0 означает здоровая кожа, 1 — незначительная сухость на коже тыльной поверхности обеих кистей, 2 — сухость, шелушение на коже тыльной поверхности обеих кистей, 3 — сухость, шелушение трещины на коже тыльной поверхности кистей, на коже ладонной поверхности усиление дерматоглифики.

Результаты и выводы: При оценке состояние кожи в области кистей (1 день) клинического наблюдения были выявлены следующие показатели: у 2 пробандов (6,7 %) оценка составила 3, у 8 (26,7 %) составила 2, у 16 пробандов (53,3 %) оценка составила 1, у 4 (13,3 %) пробандов по оценка была равна 0.

На 5 день клинического наблюдения отмечались следующие показатели: у 1 пробанда оценка составила 3 (50 % от показателя первичного осмотра), у 3 пробандов оценка составила 2 (37 % от показателя первичного осмотра), у 10 оценка составила (37 % от показателя от первичного осмотра), у 16 пробандов составила 0, что демонстрирует улучшение состояние кожи по сравнению с первичным осмотром в 4 раза.

На 10 день клинического наблюдения отмечалось: у 1 пробанда по визуально-цифровой шкале от 0 до 3 оценка составила 2, что составляет 12 % показателя от первичного осмотра, у 3 оценка составила 1 (18 % от показателя от первичного осмотра), у 24 пробандов оценка составила 0, что показывает улучшение состояние кожи по сравнению с первичным осмотром в 6 раза.

Таким образом, использование антибактериального жидкого мыла «Dewell» является безопасным и эффективным, учитывая влагометрические, эластометрические и профилометрические показатели кожи в процессе проведения испытания и может быть рекомендовано для ежедневного использования.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГЕРПЕСАССОЦИИРОВАННОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭРИТЕМЫ

ИСМАИЛОВА Г.А., ШАДЫЕВ У.Х., НУРУЛЛАЕВ С.

Ташкентская медицинская академия

Исследования последних лет свидетельствуют о важной роли вируса простого герпеса в инициации обострений красного плоского лишая, розового лишая Жибера, многоформной эритемы и других хронических дерматозов. Лечение герпесассоциированной многоформной эритемы (ГАМЭ) должно включать как купирование обострения инфекции, так и супрессивную терапию, направленную на предупреждение репликации вируса. Современный подход к терапии ГАМЭ заключается в основном в эпизодическом или постоянном применении синтетических нуклеозидов. При необходимости возможно применение системных ГКС. Представляется актуальным поиск новых методов иммунокоррекции, в том числе оценка эффективности применения индукторов интерферона. Цель наших исследований — оценка эффективности отечественного ин-

дуктора интерферона гозалидона в комплексной терапии ГАМЭ. Под наблюдением находилось 24 пациентов с ГАМЭ в возрасте от 20 до 58 лет, из них 15 женщин и 9 мужчин. Среди них простой герпес губ был у 12, области щёк и носа — у 7, генитальный герпес — у 5. Длительность болезни составляла от 4 месяцев до 6 лет, частота рецидивов — от 3 до 6 раз в год продолжительностью до 25 дней. Критерием постановки диагноза ГАМЭ являлась четкая взаимосвязь между рецидивами простого герпеса и обострениями инфекционно-аллергической формы многоформной эритемы, а также показатели титра антител к ВПГ в ИФА. Для купирования обострений ГАМЭ при первых ее клинических признаках применяли валтрекс по 500 мг дважды в сутки в течение 5 — 7 дней, на фоне которого прекращалось появление новых высыпаний и наблюдался выраженный регресс проявлений, присущих как простому герпесу, так и МЭЭ. Учитывая, что частота рецидивирования ГАМЭ зависит от частоты рецидивов простого герпеса и определяется степенью снижения противовирусных механизмов, с целью профилактики рецидивов использовали отечественный индуктор интерферона гозалидон по 0,1 г внутрь 2 раза в день в течении 4 циклов по 3 дня с 3-х дневными интервалами. Пациентов наблюдали в сроки от 1 до 1,5 лет. Наблюдения показали, что у 16 больных не возникали как проявления простого герпеса, так и обострения ГАМЭ, у 8 наблюдались рецидивы герпеса, но в более мягкой форме, при этом не сопровождались сыпью, характерной для МЭЭ. Кроме того, отмечали снижение частоты обострений простого герпеса. Положительные результаты этой терапии свидетельствуют в пользу возможности применения при ГАМЭ, особенно с целью профилактической терапии иммунных препаратов, к которым относится гозалидон.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

ИСМАИЛОВА Г.А., САИТКУЛОВ Э.Х., ЮЛДАШЕВ К.К.

Ташкентская медицинская академия

Согласно научно обоснованной теории Ю.Н.Кошевенко (1989), витилиго — это сложное психосоматическое заболевание всего организма. Важной особенностью витилиго является наличие индивидуальных свойств личности у большей части индивидов, определяемая их особой чувствительностью к тому косметическому дефекту, которым по существу и является витилиго для больных. Нами у 76 больных витилиго использовалась специальная анкета, позволяющая оценивать качество жизни пациентов (С.И.Довжанский,2001), а также опросник по шкале депрессии Бека (А.Т. Бек, 1961). Контрольную группу составляли 25 здоровых лиц. Обследование включало осмотр дерматологом и психиатром. По результатам анкетирования показано, что нарушение социально-психологической адаптации было более выражено у женщин, чем у мужчин, по «качеству жизни» только 17 % пациентов находились в состоянии определенной гармонии, а у остальных 83,0 % — выявлены существенные изменения психосоматики. Средний показатель по шкале депрессии Бэка у больных витилиго составил 20,8 ± 0,75 балла и достоверно превышал средний показатель в контрольной группе — 3,8 ± 0,28 балла ($p<0,001$). Самый высокий показатель по шкале депрессии Бека наблюдался у подростков и молодых людей до 30 лет (25,7 ± 0,89), самый низкий — у пациентов в возрасте от 40 до 50 лет и старше (15,3 ± 67). Величина показателя по шкале Бэка положительно коррелировала с возрастом начала витилиго, длительностью и клинической формой. Проведенный нами анализ психосоматического статуса при витилиго позволил обнаружить высокую частоту тревожно-депрессивных и личностных расстройств, свидетельствующие о наличии выраженной акцентуации характерологических черт и затрудненной социальной адаптации. Результаты наших исследований подтверждают влияние психических факторов на течение витилиго. Следовательно, воздействия направленные на нормализацию психического состояния и повышение стрессоустойчивости, целесообразно включать в программу патогенетической терапии витилиго.

ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ИСРАИЛОВА З.Ю., АБИДОВ А.М., АЗИЗОВА Н.Н.

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

В последние годы резко возросло число гинекологических заболеваний среди лиц женского пола репродуктивного возраста от 18 до 45 лет. По данным литературы, ведущим фактором в развитии нарушений в репродуктивной системе у женщин является первичное фоновое состояние или заболевания урогенитальной системы, воспалительного характера, обусловленные бактериальной или вирусной инфекцией, эндокринопатии, нарушения обмена веществ, нарушение нервной системы и др. (Порсохонова Д.Ф., 2004, Абидов А.М., Исамухамедова Н.Р., 2007, Нажмитдинова Д.К., 2005, Асатова М.Ю., 2009).

Целью наших исследований явилось изучение характера выявляемости гинекологических заболеваний у больных с хроническими дерматозами.

Материал и методы исследования. Нами проводились ретроспективные анализы 5281 истории болезни больных женского пола, получавшие амбулаторные и стационарное лечение в клинике РСНПМЦДиВ МЗ РУз за последние 5 лет. При этом учитывались возраст больных, консультации смежных специалистов (гинеколога), лабораторные исследования (в том числе гинекологические).

Результаты исследования. Изучение возрастных аспектов женщин страдающих различными дерматозами показало, что в возрасте до 18 лет составили — 1297 (11,1 %) больных, от 18 до 45 лет – 2454 (21,07 %) (из них virgo — 812пациентов), старше 45 лет – 1526 (13,1 %) больных соответственно.

Анализ выявляемости гинекологических заболеваний с учетом возрастных аспектов у женщин страдающих различными дерматозами показало, что от 18 до 25 лет наиболее часто диагностировали нарушение менструальной функции –146 (41,5 %), предменструальный синдром –152 (47,2 %), альгодисменорея – 185 (60,3 %); от 26 до 35 лет превалировали поликистоз яичников – 101 (43,5 %), бесплодие – 183 (98,3 %), воспалительные заболевания мочеполовой системы у 601 (61,5 %); свыше 36 — миома матки 182 (67,5 %), рубец на матке у 41 (56,2 %), а также воспалительные заболевания органов малого таза у 376 (38,5 %).

В зависимости от нозологии кожных заболеваний, среди больных с хроническими дерматозами — системная красная волчанка, псориаз, лимфомой кожи, пузырчаткой наиболее часто диагностирована нарушение менструальной функции, синдром поликистозных яичников, а также бактериальный вагиноз. Тогда как, у больных с розацеа, угревой болезнью часто встречается предменструальный синдром, альгодисменорея. У женщин с генитальным герпесом, трихофитией лобковой области наблюдался воспалительные заболевания урогенитального тракта, кольпиты.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕГЕН-Д150 В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

КАБАЗИЕВА Г.Ш., ДЖУСУПГАЛИЕВА М.Х., БАЕВ А.И.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

Целью настоящего исследования явилась оценка клинико-лабораторной эффективности, безопасности и переносимости применения рекомбинантного эпидермального фактора роста (EGF) Реген-Д150.

Материалы и методы исследований

В работе описываются результаты обследования 16 (лиц мужского пола–4, женского — 12) больных ТЯ нижних конечностей, наблюдавшихся в клинике Научно-исследовательского кожно-венерологического института.

Результаты собственных исследований

Площадь язвенной поверхности, в среднем, варьировала от 1,5 до 20 см^2. У 6 больных давность заболевания составила, в среднем, до 6 месяцев, у 4 больных — до 1 года, у 6 — более 3 — х лет. Очищение язв от некротического налета, появление единичных грануляций начиналось с 5–6 суток от начала лечения. На 7–8 сутки язва обычно заполнялась грануляциями, активней проявлялась краевая эпителизация. Заживление язв характеризовалось образованием нежного

рубца. Уменьшение среднего радиуса размеров язв составило 0,2 ± 0,02 мм/день. У язв, существующих более 3 лет, появление грануляционной ткани и краевой эпителизации было вялым.

В ходе лечения у пациентов не отмечено побочных явлений и осложнений. Переносимость была хорошей, и причин для прерывания лечения курса соответствующей терапии не возникло.

Таким образом, Реген-Д150 (гель) на основе рекомбинантного эпидермального фактора роста является эффективным препаратом при лечении трофических язв кожи. Он обладает высокой степенью безопасности, хорошо переносится больными, удобен в применении.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ

КАРАЕВ Э.М., МАХКАМБАЕВ Ф.Ф., ИСМАГИЛОВ А.И., МУМИНОВА С.Р., УБАЙДУЛЛАЕВ А.А.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Пузырчатка — группа редких, но нередко весьма тяжёлых, **инвалидизирующих** и потенциально смертельных аутоиммунных **заболеваний**, характеризующихся образованием пузырей на коже и слизистых и появлением циркулирующих антител класса IgG против кератиноцитов.

Цель исследования: Ретроспективный анализ клинико-анамнестических данных больных пузырчаткой.

Материал и методы: Материалами исследования явились истории болезней пациентов с различными формами пузырчатки, получавшие стационарное лечение в РСНПМЦ ДиВ с 2011 по 2013 годы.

Результаты и выводы: было выявлено 156 больных пузырчаткой в возрасте от 27- 78 лет, из которых мужчин – 74 (47 %), женщин – 82 (53 %). Вульгарная форма пузырчатки встречалась у 123 больных, что составило 79 %, себорейная форма у 29 (18 %), вегетирующая у 4 (3 %) пациентов. По давности заболевания 89 больных страдали пузырчаткой до 1 года, 52 от 1 до 5 лет и у 15 пациентов данный дерматоз длился более 5 лет. У 119 пациентов (77 %) патологический процесс начался со слизистой полости рта, у 37 (23 %) буллезные высыпания впервые возникли на кожных покровах. При исследовании на наличие в мазках отпечатках клеток Тцанка, положительные результаты обнаружены у 114 (93 %) больных вульгарной, у 24 (83 %) себорейной и у 4 (100 %) вегетирующей формами пузырчатки. Положительный симптом Никольского отмечался у 112 больных вульгарной пузырчаткой. Среди 156 пациентов РСНПМЦ ДиВ, страдающих пузырчаткой – 109 (70 %) впервые обратились за медицинской помощью и ранее не получали системную глюкокортикостероидную терапию, 47 больных пузырчаткой, что составляет 30 % от общего числа, находились под наблюдением дерматовенерологов и получали поддерживающую дозу глюкокортекостероидов, в частности преднизолон, в среднем от 25 до 40 мг в сутки в течение последних 6–11 месяцев. При анализе сопутствующих заболеваний было выявлено: 111 страдали анемией различной степенью тяжести, 89 — грибковыми поражениями слизистых оболочек, 48 — заболеваниями желудочно-кишечного тракта, 47 — патологией эндокринной системы, 46 — заболеваниями сердечнососудистой системы, 24 — патологией нервной системы.

Таким образом, пузырчатка является дерматозом с тяжёлым клиническим течением и негативно влияющим на качество жизни пациентов. Совершенствование методов ранней диагностики, лечения, а так же предупреждение возможных осложнений от системной стероидной терапии, являются актуальной задачей современной дерматологии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕРАПАМИЛОВОЙ МАЗИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АЛОПЕЦИИ

КАРИМОВА М.К., МУСАЕВА Н.Ш., БЕКМУРАТОВА Э.И., АГЗАМХОДЖАЕВА С.С.

Ташкентская медицинская академия

В патогенезе очаговой алопеции важное значение имеют нарушения аутоиммунные механизмы, нейроэндокринные изменения, дисбаланс витаминов и микроэлементов, длительный хронический стресс и другие нарушения, способствующие изменению структуры и функции волосяного фолликула, замедлению и прекращению процессов пролиферации в них. Доказано значение ионов Са в регуляции пролиферации и дифференцировки эпидермальных кератиноцитов.

Важным рубежом в понимании механизмов регуляции функции кератиноцитов стало открытие мембрансвязанных потенциал-зависимых Са-каналов L-типа. Регуляция кальциевого тока возможна через систему именно ионных каналов. В настоящее время для лечения ряда распространенных заболеваний активно используются синтетические блокаторы Са-каналов, обладающие вазодилатирующими свойствами, способные стимулировать капиллярное кровоснабжение волосяных фолликулов, однако при лечении очаговой алопеции широкого применения они пока не нашли. Под нашим наблюдением находились 13 больных с различными формами очаговой алопеции в возрасте от 15 до 40 лет в прогрессирующей стадии процесса. В комплексе традиционной терапии назначали витаминно-микроэлементный препарат «Керкавит» и наружно в течение 3 месяцев 2 раза в день 1% верапамиловую мазь. У 10 больных контрольной группы проводилось аналогичное медикаментозное лечение без применения верапамиловой мази. В обеих группах получены положительные результаты. При сравнительном анализе результатов лечения у больных первой группы отмечался более выраженный терапевтический эффект. К концу 1 месяца наблюдения у 7 больных отмечался рост остистых волос, у 6 больных — оживление фолликулярного аппарата и рост пушковых волос.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Р.К. КЕШИЛЕВА

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

Длительное течение псориаза, малоэффективность в некоторых случаях проводимой терапии приводит к психическим страданиям больных, что в свою очередь создает неблагоприятный психо-эмоциональный фон, влияющий на клиническое течение основного заболевания. Следовательно, для адекватной терапии больных псориазом важно знать психологическую структуру личности самих пациентов.

Психологическое тестирование было проведено с помощью методики MMPI у 251 больного псориазом (мужчин–165, женщин–86) в возрасте от 20 до 59 лет. У 209 (83,4%) больных отмечалась обычная форма псориаза, у 22 (8,8%) — экссудативная, у 10 (3,9%) — артропатическая, у 10 (3,9%) — эритродермическая формы дерматоза.

По данным теста MMPI только 21 из 251 (9,4%) больных псориазом находились в состоянии определенной гармонии, у остальных 90,6% пациентов выявлялись существенные психологические отклонения, свидетельствующие о наличии выраженной акцентуации характерологических черт и затрудненной социальной адаптации. Эти психологические отклонения характеризовались эмоциональной напряженностью, умеренной, а иногда и выраженной депрессией, состоянием стресса, агрессивностью, проявлениями возбудимости и раздражительности.

Следует указать, что диагностика депрессий при психосоматических и соматопсихических заболеваниях основывается на знании феноменологии и диагностических критериев типичного меланхолического синдрома и фактора риска его развития. В общей медицинской практике характерные депрессивные симптомы встречаются редко. Специально проведенные исследования показали, что наиболее часто у больных наблюдаются нарушения сна, усталость, ворчливость, снижение интересов и социальной активности, пониженная самооценка, чувство жалости к себе, трудности при необходимости сконцентрировать внимание, чувство безнадежности. К факторам риска развития депрессии, помимо псориаза, относят предшествующие эпизоды депрессии, наследственную отягощенность расстройствами аффективного спектра, суицидальные попытки, женский пол, клиническую манифестацию заболевания в возрасте до 40 лет, послеродовый период, стрессовые жизненные события, соматические заболевания и токсикоманические зависимости.

При лечении соматизированной (маскированной) депрессии основной упор следует делать на тимоаналептическую терапию, общими принципами проведения которой являются максимальная индивидуализация терапии и одновременный учет особенностей, психического, неврологического и соматического состояния больного, а также профиль психотропного, нейротропного и соматотропного действия антидепрессанта. У больных могут развиваться вегетативные побочные эффекты, поэтому им следует подбирать препарат с минимальным действием на пораженную систему и назначать его в минимальной дозе. Правильный подбор препарата и дозы часто является решающим условием достижения терапевтического успеха. Кроме того, следует учитывать возможность лекарственных взаимодействий, так как большинство антидепрессантов метаболизируются в печени ферментами системы цитохрома Р450 и, следовательно, обладают

потенциально широким спектром лекарственных взаимодействий.

Таким образом, проведенные исследования указывают на значительное число больных псориазом с наличием депрессивного синдрома, для устранения которого предлагается использование современных антидепрессивных препаратов, в частности, миртазапина.

ФИТОЭСТРОГЕНЫ СОИ ПРИ ТЕРАПИИ СТАРЕНИЯ КОЖИ

КОГАН Б.Г., ГОРДЕЕВА Г.Д.

Национальный медицинский университет имени акад. А.А.Богомольца, Медицинский центр «ХЕЛСИ ЕНД ХЕПИ» (г. Киев, Украина)

Суть патологии, развивающейся при всех возрастных изменениях женщин, состоит в снижении концентрации циркулирующих в крови эстрогенов, рецепторы которых локализуются в различных органах и тканях, и в частности в коже. Благодаря наличию специфических рецепторов, кожа является органом-мишенью для половых стероидов, оказывающих значительное влияние ее структуру и функциональные возможности.

Установлено, что заместительная гормонотерапия (ЗГТ) может быть профилактикой многих возрастных изменений кожи, однако наличие противопоказаний, побочных эффектов и даже осложнений, ограничивает ее применение. Применение средств, альтернативных заместительной гормонотерапии, в частности фитоэстрогенов, является актуальным аспектом профилактики и лечения гормонозависимого старения кожи.

Для оценки эффективности фитоэстрогенов сои при лечении гормонально-зависимого старения кожи мы применили препарат Меноиз (Natures Only, USA), содержащий изофлавоны сои в виде 40 % экстракта соевого изофлавона (75 мг), а также комплекс витаминов и минералов.

Под наблюдением находились 30 женщин в возрасте от 47 до 62 лет, в периоде менопаузы. Критерии отбора пациенток: наличие инволюционных изменений кожи лица; противопоказаний к ЗГТ или отказ от ЗГТ по личным мотивам. При оценке результатов установлено, что симптомы сухости, стянутости кожи исчезли у 85,7 %, сглаженность морщин и уменьшение их количества наблюдалась у 80,7 %, улучшение тургора кожи — у 50 %.

Таким образом, результаты исследований показали, что назначение препарат Меноиз, содержащего фитоэстрогены сои и комплекс витаминов и минералов оказывает положительное влияние на структуру и функции кожи у женщин в период менопаузы.

ОПЫТ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ, НОВЫЕ ПОДХОДЫ.

КОГАН Б.Г., КУЧМА А.А.

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца Медицинский центр «ХЕЛСИ ЕНД ХЕПИ» (г.Киев, Украина)

Проведено изучение эффективности лечения акне с применением перорального антибиотика «Азимед» (азитромицин) и 20 % крема для наружного применения «Акнестоп» (азелаиновая кислота) в сравнении со стандартними комбинациими. Под наблюдением находились 69 пациентов с акне (31 мужчина и 18 женщин) преимущественно 2—3-й степени выраженности процесса. Давность заболевания составила в среднем 3,5 года. Пациенты I группы (38 человек) получали лечение азитромицином в течение 3-х месяцев по прерывистой схеме, 3 дня в неделю подряд с последующим 4 -дневным перерывом, в разовой дозе 500 мг/сут первый месяц, 250 мг/сут в течение второго месяца, 500 мг 1 раз в неделю в течение третьего месяца. Параллельно пациенты применяли местно 20 % крем с азелаиновой кислотой 2 раза в сутки в течение 4 мес. II группа (контрольная) (31 человек) получала и протирали кожу левомицетиновым спиртом 2 % 2—4 раза в день. В I группе у 28 из 38 (73,6 %) пациентов наблюдалось значительное улучшение в первые 4 нед. лечения с обратным развитием до 80 % папулопустулезных высыпаний. Максимальнай регресс (93 %) воспалительных элементов наступал к 12й неделе лечения. В контрольной группе у 11 пациентов из 31 (35,48 %) с обратным развитием до 50 % папулопустулезных высыпаний. Четыре (12,9 %) пациента прекратили лечение раньше рекомендуемого срока из за побочных эффектов доксициклина со стороны системы пищеварения (тошнота, нестерпимая изжога, рвота). Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности, безопасности и хорошей переносимости комбинации препаратов «Азимеда» (азитромицин) per os и «Акнестопа» (20 % крем для наружного применения с азелаиновой кислотой), что позволяет рекомендовать к широкому применения в комплексной терапии акне.

УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ И НАРУШЕНИЕ МИКРОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У МУЖЧИН

КОНОВАЛОВА Т.С., КЛИМЕНКО А.В., СТЕПАНЕНКО В.И.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца (г. Киев, Украина)

Угревая болезнь диагностируется у 3% мужчин раннего и взрослого возраста. Этиология и патогенез угревой болезни изучены недостаточно. На современном этапе ведущими факторами развития этого дерматоза считаются нарушения состава и продукции кожного сала, изменения гормонального и иммунного статуса организма, нарушение кератинизации фолликулярного канала, колонизация протоков сальных желез Propionibacterium acnes, генетическая предрасположенность. Акцентируется также внимание на существенном патогенетическом значении дисбиотичесих нарушений кишечника в развитии и течении угревой болезни.

Целью работы было исследование состояния микробиоценоза кишечника у мужчин, страдающих угревой болезнью, а также определение наличия взаимосвязи этих нарушений и характера течения дерматоза.

Обследовано 138 мужчин, страдавших воспалительной формой угревой болезни различной степени тяжести. Возраст пациентов колебался от 18 до 42 лет. У всех больных был проведен микробиологический анализ характера и степени тяжести нарушений микробиоценоза кишечника.

С учетом результатов проведенных исследований у 26 (19%) из 138 обследованных мужчин было диагностировано дисбактериоз кишечника I степени, у 23 (16%) — дисбактериоз II степени, у 59 (43%) — дисбактериоз III степени и у 30 (22%) — дисбактериоз IУ степени. При проведении сравнительного анализа клинического течения угревой болезни, распространенности и характера угревых высыпаний, а также диагностированного дисбактериоза кишечника разной степени у обследованных больных, было установлено наличие корреляционной взаимосвязи. В частности, у 24 (56%) из 43 мужчин, больных угревой болезнью со второй степенью тяжести угревых высыпаний, было диагностировано дисбактериоз кишечника I степени, а у 19 (44%) –дисбактериоз кишечника II степени. Среди 59 больных с третьей степенью тяжести угревых кожных высыпаний у 2 (3%) пациентов было установлено дисбактериоз кишечника I степени, у 4 (7%) — дисбактериоз II степени, у 50 (85%) — дисбактериоз III степени, у 3 (5%) — дисбактериоз кишечника IУ степени. У 9 (25%) из 36 больных четвертой степенью угревого кожного воспалительного процесса было диагностировано дисбактериоз кишечника III степени, а у 27 (75%) — дисбактериоз IУ степени.

Выводы. Установлено наличие взаимосвязи между состоянием микробиоценоза кишечника и характером клинического течения угревой болезни у мужчин. Наличие дисбактериоза кишечника является одним из факторов хронизации воспалительного процесса и развития рецидивов угревой болезни. В связи с этим у больных угревой болезнью целесообразным является комплексное клиническое исследование состояния желудочно-кишечного тракта, микробиологическое исследование микробиоценоза кишечника. Результаты этих исследований должны обязательно учитываться при разработке тактики комплексной индивидуализированной терапии больных угревой болезнью, в частности в отношении назначения системных антимикотических препаратов и пробиотиков.

ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА ВОДНО-ЛИПИДНОЙ МАНТИИ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С УЧЕТОМ СЕЗОННЫХ ТИПОВ ДЕРМАТОЗА

КОЧЕТ К.О.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца (г. Киев, Украина)

Псориаз является одним из наиболее распространенных дерматозов. Этиопатогенез псориаза не полностью изучен. В многочисленных литературных сообщениях последних десятилетий акцентируется внимание на существенное значение метаболизма липидов в патогенезе псориаза.

Цель работы. Изучить показатели уровня липидов входящих в состав водно-липидной мантии кожи у больных разными сезонными типами псориаза, с учетом степени тяжести псориатического процесса.

Материалы и методы. Проведено хроматографическое исследование качественного и количественного спектра липидов входящих в состав водно-липидной мантии кожи у больных разными сезонными типами псориаза.

Результаты и их обсуждение. У больных осенне–зимним и весенне–летним типами псориаза независимо от сезона года установлено увели-

чение уровня ряда липидов входящих в состав водно-липидной мантии кожи, в частности, фосфолипидов, холестерина и эфиров холестерина в сравнении с уровнями соответствующих показателей у практически здоровых людей. При этом, у больных осенне–зимним типом псориаза увеличение уровня фосфолипидов, холестерина и эфиров холестерина, входящих в состав водно-липидной мантии кожи, было более существенным в сравнении с больными весенне–летним типом дерматоза. Установлено также наличие корреляционной взаимосвязи между патологическим возрастанием уровней фосфолипидов, холестерина и эфиров холестерина со степенью тяжести кожного псориатического процесса.

Выводы. Установлено нарушение метаболизма ряда липидов, входящих в состав водно-липидной мантии кожи, в частности увеличение показателей уровня фосфолипидов, холестерина и эфиров холестерина у больных разными сезонными типами псориаза, а также корреляционную взаимосвязь между уровнем соответствующих нарушений и степенью тяжести кожного псориатического процесса. Анализ выявленных нарушений в показателях уровня ряда липидов водно-липидной мантии кожи у больных разными сезонными типами псориаза указывает на необходимость учета при разработке тактики лечения этого дерматоза.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ, КОДИРУЮЩИХ БЕЛКИ СИГНАЛЬНОГО ПУТИ ЯДЕРНОГО ТРАНСКРИПЦИОННОГО ФАКТОРА КАППА-В (NF-KB), В РАЗВИТИИ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ПСОРИАЗУ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

КУБАНОВ А.А., МИНЕЕВА А.А., ФРИГО Н.В., ЧИКИН В.В., ХАЙРУЛЛИН Р.Ф.

Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии Минздрава России, г. Москва

С целью выявления роли полиморфизма генов TNFAIP3 (rs610604), TNIP1 (rs17728338) и TYK2 (rs12720356), кодирующих белки сигнального пути ядерного транскрипционного фактора Каппа-В (NF-κB), в развитии предрасположенности к псориазу в российской популяции определена частота встречаемости генотипов соответствующих полиморфизмов у 301 больного вульгарным псориазом и 109 здоровых лиц — жителей Российской Федерации европеоидной расы. Материалом для исследования служили образцы цельной крови. Для определения генотипов применялись методы аллель-специфической гибридизации в формате ПЦР в реальном времени и ПДРФ-анализа (анализ полиморфизма длин рестикционных фрагментов).

В результате проведенных исследований у больных псориазом выявлена достоверно более высокая в сравнении со здоровыми лицами частота носительства генотипов: A/C полиморфизма rs610604 гена TNFAIP3 (соответственно, 48,8 % и 35,8 %; OR=1,7; χ^2=5,5; p<0,05); A/G полиморфизма rs17728338 гена TNIP1 (соответственно, 21,9 % и 10,1 %; OR = 2,5; χ^2=7,3; p<0,05); T/T полиморфизма rs12720356 гена TYK2 (соответственно, 93,7 % и 87,2 %; OR=2,2; χ^2=4,6; p<0,05). Полученные данные позволяют рассматривать носителей данных генотипов как лиц с повышенной предрасположенностью к развитию псориаза.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КОЖИ И ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

ЛИТИНСКАЯ Т.А.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца (г. Киев, Украина)

Оптимизация диагностики и лечения больных хроническими дерматозами (ХД), в частности псориазом, экземой с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы (ГБ) является актуальной задачей дерматологии.

В настоящее время в мире для диагностики функциональных нарушений печени применяется более десяти различных дыхательных тестов. Первым из них в Украине начал применяться ^{13}С-метацетиновий дыхательный тест (^{13}С-МДТ), который значительно превышает возможности биохимического исследования крови.

Цель работы. Разработка новых и усовершенствование существующих методов лечения больных ХД с сопутствующей патологией ГБ системы на основе результатов ^{13}С-МДТ, что позволит повысить эффективность терапии, снизить частоту рецидивов, а также минимизировать негативные реакции и осложнения во время и после лечения.

Материалы и методы. Нами было обследовано 41 больной с ХД, из них псориаз был диагностирован у 31, экзема — у 10 пациентов. Больным были проведены общеклинические анализы, а также ^{13}С-МДТ до и после лечения. Двадцать здоровых доноров составили группу контроля.

Результаты исследования. Согласно результатам ^{13}С-МДТ, у 25 (61 %) больных отмечалось снижение детоксикационной функции печени умеренной степени (суммарная концентрация $^{13}CO_2$.на 120мин. исследования–17,98±0,71 %, аналогичный показатель в группе контроля — 28,8±0,99 %). Более существенные нарушения детоксикационной функции печени отмечалась у больных с тяжелым, непрерывно рецидивирующим течением ХД.

Выводы. Использование современных методов исследования, в частности ^{13}С-МДТ значительно расширяет возможности всестороннего обследования больных с сочетанной патологией кожи и ГБ системы, позволяет назначать целенаправленное комплексное лечение, что обеспечивает повышение эффективности терапии, а также способствует уменьшению негативных реакций и осложнений во время и после лечения.

К НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ С ТЯЖЕЛОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЯМИ ТЯЖЕСТИ.

МАВЛЯНОВА Ш.З., ИСМАГИЛОВ А.И., ЯХШИЕВА М.Ф., БОЙМИРЗАЕВ Н.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, Ташкент;
Бухарский Государственный медицинский институт

Себорейный дерматит (СД) — представляет собой хроническое, рецидивирующее заболевание кожи, характеризующееся поражением участков кожи, богатой сальными железами. По данным литературы чаще болеют люди в возрасте от 20 до 40 лет, а также может наблюдаться и в детском возрасте.

Этиологическим фактором в развитии СД рассматривают роль дрожжеподобных грибов рода Malassezia, которые являются постоянными компонентами нормальной микрофлоры кожи.

Центральная роль в патогенезе кожных заболеваний с хроническим течением и частым рецидивированием отводится иммунной системе, в частности показателям клеточного звена иммунитета — Т-клеткам с хелперной активностью, продуцирующим цитокинам про- и противовоспалительного характера. При иммунодефицитном состоянии развивается благоприятное условие для оппортунистических инфекций, которые в свою очередь играют ведущую роль в усугублении течения заболевания.

С целью оптимизации наружной терапии у 27 больных себорейным дерматитом со средней и тяжелой степенью заболевания с оппортунистическими проявлениями нами использован препарат наружного назначения триназол, обладающий противомикробным, противовоспалительным и противоаллергическим действиями. Возраст больных колебался от 16 до 45 лет. Давность заболевания в среднем составило – 6,1 ± 0,6 лет.

В состав препарата триназол входит кетоконазол – 10 мг, клобетазол пропионат – 0,25 мг, неомицин сульфат – 5000 МЕ. В современной терапии дерматозов предпочтение отдается тем глюкокортикостероидам (ГКС), которые отвечают требованиям «эффективность-безопасность» и сводят к минимуму побочные действия глюкокортикостероидов.

Кетоконазол является противогрибковым средством широкого спектра действия, воздействует на клеточную мембрану грибка, посредством изменения ее проницаемости.

Клобетазол пропионат — является кортикостероидным гормоном, который выступает в качестве высокоэффективного противовоспалительного и противоаллергического средства с минимальным побочным действием.

Неомицин сульфат — является средством против грамположительных и грамотрицательных бактерий.

Для оценки клинической эффективности триназола определяли дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС). Всем больным согласно стандарту и клиническому протоколу по лечению кожных заболеваний проводили базисную терапию, заключающуюся в назначении гипосенсибилизирующей, антигистаминной терапии, витаминотерапии и наружной терапии (основная группа – 27 получала триназол и контрольная группа (10) — гентамициновую мазь).

Триназол наносили на очаги поражения два раза в день в течение 5–7 дней. Критериями включения в исследования явились:

Тяжелая и средняя степень тяжести течения кожного процесса;

Использование больными в течение последних 3 месяцев наружной терапии в виде индифферентных мазей и кремов (без глюкокортикостероидов);

Наличие добровольного информированного согласия больных.

Результаты исследования показали, что использование триназола способствовало уменьшению эритемы на 58,6% (P<0,05), отечности — на 73,1% (P<0.05), шелушения — на 46,2%, регрессу папулезных элементов на 50%. Применение триназола способствовало значительному снижению субъективных ощущений — зуда в 5,6 раза (P<0,05). Тогда как в группе контрольных лиц, получавших только гентамициновую мазь ДИШС не имел значимых положительных сдвигов, что способствовало сохранению шелушения, эрозивных участков и зуда.

Следует сказать, что применение триназола также способствовало снижению обсемененности патогенных микроорганизмов в очагах поражения, характеризующееся снижением колонии staphylococcus spp. в среднем 3,4 раза по сравнению до лечения, что имело достоверный характер (P<0,05).

Таким образом, триназол — крем наружного применения в виду своей противомикробной, противовоспалительной и противоаллергической действиями предпочтительно использовать у больных себорейным дерматитом с тяжелой и средней степенями тяжести заболевания.

ЭФФЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

МАВЛЯНОВА Ш.З., ЯХШИЕВА М. Ф., ИСМАГИЛОВ А.И., БОЙМИРЗАЕВ Н.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз, Ташкент
Бухарский Государственный медицинский институт

Основными направлениями наружной терапии являются устранение причины заболеваний, патологических изменений в коже и субъективных ощущений, а также в качестве поддерживающей терапии и т.д.

Целью наших исследований явилась оценка эффективности бальзама «Хайкиназол» в качестве наружной терапии у больных себорейным дерматитом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 78 больных себорейным дерматитом в возрасте от 12 до 54 лет с давностью заболевания от 6 месяцев до 12 лет. Среди них лица мужского пола составили – 46, лица женского пола – 32.

У всех больных проводили клинические и микробиологические исследования.

Результаты исследования. Основанием для применения бальзама «Хайкиназол» явились особенности микробиологического статуса кожи у данной категории больных.

Результаты микробиологических исследований кожи очагов поражения показали рост условно-патогенной флоры на коже в очагах поражения у 70 (92,1%) больных. Так, у 61 (80,3%) больного — отмечали рост staphylococcus spp., у 9 (11,8%) — рост липофильных дрожжеподобных грибов рода Pityrosporum spp. Среди представителей семейства Micrococcaceae наиболее часто высевалась патогенная флора st.aureus — у 24 (39,3%) больных, st. Haemolyticus — у 14 (22,9%), st.saprophyticus — у 15 (24,5%), st. epidermidis — у 8 (13,1%). При этом обсемененность патогенной флоры staphylococcus составила от 480 до 1970 КОЕ/см^2 соответственно. Среди липофильных дрожжеподобных грибов у 9 больных с кожи очагов поражения волосистой части головы и туловища культивировали Pityrosporum ovale.

В качестве наружной терапии всем больным был назначен бальзам «Хайкиназол». Бальзам наносился на волосистую часть головы 1 раз в день в течение 5 дней. На фоне применения «Хайкиназола» отметилась положительная динамика кожно-патологического процесса, что способствовало снижению индекса ДИШС. Применение «Хайкиназола» способствовало положительной динамики ДИШС: наблюдалось уменьшение эритемы на 40,7% (P<0.05), отечности — на 47,8% (P<0.05), шелушения — на 53,5%. Бальзам «Хайкиназол» способствовал значительному снижению субъективных ощущений — зуда в 2,5 раза (P<0.05).

На наш взгляд положительная динамика кожно-патологического процесса на фоне применения «Хайкиназола» отмечается благодаря составу препарата, а именно: кетоконазол (0,025 г), клобетазол пропионат (0,00025 г), спирт (0,013 г), додецилсульфат натрия (0,07г), эдетат двунатриевый (0,01 г) и др. компонентов, которые оказывают противовоспалительное, противомикробное, кератолитическое свойства.

Таким образом, опыт применения бальзама «Хайкиназол» у больных с себорейным дерматитом показал положительную терапевтическую эффективность, и он может быть рекомендован к широкому применению в дерматологической практике.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

МАВЛЯНОВА Ш.З., ХАКИМОВ Д.Р, АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А.

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

В клиническом течении ряда хронических дерматозов особое внимание уделяется иммунной системе. Согласно литературным данным в патогенезе угревой болезни ведущее место отводится функциональной активности клеточного звена иммунитета с хелперной активностью, продуцирующим цитокинам про- и противовоспалительного характера.

Целью наших исследований явилось изучение некоторых показателей провоспалительных цитокинов — IL4 и TNF- alfa у больных угревой болезнью.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 34 больных в возрасте от 14 до 28 лет. Среди них лица женского пола составили 8 больных, мужского пола – 26. У всех больных проводили клинические, микробиологические и иммунологические методы исследования.

Результаты исследования. Согласно классификации, предложенной Plewig G. &Kligman A. M. (1994) среди 34 больных угревой болезни выделили следующие формы: у 4 (9,09 %) больных — комедоны (comedosouacnecomedonica), у 19 (47,7 %) — папуло-пустулезная форма (acnepap ulosaetpapulopustulosa), у 7 (15,9 %) — флегманозная форма (acnephlegmonosa) и у 5 (11,4 %) — конглабатные формы (acneconglobata) соответственно. Среди 34 больных у 7 больных диагностирована легкая степень заболеваемости, что составило 20,7 %, у 9 (26,4 %) — средняя степень и у 18 (52,9 %) — тяжелая степень.

Результаты исследования цитокинового статуса показали достоверное повышение концентрации провоспалительных цитокинов ИЛ4 в 6,3 раза, что составило 15,8±0,5пг/мл против — 2,5±0,08 пг/мл у здоровых (P<0,05), тогда как ФНО-α — составило 30,5±0,6 пг/мл (у здоровых — 4.01±0,31пг/мл, P<0,05), что в 7,6 раз превышало показателей здоровых лиц. Полученные данные свидетельствует о дисбалансе цитокинового статуса, говорящее о несостоятельности системы защиты организма на фоне нарушения гормонального статуса и микробиоционоза биосубстратов организма у больных угревой болезнью.

АТОПИК НЕЙРОДЕРМИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ РЕТРОСПЕКТИВ ТАХЛИЛ ЭТИШ

МАВЛЯНОВА Ш.З., МУМИНОВА С.Р.

РИДваВИАТМ

Атопик дерматит (нейродермит) – кенг таркалган сурункали дерматозлардан бири булиб, унинг келиб чикиши ва авж олишида наслий мойиллик ва ташки мухит омиллари узаро таъсири ахамиятга эга. Аллергик жараён ривожланишида интерлейкин молекулалари, жумладан ИЛ–4 роли катта ахамиятга эга. ИЛ–4 В-лимфоцитларни IgE ишлаб чикарилишига олиб келади. ИЛ–4 генининг полиморфизми купгина популяцияларда атопик касалликлар билан богликлиги тасдикланган.

Тадкикотнинг максади: атопик дерматит билан хасталанган беморларда клиник хужжатларга асосланиб, касалликнинг клиник кечиши ва утказилаётган даво усулини самарадорлигини тахлил этиш.

Тадкикот натижалари: атопик дерматит билан касалланган 5 ёшдан 64 ёшгача булган, 40 та беморларда олиб борилган клиник илмий текшириш ишлари буйича клиник архив хужжатларининг ретроспектив тахлил ишлари олиб борилди. Архив хужжатларига асосан атопик нейродермит билан хасталанган беморлардан эркаклар 23 тани ва аёллар – 27 тани ташкил этди. Нейродерматоз билан касалланган беморларда касалликни авж олишини келтириб чикарувчи омилларни урганилганда куйидаги узгаришлар кузатилди: 46,2 % холатларда алиментар фактор, иккинчи уринда асаб системасидаги узгаришлар 27,5 % ни ташкил этди, 14,3 % холатларда бактериал ва вирус инфекцияси уткир респиратор касалликлар, ошкозон-ичак касалликлари ва мавсумийлик 12 % холатларда кузатилди.

Беморларда касалликнинг огирлик даражасини белгиловчи SCORAD индекси даволанишдан аввал уртача 74,9 ± 1,03 баллни ташкил этди. Беморларда SCORAD индекси билан хисобланганда касалликнинг енгил даражаси — 10 та бемор, урта даража – 17та беморда, огир даражаси –8 та беморда кузатилди. Даво чоралари уз ичига анъанавий даволаш усули (гипоаллерген диета, гипосенсибилловчи, антигистамин дори воситa-

лари, махаллий: гормонал малхамлар, физиотерапевтик усуллар) ни уз ичига олди. Антигистамин дори воситаларидан 2чи авлод дори воситаси кулланилди (лоратадин). Даволанишдан сунг SCORAD индекси уртача 29,4 ± 1,02 баллни ташкил этди.

Хозирги кунда фармацевтик саноатнинг жадал ривожланиш даврида аллергик касалликларнинг даволашда кулланиладиган дори воситаларини ишлаб чикариш купайиб бормокда. Атопик дерматитнинг самарали патогенетик даволаш — замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири булиб, янгича ёндашувни талаб этади.

К ВОПРОСУ СОСТОЯНИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

МАВЛЯНОВА Ш.З., ЕСИОНОВА Е.В.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Актуальность: Атопический дерматит (АД) — хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, возникающее, как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью к атопическим заболеваниям. АД имеет возрастные периоды, стадии болезни, особенности морфологических очагов, которые определяют клинические формы. Воспалительный процесс в коже начинается, поддерживается и заканчивается при непосредственном участии цитокинов (IL–5, IgE, IL–4, IL–10 и др.). В патогенезе АД принимают участие цитокины с противоположным действием, которые продуцируют антогонистические популяции — Th1– и Th–2 лимфоциты.

Материалы и методы: были обследованы 45 больных АД, из них мужчины составили 25 человек, женщины – 20. Возраст больных варьировался от 10 до 46 лет. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц. По клинической форме у 10 (22,2 %) больных диагностировали эритематозно-сквамозную форму, у 7 (15,5 %) — эритематозно-сквамозную форму с лихенификацией, у 14 (31,1 %) — лихеноидную, у 9 (20 %) — экссудативнаую и у 5 (11,1 %) — пруригинозую. Отягощенная наследственность отмечалась у 27 больных (60 %).

Всем больным определение показателей IL–5 и IgE производили методом ИФА.

Результаты исследования: У больных АД отмечается повышение показателей провоспалительного цитокина IL–5 до 16,1 ± 0,53 пг/мл (P<0,05) при гиперпродукции общего IgE — 174,4 ± 5,9 МЕ (в норме 27,5 ± 6,8 МЕ), что в 13,4 раз превысило показатели группы здоровых лиц. У больных с экссудативной формой АД уровень IL–5 составил 13,9 ± 0,91 пг/мл и IgE — 181,3 ± 9,14 МЕ, с эритематозно — сквамозной формой IL–5 — 15,7 ± 0,9 пг/мл и IgE — 153,2 ± 5,6 МЕ соответственно, у больных с эритематозно-сквамозной с лихенификацией IL–5 — 14,2 ± 0,8 пг/мл и IgE — 196,3 ± 20,4 МЕ, с лихеноидной формой IL–5 — 17,4 ± 0,8 пг/мл и IgE — 150,5 ± 5,9 МЕ, с пруригинозной IL5 — 20,5 ± 0,92 пг/мл, IgE — 225,1 ± 11,1 МЕ соответственно, что достоверно отличалось от показателей здоровых лиц.

Выводы: у больных АД отмечается повышение провосполительного цитокина IL – 5 на фоне гиперпродукции IgE, особенно при пруригинозной и лихеноидной формах заболевания.

СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

МАВЛЯНОВА Ш.З., МАМАТКУЛОВ У.А., ГУЛЯМОВА Г.Ш., ЮНУСОВА З.С.

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

В последнее время большое внимание придается изучению патогенеза атопического дерматита, выявлению механизмов, способствующих формированию рецидивирующего характера течения заболевания, что неблагоприятно сказывается на формировании здоровья ребенка. В работах Маннанова А.М. (2002), Юлдашева М.А. (2006) указывается о ведущей роли органов пищеварения в клиническом течении атопического дерматита, что способствует разработке алгоритмов ведения с учетом питания больных детей с данной патологией.

Следует отметить, что в настоящее время особое место при этом занимают метаболические нарушения при такой патологии, которые в определенной мере связаны с функциональным

состоянием печени. Несмотря на большие достижения в изучении патогенеза, диагностике и лечении сочетанного поражения кожи и органов пищеварения у больных АД, остается много не достаточно изученных и спорных вопросов.

Целью настоящего исследования явилось изучение гепатобилиарной системы с учетом определения липидного спектра и эндогенной интоксикации у больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 7 до 45 лет. У всех больных проводились клинические, биохимические и функциональные исследования.

Результаты исследования. Изучение клинической формы у 40 больных показали, что у 7 (17,5%) больных диагностировали — эритематозно-сквамозную форму, у 8 (20%) — эритематозно-сквамозную с лихенификацией, у 12 (30%) — лихеноидную, у 4 (10%) — экссудативную и у 9 (22,5%) — пруригинозную формы. Изучение триггерных факторов обострения заболевания выявило следующее: у 17 больных — отмечается связь с алиментарным фактором, у 21 больных — с психоэмоциональным фактором. Однако, среди 30 больных у 23 триггерные факторы имели смешанный характер — алиментарный+психоэмоциальный, а также бытовые аллергены+ микробные агенты. Результаты функционального исследования печени и желчного пузыря у 40 больных показало, что у больных в возрасте от 21 до 30 лет из 12 у 5 выявлено эхопризнаки хронического холецистита, у 2 — стеатоз печени и у 1 — гипоплазия протоков желчных путей. В возрасте от 31 до 40 лет у 4 — стеатоз печени и у 3 — хронический холецистит и возрасте более 40 лет у 6 больных — стеатоз печения и 2 — калькулезный холецистит. Тогда как, функциональное исследование печени у больных АД в возрасте до 14 и 15–20 лет патологических изменений не выявило.

Биохимическое исследование состояния общего белка и липидного спектра у больных АД выявило определенные изменения, характеризующиеся в снижении уровня общего белка в 1,09 раз по сравнению с показателями контрольной группы. ($p < 0,05$). Такая тенденция отмечалась в показателях общего холестерина, триглицеридов соответственно. Однако, уровень ХС ЛПВП в 1,2 раза повышался по сравнению контрольной группой, а уровень ХС ЛПОНП и ЛПНП — в 2,8 снижался соответственно.

Полученные данные свидетельствуют о дисбалансе биохимических показателей, а именно уровней альбумина и липидов, в основе которого лежит синдром эндогенной интоксикации, вследствие поражения детоксикационной функции печени.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

МАННАНОВ А.М., ХАИТОВ К.Н., ТАГАЕВ Ж.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент

Атопический дерматит (АД) является одним из наиболее распространенных патологий кожи. Существующие методы терапии и профилактики данного дерматоза не всегда позволяют добиться желаемого результата. Обострения АД зачастую происходят под действием стрессовых факторов, которые требуют от организма больного ответа со стороны адаптационных механизмов.

Цель проведенных исследований состояла в определении влияния стрессового триггерного фактора на течение болезни. Под наблюдением находилось 48 больных АД детей: 33 девочек и 15 мальчиков в возрасте от 3 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении дерматологии клиники ТашПМИ. Средний возраст больных составил 5,3±0,64 года, у большинства из них (67%) заболевание наблюдалось более 3 лет. При поступлении все больные предъявляли жалобы на наличие высыпаний, зуд и нарушения сна различной степени выраженности. Среднее значение индекса SCORAD составило 57,1±0,82 балла.

По данным анамнеза заболевания эмоциональный стресс в качестве провоцирующего фактора развития и рецидива заболевания был отмечен у 36 (75%) больных. В числе стрессовых факторов преобладали такие как — нервное напряжение (переутомление), связанное с неудовлетворительной обстановкой в семье — у 17 (35,4%) больных, неприятности в детском саду или школе — у 7 (14,6%), эмоциональное напряжение из-за переживаний по поводу болезни — у 12 (25%) больных детей. Обострение АД под действием пищевых стрессоров было отмечено у 26 (54,2%) детей. Изучение влияния эмоционального стрессового воздействия на развитие обострения АД методом расчета показателя относительного риска, указал на значительную роль данного фактора. Так при отсутствии в анамнезе влияния эмоционального стресса средний показатель относительного риска составил –0,63±0,19, а при наличии –2,56±0,74.

Вышеуказанное, свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения данной проблемы с целью уменьшения вероятности развития обострения АД, с активным вовлечением самого больного в профилактическую работу.

СТЕПЕНИ РИСКА НАЧАЛА ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ

МАННАНОВ А.М., МАННАНОВ А.А., РИХСИЕВА Д.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Учащение за последние годы частоты встречаемости ограниченной склеродермии (ОС) у детей диктует исследователям необходимость определения степени риска начала болезни.

Для определения манифестации болезни нами были изучены степени риска начала ограниченной склеродермии 68 детей, больных ОС, в возрасте от 3 до 15 лет, из них девочек было 48 (70,6 %), мальчиков – 20 (29,4 %). Установлено, что у всех 68 (100,0 %) матерей, больных, беременность протекала с анемией, у 52 (76,5 %) с токсикозом, нефропатией и угрозой выкидыша, у 4 (5,9 %) женщин во время беременности наблюдался гепатит и у 4 (5,9) эклампсия. Большинство детей (64; 94,1 %%) родились в срок, без осложнений. У 4 (5,9 %) детей при рождении отмечали явления асфиксии.

При изучении характера формирования болезни было отмечено, что у 76,5 % (52) детей, ОС наиболее часто наблюдалась у детей в семьях, родившихся от 2, 3 и 4 беременности. Причины начала болезни у 13 (19,1 %) больных были связаны с перенесенными острыми респираторными заболеваниями, у 9 (13,2 %) с ангиной, у 4 (5,9 %) после полученных травм, у 4 (5,9 %) после инъекционных процедур. Из перенесенных заболеваний часто были отмечены хронический тонзиллит — у 8 (11,7 %), гранулезный фарингит — у 8 (11,7 %), искривление носовой перегородки — у 8 (11,7 %), дискинезия желчевыводящих путей — у 12 (17,5 %), гепатомегалия — у 4 (5,9 %), холецистит — у 4 (5,9 %), лямблиоз — у 4 (5,9 %), энтеробиоз кишечника — у 4 (5,9 %), вегетососудистая дистония — у 8 (11,7 %) и дисметаболитическая нефропатия — у 4 (5,9 %) детей.

Таким образом манифестация ОС в семьях зависит от последовательности рождения больных детей, при этом часто болеют девочки, нежели мальчики, и заболевание у них характеризуется тяжелым течением. Частыми провоцирующими факторами ОС у детей, являются респираторные и детские инфекции, а также травмы. Следует отметить, что во всех случаях сопутствующие заболевания независимо от их характера заметно отягощали течение кожного процесса. Полученные результаты позволяют разрабатывать профилактические мероприятия направленные на предупреждение возникновения ОС у детей и рекомендовать эффективную терапию.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ

МАННАНОВ А.М., МАННАНОВ А.А., ХАИТОВ К.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Клиническое течение ограниченной склеродермии (ОС) в детском возрасте в отличие от взрослых имеет свои особенности. В связи с этим, в детском дерматологическом отделении клиники ТашПМИ были изучены в динамике клинические особенности течения ограниченной склеродермии у 68 детей в возрасте от 3 до 15 лет, из них девочек было 48 (70,6 %), мальчиков – 20 (29,4 %).

Результаты изучения в динамике течения клинических особенностей ОС у детей позволили выявить что, у детей заболевание в 94,1 % (64) случаев развивалось в возрасте от 3 до 15 лет. Наиболее часто 77,2 % (52) ОС страдали дети в возрастном периоде 7–12 лет и при этом заболеваемость девочек составляла 92,3 % (48). В возрастной группе до 1 года больных не наблюдалось. ОС у детей разных возрастных групп характеризовалась рядом клинических особенностей и наиболее часто склеродермические очаги располагались на коже спины, живота, верхних и нижних конечностей, реже на лице и волосистой части головы в виде бляшечной и линейной формы. У детей, больных ОС превалирует бляшечная форма болезни (52,9 %; 36) над линейной (38,2 %; 26), которая характеризуется поверхностной, глубокой, распространенной и атрофической формой и проявляется в виде единичных или множественных пятен, округлых или овальных форм.

Таким образом, полученные результаты клинического наблюдения течения ОС у детей, в различных возрастных группах позволяют в каждом конкретном случае с учетом возраста, степени тяжести течения болезни рекомендовать патогенетическую эффективную терапию.

К ПОКАЗАТЕЛЯМ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА ИЛ–4 И ОБЩЕГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ НЕЙРОДЕРМИТОМ.

МУМИНОВА С.Р., МАВЛЯНОВА Ш.З., ТИЛАВБЕРДЫЕВ Ш.А., АЗИЗОВА Н.Н.

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

Нейродерматозы — группа заболеваний, имеющих генетически-детерминированный, иммуно-нейро-аллергический характер. Характеризуется хроническим, рецидивирующим течением, обусловленное атопией, проявляющееся интенсивным зудом и симпатергической реакцией кожи (белым дермографизмом).

Согласно классификации Скрипкина Ю.К. (2000) нейродерматозы представляют группу дерматозов, включающих диффузный и локализованный нейродермит, почесуху, атопический дерматит и другие аллергические заболевания кожи, в основе которых лежат иммунные механизмы, приводящие к повреждению всех слоев эпидермиса.

Целью наших исследований явилось изучение состояния провоспалительного цитокина ИЛ–4 и общего иммуноглобулина Е у больных атопическим нейродермитом.

Материал и методы исследования. Обследования проводились у 15 больных с атопическим нейродермитом в возрасте от 14 до 47 лет. У всех больных проводились клинические (определение индекса SCORAD), иммунологические методы исследования (определение концентрации IL4 и IgE методом ИФА- исследования).

Результаты исследования. Иммунологические исследования у 15 больных атопическим нейродермитом показали увеличение концентрации провоспалительного цитокина ИЛ4 в 1,6 раз по сравнению с показателями контрольной здоровой группы, который имел достоверный характер (P<0,05). Тогда как уровень общего иммуноглобулина Е превышал в 3,4 раза по сравнению с показателями здоровых лиц, что составило в среднем 256,4 $\pm$16,5 мг/мл, (P<0,05).

Выводы. На основании полученных данных можно предположить, что выявленное повышение IL–4 у больных с атопическим нейродермитом приводит к усиленной выработке иммуноглобулина Е, что имеет прямое отношение к развитию аллергических реакций, в частности к атопическому дерматиту.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ КОЖИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КРИОДЕСТРУКЦИИ

К.М. МУХАМАДИЕВА

Таджикский Государственный Медицинский Университет им. Абу Али ибн Сино, г. Душанбе

Актуальность. Считается, что криохирургическое воздействие на келоид выгодно отличается от других методов лечения келоидных рубцов кожи, так как в 87% случаев дает хороший результат (Стенько А.Г. 2001г). Вместе с тем, метод криодеструкции имеет ограниченные возможности разрушения келоидов больших размеров, что связано с тепловым сопротивлением тканей, что и обусловливает возможность получения лишь поверхностного некроза. Такие келоиды зачастую подвергаются хирургическому иссечению, которое в 50–100% случаев приводит к рецидивам (Козлова В.А., 2003 г).

Целью проведенного исследования явилось изучение эффективности криодеструкции келоидов больших размеров в комбинации с хирургическим иссечением.

Под наблюдением находилось 95 больных с келоидными рубцами различной этиологии площадью от 10 до 30 кв.см. Возраст больных — 10 — 17 лет. Давность рубцов — до 3-х лет. Основную группу состояли 46 человек, производилась криодеструкция сохраненных краев келоида после хирургического иссечения. В группе сравнения (49 пациентов) была произведена процедура криодеструкции всей площади келоида без хирургического иссечения

Полученные результаты. Клиническая эффективность терапии оценивалась через 6 и 12 месяцев по универсальной оценочной шкале (Vancouver Scar Scale), которая показала, что исходный общий показатель клинического состояния рубца через 6 месяцев после проведенной терапии снизился в основной группе в 5,1 раза, в то время как в группе сравнения — в 1,9 раза. Достоверные отличия наблюдались по признакам васкуляризации (1,01$\pm$0,04 против 2,22$\pm$0,14) и пигментации рубцов (0,32$\pm$0,12 против 1,27$\pm$0,02) (P<0,05). Консистенция рубца у больных основной группы была в норме, в то время как у пациентов контрольной группы наблюдалась тенденция к уплотнению рубца

(0,97 ± 0,05). При нормальной температуре рубца у больных основной группы, у больных контрольной группы через 6 месяцев отмечалось незначительное повышение температуры (2,02 ± 0,11) по сравнению с близлежащей здоровой кожей. Зуд, парестезии, нарушение чувствительности через 6 месяцев наблюдались в обеих группах больных, однако у больных основной группы эти показатели были меньше в 1,3 раза при оценке зуда (1,11 ± 0,02 в основной группе против 1,46 ± 0,12 в контрольной) и в 1,1 раз при оценке чувствительности (1,07 ± 0,32 против 1,14 ± 0,21). Таким образом, у пациентов основной группы общий показатель клинического состояния рубца, определенный по универсальной шкале клинических симптомов, через 12 месяцев после терапии (2,24) снизился в 2 раза по сравнению с таковым через 6 месяцев (4,52) после курса лечения. В группе сравнения общий показатель через 12 месяцев уменьшился до 8,34 баллов, что по сравнению с этим показателем через 6 месяцев 12,02 меньше в 1,4 раза соответственно. Через 12 месяцев после терапии общий показатель клинических симптомов составил 2,24, то есть снизился 2 раза по сравнению с таковым через 6 месяцев (4,52) после курса лечения. В группе сравнения общий показатель уменьшился до 8,34 баллов, что по сравнению с этим показателем через 6 месяцев 12,02 меньше 1,4 раза соответственно.

Вывод. Лечение келоидных рубцов кожи большой площади с применением комбинированного метода, включающего хирургическое иссечение с одновременным замораживанием сохраненных краев келоида, является наиболее эффективным, чем метод традиционной криодеструкции келоидных рубцов, что проявляется уменьшением общего показателя универсальной шкалы клинических симптомов до 2,24 в основной группе против 8,34 — в контрольной, то есть в 4 раза.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

НАУМОВА Л.А.

Национальный Медицинский Университет имени А.А. Богомольца (г. Киев, Украина)

Угревая болезнь (акне) является широко распространённым хроническим, рецидивирующим дерматозом и диагностируется у 30 % женщин репродуктивного возраста. В большинстве случаев клинические проявления болезни сочетаются с другими нарушениями, в частности репродуктивными.

Цель исследования. Определить частоту гормональных изменений у женщин репродуктивного возраста больных с акне.

Материалы и методы исследования. Обследовано 30 женщин в возрасте от 18 до 35 лет. Проведено общеклиническое обследование пациенток, определены особенности их телосложения, распространенность угревой сыпи и ее локализация, а также наличие синдрома гирсутизма. Осуществлялось измерения окружности талии и бедер с исчислением соотношения «талия — бедро», и ИМТ (индекс массы тела). Определялось также содержание глюкозы в плазме венозной крови пациенток и гликованый гемоглобин. Гормональные обследования включали определение в крови следующих показателей: свободного тестостерона, пролактина, тиреотропина, 17- оксипрогестерона, дегидроэпиандростерона сульфата, эстрогенов, прогестерона, глобулина связывающего стероиды, антимюллерового фактора. Всем пациенткам выполняли сонографию щитовидной железы и органов малого таза.

Результаты исследования. У обследованных женщин были выявлены гормональные нарушения. Гиперандрогения по содержанию свободного тестостерона обнаружена у 49 % всех обследованных. Клиническое течение акне у 27 % обследованных женщин репродуктивного возраста сочеталось с атипичной (поздней) формой врожденной дисфункции надпочечников, у 20 % — с синдромом поликистозных яичников, у 17 % — с недиагностированным сахарным диабетом 2 типа, у 12 % — с гипотиреозом, у 12 % — с гиперпролактинемией, у 10 % — с синдромом истощения яичников, у 1 % — с гиперандрогенией надпочечниковой происхождения. В 1 % обследованных женщин патологических сдвигов среди изучаемых показателей, не было обнаружено.

Выводы. Патогенетическими факторами изменений на коже у женщин репродуктивного возраста больных с акне являются многочисленные гормональные и метаболические изменения в организме. При разработке тактики лечения женщин больных с акне должно предшествовать углубленное гормональное обследование, определение показателей углеводного обмена, консультации эндокринолога и гинеколога.

ОПЫТ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИМЕКСИДА, ПАПАИПА, ЦИСТЕИНА НА ОСНОВЕ СОЛИДОЛОВОЙ МАЗИ

НЕДОБОЙ Б.П., НЕДОБОЙ П.М., КОЧЕТ К.А.

Национальный Медицинский Университет имени А.А.Богомольца (г., Киев, Украина)

Лечение псориаза — сложная терапевтическая задача. Во многих случаях она успешно решается благодаря целому ряду способов терапевтического воздействия. Известно, что подходы к лечению псориаза зависят от клинических проявлений, наличия сопутствующей патологии, общего состояния организма, особенностей нервно-психологического состояния. Особое значение имеет мотивация пациента до лечения.

Назначение общетерапевтических средств не исключает применения местной терапии, которая является постоянным компонентом при лечении больных псориазом. Для местного лечения этого контингента пациентов предложено значительное количество методов и способов терапевтического воздействия (мази, в состав которых входит салициловая и борная кислоты, сера, иприт, нефть, дёготь, цитостатики, гормоны, тканевые стимуляторы, противовирусные, мази с метилксантиловыми соединениями и другими препаратами.

Большое количество предложенных препаратов и подходов к местному лечению псориаза свидетельствует о недостаточной их эффективности, а в ряде случав и нежелательными побочными эффектами (эксцербацией процесса на коже, атрофией, резистентностью к другим лекарственным средствам для местного лечения).

Нами для повышения эффективности местной терапии предложена смесь для местного лечения псориаза, включающая солидоловую мазь, папаин, цистеин и димексид (Патент Украины №98126959). Солидоловая мазь служила основанием для предложенного состава мази. Димексид наряду с антисептической, противовоспалительной и фибринолитической активностью повышает проникновение лекарственных препаратов, сохраняя при этом их фармакологические свойства. Цистеин использовался, как активатор папаину. Кроме того, папаин и димексид обладают кроме противовоспалительного и антикоагулянтным действием. Мотивом для включения в лекарственную смесь этих препаратов послужили проведенные нами исследования по изучению протеолитической и фибринолитической активности в коже у контрольной группы и больных псориазом, как в очагах пораженной, так и на видимо здоровой коже.

Предложенная смесь была применена у 41 больного псориазом. Первую группу составляли больные которым местно проводилось лечение только солидоловой мазью. Во вторую группу были включены пациенты которым лечение проводилось солидоловой мазью с включением 2% раствора димексида. В третьей группе были больные псориазом которым применялся предложенный состав, включающий солидоловую мазь, димексид, папаин и цистеин. Оценку клинической эффективности проводили по скорости разрешения псориатических бляшек.

При местном применении только солидоловой мази время разрешения псориатических бляшек составляло 30,6+0,7 дней. Включение в состав солидоловой мази 2% димексида ускорило время разрешения псориатических бляшек на 4,1 дня. Под влиянием мази, в состав которой входили солидоловая мазь, димексид, папаин и цистеин период разрешения бляшек составлял 15,04+0,4 дня, т.е. в 2 раза быстрее по сравнению с первой группой сравнения, которым местно применялась только солидоловая мазь. Побочных явлений при применении предложенной смеси нами не зарегистровано.

Вывод. Предложенная смесь на основе солидоловой мази для местного лечения псориаза, включающая противовоспалительные, антисептические, протеолитические и фибринолитические средства хорошо переносится больными, способствует сократить сроки рассасывания псориатических бляшок и может бить рекомендована для широкого применения и может применятся как амбулаторно так и в условиях стационара.

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ И ПРОГНОЗ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

НОСИРОВ Ш.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Красный плоский лишай (КПЛ) относится к распространенным хроническим дерматозам и частота его регистрации среди кожных заболеваний составляет 1,5–2 %. Важную роль в развитии КПЛ имеют наследственные факторы, подтвержденные исследованиями распределения антигенов системы HLA. У больных КПЛ выявляются признаки метаболического синдрома, в частности эндогенной интоксикации, которые обуславливают развитие атипичных форм дерматоза. Важную роль в патогенезе КПЛ отводят цитотоксическим реакциям в базальном слое эпидермиса, где в большом количестве выявляются клетки Лангерганса, которые являются антигенпрезентирующими клетками для Т-лимфоцитов. Последние в свою очередь вырабатывают определенные цитокины, в частности ФНО-альфа. В настоящее время не вызывает сомнений провоцирующая роль соматоформных нарушений в развитии КПЛ. Проведение психологического тестирования (тест MMPI, Айзенка и др.) позволяет у большинства больных выявлять признаки депрессии, причем конституционально предрасположенные к депрессивным реакциям.

Для терапевтического воздействия на изученные патогенетические механизмы КПЛ используются ряд иммуномодулирующих, антицитокиновых средств, антидепрессанты и другие.

Следует указать, что классическая форма КПЛ при правильном подборе лекарственных средств имеет наклонность к регрессу папулезных элементов. При наличии у пациента атипичной формы КПЛ (веррукозная, пемфигоидная и др.), проводимое лечение не во всех случаях позволяет получать терапевтический эффект и зачастую проводится системная кортикостероидная терапия с развитием всем известных побочных эффектов. Еще сложнее проводить лечение больных КПЛ с поражениями слизистой полости рта, которая выявляется у 5–60 % пациентов.

Таким образом, для КПЛ характерен выраженный клинический полиморфизм, в основе которого заложены многочисленные метаболические нарушения, правильная оценка которых позволит конкретно для каждого пациента определить алгоритм его лечения и только в этом случае можно получить терапевтический эффект.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОКОЖИ «ГИАМАТРИКС» В ДЕРМАТОЛОГИИ

НУРМУХАМБЕТОВ Ж.Н., НУРМУХАМБЕТОВА А.Ж., ГЕРДТ А.Т., ИБРАЕВА Т.Б.

Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан.

В последнее время на основе новых биотехнологических разработок интенсивно развивается тканевая и органная инженерия. Сотрудниками Оренбургского Государственного Университета с помощью фотополимеризации гиалуроновой кислоты получен биоматериал в виде эластичной пластинки, который обладает оптимальными биоинженерными свойствами. Гиалуроновая кислота в косметологии используется давно, однако не во всех косметических средствах она в должной мере эффективна вследствие трудности преодоления эпидермального барьера и доставки гиалуроновой кислоты в глубокие слои кожи. Для таких целей применяется достаточно травмирующий инъекционный способ — мезотерапия.

Препараты «Гиаматрикс» позволяют вводить гиалуроновую кислоту во внутренние слои кожи без применения уколов, т.к. используемая наноструктурированная гиалуроновая кислота с очень маленьким размером молекул дает возможность легко проникать в глубокие слои кожи, а имеющиеся в составе биокожи матричные пептиды, как бы «сшивающие» молекулы гиалуроновой кислоты и замедляющие процесс ее распада, позволяют закрепить и удерживать ее в коже как можно дольше.

Под нашим наблюдением находилось 24 пациентов с хроническими долго незаживающими трофическими язвами, резистентными к различным методам терапии. При применении биокожи «Гиаматрикс» в среднем через 1,5 месяца от начала лечения наступила полная эпителизация и закрытие язвенного дефекта кожи в опытной группе больных. Что почти в 1,8 раза превосходило результаты лечения в контрольной группе. Следует отметить, что вновь образованная кожа была гладкой и нежной, как у младенца. Этот эстетический эффект и послужил толчком для применения «Гиаматрикса» в косметологии.

АЛЬФА-АДРЕНОМИМЕТИКИ В НАРУЖНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ

НУРМУХАМБЕТОВ Ж.Н., НУРМУХАМБЕТОВ А.Ж., ИБРАЕВА Т.Б.

Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан

Одним из ведущих принципов наружного лечения является выбор лекарственного средства и формы в зависимости от стадии (активности) воспалительного процесса с последующей своевременной сменой препарата в зависимости от наступивших изменений состояния кожного процесса. Поиск альтернативы для ТКС, способной оказывать желаемый эффект в стадии активного воспаления, явился целью настоящего исследования. В связи с этим, мы поставили задачу разработать лекарственное средство для наружного применения, обладающее способностью ликвидировать явления острого воспаления: отека и гиперемии. Ведущим механизмом действия данного средства должен быть сосудосуживающий эффект.

В качестве препарата отвечающего указанным требованиям наше внимание привлекли $_2$-Адреномиметики периферического действия, широко применяемые при лечении аллергических конъюнктивитов и ринитов. Для реализации поставленной цели мы решили изучить клиническую эффективность альфа-адреномиметиков при наружном лечении дерматозов.

Под нашим наблюдением находилось 46 пациентов с островоспалительными явлениями на коже (простой контактный дерматит–17 и аллергический контактный дерматит–29 пациентов). Пациенты опытной группы получали крем Унна с включением в его состав нафазолин в концентрации 0,1%. Пациенты контрольной группы получали 1% гидрокортизоновую мазь. В первой группе больных некоторое уменьшение отека и гиперемии наблюдалось уже в первый день наблюдения у 30,4%, а полное исчезновение воспалительных явлений произошло у всех больных на 4 день лечения. Тогда как во второй группе — только у 8,7% отмечалось некоторое снижение в первый день наблюдения и полное исчезновение островоспалительных явлений на 7 день отмечалось у 87% пациентов.

ПОКАЗАТЕЛИ КОНЦЕНТРАЦИИ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

ПАКИРДИНОВ А.Б., АЛИЕВ Х.М., БОТИРОВ К.З., НАБИЕВ В.Г., ТОШПУЛАТОВ Б.Х.

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 отношению 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 ещё 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 в повышении концентрации ФСГ в плазме крови в лютеиновой фазе менструального цикла, которая не корригирует после лечения.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА В КРОВИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

ПАКИРДИНОВ А.Б., АЛИЕВ Х.М., ХАМИДОВ Ф.Ш., БОТИРОВ К.З., ТОШПУЛАТОВ Б.Х.

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+–7,9нмоль/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±0,88нмоль/л, а в лютеиновой фазе 21,8±1,5нмоль/л, при контроле соответственно 18,4±2,7нмоль/л и 71,6±7,9нмоль/л). После комплексного лечения с включением лазерной терапии концентрация прогестерона достоверно повышалась. При этом в фолликулиновой фазе она достигала нормальных значений (16,8±1,21нмоль/л), а в лютеиновой у всех больных сохранялась значительная гипопрогестеронемия (37,5±2,3нмоль/л).

Выводы: У женщин, больных нейродермитом имеется дисфункция овариальной системы, выражающаяся 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.

ПОКАЗАТЕЛИ КОНЦЕНТРАЦИИ ЛЮТЕИНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

ПАКИРДИНОВ А.Б., АЛИЕВ Х.М., БОТИРОВ К.З., КУЧКАРОВ А.А., ТОШПУЛАТОВ Б.Х.

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±4,8нМЕ/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 снижена 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 повышалась, 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.

АЛЬБИНИЗМ ХАСТАЛИГИНИ ФАРГОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ

ПАКИРДИНОВ А.Б., БОТИРОВ К.З., ХАМИДОВ Ф.Ш., ҚУРБОНОВ О.Д., ҚЎЧҚАРОВ А.А., НАБИЕВ В.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Альбинизм — туғма нуқсон, яъни меланин пигментини терида бутунлай йўқолишидир.

Биз ўз олдимизга АВТТКД га мурожжат қилган Фарғона водийсида яшовчи касаллар орасида альбинизмни ўрганиш мақсадини қўйдик.

Бизнинг кузатувимизда тасдиқландики: Андижон вилоятида яшовчи 5 та оиладаги 10 нафар беморларда тери ва кўзни жароҳатлаган альбинизм билан оғриган пациентлар кузатилиб, беморлар нисбати популяцияда 1:38000 га тенглиги аниқланган, авлоддан-авлодга аутосом рецессив йўли билан ўтганлиги эътироф этилди.

Наманган вилоятида 2 та оилада 4 та бемор тери ва кўзларни жароҳатлаган альбинизм билан оғригани, беморлар нисбати популяцияда 1:26 666 нисбатда эканлиги аниқланди.

Фарғона вилоятида 3 та оилада 4 та бемор альбинизм билан оғригани аниқланди, улардан 2 нафари альбинизмни тери ва кўз шакллари ва 1 нафари тери шакли билан, 1 беморда Чедиак-Хигоши синдром (альбинизм пиодермия) оғриётгани кузатилди. Авлоддан авлодга, бу ҳолатда ҳам аутосом-рецессив йул билан берилган эътироф этилди.

Клиник кўринишидан терида меланин пигменти тўла йўқлиги, сочлар ва кўз тўр пардасида рангсизлиги, нистагм ва фотофобия билан кечганлиги кузатилди. Клиник кўринишини ҳар хиллиги генлар экспрессивлиги билан изоҳланади. Жуда кучли ген экспрессиясида — тери ва кўзларни тўла албинизми, сустроқ ген экспрессиясида эса тери-кўздаги ўзгаришларни чала эканлиги ёки чала альбинизмда меланоцидлар меланин пигментини камроқ ишлаб чиқаргани аниқланди. Шундай беморларда альбинизм билан бирга кўплаб кератозлар кузатилса, у ҳолда жараён соҳасида эпителиомани ривожланиши кузатилди.

Хулоса. Альбинизмни олдини олиш учун ёшлар турмуш қуришдан дастлаб тиббий-генетик консультацияга мурожат қилишиб, наслий касалликларини аниқлаб олишлари, кейин эса турмуш қуришлари тавсия этилади. Мақсадимиз соғлом болаларни туғилишини таъминлашдир.

ПУШТИ РАНГ ХУСУНБУЗАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДАГИ САМАРА

ПАКИРДИНОВ А.Б., ХАМИДОВ Ф.Ш., БОТИРОВ К.З., ҚЎЧҚАРОВ А.А., НАБИЕВ В.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Ҳозирги вактда терини йирингли касалликлари орасида пушти ранг хуснбузарни даволаш актуал муммамолардан бири ҳисобланади.

Розацеани даволашни мукаммаллаштириш мақсадида, Азит (1,0 г), Секнидокс (2,0 г), Флюконазол (0,15 г) препарати комплекс давода қўлланилди.

Бизни текширувимизда бўлган беморлар сони 72 нафар бўлиб (55 аёл, 17 эркак), ёши 32–70 ёшгача бўлди. Барча беморларга розацеани папула пустилёз формаси ташхиси қўйилди. Ёндош касалликлардан 58 нафар беморда хазм тракти касалликлари (жумладан гастрит, дисбактериоз, холецистит ҳамда қорин дам бўлишлари) аниқланди. Бундан ташкари 8 нафар аёлда постменопаузали синдром аниқланди, 6 нафар аёлда эса тухумдонларида ўзгариш аниқланди. Якка ҳолатларда қандли диабед ҳамда ўт тош касалликлари кузатилди.

Барча беморлар икки гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳ (26 нафар бемор) стандарт даво қилинди: Азит 1 таб. дан 2 маҳал 7 кун ёки Юнидокс солютаб – 10 кун (2–3 курс); Метронидазол 0,25 (1 таб.) дан 3 махал, 3 ҳафта давомида; Натрия тиосульфат эритмаси 30 %–10 мл дан т/и юбориш учун; сиртга суртиш учун Рух сурмаси кўлланилади.

Иккинчи гуруҳда беморлар 46 нафарни ташкил қилди. Схема бўйича даводан Азит 1,0. Секнидокс 2,0. Флюконазол 0,15 г дан бир кунлик курси буюрилди. Компонентларнинг фойдалилиги ва тежомкорлиги аниқланди. Препаратни қайта бериш касалликни ҳолатига қайтарилди. Теридаги гиперемияни камайтириш максадида ташқи даво учун фактор дермико кремидан фойдаланилди. Катта ва чуқур тугунлар мавжуд бўлган ҳолатларда маҳаллий қуйидагича аралашмадан 1 кунда 1 маҳал фойдаланилади: Димексид – 6,0 + Этил спирт – 96 % — 6,0 + Лидаза 64 УЕ (4 ампула) + Эритромицин – 2,0.

Натижалар: 1 гуруҳ беморларда йирингчаларни сўрилиш вакти 26–30 кунни ташкил қилди. 7 нафар беморда тери кандидози ривожланди. 1 нафар беморда даво натижа бермади. 2 гуруҳдаги (Азит 1,0, Секнидокс 2,0, Флюконазол 0,15 г) беморларда ижобий натижа 14 кунда се-

зилди, 5–6 ҳафта даводан сўнг тўлиқ клиник тузалиш кузатилди. 1 гуруҳдаги пациентларнинг 10 нафарида тўлиқ клиник тузалиш кузатилмади.

Хулоса. 2 чи гурух беморларда (1 чи гурух беморлари билан таққосланганда) Азит 1,0, Секнидокс 2,0, Флюконазол 0,15 г препаратларидан фойдаланилганидан сўнг ижобий наф олинди. 2 чи гуруҳ беморларда қандидоз билан асоратланиш кузатилмади.

ВОПРОСЫ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ

РАВШАНОВА Д.Т.

Самаркандский областной кожно-венерологический диспансер

Псориаз относится к одному из наиболее распространенных заболеваний и регистрируется у 20–30 % больных кожной патологией. Данное заболевание рассматривается как мультифакториальное с определенным участием генетических и средовых факторов, сопровождается гиперпролиферативными и воспалительными проявлениями не только в коже и ногтях, но и в других органах.

Псориатическая ониходистрофия диагностируется у 5–50 % больных и является патогмоничным признаком указанного дерматоза. Нередко может наблюдаться изолированное поражение ногтевых пластин, когда типичные папулезные высыпания появляются значительно позднее ониходистрофий, что значительно затрудняет диагностику дерматоза.

В настоящее время клиническая ценность псориатической ониходистрофии связывается с одной из форм дерматоза, а именно с псориатическим артритом, что позволяет уже на ранних этапах проводить соответствующие лечебно-профилактические мероприятия.

Целью настоящего исследования явилось изучение вариантов ониходистрофий при различных формах псориаза.

Под нашим наблюдением находилось 71 больных (мужчин – 38, женщин – 33) псориатической ониходистрофией. Были выделены следующие клинические формы псориаза: вульгарная — у 10, экссудативная — у 13, артропатическая – 39, эритродермическая — у 9 больных. В некоторых случаях отмечалось несоответствие между выраженностью ониходистрофии и клиническими проявлениями псориаза, т.е. ограниченные псориатические элементы, иногда в виде «дежурных бляшек», сопровождались грубыми нарушениями ногтевых пластин (онихогрифоз, субунгвальный гиперкератоз и другими симптомами). В других случаях даже при развитии псориатической эритродермии поражения ногтевых пластин были минимальными (симптом «наперстка»). Но в большинстве случаев наличие псориатической ониходистрофии указывало на тяжелое течение дерматоза и особенно связано с минимальными проявлениями псориатического артрита.

Следует отметить, что у 12 из 71 пациентов был ошибочно диагностирован онихомикоз, даже с применением системной антимикотической терапии. Двум пациентам было проведено хирургическое удаление пораженных ногтевых пластин, что являлось причиной резкого обострения кожно-патологического процесса (изоморфная реакция Кебнера).

Изменения ногтей при псориазе могут быть связаны с поражением матрицы ногтя, ногтевого ложа, кожи околоногтевых валиков или сочетанным поражением перечисленных структур. Наиболее патогмоничным симптомом псориатической ониходистрофии является наперстковидная истыканность ногтей, которая нами была выявлена у 49 из 71 (69,0 %) больных.

Наряду с наперстковидной истыканностью, довольно часто выявлялись пятнистые или штриховые подногтевые геморрагии (у 33 из 71 больных – 46,5 %), имеющие от розовато-красного до коричнево-черного цвета окраску, сопровождающиеся онихолизисом.

В некоторых случаях развивались явления онихогрифоза, причем ногтевая пластинка отделялась от ногтевого ложа с дистального края и частично разрушалась.

Довольно часто (у 33 из 71 пациента – 46,5 %) выявлялся симптом «масляного пятна», который представляет собой расширенные сосуды, просвечивающиеся сквозь ногтевые пластинки, причем эти сосуды довольно часто разрываются с образованием геморрагий. Окраска этих элементов вариабельна: от розово-красного до темно-коричневого почти черного цвета.

Еще один важный клинический признак псориатической ониходистрофии — онихолизис, регистрировался у 55 из 71 (77,5 %) больных, причем протекал в двух вариантах: дистальный и дистально-боковой.

Следует указать, что у одного и того же больного на различных ногтевых пластинках могут наблюдаться различные проявления ониходистрофии, ввиду чего иногда на одной ногтевой пластинке можно определить 3–5 симптомов ониходистрофии.

Необходимо отметить, что при псориатической ониходистрофии могут выявляться различные патогенные грибы, которые должны рассматриваться как вторичная инфекция. Патогенные

грибы (дерматофиты, плесневые и дрожжевые грибы) были установлены у 17 из 71 (23,9%) больных псориатической ониходистрофией. Проведение пульс-терапии итраконазолом приводило к соответствующим изменениям ногтевых пластин, но особого влияния на течение псориатического процесса не оказывало.

В конечном счете псориатическая ониходистрофия приводит к разрушению ногтей и развитию деформации, причем по основным двум направлениям: у одних больных ногти истончаются и на ногтевом ложе остаются лишь роговые наслоения, у других — формируется плотный субунгвальный гиперкератоз сращенный с ногтевой пластинкой.

Таким образом, псориатическая ониходистрофия является весьма распространенным признаком дерматоза, вариабельна по своим клиническим проявлениям и может служить определенным критерием для оценки течения кожно-патологического процесса. Только проведение адекватной терапии может уменьшить выраженность патологических изменений ногтевых пластин.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

РАХИМОВ И.Р.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Андрогенное облысение очень распространенная патология. В той или иной степени им страдает половина мужского населения мира в возрасте от 20 до 60 лет. В последние годы отмечается учащение и омоложение андрогенной алопеции. Андрогенная аллопеция часто встречается и среди женщин (более тридцати процентов женщин выше 50 лет).

До конца 20-ого столетия дерматология как и медицина в целом были бессильны перед анрогенной алопеций. Лишь в последние десятилетия появились эффективные методы (как медикаментозные так и хирургические) лечения облысения мужского типа.

На сегодняшний день для лечения андрогенной алопеции Американской Администрацией Лекарственных и Пищевых продуктов (FDA) утверждены только два препарата: миноксидил (регейн) — для местного употребления и финестерид (пропеция, проскар) — для внутреннего приема. В последние годы арсенал средств в борьбе с андрогенной алопецией пополнился ещё одним методом — введением в скальп богатой тромбоцитами плазмы (PRP — плазмолифтинг). Это триада — миноксидил + финестерид + PRP даёт замечательные результаты на начальных стадиях андрогенной алопеций.

Рассмотрены показания, проанализированы возможности указанных консервативных методов лечения андрогенной алопецией и представлены результаты как их самостоятельного применения так и в комбинаций с хирургическим лечением.

С 50-ых годов прошлого столетия, Американские дерматологи начали применять аутотрансплантацию фолликулосодержащих островков кожи затылочной части скальпа в облысенные участки головы. Это методика несмотря на широкое применение в США на протяжение десятилетий была несовершенна и давала безобразные, очень неестественные результаты (эффекты «зубной щетки « или «кукольной головы»). Лишь в 90-ые годы XX века хирургические методы претерпели революционные изменения и в наши дни сформировались в виде техник FUT — трансплантация фолликулярных объединений, FUE — экстракция фолликулярных объединений. Эти техники дают отличный косметический результат и имеют свой преимущества.

Проонализированны особенности этих техник, их возможности, показания их применения и представлены результаты.

Успешное применение дерматологами указанных хирургических техник (FUT и FUE) на сегодняшний день позволила радикально решить проблему лечения даже в высоких классов андрогенной аллопеций.

ЛАКТО-ФЛОР В ТЕРАПИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

РАХМАТОВ А.Б., НОСИРОВ Ш.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан

На сегодняшний день инфекционная, неврогенная, наследственная и другие теории имеют под собой веские основания, хотя наиболее при-

емлемой все же считается аутоиммунная природа возникновения КПЛ.

Целью настоящего исследования являлось изучение терапевтической эффективности препарата «Лакто-Флор» у больных КПЛ.

Под наблюдением находилось 36 больных (мужчин–12, женщин–24) в возрасте от 20 до 45 лет и давностью заболевания от 1 до 10 лет. На основании клинико-морфологических исследований были выделены следующие формы дерматоза: классическая — у 13 (36,1%), веррукозная — у 9 (25%), пемфигоидная — у 4 (11,1%), атрофическая — у 7 (19,4%) и пигментная — у 3 (8,4%) больных.

В комплексном лечении больных КПЛ был использован инновационный препарат «Лакто-Флор», который является природным комплексом животного происхождения, содержащий белки молекулярной массой от 0,5 до 140 кДа. «Лакто-Флор» многие годы используется в дерматологии как антицитокиновый препарат при лечении больных псориазом.

Для оценки терапевтической эффективности препарата «Лакто-Флор» больные КПЛ были разделены на две сопоставимые по полу, возрасту, давности и клиническим формам дерматоза, группы: I группа (14 больных) — контрольная, которая получала только стандартное лечение; II группа (22 больных) — основная — дополнительно получала инъекции препарата «Лакто-Флор» по 1мл внутримышечно (№20).

Проведенные исследования показывают, что включение в комплексную терапию больных КПЛ препарата «Лакто-Флор» позволяет повышать терапевтическую эффективность на 23,9%, что связано с влиянием указанного средства на измененные показатели иммунного и цитокинового статуса больных КПЛ.

Таким образом, при всех клинических формах КПЛ в комплексной терапии рекомендуется использование отечественного, инновационного препарата «Лакто-Флор», оказывающего иммуномодулирующий и антицитокиновый эффект у больных указанным дерматозом, что выражается положительной динамикой кожно-патологического процесса и устранением зуда кожи.

РАЗРАБОТКА АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

РАХМАТОВ А.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Лимфопролиферативные заболевания кожи обусловлены пролиферацией аффинных к коже клеток лимфоидного ряда. Диагностика этих нозологий является одной из самых сложных проблем в дерматологии. Причинами развития лимфопролиферативных заболеваний могут являться вирусные инфекции, профессиональные факторы химической и физической природы, длительное воздействие аллергенов, в том числе и лекарственных, а также трансформация в лимфому кожи хронических дерматозов, таких как псориаз, экзема и других.

Актуальность проблемы повышается с увеличением количества больных с лимфопролиферативными заболеваниями кожи, особенно в аридной зоне, что приводит к возрастанию антигенной нагрузки на организм в целом и на кожу, в частности, как барьерный орган. Подвергаясь антигенным воздействиям и обладая столь обширной поверхностью, кожа выполняет и генерирует иммунологические функции, такие как распознавание антигенного материала и его элиминация, внетимусная дифференцировка незрелых клеток в Т-лимфоциты, иммунологический надзор за опухолевыми клетками и т.д. В реализации этих функций ведущая роль принадлежит иммунокомпетентным клеткам кожи, а также различным цитокинам, хотя до настоящего времени остается открытым вопрос о взаимоотношении нарушений иммунной, в частности, цитокиновой системы и метаболических процессов, не раскрыта роль преморбидных факторов в развитии и исходе лимфопролиферативных заболеваний, недостаточно сведений об эффективности использования антицитокиновой терапии при этой группе дерматозов.

Большинство кожных заболеваний (псориаз, экзема, нейродермит, красный плоский лишай и др.) имеют хронически-рецидивирующий характер, что не исключает вероятность трансформации в лимфопролиферативное заболевание, что должно изменять тактику лечения дерматоза. Одним из факторов, ведущих к такой трансформации, является развитие осложненных форм дерматоза, например, при псориазе — вторичная эритродермия, появление суставного синдрома. Ранее нами была показана значимость отдельных цитокинов в развитии псориатического артрита, как и псориаза в целом (ФНО-α, ИЛ–4, ИЛ–8, ИНФ-γ и др.).

Следует указать, что клинические и морфологические проявления патологического процесса при лимфопролиферативных заболеваниях определяются синхронными изменениями кле-

ток эпидермиса и дермы, представляющих собой сопряженную систему. Полноценная сопряженная реакция эпидермиса и дермы обеспечивает коррекцию пролиферативной активности эпидермиса и лимфоцитов, проходящих в нем лиферренцировку, в соответствии с изменениями в подлежащей ткани, что отличает воспалительную пролиферацию, доброкачественную лимфоплазию от злокачественного и некорригируемого опухолевого роста, наблюдаемого в условиях структурно-функционального разобщения дермы и эпидермиса.

Нами предлагается для лечения лимфопролиферативных заболеваний кожи альтернативный биологическим препаратам «Лакто-Флор», который состоит из природного комплекса белков молекулярной массы от 140кД и ниже, получаемых из молозива коров на ранних сроках лактации.

Реализация данного исследования позволяет усовершенствовать методику лечения больных с лимфопролиферативными заболеваниями кожи путем включения препарата «Лакто-Флор», который является, во-первых отечественным препаратом, во-вторых, отличается высокой терапевтической эффективностью при лимфопролиферативных процессах. Полученные данные позволяют рекомендовать препарат «Лакто-Флор» как инновационное средство в дерматологии.

ОСОБЕННОСТИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ

РАХМАТОВ А.Б., РАХМАТОВА Д.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан

В последние годы в дерматокосметологии большое внимание уделяется изучению барьерных функций кожи, которые предопределяют дальнейшее течение любого дерматоза, а также сохраняют внешний вид кожных покровов (отсутствие покраснения и сухости кожи).

В практической дерматокосметологии нередко встречаются случаи нарушения барьерной функции кожи, которые являются следствием использования различных наружных средств, в частности, препаратов витамина А и его аналогов, кислот и спиртов. К подобным нарушениям могут приводить химические и механические пилинги, ряд лазерных технологий, вапоризация, броссаж и другие процедуры. Нарушения липидного матрикса кожи могут наблюдаться при старческом ксерозе и фотостарении. Некоторые лекарственные препараты, в частности, ароматические ретиноиды, также способны вызывать изменения барьерных функций кожи. Все сказанное убеждает в том, что необходимо правильно представлять механизмы организации барьерной функции кожи с целью ее восстановления при различных травмирующих факторах.

Большое значение имеет базовый уход за кожей не только здоровых лиц, но и пациентов, страдающих различными дерматозами (атопический дерматит, псориаз, экзема, себорейный дерматит и др.). В этих случаях возможно применение различных нутриентов, которые способствуют поддержанию и восстановлению барьерной функции кожи (линолевая кислота, полиненасыщенные жирные кислоты и др.). Уход за кожей предусматривает правильное и бережное очищение, а также адекватное увлажнение. Очищение кожи возможно путем использования различных детергентов: анионовых, катионовых, амфотерных и неионовых, причем последние являются наиболее перспективными и бывают представлены эфирами и мицеллами жирных кислот, сапонинами, эфирами сорбитана.

Продолжает обсуждаться вопрос о целесообразности использования воды для очищения кожных покровов, как у здоровых лиц, так и у больных различными дерматозами. Было отмечено, что у больных, страдающих атопическим дерматитом, уменьшается гидратация рогового слоя эпидермиса, причем мытье без последующего увлажнения кожи способно приводить к еще более значительному уменьшению ее увлажненности и, наоборот, увлажнение без предшествующего очищения с помощью воды значительно повышает содержание воды в роговом слое. Следовательно, на практике должно отдаваться предпочтение средствам, способным очищать кожу без применения воды, которая только усиливает проницаемость рогового слоя эпидермиса.

В настоящее время разрабатываются различные детергенты, которые способны максимально очищать кожные покровы, не повреждая липиды рогового слоя эпидермиса. Вторым этапом ухода за кожей является ее правильное увлажнение, причем существуют III группы веществ, отличающиеся увлажняющим эффектом: вещества, обеспечивающие прямое увлажнение; вещества, образующие пленку и кератолитические средства.

В этой связи при лечении любого дерматоза, в основе которого лежит воспалительная реакция, целесообразно применять кортикостероидные средства второго, чаще третьего класса, позволяющие в ближайшие сроки (5–7 дней)

уменьшить воспалительную реакцию, а затем переходить уже на длительное использование как негормональных топических средств, например, мазь «Протопик», так и увлажнающей терапии (крем «Дексерил»). Такой подход позволяет максимально увлажнять кожные покровы, что значительно удлиняет сроки клинической ремиссии дерматоза. В настоящее время разработаны различные алгоритмы нанесения топических средств (интермиттирующий, штриховой и др.) при лечении различных дерматозов, что способствует удлинению клинической ремиссии и минимизации возможных побочных эффектов. Особо необходимо остановиться на топической иммуномодулирующей терапии мазью «Протопик», которая себя хорошо зарекомендовала при лечении таких дерматозов, как атопический дерматит, витилиго, псориаз и ряд других хронических дерматозов, когда указанное средство используется в течение нескольких месяцев, но наносится на очаги поражения всего два раза в неделю, даже при разрешении проявлений дерматоза. Такой подход отработан на репрезентативных выборках больных с различными дерматозами, а, следовательно, может широко внедряться в практическую дерматологию.

Таким образом, восстановление барьерной функции кожи является главным условием не только регресса проявлений дерматоза, но и значительного удлинения сроков клинической ремиссии конкретного заболевания. При любом кожном заболевании для снятия воспалительной реакции (покраснение, наличие элементов сыпи и др.) необходимо применять кортикостероидные мази или кремы, эффективность которых до сих пор не снимается. Длительность использования кортикостероидных, наружных средств зависит, в первую очередь, от разновидности дерматоза, когда, например, при аллергическом дерматите достаточно использование указанных средств в течение 3–5 дней, в случаях же атопического дерматита сроки применения удлиняются уже до 10–20 дней. В конечном счете, при любом кожном заболевании, даже у больных с вульгарной пузырчаткой, на месте регресса полостных элементов возникают явления шелушения кожи. В данный момент и необходимо проводить реабилитацию кожных покровов за счет использования увлажняющих средств, что позволит осуществлять профилактику возможных рецидивов заболевания. Считаем, что такой подход и восстановительная терапия при различных дерматозах совершенно оправдана и практической дерматологии предлагается отработанный алгоритм наружной терапии различных дерматозов.

ПСОРИАЗ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

РАХМАТОВ А.Б., РАХМАТОВА Д.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Для многих мультифакториальных заболеваний, таких как сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, псориаз, характерно наличие метаболического синдрома, который рассматривается как фактор взаимного отягощения.

Необходимо указать, что популяционная частота метаболического синдрома составляет 20–25% и, как правило, проявляется нарушениями липидного и углеводного обмена, артериальной гипертензией. В 2005 году Международная диабетическая федерация (IDF) определила следующие критерии метаболического синдрома: абдоминальное ожирение (окружность талии у мужчин — 94см, у женщин — 80см); триглицериды (ТГ) >155мг/дл; холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) < 39/50 мг/дл для мужчин/женщин, соответственно; АДсист.>130 и/или АДдиаст.>85мм рт.ст.; уровень глюкозы в плазме >101мг/дл.

Наличие метаболического синдрома, особенно с выраженными нарушениями углеводного обмена (сахарный диабет II типа), способно приводить к системным нарушениям, когда поражается сердечно-сосудистая система, почки, периферические сосуды, а также кожные покровы.

Метаболический синдром, как правило, рассматривается как общесоматическая проблема, так как ассоциирован с атеросклерозом, острой коронарной болезнью и сахарным диабетом, хотя в последние годы данный синдром вплотную изучается в гепатологии и других медицинских дисциплинах. Что касается дерматологии, то имеются убедительные доказательства взаимосвязи между ожирением и нарушениями функции кожи, что приводит к учащению таких дерматозов, как псориаз, acantosis nigricans и другие. В частности, в развитии псориаза предполагается участие иммунного дисбаланса, генетических дефектов, многофакторного эндокринного дисбаланса, которые могут приводить к разным проявлениям метаболического синдрома. В настоящее время доказано, что при метаболическом синдроме происходит активация отдельных цитокинов (ИЛ–1, ИЛ–6, ФНО-α), которые участвуют в термогенезе, в регуляции липидного обмена, стимулируют секрецию со-

матотропного гормона, а также влияют на выработку В-лимфоцитов и дифференцировку Т-лимфоцитов. В этой связи при цитокинассоциированных заболеваниях (псориаз, болезнь Крона, коллагенозы) успешно используются не только кортикостероидные, но и биологические препараты.

У больных псориазом кератиноциты эпидермиса являются источником так называемых проангиогенных факторов: ИЛ–1, ИЛ–6, ИЛ–8, ФНО-α и VEGF, ввиду чего при данном дерматозе с повышенной частотой регистрируются такие заболевания, как ожирение, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинической эффективности статинов (розувастатин) у больных псориазом.

Под наблюдением находилось 12 больных псориазом (мужчин–8, женщин–4) в возрасте 40–55 лет. Кожно-патологический процесс был представлен множественными крупно-бляшечными элементами с характерным шелушением. Всем больным проводилась терапия розувастатином в суточной дозировке 10мг в течение в течение 2 месяцев. Наружно использовались кератолитические и увлажняющие средства.

Розувастатин является статином последнего поколения, полностью синтетическим ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы. Ранее нами были проведены исследования по клинической эффективности другой разновидности статинов — аторвастатина, достоверно улучшающих показатели липидного и фосфолипидного обмена у больных псориазом.

Полученные данные указывают, что при псориазе может использоваться розувастатин, который приводит не только к регрессу псориатических элементов, но и уменьшает выраженность метаболического синдрома (снижение уровней определенных цитокинов, триглицеридов, ХС ЛВНП), что будет осуществлять определенную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета среди больных псориазом.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КЕРАТОДЕРМИЙ

РАХМАТОВ А.Б., ДЖАЛИЛОВ Д.С., РАХМАТОВ Т.П.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Гетерогенная группа генетически детерминированных ладонно-подошвенных кератозов с неизвестным биохимическим дефектом могут быть изолированными или являться частью синдромов, сочетаясь с разнообразными аномалиями, прежде всего с эктодермальными дисплазиями.

В последние годы выяснено, что дефекты генов приводят ко многим типам наследственных ладонно-подошвенных кератодермий. Эти гены кодируют разнообразие протеинов и усложняют, в конечном счете, дифференциацию кератиноцитов и формирование поверхностного слоя кожи. Молекулярные дефекты лежат в основе разнообразия и специфичности ладонно-подошвенных кератодермий, так как эти изменения связаны с конечной стадией дифференциации ладонно-подошвенного эпидермиса.Эти протеины встраиваются в кератин, десмосомальный протеин и доставляют белковые структуры в поверхностный слой кожи. Связывание интрацеллюлярных пространств и стыковка клеток регулируется ионами кальция, регулирующими необходимое для нормального положения белков поверхностного слоя эпидермиса. Разнообразие мутаций приводит к многочисленным клиническим фенотипам ладонно-подошвенных кератодермий.

Наследственные кератодермии могут быть самостоятельными заболеваниями или сочетаться с различными врожденными пороками развития, чаще всего эктодермального происхождения. Они характеризуются многообразными клиническими и морфологическими проявлениями и различными типами генетического наследования.

Помимо наследственных существует обширная группа приобретенных кератодермий. Их развитие возможно при псориазе, болезни Девержи, синдроме Хастхаузене, синдроме Сезари, экземе, красном плоском лишае, дерматомикозах, чесотке, паранеопластическом синдроме, вторичном сифилисе, СПИДе и ряде других заболеваний.

Как наследственные, так и приобретенные кератодермии характеризуются длительным, хроническим течением, плохо поддающимся терапии, они значительно снижают качество жизни больных, а в некоторых случаях приводят к инвалидности.

Накопленный опыт позволяет на основании проведения медико-генетических, иммуногенетических и биохимических тестов (система HLA, С-реактивный протеин и др.) диагностировать наследственные и ненаследственные формы ладонно-подошвенных кератодермий, что позволяет дифференцированно применять ряд лекарственных препаратов.

Целью настоящего исследования являлось оценка терапевтической эффективности препарата «Глутоксим» у больных кератодермиями с учетом цитокинового статуса.

Под наблюдением находилось 57 больных ладонно-подошвенными кератодермиями (мужчин–21, женщин–36). Среди обследованных у 7 (12,3 %) больных диагностированы наследственные формы кератодермий (кератодермия Унны-Тоста, Меледа, Бушке-Фишера, ПАпийона-Лефевра, мутилирующая кератодермия), у 13 (22,8 %) — климактерическая кератодермия, у 10 (17,5 %) — псориаз ладоней и подошв, у 11 (19,3 %) — гиперкератотическая экзема и у 16 (28 %) — приобретенная кератодермия. Давность заболевания составляла от 6 месяцев до 25 лет. Контрольную группу составили 18 практически здоровых лиц аналогичного возраста.

Проведенные исследования показали, что в сыворотке крови у больных кератодермиями до начала лечения отмечалось достоверное повышение концентрации цитокина ФНО-α и понижение содержания цитокина ИЛ–4 по сравнению с показателями контрольной группы (p≤0,05).

Исходя из выявленных нарушений цитокинового статуса у больных кератодермиями, был разработан метод корригирующей терапии с включением в стандартное лечение препарата «Глутоксим», который является иммуномодулятором с системным цитопротекторным действием и относится к классу тиопоэтинов. Препарат назначали по 2мл 1 % раствора внутримышечно через день в течение 20 дней (на курс лечения применяли 10 инъекций препарата).

Для оценки эффективности разработанного метода лечения больные были распределены на II сопоставимые по клиническим проявлениям группы (основная и контрольная). Было отмечено, что включение в стандартное лечение препарата «Глутоксим» повышает эффективность на 23,2 %, наряду со значительным улучшением цитокинового статуса.

Таким образом, практической дерматологии предлагается эффективное иммуномодулирующее средство «Глутоксим», которое улучшает цитокиновый статус, т.е. имеет патогенетическую направленность у больных кератодермиями.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО ПСОРИАЗА

РАХМАТОВ А.Б., ДЖАЛИЛОВ Д.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Псориаз в настоящее время рассматривается как системный процесс, связанный с повышенным риском развития таких заболеваний как сахарный диабет, ИБС, инсульт. Как было отмечено, людей с псориазом отличает высокий уровень выявления депрессивного синдрома.

Существует множество классификаций псориаза, связанное с выраженным клиническим полиморфизмом данного дерматоза. Одной из оригинальных является классификация, предложенная I.M.Freedberg et al. [2003], согласно которой все формы подразделяются на пустулезные и не пустулезные:

Не пустулезный псориаз

— обыкновенный или вульгарный псориаз (бляшечный, каплевидный);

— псориатическая эритродермия (эритродермический псориаз);

2. Пустулезный псориаз

— генерализованный пустулезный псориаз (пустулезный псориаз фон Цумбуша);

— пальмоплантарный псориаз (пустулезный псориаз Барбера);

— аннулярный пустулезный псориаз;

— ладонно-подошвенный псориаз (псориаз ладоней и подошв);

— герпетиформное псориатическое импетиго.

Ряд авторов выделяют дополнительные формы или типы псориаза:

— лекарственно-индуцированный псориаз;

— псориаз сгибательных поверхностей и кожных складок или инверсный псориаз;

— псориаз Напкина;

— себорейно подобный псориаз.

Одной из довольно распространенных и трудно поддаваемых лечению форм является ладонно-подошвенный псориаз, который встречается у 25–30 % больных. Частые обострения указанной формы псориаза связаны с особенностями строения кожи ладоней и подошв, постоянным травмированием очагов. Рассматриваются следующие клинические формы дерматоза: типичная папулезно-бляшечная, роговая (псориатические мозоли), везикуло-пустулезная.

При лечении ладонно-подошвенного псориаза применяются разнообразные топические препараты и их комбинации.

Целью настоящего исследования являлось разработка эффективной методики лечения ладонно-подошвенного псориаза с использованием мази гидрокортизона 17-бутирата (Локоид) и УФ-облучения.

В исследовании приняли участие 33 больных ладонно-подошвенным псориазом в возрасте от 27 до 53 лет. Основными показателями степени тяжести ладонно-подошвенного псориаза являлись: гиперемия, инфильтрация, шелушение, зуд.

В первой группе больных использовали мазь гидрокортизона 17-бутирата в качестве монотерапии в течение двух недель, а затем уже проводили УФО-терапию (10–15 процедур). Во второй группе применяли чередование мазевой терапии и УФО-терапии.

Проведенные исследования показали, что достигнут более выраженный и устойчивый эффект у больных второй группы. При чередующейся комбинации гидрокортизона 17-бутирата (Локоид) и УФО-терапии улучшение клинической симптоматики наступало уже через несколько процедур и практически отсутствовал синдром отмены топического стероида.

Таким образом, условием эффективного лечения ладонно-подошвенного псориаза является использование мази гидрокортизона 17-бутирата (Локоид) и УФО-терапии.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИРТАЗАПИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

РАХМАТОВ А.Б., КУРБАНОВА Ш.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Возникновение большинства кожных заболеваний связано с воздействием стрессовых ситуаций, при которых происходит выброс кортикотропин-рилизинг-гормона и субстанции Р, вызывающих дегрануляцию тучных клеток с выделением цитокинов, изменяющих местные ингибиторные иммунных эффектов в коже и волосяных фолликулах. С другой стороны, хроническое течение ряда дерматозов способно приводить к развитию так называемых соматофорных расстройств. С клинических позиций соматофорные расстройства могут быть представлены в виде болевых, различных сенестопатий (дискомфорт, неприятные ощущения и др.) и вегетативных дисфункций (депрессии).

Депрессии и сопутствующие ей соматовегетативные симптомы — едва ли не самые частые психические нарушения, встречающиеся в общемедицинской практике. В большинстве случаев они с трудом поддаются разграничению, а нередко и сосуществуют в популяции. По данным ВОЗ, от 4% до 6% людей страдают депрессиями (риск заболевания в течение жизни составляет 15–20%). Из них толшько 20% стремятся получить медицинскую помощь, а 2% нуждаются в госпитализации. Около 60–80% депрессий не попадают в поле зрения психиатра и лечатся интернистами.

Клинически очерченные депрессивные состояния встречаются у 12–36% больных соматическими заболеваниями. Этот показатель значительно превышает распространенность депрессии в популяции. При хронических соматических заболеваниях (сахарный диабет, инфаркт миокарда и др.) риск развития депрессии еще выше и составляет 20–25%. Дифференциальная диагностика этих депрессивных состояний может быть весьма затруднительной.

Следовательно, при разработке комплексного метода терапии любого хронического дерматоза (псориаз, витилиго, красный плоский лишай и др.) должны быть использованы антидепрессанты, которые способны не только улучшать психоэмоциональную сферу пациента, но и оказывать противозудный эффект.

Ведущим методом лечения депрессивных состояний является длительная психофармакотерапия с использованием антидепрессантов. В связи с инертностью нейрохимических механизмов — «мишеней» для тимолептиков терапевтический эффект в ряде случаев развивается постепенно. Это обстоятельство необходимо иметь в виду и не прерывать терапию, если ее результат не обнаруживается в первые же дни. Кроме того, иногда даже при полной редукции аффективных расстройств необходимо продолжать лечение (поддерживающая терапия).

Очевидно, что при длительной терапии на первый план выдвигается, наряду с тимолептической активностью препарата, минимальная выраженность побочных эффектов, поведенческой токсичности, неблагоприятных влияний на качество жизни пациентов. Один из таких тимолептиков является миртазапин, который рассматривается как антидепрессант с двойным действием — норадренергическим и специфическим серотонинергическим эффектом. Миртазалин не является ингибитором обратного захвата серотонина, не обладает холинергическими, адренергическими и серотонинергическими побочными эффектами.

Препарат Миртел (миртазалин) — сравнительно новый антидепрессант для всего мира. Он появился в Голландии в 1994 году; в США одобрен FDA в 1996 году; и сегодня используется практически во всех развитых странах мира как высокоэффективное средство для лечения депрессивных состояний.

Препарат Миртел назначается при лечении хронических дерматозов по 15мг однократно в сутки в течение от 4 до 7 недель. Наиболее информативной с точки зрения доказательной

медицины является проведение тестирования пациентов с помощью шкалы депрессии Гамильтона (ШДГ). Достижение клинического эффекта фиксируется после снижения баллов по ШДГ на 50 % и более.

Кроме того, было отмечено, что использование препарата Миртел позволяет кардинально решать проблему ночного зуда, наблюдаемого при многих дерматозах, включая и больных псориазом. Исследования показали, что препарат Миртел устраняет ночной зуд без каких-либо серьезных побочных эффектов и использование этой терапии может приносить пользу пациентам в амбулаторной клинической практике.

Таким образом, при проведении комплексной терапии распространенных хронических дерматозов необходимо использование антидепрессивных препаратов, отличающихся высокой эффективностью и минимальными побочными эффектами, которым отвечает рассматриваемый препарат Миртел, особенно с учетом его амбулаторного применения.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИУСИДА В ДЕРМАТОЛОГИИ

РАХМАТОВ А.Б., МИРХАМИДОВА Н.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан

В последние годы увеличивается число больных, страдающих хроническими кожными заболеваниями (псориаз, красный плоский лишай, красная волчанка и др.), в патогенезе которых явно прослеживается аутоиммунный характер поражения. Кроме того, при многих дерматозах полностью не исключается роль вирусной инфекции, что должно учитываться при разработке этиопатогенетической терапии любого дерматоза.

Сегодня для этих целей передовой наукой предлагается большой ассортимент природных веществ, в частности, биологически активный препарат «Виусид», состоящий из безопасных природных соединений. По этой причине использование препарата «Виусид» не приводит к развитию каких-либо побочных эффектов, что неизбежно в той или иной степени при приеме практически любых фармацевтических средств.

Псориаз является заболеванием, характеризующееся повышенной пролиферацией кератиноцитов, которое может быть обусловлено воздействием ретровирусов, наряду с развитием иммуносупрессии. Не исключается возможность, что ассоциированные с псориазом вирусоподобные частицы являются субклеточными фрагментами, заключенными в плазматическую мембрану, но без геномной вирусной РНК.

Вышеприведенные этиопатогенетические механизмы псориаза позволяют применять препараты, способные воздействовать как на иммунную систему, так и оказывать определенный противовирусный эффект. Таковым препаратом является «Виусид», который был создан для повышения иммунной защиты во всех процессах, связанных с иммунодефицитом и может способствовать понижению вирусного фона у больных псориазом.

Целью настоящего исследования являлось изучение терапевтической эффективности препарата «Виусид» у больных псориазом.

Под наблюдением находилось 64 больных псориазом (мужчин–38, женщин–26) в возрасте от 20 до 45 лет. Для исследования были отобраны больные с обычной, крупно-бляшечной формой псориаза, которые были разделены на две сопоставимые по полу, возрасту и давности заболевания. Первая группа (контрольная) – 32 больных — получала стандартное лечение; вторая группа (основная) – 32 больных — дополнительно назначали препарат «Виусид» по 5г (один пакет) 2 раза в день в течение 20–30 дней. Оценку терапевтической эффективности проводили с помощью индекса PASI.

Включение в комплексную терапию больных псориазом препарата «Виусид» позволяет повышать терапевтическую эффективность с 64,1 % до 89,3 %, что является неоспоримым доказательством целесообразности использования указанного средства. Использование препарата «Виусид» приводило к нормализации показателей иммунного и цитокинового статуса, особенно цитокина ФНО-α. Кроме того, у больных псориазом, получавших препарат «Виусид», отмечалась положительная динамика со стороны биохимических показателей, характеризующих так называемый метаболический синдром (активность трансаминаз, содержание липопротеидов высокой плотности, среднемолекулярных пептидов и др.).

Таким образом, проведенные исследования позволили обосновать целесообразность применения препарата «Виусид» при лечении больных псориазом. Отсутствие каких-либо побочных действий, простота применения и высокая комплаентность для самих пациентов является серьезным аргументом для широкого внедрения указанного средства в практическую дерматологию.

ТАКРОЛИМУС В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

РАХМАТОВ А.Б., ШУРАЕВА С.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Витилиго является приобретенным заболеванием кожи, которое характеризуется четко ограниченными участками депигментации различных размеров и форм с тенденцией дальнейшего распространения.

Согласно статистическим отчетам в республике отмечается рост данного заболевания, причем в различных регионах витилиго имеет свои особенности, выявленные при эпидемиологических исследованиях по распространенности социально-значимых дерматозов.

Этиология витилиго еще недостаточно изучена и, кроме главных классических теорий витилиго, а именно: меланоцитарной деструкции (аутоиммунной, нейрогенной, нарушения окислительно-восстановительного статуса); ингибирования меланоцитов или нарушения их адгезии, недавно была предложена новая теория, в которой за основу взято меланоцитарное истощение как первоначальная причина заболевания.

Витилиго в настоящее время подразделяется на два основных подтипа: сегментарное витилиго (SV), включающее очаговые поражения, ограниченные сегментом кожного покрова, которые не прогрессируют в сторону генерализации заболевания и несегментарное витилиго (NSV), которое соответствует всем остальным, обычно симметричным формам, включая и акрофациальное витилиго.

Согласно аутоиммунной теории витилиго, меланоциты погибают в результате аутоиммунных эффекторных механизмов, которые являются следствием нарушения толерантности и реализуются посредством цитотоксических эффектов Т-клеток памяти или посредством аутоантител против поверхностных антигенов меланоцитов. Данный механизм патогенеза позволяет использовать иммуномодулирующие средства в лечении NSV.

Предполагается, что NSV является первичным меланоциторагическим расстройством с нарушением реакции меланоцитов на трение и, возможно, и другие виды стресса, индуцируя их замедленное прикрепление и последующую трансэпидермальную потерю. Необходимы дальнейшие исследования для определения причин отделения меланоцитов от базальной мембраны и пусковых механизмов, приводящих к дефекту адгезии меланоцитов, наиболее вероятно обусловленному генетически. Кроме нарушений адгезии и потери дендритов при NSV, другие нарушения могут приводить к снижению устойчивости меланоцитов к трению и, в конечном счете, к их отделению, что приводит к ослаблению их базальной фиксации, вследствие чего меланоциты могут открепляться под воздействием механического или химического повреждения. Данный процесс может тормозиться с помощью топической иммуносупрессивной терапии.

Использование топической иммуномодулирующей терапии у больных витилиго было основано на имеющихся данных литературы, указывающих на возможность селективного блокирования продукции Т-лимфоцитами и тучными клетками провоспалительных цитокинов двух типов Th1 и Th2, свойственных для ингибиторов кальциневрина, а именно, такролимуса и пимекролимуса, которые являются макролактановыми производными аскомицина.

Целью настоящего исследования являлось обоснование топической иммуномодулирующей терапии больных витилиго препаратом «Протопик».

При лечении 34 больных (мужчин–18, женщин–16) витилиго был использована 0,1% мазь «Протопик» (такролимус) в виде монотерапии. Давность заболевания составляла от нескольких месяцев до 5 лет. У всех отобранных больных диагностировались локализованные формы витилиго, причем ранее пациенты не получали какое-либо лечение по поводу имеющегося дерматоза.

Методика лечения больных витилиго заключалось в том, что очаги поражения два раза в день обрабатывались 0,1% мазью «Протопик» в течение 1,5–2 месяцев. У некоторых больных в первые минуты после нанесения мази возникали умеренные субъективные ощущения, выражавшиеся в виде жжения кожи, которые самостоятельно исчезали через 15–20 минут и эти проявления не являлись противопоказанием для дальнейшего использования указанного препарата.

Следует указать, что первые признаки положительной динамики витилигинозного процесса отмечались на 15–20 сутки с момента начала лечения и проявлялись появлением фолликулярной репигментации кожи. В дальнейшем выраженность и площадь репигментации увеличивалась. При величине ограниченных витилигинозных очагов размерами 1–3 см в диаметре полная репигментация наступала в течение 6–8 месяцев. Быстрее всего репигментация наступала при локализации очагов на коже лица, туловище, медленнее — на конечностях, особенно, на кистях и стопах.

Таким образом, использование мази «Протопик» позволяет решать проблему лечения ограниченных форм витилиго с высокой комплаентностью для самих пациентов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «РЕКСЕТИН» В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

РАХМАТОВ А.Б., СОБИРОВ С.П.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан; кафедра кожных и венерических болезней Самаркандского медицинского института

В развитии псориаза важное значение придается различным нервно-психическим стрессам, приводящим к появлению тех или иных проявлений дерматоза. Под влиянием острого или хронического перенапряжения высшей нервной деятельности развиваются функциональные нарушения в коре головного мозга, явления частичного торможения с изменением нормальных взаимоотношений коры и подкорки с возможным образованием в таламо-гипоталамической области застойных очагов возбуждения и торможения с последующей дезорганизацией вегетативной деятельности. Для реализации кожной симтоматики не5обходимо определенное преморбидное состояние, которое определяется психологической структурой личности пациента, так как один и тот же нервный стресс у пациентов может вызывать различную патологию.

Частота псориаза, как социально-значимого дерматоза, повсеместно повышается, что требует проведения патогенетической терапии, причем на выбор лечебных мероприятий влияют не только клиническая уместность, но и возможности пациента, его предпочтения и другие факторы.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинической эффективности препарата «Рексетин» при комплексном лечении больных псориазом. Препарат «Рексетин» представляет группу селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и рекомендован для лечения соматоформных нарушений. Нами были отобраны 63 больных с выраженными неврологическими расстройствами (обязательное консультирование врача-невролога), основанные на клинических проявлениях, нейрофизиологических исследованиях и проведении психологического тестирования. Препарат «Рексетин» назначался в суточной дозировке 20мг один раз в день в течение 30–40 дней в зависимости от выраженности клинических проявлений депрессивного состояния.

Следует указать, что уже на 5–7 сутки с момента назначения препарата у больных отмечалось улучшение общего состояния пациентов: нормализовался сон, исчезало чувство страха и тревоги, появлялась уверенность в правильности и эффективности применяемого метода терапии. Сопоставление клинических данных с группой сравнения (стандартное лечение без препаратов, воздействующих на ЦНС) позволило установить более быстрое разрешение псориатических элементов и исчезновение зуда.

Проведенное психологическое тестирование (дерматологический индекс качества жизни, Миннесотский многофазный личностный тест, тесты Айзенка и Спилберга) у больных псориазом до и после проведенного лечения выявило положительную динамику соответствующих показателей указанных тестов, что является доказательством патогенетической обоснованности применения препарата «Рексетин» при данном дерматозе.

Таким образом, при лечении больных псориазом, особенно с явлениями невротического синдрома, необходимо в комплексную терапию, согласно стандарту, включать препарат «Рексетин», что позволяет улучшать не только клиническую симптоматику дерматоза, но и через психо-эмоциональную сферу уменьшать негативное воздействие депрессивного состояния пациента.

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЗУДНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

РАХМАТОВ А.Б., КУРБАНОВА Ш.М., РАХМАТОВА Д.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Псориаз является одним из наиболее частых хронических воспалительных заболеваний кожи, так как его популяционная частота составляет 2–4 %.

В последние годы проявления псориаза, независимо от клинической формы, сопровождаются зудом кожи, что, несомненно, требует соответствующей медикаментозной коррекции.

Появление зуда у больных псориазом обусловлено самостоятельным использованием пациентами топических раздражающих средств, присоединение вторичной инфекции, эндокринопатии, причем в некоторых случаях зуд имеет нейрогенное и психогенное происхождение.

В этой связи в комплексной терапии больных псориазом используются антигистаминные препараты, натрия тиосульфат, препараты кальция, калия и магния.

Целью настоящего исследования являлась оценка клинической эффективности противо-

зудного действия препарата «Лордестин» в комплексной терапии больных псориазом.

Под наблюдением находилось 50 больных инфильтративно-бляшечным псориазом в возрасте от 20 до 45 лет. Все пациенты страдали псориазом более 1 года и предъявляли жалобы на зуд.

Все больные до начала лечения проходили комплексное общеклиническое обследование (включая индекс PASI), инструментальное (ЭКГ) и лабораторное (общий анализ крови, мочи, глюкоза, общий билирубин, АлТ, АсТ, мочевина) обследование. Также оценивали дерматологический показатель качества жизни больных (DQLI) и динамику показателя степени выраженности зуда по Visual Analoque Scale (VAS).

В зависимости от способа лечения больные были разделены на две группы: I группа (контрольная) – 25 больных получала стандартное лечение; II группа (основная) – 25 больных дополнительно принимала препарат «Лордестин» по 1 таблетке 2 раза в день в течение 20–30 дней.

В процессе комплексного лечения больных псориазом на 7 сутки показатель VAS у пациентов, получавших «Лордестин», уменьшился на 52,5%, против 10,3% — больных контрольной группы.

Подтверждением положительной динамики противозудной терапии явились показатели DQLI как в контрольной, так и в основной группах. На 20 сутки DQLI у пациентов, получавших «Лордестин», уменьшился на 75,6%, в то время как в I группе — лишь на 18,2%. Аналогичная ситуация отмечалась и в отношении индекса PASI: 57,2% и 39,1%, соответственно.

Таким образом, по результатам комплексного лечения больных псориазом была установлена более высокая клиническая эффективность противозудного действия препарата «Лордестин» по сравнению со стандартным методом (десенсибилизирующая и противовоспалительная терапия), что проявлялось в более быстром купировании симптомов зуда у преобладающего количества пациентов и существенном улучшении качества их жизни. Препарат «Лордестин» в комплексной терапии больных псориазом в качестве противозудного препарата может быть рекомендован для широкого внедрения в практику дерматолога.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВОЛОС

РАХМАТОВ А.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Существенное место среди различных алопеций и заболеваний стержня волоса занимает группа диффузных алопеций. Нередко именно заболевания волос могут оказаться первым симптомом системного заболевания и свидетельствовать о связи с внутренними болезнями.

Основным структурным белком роговых клеток волос и ороговевших клеток эпидермиса является кератин, химическую основу которого составляют аминокислоты. Твердый кератин волос характеризуется высоким уровнем серосодержащих аминокислот и дисульфидных связей. Твердые кератины волоса подразделяются на низкосерные, высокосерные и с высоким содержанием глицина и аланина. Белок трихогиалиновых гранул богат цитрулином, но в отличие от кератогиалина в нем повышено содержание глутаминовой кислоты и снижено — цистеина. Следовательно, для формирования волос в волосяных фолликулах необходима определенная концентрация аминокислот. Именно этот фактор предполагает поступление их извне, что в случае патологии должно обеспечиваться соответствующими медикаментами.

Установлено значительное влияние на цикл волосяного фолликула химических факторов, которые способствуют угнетению митотической активности в сосочке волоса. Это в свою очередь ведет к истончению стержня волоса. Он становится ломким в зоне сужения или совсем не формируется. Развивается так называемая анагеновая алопеция и выпадение дистрофических волос происходит через несколько дней после влияния химического фактора или начала применения лекарственного препарата. Прежде всего, выпадают волосы в стадии анагена, а фаза катагена наступает преждевременно. Зв этим следует выпадение волос в фазе телогена из других фолликулов.

Сегодня для практической дерматологии предлагается новый лекарственный препарат «Пантогар» («Мерц Фармасьютикалз ГмбХ», Германия) для лечения диффузного выпадения волос. «Пантогар» обладает общеукрепляющим, регенерирующим и антиоксидантным действиями, восполняет дефицит серосодержащих аминокислот и витаминов в организме. Активация метаболизма изменяет внутриклеточные окислительно-восстановительные процессы в клетках волосяных фолликулов, что приводит к понижению восприимчивости рецепторного аппарата клеток фолликула к негативным эндогенным влияниям. Следует указать, что одна капсула препарата содержится: 60мг тиамина, 100мг экс-

тракта медицинских дрожжей, 60мг кальция пантотената, 20мг кератина, 20мг L-цистеина и 20мг парааминобензойной кислоты, причем активные ингредиенты дополняют друг друга. Кератин является основным структурным белком волоса. L-цистеин участвует в синтезе ацетилхолина и, наряду с глутамином, синтезирует глутатион, относящийся к антиоксидантной системе. Кальция пантотенат участвует в углеводном, липидном и белковом обменах, синтезе стероидов и ацетилхолина. Ионы кальция нормализуют образование коллагена и репаративные процессы в тканях, стимулируя матричные клетки к делению. Тиамин активно участвует в углеводном, липидном и белковом обменах, является источником энергии для строения и роста волос. Как природный комплекс витаминов группы В, энзимов, аминокислот и минеральных веществ в состав препарата включен экстракт медицинских дрожжей, обеспечивающий волосяной фолликул соответствующей энергией при его активации. Доказано, что «Пантогар» эффективен и относительно качества волос за счет улучшения их биофизических параметров.

При лечении различных форм алопеций (особенно диффузной) рекомендуется использование препарата «Пантогар», который принимается по 1 капсуле 3 раза в день в течение 3–6 месяцев, как в виде монотерапии, так и в комбинации с другими патогенетически обоснованными лекарственными средствами. Собственный опыт применения «Пантогар» при заболеваниях стержня волос, при хронической телогеновой и анагеновой алопеции позволяет рекомендовать данное средство для широкого использования в практической дерматологии, так как длительное применение «Пантогар» в сочетании со щадящими наружными средствами и шампунями позволяет добиваться укрепления волос, восстановления их количества при телогеновой и анагеновой алопециях.

Таким образом, знание патологии волос, умение провести дифференциальный диагноз позволяют дерматологу определиться с окончательным диагнозом гипотрихоза и обозначить адекватные терапевтические действия.

ВОПРОСЫ ПРОАКТИВНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

РАХМАТОВ Т.П., РАХМАТОВ А.Б., КУРБАНОВА Н.К., ЖАЛИЛОВ Ф.С., ХУЖАМБЕРДЫЕВ О.А., УБАЙДУЛЛАЕВ А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Атопический дерматит (АД) до настоящего времени остается одним из наиболее распространенных аллергических дерматозов у детей и с каждым годом увеличивается количество больных взрослого населения. Нерациональное ведение больных, особенно в дебюте АД, отсутствие преемственности специалистов различного профиля, оказывающих медицинские услуги таким больным (педиатров, аллергологов, дерматологов, семейных врачей), приводит к развитию тяжелых инвалидизирующих форм заболевания и/или «атопического марша» (аллергический ринит, бронхиальная астма).

Наружной терапии и уходу за кожей придают большое значение на всех этапах ведения больных АД. Топические кортикостероидные препараты занимают лидирующее место в наружной терапии дерматоза, однако следует напомнить длительное их применение чревато серьезными осложнениями, а хроническое течение иммунозависимого воспаления кожи требует в некоторых случаях пролонгированного базового топического лечения.

В связи с этим особый интерес представляет проактивная терапия АД, заключающаяся в длительном интермиттирующем применении топического препарата группы ингибитора кальциневрина — такролимуса. Обоснованием проактивной терапии АД являются, с одной стороны, особенности патогенеза дерматоза, с другой — механизмом действия такролимуса, блокирующего экспрессию IgE-чувствительных рецепторов на поверхности клеток Лангерганса, подавляющего образование провоспалительных цитокинов. Это позволяет предупреждать развитие и контролировать течение иммунозависимого воспаления в атопической коже.

Целью исследования являлось оценить переносимость и эффективность проактивной терапии у больных АД разного возраста со среднетяжелым течением дерматоза.

Под наблюдением находилось 26 больных АД среднетяжелого течения в возрасте от 3 до25 лет. Эффективность лечения оценивали в двух группах сравнения: первая (основная) – 14 больных, которые получали вначале традиционную, а затем — проактивную терапию, включающую длительное использование топического препарата такролимус (0,03% -для детей, 0,1% — для взрослых) в поддерживающем режиме (2 раза в неделю). Вторая (группа сравнения) – 12 больных, которым была назначена только традиционная

терапия. Разработанный протокол проведения исследования предусматривал верификацию диагноза, оценку степени выраженности симптомов и тяжести течения АД, обследование с целью выявления и, при необходимости, лечения соматической патологии, назначение терапии и мониторинг ее эффективности.

Лечение больных предусматривало два этапа. Первый этап — активная терапия обострения АД, проводили всем 26 больным одинаково. Наружная терапия включала назначение базового лечебного ухода за кожей, в зависимости от степени выраженности сухости кожи применяли «Локобейз Липокрем». На очаги микробного воспаления назначали «Пимафукорт» крем 2 раза в день в течение 7–14 дней, а также изначально при отсутствии микробного компонента — гидрокортизона 17-бутират (Локоид) в лекарственной форме, адекватной морфологии сыпи. После регресса островоспалительных явлений на места «фиксированных» высыпаний использовали такролимус 1 раз в сутки вечером в течение 1–4 недель до полного регресса воспалительных явлений. Системная терапия включала использование антигистаминных препаратов II и III поколения.

Второй этап лечения — проактивная терапия, проводили только больным основной группы. На месте «фиксированных» высыпаний они продолжали использовать в поддерживающем режиме мазь Протопик 1 раз в сутки вечером 2 раза в неделю (2–3 месяца). Проактивная терапия — длительное применение такролимуса в режиме 2 раза в неделю способствует достижению и сохранению стойкой и длительной клинической ремиссии (более 12 месяцев) у 55,8 % больных со среднетяжелым течением АД в сравнении с традиционным лечением — лишь у 14,2 % больных. Проактивная терапия такролимусом может быть вариантом длительной монотерапии АД, особенно у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением дерматоза.

ПРОБЛЕМЫ ПОВСЕДНЕВНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

РАХМАТОВ Т.П., КУРБАНОВА Н.К., РАХМАТОВ А.Б.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Атопический дерматит — кожная манифестация генетически контролируемого состояния, или атопии, характеризующейся наличием кожных симптомов антителоопосредованной немедленной гиперчувствительности и специфической Т-лимфоцитарноопосредованной гиперчувствительности замедленного типа. Распространенность атопического дерматита (АД) среди детей составляет 5–20 %, среди взрослых – 2–10 %.

Хроническое течение АД, мучительный приступообразный или постоянный зуд, осознание больным и его родственниками невозможности окончательного избавления от этого дерматоза, сложности с питанием и бытовые сложности делают заболевание серьезной социальной проблемой.

При доказанной роли врожденного дефекта иммунной системы в развитии АД все же основными в диагностике остаются клинические критерии. Помимо хорошо известных врачам критериев Hanifin и Rajka (1980), существуют незначительные признаки, которые используются в диагностике атипичных форм АД. Иногда эти проявления слабые, маскирующие АД и сохраняющиеся даже при ремиссии заболевания. Такими признаками являются постоянная сухость кожи с шелушением или питириазоподобным состоянием, порой наличие вульгарного ихтиоза и выраженной ладонно-подошвенной линейности, волосяного кератоза. Нередко присутствуют округлые, гипопигментированные, шелушащиеся пятна на лице и конечностях — Pityriasis alba. Кроме того, к таким признакам относятся хейлит верхней губы, трещины позади ушей, признак Денни-Моргана (удвоение и утолщение складки под нижним веком), поражение век, гранулематозный конъюнктивит. Следует подчеркнуть, что признак Денни-Моргана может быть почти изолированным при слабой форме АД. Достаточно характерным для АД признаком является ладонно-подошвенный дисгидроз, который приводит к везикулярной экземе ладоней и подошв на боковых поверхностях пальцев, сопровождающихся сильным зудом.

Характерным признаком течения АД является присоединение вторичной инфекции или проявления агрессивности составных компонентов нормального биоценоза кожи. Колонизация кожи Staphylococcus aureus известна как важный фактор увеличения воспаления кожи и явного обострения АД.

Таким образом, при планировании лечения АД следует учитывать, что заболевание детерминировано, что у каждого больного существуют достаточно индивидуальные триггерные факторы (пищевые, окружающей среды, психо-эмоциональных реакций и др.). Избежать проявлений АД и, тем более обострения, можно только если больной придерживается определенных правил поведения, питания, ухода за кожей. Только та-

кой индивидуальный подход позволит на длительный период удерживать патологический процесс в состоянии относительного благополучия или даже клинической ремиссии.

Лечение АД должно включать рекомендации в отношении купания, увлажнения кожи, специфической системной и наружной терапии, ограничения воздействия триггерных факторов и эмоционального стресса. Базисная терапия АД обязательно включает очищение кожи и мазевую терапию. К основной схеме терапии АД отнесены: смягчающие средства, топические стероиды, антигистаминные препараты, антибиотики и топические иммуномодуляторы.

Сухость кожи, характерная для АД, способствует более легкой ее проницаемости, усилению степени субъективных ощущений. Поэтому особое значение при лечении АД приобретают навыки и рекомендации по наружной терапии. Топические кортикостероиды незаменимы для снятия обострения кожного процесса, ежедневно больной должен пользоваться смягчающими кремами, при появлении признаков воспаления — топическими иммуномодуляторами. Своевременное назначение такролимуса позволяет предупредить обострение АД.

Ряд вопросов, возникающих у больных и их родственников, требуют постоянного консультирования у дерматолога. Хроническое течение АД предполагает рекомендации с учетом возраста больного, остроты процесса и его распространенности. Нередко врач сталкивается с неверным отношением в семье больного к водным процедурам, диете, рациональному поэтапному применению наружных средств. В связи с этим необходимы образовательные программы по АД, создание междисциплинарных команд специалистов, что, несомненно, скажется на частоте и выраженности клинических проявлений указанного дерматоза.

Таким образом, правильное проведение наружной терапии во многом решает проблемы атопического дерматита, имеющиеся средства отличаются высокой комплаентностью, безопасностью и эффективностью, что позволяет значительно улучшать качество жизни самих пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ МЕТОДОМ ФОТОХИМИОТЕРАПИИ

РЕЙИМКУЛИЕВ Б. Р., МУРАВЕНКО А.А.

Управление центрами инфекционных болезней,
Центральный кожно-венерологический госпиталь, г. Ашхабад

Цель работы: Показать эффективность фотохимиотерапии при лечении больных псориазом с сопутствующей патологией.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 123 больных, страдающих псориазом в возрасте от 16 до 57 лет. Длительность заболевания колебалась от 1 месяца до 20 лет. Мы не только тщательно собирали анамнез, но и провели клинико — лабораторное обследование больных с привлечением узких специалистов. При обследовании у 52 (57,8 %) больных регистрировались заболевания желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, хронический холецистит, желчно- каменная болезнь. Кроме того, выявлены были очаги хронических инфекций у 71 (42,2 %) больного: хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит. Но эти заболевания не являются противопоказанием для проведения ПУВА-терапии. На курс лечения приходилось 10–15 сеансов в течение 1 месяца. У большинства больных заметное улучшение в виде рассасывания папул, бляшек, прекращения появления новых элементов отмечалось на 5–6 сеанс. В результате лечения у 21 (82,8 %) больного отмечался выраженный клинический эффект, у 102 (17,2 %) регресс кожных высыпаний и дежурные элементы.

Полученные результаты позволяют применить фотохимиотерапию у больных псориазом с сопутствующей патологией без использования дополнительных медикаментозных препаратов и добиться хороших клинических результатов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАНОТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО

СААТОВ Б.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерство здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент.

Витилиго является самым распространенным заболеванием среди дерматозов. В последние годы наблюдается интенсивный рост числа больных витилиго, особенно среди детей, молодежи и лиц трудоспособного возраста, что значительно снижает качество жизни больных и придаёт этому дерматозу определённое социальное значение. Несмотря на это этиопатогенез витилиго всё ещё остаётся окончательно неустановленным, а эффективные методы его лечения отсутствуют. В связи с этим, целью данной работы является исследование основных звеньев метаболических нарушений в коже при развитии витилиго и на основе полученных результатов создание патогенетического метода лечения с использованием липосомной технологии. Проведенные нами исследования показали, что при витилиго происходит значительное усиление окислительного стресса и изменение фосфолипидного состава в депигментированных участках кожи. В отличие от нормы в витилигинозной коже содержание малонового диальдегида увеличивается более чем в 3раза, а активность каталазы падает на 52%. В коже больных витилиго наблюдалось снижение содержание суммарных фосфолипидов на 22% и повышение соотношения лизофофатидилхолина и кислых фракций фосфолипидов по сравнению с аналогичными показателями кожи здоровых лиц.

Эти данные легли в основу разработки многокомпонентного липосомного препарата, предназначенного для патогенетической терапии витилиго. Нановезикулы с размерами 30–100 нм приготовили из фосфолипидов и холестерина, выделенных из головного мозга быка. В липосомы инкапсулированы ряд ингредиентов, играющие важное значение в патогенезе витилиго, также как токоферол ацетат, селен (биоантиоксиданты), аминокислота тирозин (субстрат синтеза меланина) и медь (индуктор активности тирозиназы). На экспериментальных животных доказана абсолютная нетоксичность созданного липосомного препарата.

У 42 больных витилиго разработанный липосомный препарат использовался местно путем нанесения на пораженные участки в комбинации с ультрафиолетовым облучением. После трех курсов терапии репигментация с различной степенью выраженности регистрирована у 97,6% больных, а у 14 больных (33,3%) наблюдалось общее клиническое излечение. При этом в коже у всех больных отмечался сдвиг в сторону нормализации показателей окислительного стресса и фракционного состава фосфолипидов.

Как видно, разработанный нами липосомный препарат показал высокую терапевтическую эффективность при местном применении у больных витилиго.

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО.

СААТОВ Б.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии министерство здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент

В последние годы отмечается интенсивный рост числа больных витилиго во всем мире, в том числе и в Узбекистане. Однако, этиопатогенез этого дерматоза и методы эффективной терапии всё еще окончательно не разработаны. Метаболические нарушения происходящие при развитии витилиго остаётся практически не изученным. Исходя из этого, целью настоящей работы является исследование основных показателей обмена липидов, а именно содержание холестерина, спектра фосфолипидов, антиокислительных ферментов в сыворотке крови больных витилиго. Исследование проводились в сыворотке крови 12 здоровых лиц и 27 больных витилиго. Результаты исследования по содержанию холестерина в крови показали на резкое снижение его концентрации при витилиго. У здоровых лиц концентрация холестерина в сыворотке крови составляло в среднем 4,62+0,36 ммоль/л, а у больных витилиго этот показатель был равен к 2,66+0,13. Такое резкое снижение уровня холестерина в сыворотке крови больных витилиго указывает на глубокое нарушение его метаболизма при данной патологии.

При витилиго количественное содержание общих фосфолипидов в сыворотке крови имеет

тенденцию к снижению по сравнению с нормой, однако, полученные данные оказались статистически не достоверными. При исследовании фосфолипидного спектра в сыворотке крови больных витилиго и здоровых лиц методом тонкослойной хроматографии на силикагеле были установлены наличия 8 фракций. В отличие от контроля у больных витилиго были выявлены определённые изменения в количественном содержании отдельных фракций.

По нашим данным в сыворотке крови больных наблюдается достоверное повышение концентрации лизофосфатидилхолина и фофатидной кислоты и снижение уровня фосфатидилинозита и кардиолипина по сравнению с контрольными величинами. Количественное содержание остальных фракций фосфолипидов в сыворотке крови больных витилиго практически не отличалось от показателей здоровых лиц.

В следующем этапе мы изучали интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) и активность фермента антиокислительной системы (АОС) — каталазы в сыворотке крови здоровых лиц и больных витилиго. Установлено усиление накопления малонового диальдегида (МДА) и угнетение активности каталазы в сыворотке крови у больных витилиго.

По нашему мнению, нарушение динамического равновесия ПОЛ/АОС указывает на важную роль окислительного стресса в патогенезе депигментации при витилиго.

Таким образом, результаты наших исследований свидельствует о значительном нарушении метаболизма липидов в организме больных витилиго.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КСАНТЕЛАЗМЫ ВЕК

САБИРОВ У.Ю., ХУДАЙБЕРГАНОВА А.С.

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

Введение. Ксантелазма век в последние годы довольно часто встречается в клинической практике. К сожалению, это заболевание остается малоизученным. Некоторые моменты этиопатогенеза ксантелазмы в настоящее время до конца не выяснены. В основе развития данного заболевания лежит дислипидемия, проявляющаяся в виде повышения уровня общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), и снижения липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). Но возможно развитие ксантелазмы при нормальных показателях липидов крови. Первичная дислипидемия развивается в результате мутации генов регулирующих метаболизм липидов. К развитию вторичной дислипидемии приводят заболевания внутренних органов, прием некоторых лекарственных средств, злоупотребление с пищей жиров животного происхождения, хронический стрессовый фактор.

Цель исследования. Изучить клинико-анамнестические данные, определить состояние показателей липидного спектра крови у больных ксантелазмой век.

Материалы и методы. В клинике РСНПМЦДиВ обследованы 72 пациента (56 женщин, 16 мужчин) с ксантелазмой век, в возрасте от 22 до 63 лет. Проведены общие клинические исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, УЗИ печени и желчного пузыря. У всех пациентов после 12 часового голодания проведено исследование липидного спектра в сыворотке крови, определено содержание ОХС, ТГ, ХС ЛПОНП, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, вычислен коэффициент атерогенности.

Результаты исследования. В наших наблюдениях женщин было – 77,8 %, а мужчин – 22,2 %. В среднем большее количество (67,7 %) пациентов в нашем исследовании были в возрасте 35–50 лет. Возникновение заболевания 82,4 % больных связывают с психоэмоциональным стрессом; в 8,8 % случаях пациенты связывают с заболеваниями внутренних органов; 8,8 % больных с погрешностями в питании. При изучении липидного спектра крови, выявили следующие изменения: повышенное содержание ОХС у 56 (82,4 %) больных; ТГ — у 39 (57,4 %); ЛПНП — у 47 (69,1 %); ЛПОНП — у 21 (30,8 %); снижение уровеня ЛПВП — у 19 (26,4 %). У 4 (5,6 %) больных дислипидемия не выявлена. Дислипидемию IIA типа выявили у 65,3 % обследуемых, IIB типа — у 22,2 %; III типа — у 4,2 %; и гипо-альфа типа — у 2,8 % обследуемых. Коэффициент атерогенности составил в среднем 4,5 усл.ед.

Заключение. Результаты наших исследований свидетельствуют о преобладании женского пола в 3,5 раза. В среднем большее количество (67,7 %) пациентов в нашем исследовании были в возрасте 35–50 лет. Полученные нами данные, указывают на наличие семейной предрасположенности к ксантелазме в 21,1 % случаях. В возникновении заболевания играет роль психоэмоциональный стресс (82,4 %).

Результаты проведенных исследований выявили изменения показателей липидного спектра крови (94,5 %), характеризующиеся дислипидемией.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЯМИ

САЛДАМАЕВА Л.С., ЯКУБОВИЧ А.И.

ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, г. Иркутск

Целью настоящего исследования являлось изучение отдаленных результатов лечения через 12 месяцев комплексной терапии у больных псориатическим артритом с гиперлипидемиями.

Материалы и методы исследования под наблюдением находились 120 больных псориатическим артритом.

Исследования суставного синдрома у всех больных псориатическим артритом проводились в динамике. Оценивалась активность суставного синдрома по показателям: подсчет числа болезненных суставов (ЧБС) из 78 суставов, числа воспаленных суставов (ЧВС) из 76. Боль в суставах и оценка активности ПА оценивались с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и шкалы Likert.

Результаты исследования: Состояние клинической ремиссии было отмечено у 8% в группе А, получавших традиционную терапию, улучшение по критериям PsARC и ACR 20 — у 20%, рецидив у 72%. В группе В, получавших комплексную терапию с включением симвастатина клиническая ремиссия наблюдалась у 20%, улучшение по критериям PsARC и ACR 20 — у 30%, рецидив отмечался у 50%. В группе С клиническая ремиссия была достигнута у 42%, улучшение критериев PsARC и ACR20 — у 39%, рецидив наблюдался у 19% больных. У пациентов в группе С, получившей комплексную терапию с включением симвастатина и эндурацина, рецидивы отмечались в 3,78 раз реже, чем в группе А, получившей традиционную терапию. У больных группы С наблюдалась устойчивая положительная динамика суставного синдрома и длительный без рецидивный период кожного синдрома, значительное улучшение функционального статуса.

ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ В АСПЕКТЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

СТЕПАНЕНКО В.И., БАРДОВ П.В.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца (г. Киев, Украина)

Эпигенетика изучает механизмы временного и пространственного контроля активности генов в процессе развития организмов. К эпигенетическим механизмам относятся: изменения метилирования ДНК, посттрансляционные модификации гистонов, ремоделирование хроматина и не кодирующая экспрессия ДНК посредством микро РНК и малых интерферирующих РНК. Например, изучение различных аспектов метилирования ДНК позволяет понять механизмы репрессии транскрипции промоторных областей генов, модуляции структуры хроматина, регуляции транскрипции и, как следствие, поддержание стабильности генома. Нарушение процессов метилирования зачастую приводит к активации онкогенов. Выявление дисбаланса метилирования ДНК может служить маркером канцерогенного риска, так как при озлокачествлении клетки в ней наблюдается аберрантное гиперметилирование промоторных зон генов-супрессоров опухолевого процесса. Известны также и другие эпигенетические события, связанные с метилированием ДНК, влияющие на механизмы канцерогенеза. Например деконденсация хроматина и хромосомные реанжировки связаны с гипометилированием. При помощи метода ПЦР возможно выявление опухолеспецифических и метилированных ДНК в биологических жидкостях (кровь, моча), что может помочь установить роль эпигенетических событий в механизмах развития опухоли, в вопросе ранней диагностики и в разработке методов ранней профилактики онкологических процессов, в том числе злокачественных новообразований кожи. Преимущество изучения эпигенетических механизмов канцерогенеза заключается в том, что они обратимы и возможна их коррекция путем влияния на ферменты, отвечающие за поддержание баланса этих механизмов.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ПУТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ИМУННЫХ ФАКТОРОВ, ЗНАЧИМЫХ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА, И НОВЫЕ СРЕДСТВА ТЕРАПИИ ЭТОГО ДЕРМАТОЗА

СТЕПАНЕНКО Р.Л.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца (г. Киев, Украина)

Псориаз является одним из самих распространенных дерматозов, распространение которого в разных странах мира колеблется от 0,1 до 3% общей популяции. На современном этапе псориаз рассматривают как хронический мультифакторный дерматоз, в патогенезе которого главная роль принадлежит иммунологическим нарушениям и генетической составляющей. Главными составляющими патологического процесса при псориазе признано: иммунное воспаление, что сопровождается активацией Т-лимфоцитов, чрезмерной выработкой медиаторов иммунного ответа– цитокинов (интерферона гамма (ИФН-γ), фактора некроза опухолей альфа (ФНО-α), ИЛ – 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 17, 18, 19, 20, 23); нарушения дифференцирования кератиноцитов, а также избыточный ангиогенез и вазодилятация в дерме.

Цель работы. Определение и анализ иммунных факторов, наиболее значимых в патогенезе псориаза и перспектив внедрения альтернативных специфических методов лечения этого дерматоза.

Материалы и методы. Анализ новейших литературных данных относительно проблемы патогенеза псориаза и предварительные результаты собственных иммунологических исследований у больных псориазом. Использовался метод иммуноферментного анализа.

Результаты и обсуждение. На современном этапе ИЛ–20 считается альтернативным и более специфическим целевым средством в лечении псориаза. Планируется использовать антагонисты ИЛ–20 в терапии псориаза по двум причинам: они могут производить специфическое целевое действие и подавлять пролиферацию кератиноцитов.

Результаты исследований последних лет свидетельствуют о том, что активированные дендритные клетки и Т-лимфоциты играют определенную роль в патогенезе псориаза. Каскад реакций синтеза ИЛ–23 является важным для запуска развития псориаза, после чего активируется интерферон-гамма (ИФН-γ). ИЛ–23 является важным для развития иммунной реакции Т-лимфоцитов первого типа и преимущественно влияет на память Т-клеток при стимуляции продуцирования ИФН-гамма. Кроме того, ИЛ–23 отвечает за реакцию цитотоксических Т-клеток на такие антигены как вирусная ДНК. Результаты исследований свидетельствуют, что ИЛ–23 является ключевым цитокином при воспалении периферических тканей. ИЛ–23 способствует также иммуногенному выявлению пептидов, которые обуславливают иммунологическую толерантность, с помощью антиген-презентирующих клеток, что предусматривает участие ИЛ–23 в развитии автоиммунных заболеваний.

Установлено, что экспрессия субъединицы как p40, так и субъединицы p19 ИЛ–23 была значительно выше в псориатической коже, чем в нормальной. Эспрессия этих двух субъединиц ограничивалась эпидермальными клетками, что свидетельствует о том, что кератиноциты могут продуцировать ИЛ–23. Сильному воспалительному действию ИЛ–23 также способствуют значительные воспалительные инфильтраты (состоят из активированных дендритных клеток) и гиперплазия эпидермиса при псориазе. В связи с этим ИЛ–23 может быть ключевым воспалительным цитокином в аутоиммунных заболеваниях и воспалительных заболеваниях человека.

В псориатических поражениях выявлено значительное повышение показателей ИЛ–23, а также повышение более чем в 10 раз уровням РНК как для субъединицы p19, так и p40. Высказывается мнение, что субъединица p40 ИЛ–23/ИЛ–12 является перспективной в лечении псориаза. Указывается, что единоразовое внутривенное введение нейтрализирующего моноклонального антитела человека по отношению к субъединице p40 интерлейкина 12, способствовало регрессу псориатических висыпаний. Такой высокий терапевтический эффект объясняется тем, что разрушение комплекса субъединицы p40 ИЛ–12 с рецептором b1 ИЛ–12 блокирует биологическую активность ИЛ–12, ИЛ–13 и других цитокинов из семейства ИЛ–12.

Выводы. Ведущее значение в патогенезе псориаза отводится концепции иммунологических реакций, связанных с генетической составляющей. Дальнейшие углубленные исследования в этом направлении способствуют получению данных относительно неизвестных звеньев в цепи патогенеза псориаза, а также разработке усовершенствованных методов терапии этого дерматоза.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИТОКИНОВЫХ НАРУШЕНИЙ И ПРОДУКЦИИ IgE У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

ТЕШАБАЕВА Д.А., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А.

Республиканский специализированный научно-нрактический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз.

В патогенезе атопического дерматита (АД) особое значение имеет преобладание реакций Th2-типа, которые продуцируют про- и противовоспалительные цитокины, что в свою очередь приводит к повышенной секреции IgE антител, характеризующихся иммунологической специфичностью.

Характер и степень воспалительных изменений в коже определяется соотношением уровня множества цитокинов (IL–4, IL–5, IL–10, TNF-α и др).

Целью нашего исследования явилось изучение состояния уровня IL5,

TNF-α и общего IgE у больных с различными клиническими формами АД

Материал и методы: Диагностика по Международным диагностическим критериям АД, предложенных в 1980 г. Hanifin и Rajka.

Иммунологические: ИФА уровня сывороточного IgE с использованием системы «Вектор- бест» (г. Новосибирск)

ИФА (ELISA) проводили с использованием стандартного набора реактивов для определения уровня IL5 и TNF-α (компания R&D (США).

Результаты: На базе клиники РСНПМЦДиВ было обследовано 45 больных с атопическим дерматитом от 6 до 74 лет, из них мужчин – 25, женщин –20. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц.

Изучение уровня IL–5 показало максимальную концентрацию у больных с пруригинозной и лихеноидной формами АД (20,5 ± 0,92пг/мл и 17,4 ± 0,8 пг/мл соответственно) против показателей группы контроля (1,2 ± 0,02 пг/мл). В тоже время уровень TNF-α был наиболее повышен при эритематозно-сквамозной форме с лихенификацией и пруригинозной форме АД (36,8 ± 3,92пг/мл и 41,5 ± 0,81пг/мл) по сравнению с группой контроля (2,5± 0,1). Изучение уровня общего IgE выявило максимальные цифры при пруригинозной — 225,1 ± 11,1МЕ/мл и эритематозно-сквамозной форме –196,3 ± 20,4 МЕ/мл ($P<0,05$).

Таким образом, в результате исследований была выявлена повышенная продукция IL–5, TNF-α и общего IgE достоверного характера у больных с пруригинозной, лихеноидной и эритематозно-сквамозной с лихенификацией формами заболевания, что свидетельствует о нарушении клеточной регуляции иммунного ответа и приводит к повышенной чувствительности и сенсибилизации у больных АД.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ПЕРИОРАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА

ТИЩЕНКО А.Л., ИБРАГИМОВ Ш.И., ОСТРЕЦОВА М.Н.

Российский университет дружбы народов, кафедра кожных и венерических болезней медицинского факультета, г. Москва, РФ

Периоральный дерматит (ПД) — заболевание неясного генеза с хроническим, рецидивирующим течением и периоральной, периокулярной или смешанной локализацией элементов сыпи, определяющихся на диффузно-воспаленной эритематозной коже. Термин «периоральный дерматит» был введен R. Mihan и S. Ayres в 1964 г. и имеет несколько синонимов: розацеа-подобный дерматит, периорифициальный дерматит, светочувствительный себороид, болезнь стюардесс. В отличие от наиболее часто встречающихся дерматозов лица, для периорального дерматита не разработано терапевтических рекомендаций, которые бы основывались на данных широкомасштабных клинических исследований.

В последние годы появляется все больше научных публикаций о новых методах и подходах к лечению периорального дерматита, однако, вопрос о нозологической самостоятельности и этиопатогенетических механизмах данного заболевания до сих пор остается открытым.

По данным различных российских и зарубежных источников выявляемость периорального дерматита находится в диапазоне от 0,5 до 5% от всех случаев заболевания дерматозами. Однако ввиду трудности диагностики вполне возможно, что реальные цифры заболеваемости ПД несколько выше, особенно в развивающихся странах. В 90% случаев болеют женщины в возрасте 20–45 лет с фототипом кожи I-II, но стоит отметить, что в последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости ПД среди мужчин, что, вероятно, связано с более частым использованием ими косметических средств. У

детей данный дерматоз развивается на фоне атопической предрасположенности и приема ингаляционных глюкокортикостероидов. Особая форма — периорифициальный гранулематозный дерматит (ПГД) — встречается у детей афро-карибского происхождения.

ИММУНОМАКС В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

ТИЩЕНКО А.Л., ИБРАГИМОВ Ш.И., ГУССУС Ж.С.

Российский университет дружбы народов, кафедра кожных и венерических болезней медицинского факультета, г. Москва, РФ

По данным ВОЗ на сегодняшний день в мире зарегистрировано более 250 миллионов случаев заболеваний кожи и слизистых оболочек, причиной которых является патология, связанная с вирусом папилломы человека (ВПЧ).

В настоящее время известны более 120 серотипов ВПЧ. В большинстве стран стратегией борьбы с папилломовирусной инфекцией (ПВИ) выбрана вакцинация, скрининг и динамическое наблюдение. В 2006 году в США впервые в мире была внедрена вакцина, в первую очередь, для профилактики злокачественной патологии, вызванной ПВИ. В настоящее время вакцина против ПВИ применяется в более чем 100 странах мира, 20 из которых (в том числе и РФ) включили ее как обязательную в свои национальные календари прививок.

Накопленный за последние годы учёными всего мира, обширный патологический материал даёт основание признать ПВИ наиболее актуальной проблемой современной дерматовенерологии и гинекологии. Как известно, клинические проявления ПВИ подлежат лечению различными деструктивными методами коррекции, однако, для предупреждения рецидивов заболевания широко используются иммуномодуляторы.

Среди большого арсенала иммуномодуляторов обращает на себя внимание отечественный препарат иммуномакс. Препарат обладает широким и мощным иммунокоррегирующим действием. Также следует отметить эффективное противовирусное действие иммуномакса, которое является крайне важным в терапии ПВИ.

ПАТОГИСТОЛОГИЯ ПЕРИОРАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА

ТИЩЕНКО А.Л., ИБРАГИМОВ Ш.И., САВАСТЕНКО А.Л., ОСТРЕЦОВА М.Н.

Российский университет дружбы народов, кафедра кожных и венерических болезней медицинского факультета, г. Москва, РФ

Вспомогательным методом в диагностике периорального дерматита (ПД) выступает патогистологическое исследование биопсийного материала с пораженных участков кожи.

Патогистологическая картина периорального дерматита схожа с таковой при розацеа. Большинство авторов отмечают изменения в фолликулярном эпидермисе, что позволяет сделать предположение о провоцирующей роли в развитии ПД внешних раздражителей.

Под нашим наблюдением находились 20 больных с периоральным дерматитом в возрасте от 19 до 42-х лет, у которых был взят биоптат с пораженных участков кожи в области подбородка и носогубной складки. При этом в биоптат обязательно попадал материал папулезных элементов При гистологическом исследовании свежих папул обнаруживались изменения, схожие с экзематозными: умеренный акантоз, эпидермальный отек и паракератоз. Преобладала рассеянная периваскулярная лимфогистиоцитарная и эозинофильная инфильтрация с единичными гигантскими клетками и фибробластами, располагавшимися субэпидермально. Как правило, периферические участки волосяных фолликулов были отечны и заполнены клетками воспаления. Также наблюдались фолликулярные абсцессы, полость которых была заполнена полиморфноядерными лейкоцитами и эластическими волокнами, что подтверждало наличие эластической дегенерации. В дерме, преимущественно вокруг фолликулов, обнаруживались единичные эпителиоидные гранулемы не казеозного типа. Казеозные гранулемы отмечались при гранулематозной форме периорального дерматита.

Нами также исследовались длительно существующие папулезные элементы. Для их патогистологической картины была характерна диффузная гипертрофия соединительной ткани и гиперплазия сальных фолликулов.

НЕЙРОДЕРМИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ЭПЛАН» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

ТОШПЎЛАТОВ Б.Х.

Андижон давлат тиббиёт институти

Нейродермитни даволашда асосий ўринлардан бири маҳаллий муолажа ҳисобланади (турли хил малҳамлар, кремлар, эмульсия, лосьон ва бошқалар). Буларнинг ичида энг самарали препаратлардан бири глюкокортикоид гормонал малҳамлардир. Охирги пайтларда фармацевтика саноати томонидан кортикостероид топик таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган кўплаб янги малҳамлари ишлаб чиқилмоқда. Шундай малҳамлардан бири Эпландир. Эплан малҳами таркибига кирувчи ўта фаол топик кортикостероид бўлиб, узоқ даволанувчи дерматозларни қисқа вақтда даволаш учун қўлласа бўладиган препарат (малҳам) ҳисобланади.

Изланишдан мақсадимиз: Мезонит малҳамини нейродермит билан оғриган беморларда қўллаб кўриб самарадорлигини аниқлашдир.

Материал ва текширув услублари: Бизни кузатувимизда 40 нейродермитга чалинган 18-та бемор аёл ва 22-та эркак бўлиб, уларни ёши 20 дан 50 ёшгача. Беморларни ушбу касаллик 5 йилдан 20 йилгача бўлган муддатда безовта қилиб келган. Беморларни барчасини қичишиш безовта қилади. Уларга комплекс даво сифатида қуйидаги даволаш усули қўлланилади.

Умумий давога антигистамин, десенсибилизацияловчи, гепатопротектор (Овесол), антиоксидант ва маҳаллий давога Эплан малҳами. Давонинг биринчи кунлари терига икки маҳалдан, патологик ўчоқдаги тошмалар сўрила бошлагач, 1 маҳалдан суртилади, даволаш муддати касаликнинг турига, тарқоқлигига қараб 20 — 25 кунни ташкил қилди. Теридаги патологик жараён ўчоғи тошмалар тарқалганлиги, яллиғланишнинг интенсивлиги ва субъектив симптомлар ёрдамида ўрганилди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: Юқорида кўрсатилган даво амалга оширилгач, беморлар терисидаги патологик ўчоғдаги папулалар ва лихенификациянинг яссиланиши кузатилди, 8–10 кун ўтгач улар анча яссиланиб, жарохат ўчоғи тез орада яхшилана бошлади. Қичишиш давонинг 4–5 кунидан камая бошлади, даво курсининг охирги кунларига бориб йўқолди. Даволашнинг 20–25 кунларига келиб теридаги инфильтрация кескин камайди, яллиғланишнинг эритема белгилари қарийб йўқолди.

Хулоса: Эплан малҳами нейродермит билан оғриган беморларда комплекс қўлланилганда яхши натижа беради. Беморлар бу малҳамни даво давомида яхши қабул қилишди, асоратлар кузатилмади.

СТЕРТАЯ ФОРМА АТИПИЧНОГО HERPES ZOSTER

ТРУНИНА Т.И.

Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, (г. Киев, Украина)

Причиной возникновения опоясывающего герпеса (ОГ) является нейротропный вирус Varicella zoster virus (VZV), относящийся к группе герпес — вирусов. При типичных формах, по ходу ветвей чувствительного нерва, вначале развиваются эритематозные пятна, а вскоре на них образуются тесно сгруппированные везикулы с прозрачным содержимым, сопровождающиеся болью, жжением. Как правило, высыпаниям предшествуют продромальные явления. Но в последнее время участились случаи атипичных форм ОГ, которые необходимо диференцировать с другими дерматозами.

Больная П., 1968 г.р., обратилась в КВД №1 г.Киева с жалобами на высыпания на коже в межягодичной складке,которые сопровождаются зудом. Из анамнеза: болеет 7 дней, лечилась кремом «Бетаметазон» (по рекомендации подруги), улучшения не отмечала. За несколько дней до высыпания — купалась в реке, длительное время пребывала в мокром белье. Ранее, зимой, для профилактики гриппа принимала противовирусные и иммуномодулирующие препараты без назначения врача. Объективно: На коже правой ягодицы, в межягодичной складке отмечается гирепимированное с фиолетовым оттенком, инфильтрированное пятно размером 5×10 см, с нечеткими краями, на поверхности единичные папулы покрытые чешуйками, везикулы с геморагическим содержимым, малоболезненные при пальпации. Результаты обследования: RW–отрицательно (от 05.09.2013) Эрит. –4,2–10^{12}, лейк.–9–10^{9}, гемоглобин–130 г/л, СОЕ–48 мм/час, IgM–0,4, IgG–114. Диагноз: Herpes zoster, геморрагическая форма. Назначено лечение: Валавир по 1000 мг 2 раза в день 10 дней, комплевит 1т. 2 раза в день 3 недели, вит.В12 №10 в/м, вит.В6 №10 в/м., антигистаминные препараты, местно: фукарцин, мазь ацикловир.

После проведенного лечения было достигнуто полное клиническое выздоровление у пациента.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

УСМАНОВА Х.Д., ЭГАМОВА Ш.Б.

ТГМУ им. Абду али ибн Сино, г. Душанбе

Актуальность. Патология тканей пародонта при различных заболеваниях, особенно системных считается важной проблемой всей медицины. Появление заболеваний пародонта отражает общее поражение организма так или иным системным заболеванием (Кирсанов и соавт., 1991; Безрукова А.П., 2000). Анализ влияния патологических процессов при дерматозах на состояние тканей пародонта недостаточно изучен.

Учитывая вышеуказанное, целью нашего исследования явилось изучение состояния тканей пародонта у больных красным плоским лишаем (КПЛ), определение их потребности в пародонтологической помощи.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 36 больных КПЛ (23 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет. Контролем служили стоматологические пациенты (30) без кожной патологии.

Используя индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта, состояние околозубных тканей в шести сегментах верхней и нижней челюстей обозначали кодом от 0 до 4 (0-здоровый пародонт); 1- кровоточивость десен при зондировании; 2- наличие зубных отложений; 3- пародонтальные карманы глубиной 4–5 мм; 4 — пародонтальные карманы 6 мм и более)

Больных прогрессивной стадией КПЛ было 25 (69,4 %), стационарной – 11 (30,6 %). Клинические проявления заболевания (папулезная сыпь) располагались не только на коже, но и на слизистых оболочках полости рта (у 20 из 36)

Обсуждение полученных результатов. Возрастная структура индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта свидетельствовала о высоком уровне заболеваемости пародонта во всех возрастных группах. Так, у больных КПЛ начальные изменения в пародонте в виде кровоточивости десен и наличием зубного камня выявлены в 36,7 ± 3,7 %. Значительные изменения воспалительно-деструктивного характера пародонтита легкой и тяжелой степени выявлены в 41,2 ± 2,4 и 15, 8 ± 1,5 % соответственно. В контрольной же группе исследованные значения составили 6,31 ± 4,9 %; 8,8 ± 0,9 % соответственно.

Таким образом, применение индекса нуждаемости в лечении пародонта подтверждает его информированность для оценки состояния околозубных тканей и определения ориентировочной потребности обследованных в комплексном лечении, то есть как стоматологическому, так и дерматологическом.

РЕЧЬ КАК ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ФАКТОР В РАБОТЕ ВРАЧА-КЛИНИЦИСТА

ФЕДОРЕНКО А. Е, КОРЕЦКИЙ С.Л.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца (г. Киев, Украина).

Профессиональная деятельность врача реализуется через использование им не только специфических клинических знаний, но и посредством обязательного понимания особенностей психологического восприятия заболевшим возникшей у него соматической патологии. Для успешного выполнения этих задач врач должен знать как основы медицинской психологии, так и иметь хотя бы общее понятие как о психологии как и её практическом «речевом» применении в клинической дерматовенерологии.

Речь, как психический процесс есть не только средством мышления, но и формой общения людей. Человек с рождения встречается с речью, овладение которой ему необходимо для развития других психических процессов, обеспечения своей нормальной социальной жизнедеятельности. Принято различать внутреннюю (осознание содержания слов, контекста информации без внешнего языкового выражения) и внешнюю (устную и письменную) речь. В устной (экспрессивной) речи более ярко проявляется личность человека. Врач-клиницист должен профессионально уметь своей речью расположить к себе людей во время собеседования, помня, что ей присущи такие качества, как объем активного словаря (количество употребляемых слов), интонация (повышение и снижение тона голоса при произношении), логичность изложения, степень вербального воздействия на собеседника.

У заболевших людей иногда наблюдается такие разлады речи как афазия, которая проявляется чаще всего неправильным построением предложений, неуместным словесным и звуковым оформлениям, косноязычием, заиканием, бедностью слов, их ошибочным употреблением, трудностями плавного, осмысленного чтения, перекручиванием почерка. Афазия может проявляться в трудности в произношении слов, причем пони-

мание их сохранено; иметь амнестичную (нарушение способности называть предметы), сенсорную (нарушение способности понимать язык других людей), тотальную (общая потеря речи) форму.

Элементарные исследования речевой деятельности, в результатах которых заинтересован любой врач-клиницист, проводятся с помощью беседы, рассказа больным своего анамнеза, а также применения специальных комплексных методик в зависимости от жалоб больных (на нарушение сенсорной сферы, забывание, пропуск букв, трудности при чтении.

Врач-клиницист должен четко сознавать, что психологическая речевая реакция личности на заболевание зависит от целого ряда факторов: характера соматического заболевания, его развития и остроты, особенностей лечения, отношение к этому заболеванию тех, кто окружает пациента (родственников, друзей, знакомых), представлений больного о своем заболевании, преморбидного состояния заболевшего и его интеллекта.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ ЛЮДЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КОЖИ

ФЕДОРЕНКО А.Е.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца (г. Киев, Украина).

В возникновении неадекватного психологического реагирования (НПР) дерматологических больных играет роль как собственно внезапное появление кожной сыпи, которая часто сопровождается жжением и зудом, так и изменения в нервной системе, связанные с преимущественно хронически рецидивирующим характером течения таких клинических проявлений. Значительное влияние на возникновение НПР при хронических зудящих дерматозах имеют также «внешние» психогенные факторы (реакция на болезнь родных, госпитализация, изменение социального положения). Приблизительно у половины больных на эту патологию при ее хронически рецидивирующем течении наблюдаются те или иные изменения поведения, настроения, отношение к окружающим. Наиболее часто проявлениями этого являются повышенная раздражительность и быстрая утомляемость, излишняя эмоциональность, конфликтность, чувство досады. Их раздражительность в отдельных случаях может переходить в приступы немотивированного гнева, а иногда наблюдается ослабление памяти.

Несмотря на разнообразие причин и видов тех или других высыпаний при целом ряде дерматозов психологическое реагирование этих больных имеет ряд общих черт и закономерностей. В формировании такого рода характерных особенностей важную роль играют такие факторы: а) внешняя среда (семья, детский коллектив, школа, вуз, работа — т.е. непосредственное социально-бытовое окружение такого больного); б) самоосведомлённость, т.е. психологическая самооценка больным имеющейся у него сыпи и обусловленного ею косметического дефекта на основании сравнения с физическим здоровьем других людей.

Именно непосредственному микросоциальному окружению в формировании того или другого типа психологического реагирования на имеющуюся соматическую у больного и особенно ребенка принадлежит основная роль. Даже при благоприятном и доброжелательном отношения такие люди, а дети и подростки особенно, эмоционально чрезвычайно впечатлительны и лабильны. При этом даже незначительная, невольная, но не очень корректная реакция другого лица на наличие такого кожного «дефекта» преимущественно воспринимается как тяжелое персонифицированное оскорбление, с реакцией озлобленности, агрессии или отчужденности. И особенно плохо таким лицом это воспринимается в случаях их столкновенья с деентологическим ошибочным поведением врача от которого ждали понимания и помощи, а не презрительного взгляда и нескрываемого равнодушия. В подавляющем большинстве случаев в случае возникновения такой крайне неприятной межличностной коллизии больной в той или другой форме, под тем или иным поводом отказывается от услуг такого «горе врача» и идет искать помощи у врача который с доброжелательностью и профессиональным тактом будет относиться к имеющейся у него сыпи в ходе осуществления им соответствующих терапевтических манипуляций. Психологически оттолкнув от себя такого больного, врач дерматовенеролог должен четко сознавать, что тем самым он сделал невозможным появление в своем кабинете всех родственников и значительной части знакомых этого больного, т.е. через собственное непрофессиональное поведение осуществил против себя довольно мощную отрицательную антирекламную «черную» пиар-акцию.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ РЕАГИРОВАНИЕ ЛЮДЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ КОЖИ

ФЕДОРЕНКО А.Е, ФЕДОРЕНКО Л.О., ШУПЕНЬКО Н.М.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца (г.Киев, Украина).

Врач дерматовенеролог должен знать, что у некоторых дерматологических больных, а особенно часто у подростков формируются такие психологические черты, как подозрительность или откровенное пренебрежение к своим дефектам кожи лица (бравада как своеобразная компенсаторная реакция). Поведение таких людей преимущественно характеризуется или избыточной социальной активностью, когда юноша таким образом добивается в среде, которая его окружает, определенной компенсации за заметную всем патологию своей кожи, или явной пассивностью, с тенденцией к самоизоляции от «враждебной» среды общения. Оба типа такого не совсем адекватного поведения всегда включают в себя элементы интроверсии. Степень проявления этих черт характера зависит от вида и тяжести патологии, от отношения родителей, родственников, врача, сотрудников, знакомых которые совместно создают либо психологическую атмосферу доброжелательности и милосердия, проникаясь интересами и нуждами такой личности, либо наоборот демонстрируют своё неприятие, нежелание находится рядом с таким больным.

Приобретённая дерматологическая патология на открытых участках тела чаще всего наблюдаются у людей, физически и психически активных и вполне социально полноценных. Из клинических наблюдений известно, что психоэмоциональная реакция личности на появление той или другой сыпи начинает проявляться уже в остром периоде (в первые же часы и дни после её появления) и может заметно усиливаться впоследствии, в зависимости от вида и степени косметического дефекта, вызванного ее появлением, а также в зависимости от возраста, пола, особенностей темперамента и характера, социального положения, прогноза трудоспособности и социальной адаптации. На всех этапах как лечения так и последующих реабилитационных мероприятий лечащим врачом обязательно должно проводиться психотерапевтическое воздействие в разных её вариантах с учётом личностных особенностей больного, психологического и эмоционального состояния такого пациента.

Более заметные и более тяжелые изменения психического и эмоционального состояния могут возникать даже при незначительной деформации лица вследствие травмы, ожогов, при формировании келоидных рубцов. Эмоциональные переживания у таких женщин часто приобретают характер настоящей психологической катастрофы. Такая больная убеждена, что её кожный дефект весьма неприятен всем, кто её окружает. Поэтому часто избегает всякого общения, у неё постепенно формируется гиперсенситивность, развитие которой провоцируется присоединением к уже имеющейся дерматологической патологии еще и других соматических проблем. Даже у довольно сильной, волевой личности при таком объединении патологий может возникнуть депрессивное состояние, обусловленное унынием и разочарованием в результатах лечения. Такая личность иногда становится неспособной к адекватно стойкому, правильному анализу тех патологических изменений, которые состоялись в ее соматической сфере, в физическом благополучии. В этих случаях астено-депрессивные реакции оказываются не только довольно стойкими, но и нередко неадекватными имеющимся соматическим изменениям в целом. Такие больные нуждаются в постоянных или периодических психотерапевтических беседах и моральной поддержке со стороны как лечащего врача, так и всего медперсонала КВД.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОНИХОДИСТРОФИЙ ПРИ ПСОРИАЗЕ У ДЕТЕЙ

ХАИТОВ К.Н., ИБРАГИМОВ С.З., АХРОР Х.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Псориаз сопровождающийся дистрофией ногтей — ониходистрофией (ОД) является распространенной дерматологической проблемой, такого рода проявления отмечаются почти у 50 % больных псориазом. Имеются случаи, когда кожные проявления заболевания незначительны или вовсе отсутствуют. Целью нашего исследования явилось изучение специфики течения ОД у детей больных псориазом в их взаимосвязи с особенностями клинического течения и проявлений заболевания.

В исследование были включены 46 больных с проявлениями псориаза в сочетании с ОД. Среди них – 15 мальчиков и 31 девочек, средний воз-

раст которых составил 12,8±1,34 лет. Результаты микологического обследования были отрицательными у всех пациентов. В группе пациентов с ОД средняя длительность псориаза составила 5,2±1,45 лет, длительность последнего обострения – 2,4±0,56 месяца, а средняя продолжительность предшествовавшей ремиссии – 9,60±0,94 месяца. В среднем по группе обследованных отмечалось 2,40±0,25 рецидива ежегодно. При этом поражение околоногтевых валиков наблюдалось у 18% больных, псориатические артропатии — у 16%, отягощенный наследственный анамнез — у 38% лиц, включенных в исследование. По сезонности чаще встречались зимняя (54%) либо смешанная (44%) формы псориаза, реже — летняя форма (2%). Чаще всего пациенты затруднялись указать этиологию псориаза (57%), пищевая аллергическая форма отмечалась у 33% обследованных, психогенная — у 6% и тонзилогенная — у 4%, другие причины составили менее 1%. Помимо общеклинического обследования для оценки тяжести псориаза вычислялся индекс PASI, а тяжесть поражения ногтевых пластинок оценивали путем расчета индекса NAPSI.

Среднее значение индекса PASI у больных составило 19,8±1,36 балла, а индекса NAPSI – 48,90±4,48 балла. Поражение ногтей у 78% больных было и на руках, и на ногах, у 14% — только на руках и у 8% — только на ногах. Отмечались следующие поражения ногтевой матрицы на руках: точечные углубления – 30%; растрескивание ногтевой пластинки – 18%; красные пятна на ногтевой лунуле – 7%; лейконихия – 11%, поражения ногтевого ложа на руках: онихолизис – 54%; подногтевой гиперкератоз – 38%; симптом «масляного пятна» – 8%, поражения ногтевой матрицы на ногах: точечные углубления – 6%; растрескивание ногтевой пластинки – 6%; лейконихия – 2%, поражения ногтевого ложа на ногах: подногтевой гиперкератоз – 82%; онихолизис – 60%; симптом «масляного пятна» – 4%. У некоторых больных встречались сочетания ониходистрофий: на руках — точечные углубления и онихолизис (18%), онихолизис и подногтевой гиперкератоз (18%), симптом «масляного пятна» и онихолизис (12%), точечные углубления и подногтевой гиперкератоз (12%); на ногах — онихолизис и подногтевой гиперкератоз (50%). Исследование взаимосвязи значения NAPSI с особенностями течения заболевания установило отсутствие зависимости от возраста больных, длительности заболевания и частоты обострений, наличия наследственной отягощенности.

Таким образом, можно заключить, что среди пациентов с псориатическими ОД преобладают девочки старше 10 лет, со средней длительностью псориаза около 5 лет и рецидивами 1 раз в год и чаще. Степень выраженности ОД больше при более тяжелом течении псориаза и при псориатических артропатиях встречаются у 16% пациентов, сопровождаясь более тяжелым их течением. У больных с псориатическими ОД преобладают поражения ложа ногтя — онихолизис и подногтевой гиперкератоз, в основном на ногах; из поражений ногтевой матрицы чаще выявляются точечные углубления, в основном на руках.

ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

ХАИТОВ К.Н., БАЙАХМЕДОВ Ф.Ф., РИХСИЕВА Д.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Одной из наиболее распространенных патологий кожи детского возраста является псориаз, в патогенезе которого имеют значение генетические, обменные, аллергические, нейроэндокринные, стрессовые факторы. В настоящее время в арсенале врача-дерматолога имеется широкая группа лекарственных препаратов общего и местного действия для лечения заболевания. Однако, эти средства преимущественно оказывают эффект обратного развития клинических симптомов псориаза при каждом очередном рецидиве заболевания. Учитывая хронически-рецидивирующее течение псориаза целесообразным является разработка противорецидивных методов терапии, удлиняющих длительность периода ремиссии, способствующих переходу распространенных форм дерматоза в ограниченные, минимализирующих клинические проявления.

В отделении дерматологии клиники ТашПМИ нами было обследовано 34 больных псориазом детей, в возрасте от 2 до 14 лет, среди них 16 девочек и 18 мальчиков. Распространенная форма заболевания была диагностирована у 28 и ограниченная у 6 больных. Длительность течения заболевания составляла от 4 месяцев до 10 лет, рецидивы отмечались от 3–4 до 7–8 раз в год. Всем больным был проведен широкий спектр клинических и лабораторных методов исследований, таких как определение индекса PASI (Psoriasis Area Severity Index), УЗИ печени и желчного пузыря, ЭЭГ, ЭхоЭГ, консультации невропатолога, эндокринолога, педиатра, оторинола-

ринголога, исследованы изменения иммунного, эндокринного статуса организма. Стационарное лечение включало назначение антигистаминных, десенсибилизирующих, ферментных, гепатопротекторных препаратов, витаминотерапии, наружно индифферентной и гормональной мазевой терапии. После регрессирования клинических симптомов псориаза и прекращения антигистаминной, десенсибилизирующей терапии, продолжая наблюдение за больными в амбулаторных условиях, было рекомендовано несколько курсов лечения препаратом — Гистаглобулин (Россия, НПО «Вирион»), с 1,5–2 месячными перерывами между каждым курсом. Гистаглобулин вводили подкожно или внутрикожно, по схеме, с перерывами между каждой инъекцией 4–5 дней, по возрастающей дозировке — детям до 10 лет по 0,1–0,2 мл и старшего возраста по 0,3мл, на курс 10 инъекций. Побочных действий от применения препарата не наблюдалось.

После проведенной противорецидивной терапии даже при воздействии триггерных факторов обостряющих псориаз, резко сократилось количество рецидивов (до 1–2 раз в год), удлинился период ремиссии заболевания (2–3 года), уменьшилась распространенность высыпаний, местами сохранялись лишь так называемые «дежурные бляшки» с отсутствием субъективных симптомов.

Таким образом, проведение противорецидивной терапии псориаза гистаглобулином, способствует улучшению качества жизни больных псориазом, является эффективным средством профилактики рецидива заболевания.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ХАМИДОВ Ф.Ш., ПАКИРДИНОВ А.Б., АЛИЕВ Х.М., КУЧКАРОВ А.А., БОТИРОВ К.З.

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±2,6нг/мл и 12,5±3,1нг/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±0,8нг/мл), так и в лютеиновой фазе (10,8±1,1нг/мл), при контроле соответственно 12,6±2,6нг/мл и 12,5±3,1нг/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±3,3нг/мл и 16,2±3,5нг/мл, при контроле 12,6±2,6нг/мл и 12,5±3,1нг/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.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ 0,05% КЛОБЕТОЗОЛА ПРОПИОНАТ И 1% ГИДРОКОРТИЗОНА ПРИ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ АНДИЖАНСКОГО ВИЛОЯТА

ХАМИДОВ Ф.Ш., ХАМИДОВ Ш.А., ХАМИДОВА З.Ф., САЙДАЛИЕВ Г.

Андижанский Государственный медицинский институт

По мнению некоторых авторов, Alopecia areata характеризуется потерей волос, обусловленной аутоиммунными механизмами. Очаговой алопецией страдает 0,1% населения и риск развития алопеции в течение жизни составляет 1,7%. По данным некоторых исследователей кортикостероиды являются основными препаратами лечения alopecia areata.

Недавние проведенные исследования (Patsy Lenane et al., 2013) анализов базы данных Cochrane показал, что доказательных данных о длительном применении кортикостероидов при алопеции недостаточно. В проспективных исследованиях у детей с алопецией была обнаружена эффективность кортикостероидов применяемых наружно. Также в совместном канадско-ирландском исследовании оценивалась эффективность применения кортикостероидов высокой и низкой активности при лечении алопеции у детей.

Цель исследования: изучить эффективность препаратов клобетазола пропионата (0,05% крем) и гидрокортизона (1% мазь) у больных детей очаговой алопецией в условиях Андижанского вилоята.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовало 32 ребенка в возрасте от 2 до 16 лет, страдающих alopecia areata. Площадь поражения волосистой части головы у них составляла не менее 10%. Дети наблюдались амбулаторно в течение 24 недель. Первая группа детей применяла 0,05% крем клобетазола пропионата (кортикостероид 1-ой группы), вторая группа детей – 1% мазь гидрокортизона (7-я группа). Пациенты наносили крем тонким слоем дважды в день на участки потери волос. Лечение было циклическим: крем наносили 6 недель, делали перерыв на 6 недель, затем снова 6 недель наносили крем.

Результаты исследования. Основным конечным показателем считалось изменение площади потери волос на волосистой части головы через 24 недели от начала лечения. Дети проходили осмотр на 6, 12, 18 и 24 неделях. Через 6 недель в первой группе отмечено более значительное сокращение площади потери волос ($p<0,005$) по сравнению со второй группой. По 1 пациенту обоих группах отмечалось развитие атрофии кожи, которые самостоятельно разрешились через 6 недель.

Между группами не было выявлено различий в уровне кортизола мочи в начале и конце исследования.

Вывод. 0,05% крем клобетазола пропионата и 1% мазь гидрокортизона эффективен и безопасен при лечении alopecia areata у детей, и могут являться препаратом первого выбора.

КЛИНЦИН В НАРУЖНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ

ХАМИДОВ Ф.Ш., ПАКИРДИНОВ А.Б., БОТИРОВ К.З.

Андижанский Государственный медицинский институт

Вульгарные угри (акне) встречаются довольно часто — у 60–80% лиц в возрасте от 12–24 лет, при этом ⅓ из них они требуют лечение. В связи с этим лечение акне является чрезвычайно актуальной медико-социальной проблемой.

Цель исследования: Изучить эффективность клинцин геля у больных вульгарными угрями.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 23 больных (10 мужчин, 13 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 Клинцин (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 Клинцином: препарат ежедневно наносили тонким слоем на пораженные участки кожи 2—3 раза в сутки. Для получения удовлетворительных результатов потребовалось около 6–8 нед. 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 10 больных через 7–8 дней отмечался обострение процесса, которым было назначено препарат повторно.

Таким образом, препарат Клинцин, обладает высоким профилем безопасности и убедительным эффектом, как в комплексном лечении, так и в монотерапии у больных акне.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКЗЕМЫ (ВИТАДЕРМ, ЛОКАТОП, ДЕКСЕРИЛ)

ХАМИДОВ Ф. Ш., ПАКИРДИНОВ А.Б., АЛИЕВ Л.М., БОТИРОВ К.З., ХАСАНОВА М.

Андижанский Государственный медицинский институт

В большинстве случаев экзему считают мультифакториальным заболеванием, которое не позволяет добиться длительной полной ремиссии заболевания и требует подбора постоянной поддерживающей терапии.

Нам было интересно узнать эффективность препаратов Витадерм, Локатоп и Дексерил в условиях Узбекистана у больных экземой.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 32 больных экземой в возрасте от 19 до 60 лет (20 женщины, 12 мужчин; средний возраст 32,45 ± 1,2 года). Тяжесть проявлений экземы оценивали на основании EASI (Eczema Area Severity Index) по стандартной методике. Если EASI был равен 3—6, то обострение считали нетяжелым, 7—9 — среднетяжелым, 10 и более — тяжелым.

В зависимости от выраженности воспалительных изменений кожи (в стадии мокнутия) препарат Витадерм применяли в виде примочек на пораженные участки кожи несколько раз в сутки до достижения практически полного разрешения высыпаний на коже. В дальнейшем, пациентов переводили на интермиттирующую схему использования ГКС — Локатоп. Препарат наносили на пораженные участки кожи в течение 2 раза в день через 5 сут (2 раза в неделю) на фоне ежедневного использования средств базового ухода — крем Дексерил. При полном отсутствии проявлений заболевания местно стероиды не наносили, использовали лишь крем Дексерил. Срок наблюдения за пациентами составил 8 недель. Визиты проводили через 2, 4 и 8 неделю лечения.

Результаты и обсуждение. У 22 пациентов были выявлены признаки атопии (начало в раннем детском возрасте, атонические заболевания у кровных родственников, внекожные проявления атопии).

Среди больных экземой без атопии (10 человек) большинство (7) составили пациенты в возрасте 37–60 лет. Среди пациентов данной группы преобладали женщины (6 из 10 человек). Пациентов с тяжелым течением заболевания не было, а у абсолютного большинства у 25 человек (78,1 %) была диагностирована легкая степень тяжести. У 16 пациентов заболевание приходилось на острую стадию, характеризующуюся появлением на очаге поверхностных сгруппированных микровезикул на фоне гиперемии, мокнутия, сопровождающегося зудом. У оставшихся 16 пациентов экзема была в подострой стадии.

При обострении заболевания, всем больным экземой кроме стандартного лечения были назначены препараты — Витадерм, Локатоп и Дексерил, восстанавливающие целостность кожного барьера (так называемые элементы, оказывающие увлажняющее и обезжиривающее действие). После курса лечения практически у всех пациентов удалось добиться положительных результатов. У 8 из 10 пациентов с экземой без атопии после достижения ремиссии (для полного разрешения высыпаний потребовалось 5–7 сут непрерывного использования крема ТГКС — Локатоп) и кратковременной (1—2 нед) интермиттирующей терапии полностью удалось отказаться от топических стероидов при условии постоянного использования средств Дексерил. Лишь в двух случаях возникла необходимость продолжить интермиттирующую терапию, что можно объяснить контактами с ирритантами в связи с профессиональной деятельностью пациента. Больные, у которых был выявлен атопический фон, оказались более резистентными к проводимому лечению (для разрешения высыпаний потребовалось 9–10 сут ежедневного использования крема Локатоп). Лишь у 13 больных удалось достигнуть стойкой, но неполной ремиссии в течение нескольких недель. В остальных случаях была продолжена интермиттирующая терапия местными стероидами (Локатоп) в течение всего периода наблюдения. Несмотря на проводимое лечение, в 7 случаях не удалось достичь стойкой ремиссии заболевания, что может быть объяснено, в частности, невозможностью полностью устранить провоцирующие факторы.

Вывод. Таким образом, назначение современного местного препаратов Витадерм, Дексерил и Локатоп позволяет быстро подавить гиперергическую реакцию, а интермиггирующая терапия с использованием этих препаратов на фоне постоянного применения средств базового ухода за кожей Дексерил позволяет в большинстве случаев активно бороться с персистирующим воспалением в коже и поддерживать ремиссию экземы. Лечение Витадермом, Дексерилом и Локатоп может быть рекомендован при длительном течении заболевания с частыми рецидивами.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ХАМИДОВ Ф.Ш., ПАКИРДИНОВ А.Б., АЛИЕВ Х.М., КУЧКАРОВ А.А., БОТИРОВ К.З.

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±3,5нг/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.

ДИФФУЗНАЯ АЛОПЕЦИЯ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ У РЕБЕНКА

ХАНГЕЛЬДОВ А.Э.

Ташкентский городской кожно-венерологический диспансер, г. Ташкент.

Алопеция (лат. alopecia — облысение, плешивость) — патологическое выпадение волос, приводящее к их поредению или полному исчезновению в определенных областях головы или туловища. К наиболее распространенным видам алопеции относится андрогенетическая (androgenetic), диффузная или симптоматическая (effluviums), очаговая или гнездная (areata), рубцовая (scarring).

Причиной очаговой алопеции могут служить стрессы, длительная интоксикация, аутоиммунные процессы. Заболевание может развиваться на фоне неблагоприятной наследственности или в результате травмы, а также гормональные нарушения. При длительной интоксикации, хроническом отравлении, тяжелых заболеваниях может развиться диффузная алопеция. Алопеция может передаваться по наследству. Различные травмы кожи (ожоги, излучения), такие заболевания, как сифилис, туберкулез, лейшманиоз или опухоли — могут стать причиной возникновения рубцовой алопеции.

Клиника алопеций характеризуется наличием очагов выпадения волос круглой или овальной формы. Поражения со временем разрастаются в размерах. Шелушения и корочек в этих участках нет. Заболевания диагностируется больными случайно (как правило в парикмахерских или при расчесывании).

В практике дерматолога алопеция — довольно частое заболевание, особенно в последнее время. Это связано с экологическими, физическими, химическими, нервно-психологическими, обменными и др. воздействиями. Обычно обращаются люди подросткового и молодого возрастов. Заболевание среди детей — довольно редкое (за исключением травматического воздействия или наследственности). Вот почему наш случай заслуживает внимания.

Приводим наблюдение: Больной Ш., 2012 г. рождения, житель Сергелийского района Ташкента, обратился с мамой на прием дерматолога, в диспансерное отделение ТашГорКВД 13 января 2014 г.

Со слов матери, проблемы со здоровьем в виде повышенного выпадения волос на голове начались сразу после рождения ребенка. Занималась самолечением дома, затем обращалась к табибу. Пробовали втирать в кожу головы

соки лука и чеснока, репейное масло. Однако несмотря на все эти меры, волосы на голове ребенка продолжали выпадать и это послужило поводом для обращения на прием дерматолога.

Из анамнеза выяснено, что данный ребенок — второй в семье (старший брат — здоровый), родился в срок. Однако во время беременности у матери отмечался токсикоз и она принимала много лекарственных препаратов. Кроме того, в семье были конфликты на бытовой почве.

Наследственность по части алопеции в данной семье — не отягощена.

При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Развитие –соответственно возрасту. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, дермографизм- красный. На волосистой части головы отмечается тотальная алопеция. Лишь в нескольких местах имеют место небольшие (до 1–1,5 см) островки волос. Кожа головы – гладкая, блестящая, без шелушения. В тоже время ресницы и брови — сохранены.

На основании данных осмотра ребенку выставлен диагноз: тотальная алопеция волосистой части головы и направлен на стационарное лечение в клинику РСНПЦДиВ.

КЛАВОМЕД В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИЙ

ХАНГЕЛЬДОВ А.Э., ДЖАЛИЛОВА Ш.А.

Ташкетский Городской кожно-венерологический диспансер, г. Ташкент.

В последние годы в дерматологии резко возросли случаи регистрации пиодермий кожи. Широкое и бесконтрольное применение антибиотиков и других лекарственных препаратов приводит к дальнейшему росту устойчивых форм гнойничковых поражений кожи и слизистых оболочек. Зачастую медработники и фармацевты назначают комбинации антибиотиков и противовирусных препаратов без достаточного обследования больных, что также ведет к устойчивости патогенных штаммов, вызывающие данные патологии кожи.

Клавомед представляет собой комбинацию амоксициллина (полусинтетический пенициллин с широким спектром антибактериальной активности) и клавулановой кислоты (необратимого ингибитора β-лактамаз). Клавулановая кислота образует стойкий инактивированный комплекс с указанными ферментами и защищает амоксициллин от потери антибактериальной активности вследствие продуцирования β-лактамаз, как основными возбудителями, так и условно патогенными микроорганизмами.

Клавомед эффективен в отношении:

грамположительных аэробных микроорганизмов: Bacillus anthracis, Corynebacterium spp., Enterococcus faecalis, Enterococcus faecium, Listeria monocytogenes, Nocardia asteroides, Staphylococcus aureus, коагулазонегативные стафилококки (включая Staphylococcus epidermidis), Streptococcus spp. (включая Streptococcus agalactiae, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Streptococcus viridans);

грамположительных анаэробных микроорганизмов: Clostridium spp., Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp.;

грамотрицательных аэробных микроорганизмов: Bordetella pertussis, Brucella spp., Escherichia coli, Gardnerella vaginalis, Haemophilus influenzae, Helicobacter pylori, Klebsiella spp., Legionella spp., Moraxella catarrhalis (Branhamella catarrhalis), Neisseria gonorrhoeae, Neisseria meningitidis, Pasteurella multocida, Proteus mirabilis, Proteus vulgaris, Salmonella spp., Shigella spp., Vibrio cholerae, Yersinia enterocolitica;

грамотрицательных анаэробных микроорганизмов: Bacteroides spp. (включая Bacteroides fragilis), Fusobacterium spp.;

других микроорганизмов: Borrelia burgdorferi, Chlamydia, Leptospira icterohaemorrhagiae, Treponema pallidum.

Целью нашей работы стало применение препарата Клавомед в лечении больных пиодермиями. Под наблюдением находилось 62 больных в возрасте от 8 мес до 54 лет, страдающие различными формами пиодермий кожи: импетиго (25 больных), сикозом (5), фурункулезом (7), гидраденитом (3), угревой болезнью (10), хронической язвенной пиодермией (12). По половому признаку было зарегистрировано 35 мужчин и 27 женщин.

Клавомед назначали в комплексном лечении по инструкции:

Масса тела (кг)		Инфекции средней тяжести		Тяжелые инфекции	
	Возраст	Суспензия		Суспензия	
		156,25 мг/5мл	312,5 мг/5мл	156,25 мг/5мл	312,5 мг/5мл
		Разовая доза (мл.)			
5–10	3–12 мес	2,5	1,25	3,75	1,25–2,5

10–12	1–2 ani	3,75	1,25–2,5	6,25	2,5–3,75
12–15	2–4 ani	5	2,5	7,5	3,75
15–20	4–6 ani	7,5	2,5–3,75	8,75–10	5
20–30	6–10 ani	8,75	3,75–5	–	6,25
30–40	10–12 ani	–	6,25	–	8,75–10
≥ 40	≥12 ani	Используется лекарственная форма – таблетки.			

Максимальная суточная доза амоксициллина составляет для взрослых 6 г и 45 мг/кг массы тела для детей. Максимальная суточная доза клавулановой кислоты (в форме калиевой соли) составляет для взрослых 600 мг и 10 мг/кг массы тела для детей. Таблетки Клавомед принимали перед едой, не разжёвывая, запивая небольшим количеством воды. Режим дозирования устанавливался индивидуально в зависимости от возраста, массы тела, функции почек пациента, а также от степени тяжести инфекции. Дети до 12 лет или с массой тела до 40 кг: применение дозировки 1000 мг только по особым указаниям под контролем врача. Взрослые и дети старше 12 лет или с массой тела более 40 кг: 1 таблетка 2 раза/сутки.

Особо стоит отметить использование препарата в виде сиропа, обладающего приятным вкусом и хорошей переносимостью. Данная форма клавомеда применялась в основном у детей.

В ходе проведенной терапии клавомедом первые признаки улучшения отмечены уже на 3–4 дни у большинства пациентов (68%). Особенно хорошие результаты отмечены у пациентов с различными формами импетиго (75%), угревой болезнью (63%) и сикозом (81%). Больные отмечали улучшение общего состояния, уплощение гнойничковых элементов кожи (на 5–7 дни терапии), исчезновение новых высыпаний. Дальнейшее применение препарата (8 – 10 дни) приводило к разрешению или значительному регрессу кожного процесса. Побочных явлений не отмечено ни у одного больного.

Вывод: применение препарата Клавомед показало высокую эффективность данного антибиотика в комплексном лечении гнойничковых заболеваний кожи. Он хорошо переносился всеми пациентами и может служить препаратом выбора в лечении данных заболеваний.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА

ХАНГЕЛЬДОВ А.Э.

Ташкентский городской кожно-венерологический диспансер, г. Ташкент.

Нейрофиброматоз (болезнь Реклинхгаузена) — тяжелое системное наследственное заболевание,которое характеризуется пороками развития экзо-мезодермальных структур- кожи, костной и нервной систем, с повышенным риском злокачественных опухолей. Болезнь описана в 1882 году,является аутосомно-доминантной, встречается с одинаковой частотой у мужчин и у женщин, у 1 из 3500 новорождённых. Согласно классификации V.Riccardi выделяют семь типов заболевания. Почти в 50% случаев начало болезни обусловлено результатами спонтанной мутации генов (в основном отцовского происхождения).

Основными кожными симптомами нейрофиброматоза являются пигментные пятна и нейрофиб-ромы. Пигментные пятна («кофе с молоком») от светло-бежевого до тёмно-коричневого цвета, которые выявляют на коже туловища и конечностей, реже на лице, шее, слизистой оболочке полости рта. Они имеют гладкую поверхность, не выступают над уровнем кожи. При гистологическом исследовании пигментных пятен обнаруживают диффузное скопление в сосочковом слое **дермы меланобластов и меланоцитов** с включениями **меланина в цитоплазме**.

Нейрофибромы (кожные и подкожные) обычно множественные и появляются на втором десятилетии жизни. Они различной окраски (от нормальной кожи до коричневатой), располагаются на различных участках тела как поверхностно, так и глубоко в средостении, параспинально и внутрикостно. В области нейрофибром отмечают боли, парестезии,зуд кожи, парезы.

Характерны пигментные гамартомы радужной оболочки (узелки Лиша), глиома зрительного нерва. Часто встречается гидроцефалия с внутричерепной гипертензией. Из костных изменений — сколиоз, псевдоартрозы трубчатых (большеберцовых) костей.

Диагноз устанавливается на основании сочетания двух и более симптомов болезни:

Возрастные периоды выявления признаков и осложнений нейрофиброматоза I типа

Симптом	Ранний детский возраст (0–2 года)	Дошкольный возраст	Школьники и подростки (6–16 лет)	Взрослые (старше 16 лет)
Пятна «кофе с молоком»	+			
Диффузные плексиформные **нейрофибромы**	+			
Гиперпигментация подмышечной и/или паховой области	+	+		
Глиомы зрительных нервов		+		
Нарушения обучения		+	+	
Артериальная гипертензия		+	+	+
Головная боль		+	+	+
Кожные нейрофибромы			+	+
Сколиоз			+	
Злокачественные опухоли ЦНС			+	+

Приводим наше наблюдение: Больная Т., 2007 г., обратилась с матерью на кожный прием в диспансерное отделение ТашГорКВД 8 января 2014 г. Со слов матери, ребенок болеет около года. Девочка — жительница Сергелийского района, учится в первом классе.

При осмотре общее состояние ребенка — удовлетворительное. По всему телу (тело, руки и ноги) — диссеминированная сыпь коричневатой окраски. Элементы сыпи — пятна различной величины (от 2–3 мм до 1–1,5 см), округлой формы, не возвышаются над уровнем окружающей кожи.

Мать отмечает повышенную утомляемость у ребенка, наличие частых приступов головных болей. Однако к врачам не обращались.

Ребенок был направлен в РСНПЦДиВ, где проведено гистологическое обследование. В описании препарата: незначительный гиперкератоз с роговыми инвагинациями, неравномерный акантоз, базальный слой перегружен пигментом. В дерме определяется образование, состоящее из веретенообразных клеток, коллагеновых волокон с признаками базофилии, вокруг сосудов определяется незначительная лимфоцитарная инфильтрация с содержанием фибробластов; придатки кожи не определяются.

Диагноз — НЕЙРОФИБРОМАТОЗ.

Учитывая данные объективного осмотра, гистологического обследования, ребенку выставлен диагноз нейрофиброматоза. Предложено стационарное лечение в клинике САМПИ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ФАКТОР ДЕРМИКО» В ДЕРМАТОЛОГИИ

ХАНГЕЛЬДОВ А.Э.

Ташкентский Городской кожно-венерологический диспансер, г. Ташкент

В арсенале современной дерматологии существует масса наружных препаратов, которые помогают лечению сложных заболеваний. Основную группу составляют глюкортикоидные, антибактериальные и антимикотические средства. Но порой приходится иметь дело с мультифакторными болезнями, в этиопатогенезе которых лежат несколько причин их возникновения. Вот почему так необходимо использование комбинированных лекарственных средств. Одним из них является Фактор Дермико.

Фактор Дермико — выпускается в виде крема по 20 г., фирмой CASASCO (Аргентина), и состоит из гентамицина, бенаметазона и миконазола. Препарат обладает мощным противогрибковым действием в отношении: Trichophyton rubrum, Trichophyton mentagrophytes, Epidermophyton floccosum; антибактериальным действием (Streptococcus pyogenes и Staphilococcus aureus), противовоспалительным эффектом (Streptococcus (А группы бета-гемолитический, альфа-гемолитическая), Staphilococcus aureus и грамм-отрицательные бактерии, как Pseudomonas aeruginosa, Aerobacter aerogenes, Escherichia coli, Proteus vulgaris, Klebsiella pneumoniae.

Цель исследования: Изучение эффективности Фактора Дермико в терапии больных нейродерматитом, разноцветным лишаем, импетиго, микозами стоп.

Материал исследования: Под нашим наблюдением находилось 11 больных импетиго, 8– разноцветным лишаем, 7– микозами стоп, 5– нейродерматитом. Возраст больных — от 8 до 55 лет, мужчин – 18, женщин – 13.

Все пациенты были обследованы общеклиническими анализами, и в комплесной терапии получали местное лечение в виде крема Фактор Дермико 2 раза в день.

Результаты: Первые положительные признаки отмечены у больных (21%) уже на 3–4 дни терапии: зуд кожи в очагах поражения значительно снижался, уменьшалась гиперемия и инфильтрация кожи, снижалась интенсивность сыпи. Особенно быстрыми результатами отмечены пациенты с импетигинозными проявлениями и микозами стоп. К 6–8 дням лечения наблюдалось дальнейшее улучшение кожного процесса (32%), а к 10–15 дням — полное разрешение патологического процесса (15%). Дальнейшее применение препара-та приводило к значительному улучшению состояния больных нейродерматитом и разно-цветным лишаем (9%). Применение препарата фактор Дермико позволило добиться эффекта у больных (25%), которые ранее получали противомикробные (лица с импетиго) или противомикотические (лица с микозами) препараты. Побочных эффектов отмечено не было.

Выводы: Полученные данные позволяют рекомендовать данный препарат в комплекс-ном лечении ряда больных с дерматологической патологией, особенно в случае сочетан-ного наличия бактериального и микотического начала заболеваний. Фактор Дермико хо-рошо переносится и доступен в аптечной сети.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЭСЛОТИН» В ТЕРАПИИ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗОВ

ХАНГЕЛЬДОВ А.Э.

Ташкентский городской кожно-венерологический диспансер, г. Ташкент

Актуальность проблемы лечения некоторых дерматозов заставляет применять все новые и новые антигистаминные препараты, которые обладают не только противоаллергически-ми свойствами, но и длительным действием, возможностью перорального использова-ния, отсутствием угнетающего эффекта на ЦНС. Одним из таких препаратов является дезлоратадин, который выпускается фирмой World Medicine под названием «Эслотин». Он оказывает выраженный антигистаминный, противовоспалительный эффекты, блоки-руя периферические гистаминные Н1-рецепторы, подавляя выброс интерлейкинов (4,6,8, 13), снижает хемотаксис и активацию эозинофилов и нейтрофилов, повышает активность клеток-киллеров, снижает уровень циркулирующих базофилов и эозинофилов. Препарат выпускается как в таблетированном виде (по 5 мг), так и виде сиропа (120 мл).

Методы. Под нашим наблюдением находилось 50 больных (22-мужчин и 28 женщин) в возрасте от 1 до 65 лет с аллергическим дерматитом (18 больных), нейродерматитом (10 больных), экземой (12 больных), импетиго (10). Ранее все пациенты применяли противоаллергические препараты –диазолин, супрастин, кетотифен.

После общеклинического обследования всем пациентам был назначен Эслотин per os, в комплексном лечении. Дети до 6 лет получали препарат по 1,25 мг; дети от 6 до 10 лет — 2,5 мг; а старше 10 лет — 5 мг один раз в сутки. Взрослые больные получали 2,5 мг в сутки. Длительность терапии составила от 2 до 4 недель.

Первые положительные результаты (уменьшение зуда кожи, побледнение кожных высыпаний, нормализация сна) отмечены на 3- 5 дни от начала терапии (25% больных). К 8–10 дням больные (31%) отмечали дальнейшее улучшение общего состояния, исчезновение кожных элементов или значительный их регресс, улучшение сна и аппетита. К 14–18 дням терапии (35% больных) зуд практически полностью исчезал, сыпь на коже отсутствовала. Препарат хорошо переносился, особенно у детей (в виде сиропа), побочных эффектов- не выявлено.

Вывод: Таким образом, полученные данные позволяют рекомендовать эслотин к широкому применению в дерматологии, особенно в детской. Простота применения и отсутствие побочных эффектов со стороны ЦНС, дают большое преимущество назначению данного препарата.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЗОФРИНА У БОЛЬНЫХ ПИОДЕРМИТОВ

ХАСАНОВА М.Т. НУРИТДИНОВ О.Д.

Андижанский Государственный медицинский институт

Вопрос лечение больных глубокими пиодермитами является трудной задачей, больные могут обращаться за помощью как врачам хирургам, так и врачам дерматологам. В обоих случаях необходимо обязательно провести больным антибиотикотерапию, играющий основную роль в терапии этих больных. Учитывая тот факт, что патогенные стафилококки являются основным этиологическим агентом при глубоких пиодермитах, необходимо применять тот антибиотик, который эффективно действовал бы в первую очередь против патогенных штаммов стафилококков. В последнее время появились новые антибиотики широкого спектра действия (полимик, мегасеф, лендацин, зитролид, азитрал, ципрокцин и др.), которые эффективно действуют на большинство патогенных микроорганизмов. Азофрин –бактериостатический антибиотк широкого спектра действия из группы макролидов-азалидов. Механизм действия Азофрина связан с подавлением синтеза белка микробной клетки.

Мы лечили 15 больных глубокими пиодермитами азофрином. Из 15 больных у 7 был диагностирован фурункулез, у 5хронической язвенной пиодермией и у 3гидроаденит. Возраст больных был от 18–25 лет, женщин было 6, мужчин 9.Всем больным был применен Азофрин фирмы «Codephafrm». Наружно кожа вокруг очага обработали анилиновыми красителями, с последующим наложением гентамициновую, линкомициновую, левомикол, линимент Вишневского. В стадии инфильтрации на инфильтрат накладывали 10 % ихтиоловую мазь в виде «лепешки».

После лечения у больных фурункулёзом и гидраденитом наступило клиническое выздоровление, а у больных хронической язвенной пиодермией процесс значительно улучшился, язва очищалась от гнойных мас и начался процесс регенерация (рубцевания). При наблюдении в течение двух месяцев обострение заболевания не наступило за исключением одного больного фурункулезом.

Таким образом, Азофрин является эффективным антибиотиком для лечения больных фурункулёзом и гидраденитом при вышеуказанных дозах, а при хронической язвенной пиодермии, необходимо увеличить длительность курса терапии.

ЭКЗЕМАНИ ДАВОЛАШДА ПСИЛО БАЛЗАМ ГЕЛИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

ХАСАНОВА М.Т., НУРИТДИНОВ О.Д.

Андижон давлат тиббиёт институти

Экземани даволашда асосий ўринлардан бири махаллий муолажа хисобланади (турли хил нам куритувчи бойламлар, кремлар,эмульсия, лосьон ва бошқалар). Буларнинг ичида энг самарали препаратлардан бири псило балзам гелидир. Охирги пайтларда фармацевтика саноати томонидан топик таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган кўплаб янги кортикостероид малхамлари ишлаб чикилган булар билан бир каторда антиаллергик, Н1 рецептор гистамин блокатори кенг таркалган. Шундай геллардан бири псило балзамдир. Псило балзам гели таркибига кирувчи дифенгидрамин гидрохлорид кучли антигистамин активликка эга бўлиб, капилярларни утказувчанлигини йулга тушириб, тукимадаги шиш ва гиперэмияни камайтиради.

Изланишдан мақсадимиз: Псилобалзам гелини экзема билан оғриган беморларда қўллаб кўриб самарадорлигини аниқлашдир.

Материал ва текширув услублари: Бизни кузатувимизда экземага чалинган 25 та бемор бемор бўлиб, уларни ёши 18 дан 35 ёшгача. Беморларни ушбу касаллик 3 йилдан 10 йилгача бўлган муддатда безовта килиб келган. Бу беморларнинг 14 таси экземанинг уткир шакли, 7 таси микробли экземанинг нумуляр шакли,4 таси сурункали шакли билан қайд этилган.Беморларнинг барчасини қичишиш безовта қилади. Уларга комплекс даво сифатида қуйидаги даволаш усуллари кушилди.

Умумий давога антигистамин (кларидол), десенсибилизацияловчи (натрий тиосульфат), антиоксидантлардан аевит, махаллий давога псило балзам гели. Давонинг биринчи кунлари терига икки махалдан, патологик ўчоқдаги тошмалар сўрила бошлагач, 1 махалдан суртилди, даволаш муддати касаликнинг турига, тарқоқлигига қараб 15–20 кунни ташкил қилди.

Олинган натижалар ва уларнинг тахлили: Юқорида кўрсатилган даво амалга оширилгач беморлар терисидаги патологик ўчоғдаги намланиш йуколиб, тугунчалар яссиланиб, учогдаги колоклар камайди. 7–8 кун ўтгач тошмалар анча сурилиб, жарохат ўчоғи тез орада яхшилана бошлади. Қичишиш давонинг 3–4 кунидан ка-

мая бошлади, давокурсининг охирги кунларига бориб йўқолди. Даволашнинг 16–20 кунларига келиб теридаги инфильтрация кескин камайди, яллиғланишнинг эритема белгилари қарийб йўқолди.

Хулоса: ПСИЛО БАЛЗАМ гели экзема билан оғриган беморларда комплекс қўлланилганда яхши натижа беради.Беморлар бу гелни даво давомида яхши қабул қилишди, асоратлар кузатилмади.

ИММУНЫЙ СТАТУС В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

ХОДЖАЕВА С.М., БАБАБЕКОВА Н.Б., РИХСИЕВА Д.Д., АХРАРОВ Х.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

В многофакторном патогенезе псориаза ведущее место занимает нарушение иммунных механизмов. Однако до настоящего времени не разработаны объективные и информативные иммунологические критерии для оценки характера течения псориаза у детей, прогнозирования и его исходов.

Цель исследования заключалась в изучении показателей иммунного статуса у детей, больных псориазом, в разных возрастных группах.

Для объективной оценки характера течения псориаза, нами был изучены иммунный статус, у 78 детей, больных псориазом. Контрольную группу составили 23 здоровых детей аналогичного возраста. Иммунологические исследования проведены в лаборатории клинической морфологии и иммунологии НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний. У детей разных возрастных групп, больных псориазом в разной степени выраженности, отмечается нарушение со стороны иммунного статуса в зависимости от возраста и тяжести течения болезни, характеризующиеся в виде снижения общего количество $CD3^+$ лимфоцитов, и $CD4^+$ хелперов, $CD8^+$ супрессоров, и увеличения $CD20^+$ лимфоцитов, $CD16^+$ натуральных клеток киллеров и иммунорегуляторного индекса.

Полученные результаты подтверждают разнообразие клинических форм и выраженные иммунологические нарушения у детей, больных псориазом, в зависимости от возраста больных. Выраженность этих изменений отличается в зависимости от возраста и от степени тяжести течения заболевания.

МЕЗОНИТ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

ХУЖАМБЕРДЫЕВ О.А., ЖАЛИЛОВ Ф.С., РАХМАТОВ А.Б.

Самаркандский и Кашкадарьинский кожно-венерологический диспансеры, РСНПМЦДиВ МЗ РУз

При лечении хронических дерматозов используются разнообразные топические средства, «первой линией» которые являются кортикостероидными препаратами. Топические стероиды позволяют в короткие сроки устранять островоспалительные явления на кожных покровах: везикуляция, эритема, отечность и др. Следует указать, что рассматриваются 4 класса кортикостероидных препаратов и наиболее часто используются средства 3 класса (сильные кортикостероиды). Среди этой группы препаратов выделяется 0,1 крем мометазонафуроат, качественно отличающийся от других средств, чем и объясняется низкая частота побочных эффектов, которые должны учитываться практикующими врачами дерматологами.

Осуществлена наблюдательная программа оценки применения препарата Мезонит (0,1% крем мометазонафуроата) для наружного лечения больных аллергодерматозами.

Целью наблюдательной программы явилось изучение эффективности и безопасности Мезонита в терапии взрослых больных атопическим дерматитом (АД), аллергическим дерматитом и экземой.

Под наблюдением находилось 42 больных (мужчин–27, женщин–15) с аллергодерматозами. Лечение проводилось в амбулаторных условиях. Выбор и назначение Мезонита проводились лечащими врачами самостоятельно и дифференцированно в зависимости от клинико-морфологического характера проявлений и при различных локализациях процесса, при этом учитывались рекомендации, отражающие базовые принципы проведения наружной терапии дерматозов.

Для оценки тяжести течения аллергодерматоза был использован индекс EASI, предложенный J.M.Hanifinetal. (2001). Индекс EASI оценивает следующие проявления дерматоза: E — эритема, I — инфильтрация, Ex — экскориации, L–лихенификация, причем учитывалась локализация высыпаний (A-верхние конечности, B-нижние конечности, C-туловище, Д-голова/шея) и индекс выражался в баллах (от 0 до 3 баллов). Кроме того, оценивалась площадь поражения (S): 0 — нет высыпаний, 1 балл — <10% площади кожи, 2 балла – 10–29%, 3 балла – 30–49%, 4 балла – 50–69%, 5 баллов – 70–89%, 6 баллов – 90–100% (эритродермия). Общий индекс EASI рассчиты-

вался суммой показателей:EASI=A+B+C+D. Данный индекс определялся у пациентов до и после проведенного лечения.

Интенсивность зуда кожи оценивалась визуально-аналоговой шкалой (ВАШ зуда) от 0 до 10 баллов. Объективным критерием улучшения кожного процесса являлся ДИКЖ — дерматологический индекс качества жизни.

В процессе терапии аллергодерматозов (3–4 недели) отмечалось достоверное уменьшение показателей индексов EASI и ВАШ зуд, наряду с повышением баллов ДИКЖ. Анализ данных, полученных в ходе наблюдения, показывает высокий терапевтический эффект крема Мезонит, когда уже через 3 недели наступает клиническая ремиссия и снижение индекса EASI на 85–90 % от исходного уровня. Практически во всех клинических наблюдениях отмечалось исчезновение субъективных ощущений через 4 недели использования крема Мезонит. Кроме того, подтверждена безопасность использования крема Мезонит в терапии больных аллергодерматозами. Представляется обоснованным широкое использование препарата Мезонит для топического применения у больных аллергодерматозами в практической дерматологии.

ОНИХОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

ЧАЩИН А.Ю., ЯКУБОВИЧ А.И., КОТОВА А.А.

ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, г. Иркутск

Онихопатии составляют актуальную не только медицинскую, но и социальнуюпроблему. Заболевания и дефекты ногтевых пластинок (НП) встречаются часто и проявляются весьма разнообразно. От 30 % до 50 % всех онихопатий приходится на грибковую инфекцию, в остальных случаях это неинфекционные болезни ногтевого аппарата — ониходистрофии. Онихопатии могут быть самостоятельным заболеванием или частью симптомокомплекса различных дерматозов или соматических болезней.

Цель исследования — изучение структуры онихопатий различного генеза, выявление определенных патогенетических и клинических признаков.

При обследовании 500 пациентов, у 16 % были выявлены поражения НП. В половине случаев у лиц с изменением НП было лабораторно подтверждено грибковое заболевание. Негрибковые ониходистрофии чаще были при псориазе (35 %), экземе (25 %), а также красном плоском лишае (15 %) и алопеции (5 %).

Поражения НП было преимущественно в возрастной группе 31–65 (37 %) и у лиц старше 56 лет (38 %),реже до 30 лет. Ониходистрофии различной этиологии составили 25 %,чаще у женщин (60 %). Степень выраженности изменений НП зависела от тяжести сопутствующей патологии (заболевания гепатобилиарной системы и ЖКТ). При грибковом поражении НПпатологический процесс локализовался на стопах с преимущественным вовлечением первого пальца, с наличием подногтевого гиперкератоза и дистально-латерального типа поражения. У пациентов с не инфекционными ониходистрофиями чаще отмечались точечная и продольная исчерченность.

Эффективность лечения ониходистрофий зависела от устранения причины, вызвавшей изменения ногтевых пластин, а также грамотного подбора местной, а при необходимости и системной терапии. При ониходистрофиях сопутствующих дерматологическим заболеваниям необходимо акцентировать внимание на лечении основной патологии.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ШАМУРАДОВА М.Х., РЕЙИМКУЛИЕВ Б.Р.

Управление центрами инфекционных болезней
Центральная кожно-венерологическая больница, г. Ашхабад

Под наблюдением находилось 53 ребенка (возраст от 9 месяцев до 17 лет). среди которых было 29 мальчиков (53,3 %) и 24 девочки (46,7 %). Количество пациентов с легкой степенью тяжести — 11 (20,7 %), со средней степенью тяжести — 34 ребенка (64,1 %), с тяжелой степенью – 8 детей (15,2 %). У исследуемых пациентов с АД средний балл по шкале SCORAD составил 28,34 ± 1,74 балла. У пациентов с легкой степенью АД среднее значение по шкале SCORAD составило 11,45 ± 0,75 баллов, у пациентов со средней степенью АД — 34,12 ± 0,8 баллов, у пациентов с тяжелой степенью — 54,33 ± 1,8 балла. Повышенный уровень IgE отмечался у 98.2 % пациентов. Средний уровень IgE у обследованных составил 211,7 ± 84,12 МЕ/мл. Показатели уровня IgE в зависимости от степени тяжести: у пациентов с легкой степенью АД IgE 324,1 ± 99,0 МЕ/мл, со

средней степенью тяжести 150,6±110,9 МЕ/мл, у пациентов с тяжелой степенью АД уровень IgE 483,7±121,14 МЕ/мл. Таким образом, не было отмечено прямой пропорциональной зависимости степени тяжести аллергических проявлений от уровня IgE, так как при легкой степени тяжести проявлений АД количество IgE было выше, чем при средней степени тяжести.

ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ВИТИЛИГО

ЭГАМОВА Ш.Б., УСМАНОВА Х.Д.

ТГМУ им Абуали ибн Сино, г. Душанбе

Актуальность. В настоящее время наблюдается рост числа лиц, страдающих витилиго. Отмечается преимущественное поражение им лиц молодого возраста, учащение распространенных форм. Установлено возможное сочетание витилиго со склеродермией, порфириновой болезнью, невусом Саттона, белой атрофией кожи. Показана роль сопутствующей патологии на течение витилигинозного процесса.

С учетом вышеизложенного, целью нашего исследования явилось изучение состояния органов полости рта у витилиго и определить их потребность в стоматологической помощи.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 58 больных витилиго, из них 36 (62,1%) женщин и 22 (37,9%) мужчин. Возраст пациентов колеблется от 16 до 60 лет и старше, причем от 16 до 19 лет было 20, от 20 до 29 лет – 23, от 30 до 39 лет – 5; от 40 до 49 лет – 5; от 50 до 59 лет – 2; от 60 лет и старше 3 человека.

Процесс носил распространенный характер у 39 больных (67,2%), ограниченный у 19 (32,8%). В анамнезе 43 пациентов различные перенесенные заболевания ЖКТ, хронический тонзиллит, панкреатит, хронический холецистит, пиелонефрит и др.

Всем больным проводили общеклинические и дополнительные методы исследования с целью выявления у них сопутствующей патологии и общего соматического статуса.

Результаты и их обсуждение. Давность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 8 лет. Часть больных (12–20,7%) лечилась самостоятельно различными народными средствами, часть (10–17,2%) у знахарей и табибов, и лишь незначительная часть (8–13,8%) в медицинских учреждениях. 28 пациентов (48,3%) обратились за помощью впервые

В результате всестороннего обследования пациентов были выявлены сопуствующие заболевания: зоб I–II степени, гастродуоденит, хронический тонзиллит и пиелонефрит, ОРВИ и др. У большинства больных витилиго отмечалась патология твердых тканей зубов, зубные отложения, заболевания пародонта и др. Причем кариес зубов был выявлен у 37 (63,8%) больных, заболевания пародонта различной степени интенсивности у 10 (17,2%), зубные отложения у 24 (41,4%). Не пораженными органы полости рта были лишь у 11 (18,9%) больных витилиго.

Таким образом, полученные данные позволяют помимо патогенетического лечения основного заболевания, проводить лечебно-профилактические мероприятия по коррекции состояния полости рта в виде санации (лечение кариозных зубов и тканей пародонта, удаление зубных отложений и др.) параллельно с лечением выявленной сопутствующей патологии, что позволит улучшить качество жизни пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО

ЭРНИЯЗОВА М.М.

Управление центрами инфекционных болезней
Центральный кожно-венерологический госпиталь, г. Ашгабат

В настоящее время витилиго является приобретённым нарушением пигментации, поражающим 0,5% мировой человеческой популяции. Витилиго поражает лица любого возраста и пола. Для лечения этого заболевания в настоящее время широко используется топические глюкокортикоиды и топические ингибиторы кальциневрина. Их применение не редко зависит от локолизации очагов поражения витилиго. При локолизации на лице и шее топические глюкокартикоиды дают наиболее выраженный эффект. Ингибиторы кальциневрина применяются с 2002 года. Их приимущество в возможности длительного применение. “Такролимус” и “Пимекролимус” являются топическими имуномодуляторами и их действие связано с ингибитором кальциневирна, что предотвращает активизацию созревания Т-клеток, продукцию ими цитакинов. При их применении усиливается миграция и дифференцировка меланоцитов. В последнии годы вниманием врачей пользуется физические методы лечения витилиго.Несколько десятилетий применяется фотохимио терапия, (PUVA терапия), в последние годы широко применяется узкополос-

ная УФ-В терапия, которая обладает большой эффективностью. Нами для лечения витилиго применялось новое медицинское устройство обеспечивающее доставку света высокой интенсивности непосредственно в область поражения. Для этой цели мы использовали эксемерный лазер с длинной волны 308 н.м. Под нашим наблюдением находилось 151 больных в возрасте с 12 до 65 лет. Длительность заболевания составляло от 2–3 месяцев до нескольких десятков лет. Соотношение мужчин и женщин составляло 2:3. Количество очагов депигментации составляло от 5 до 10 очагов. Курс лечения состоял из 15 сеансов, которые проводятся 2–3 раза в неделю. Положительный результат наблюдается на 3–4 сеансе в виде появления единичных очагов репигментации. К концу курса лечения выраженный клинический эффект наблюдается в 90% случаев. Применяемый метод лечения является высокоэффективной в терапии витилиго.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

ЯКУБОВ А.А.

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

В последние годы увеличивается количество больных страдающих гнездной алопецией. До настоящего времени разработаны много методов терапии гнездной алопеции. Однако они полностью не удовлетворяют ни пациентов, ни врачей.

Целью настоящей работы явилось изучение клинической эффективности различных методов терапии гнездной алопеции.

Под нашим клиническим наблюдением находились 24 больных гнездной алопецией в возрасте от 17 до 32 лет. Мужчин было 15, женщин – 9. Давность заболевания составила от 2 месяцев до 3 лет.

Все больные имели локализованную форму алопеции. Единичные очаги наблюдались у 11 (45,8%) больных, множественные очаги поражения — у 12 (50%) и лентовидная (офиазис Цельса) форма — у 1 (4,1%) больного.

Прогрессирующая стадия заболевания диагностирована у 13 (54,1%) из 24 больных, стационарная стадия — у 8 (33,3%) и регрессирующая — у 3 (12,5%) больных. Изменение ногтей в виде продольной исчерченности наблюдали у одного больного.

Больные в зависимости от получаемой терапии были разделены на две группы. Первая группа (11 чел.) получила традиционное лечение (аевит, витамины А, группы В, наружную ФХТ — очаги поражения смазывали спиртовым раствором фурокумариновых препаратов с последующим облучением данного очага ультрафиолетовыми лучами). Вторая группа больных (13 человек) наряду с традиционной терапией (вместо аевита был подключен Триовит) получали препарат миноксидил (Алопекси).

Клинические наблюдения за больными, получавшими вышеуказанные методы терапии показали, что у пациентов второй группы наблюдалось более раннее исчезновение зоны расшатанных волос и раннее роста волос по сравнению с группой больных, получавших только традиционное лечение.

Следовательно, сравнительный анализ изучаемых методов лечения гнездной алопеции показал, что включение триовита внутрь и Алопекси наружно повышают эффективность лечения данного заболевания.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ СИМВАСТАТИНА И ЭНДУРАЦИНА НА ДИНАМИКУ СУСТАВНОГО И КОЖНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЯМИ

ЯКУБОВИЧ А.И.,САЛДАМАЕВА Л.С.

ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, г. Иркутск

Целью исследования являлось изучение динамики суставного и кожного синдрома у 77 больных псориатическим артритом с гиперлипидемиями на фоне комплексной терапии с использованием симвастатина и эндурацина.

Материалы и методы исследования под наблюдением находились 77 больных псориатическим артритом с гиперлипидемиями.

Результаты исследования: 1 группа больных из 48 человек без нарушений липидного обмена проводилась традиционная терапия; 2 группа из 29 пациентов с 4 типом гиперлипидемии по Д. Фредриксону, которые на фоне традиционной терапии получали симвастатин в дозе 20 мг 1 раз в день и эндурацин по 500 мг 3 раза в сутки на протяжении 6 месяцев.

Эффективность проведенного лечения оценивалась с помощью основных параметров активности суставного синдрома и показателей функционального статуса больных, учитывались улучшение по критериям по PsARC и ACR20, положительная динамика индекса PASI.

Выводы: наилучшая динамика суставного процесса, значительное улучшение функционального статуса пациентов, значимая положительная динамика кожного процесса отмечалась у пациентов 2 группы, получавшей в составе комплексной терапии симвастатин и эндурацин. Эффективность комплексной терапии с включением симвастатина и эндурацина по критериям PsARC и ACR20 превышает традиционную терапию соответственно в 1,4 раза в 1,6 раз.

ADAPTOL IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH PSORIASIS AND ATOPIC DERMATITIS

KHAITOV K.N., IBRAGIMOV S.Z., TAGAEV J.A.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

The purpose of the study: To study the influence of mild tranquillizator — adaptol in the complex treatment on the current of atopic dermatitis and psoriasis.

The methods used: We accessed clinical sings, spreading of rash, subjective symptoms by SCORAD method in patients with atopic dermatitis and method PASI in patients with psoriasis, accessed diagnostic criteria of atopic dermatitis by Hanifin J.M. and Rajka G.

A summary of the result: We examined 88 children with atopic dermatitis and 96 children with psoriasis at the age of 4–14 years. Among children with atopic dermatitis we distinguished erythematouse–squamouse, erythematouse–squamouse with lichenification and lichenoid forms of the disease. Patients with psoriasis on the moment of hospitalization had progressive and stationary stage of the dermatosis. All the patients complained of discomfort which was caused by itching and disturbance of sleep. According to the above said complaints mild tranquillizator — adaptol (OlainFarm, Latvia) was included in the complex traditional treatment of atopic dermatitis and psoriasis. Prescribing of the medicine lead to the remove of anxiety, alarm, fear, internal emotional strain and temper, to the rapid regress of clinical sings of the disease, to the normalization of SCORAD and PASI indexes and to the more firm and prolonged remission.

The conclusion reached: Using of adaptol in the treatment of atopic dermatitis and psoriasis accompanying with psycho-emotional disturbances improve effectiveness of the treatment.

CORRECTION METHODS OF MUCOSIS MEMBRANES MICROFLORA'S IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

MUN A.V., AKHRAROV KH.KH., KHODJAEVA S.M.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

Purpose: To develop methods of complex treatment, and also to analyze and establish connection between influence of opportunistic-pathogenic flora and gastrointestinal tract in development of atopic dermatitis

Relevance: The importance of a problem is caused:

1.Annual increase of cases of disease

2.Insufficient efficiency of therapy, especially in children 3.Difficulties of treatment and preventive therapy of atopic dermatitis 4. Adverse influence of disease on physical and psycho emotional development of children 5. Danger of increase in number of patients in the subsequent generations, in connection with genofund and ecology change

To develop an effective method of external therapy of atopic dermatitis.

Being the earliest manifestation of atopic syndrome, atopic dermatitis is diagnosed in the first year of life. The disease affects nearly 20% of infants and young children, some of which continue to experience symptoms as adults. Food allergens are in the first place among provoking factors. Receipt of allergens to organism is caused by functionally and morphologically immature gastrointestinal system. Allergens, in turn, start the cascade of immunopathological reactions which immune system of a growing organism not able to handle, so this leads to atopic illnesses. Gastro-intestinal disorders in children with atopic

dermatitis during the first half of life causes anxiety. In a background the development is caused by early microbic infection with immature immune system, functional and morphological inconsistency of a digestive tract with hyper permeability of a mucous membrane of intestines. Genetic predisposition of children with atopic dermatitis to allergic diseases and also the decreased activity of immunological processes against bacterial and fungous agents have great value. The intensive growth of opportunistic flora negatively influences on intestinal epithelium, breaks the processes of digestion and intestinal absorbtion, which leads to hyper permeability of a mucous membrane for food antigens, toxins, viruses, bacteria. Disorders of intestinal barrier results not only in protein-calorie deficiency, but also leads to chronization of process. Among children with atopic dermatitis the process is often connected with the intensive growth of opportunistic flora, particularly Candida fungous. Complex examination of 32 children at the age from 6 months till 2 years old with severe forms of atopic dermatitis showed high activity of opportunistic flora both on mucous membranes and on skin. The same results have been received at microbiological inspection of mothers. On the basis of these data we performed complex therapy including simultaneous correction of micro flora of mucous membranes in mothers and their children. Among anti-Candida agents we have chosen fluconasolum dosed according to the age and prescribed it for 14 days. Practically at the same time we prescribed lacto bacteria and later bifidus bacteria of local strains, Zinci oxide and pancreatic enzymes. Special attention was paid to hypoallergenic and elimination diet for breast feeding mothers, and their children, that has given a positive effect in general therapy. Local treatment is the important component of therapy in dermatological illnesses. The treatment was reduced by prescribing of moisturizing therapy and topical steroids. During the research the medicine «Locatop cream» containing 0.1 % Desonide, has been applied 1–2 times a day on the affected skin. The preparation possesses such effects as anti-inflammatory, reducing chemotaxis and vascular permeability. The majority of patients (28 persons) have reached full recover from 12 to 14 days. The control of efficiency of therapy was evaluated by clinical supervision and laboratory research. Case monitoring within 2–4 months has shown absence of relapses, under condition of observance of a hypoallergenic diet and preventive actions.

Conclusion

Thus, taking into consideration connection of mother and child, it is necessary to combine pathogenetic effective treatment of children suffering with atopic dermatitis with therapy of mothers simultaneously with topical treatment and correction of microflora for better efficiency.

THE PROBLEM OF BALDNESS AND MODERN POSSIBILITIES OF TREATMENT

TASHMATOVA N.B.

"Scientific laboratory of laser and photodynamic therapy"
(Department of Skin and Venereal diseases of TMA)
and dermatological center "Mahliyo-Shifo"

The problem of premature hair loss (alopecia) gives rise to great scientific and practical interest. This is due to the prevalence and steady incidence rate, the presence of acquired and inherited forms of alopecia, which are difficult for treatment. Alopecia — pathological process in which there are persistent or temporary, total or partial loss of hair or lack of them. This problem occurs in both children and adults, men and women almost equally. Despite the high quantity of researches and existing therapeutic methods of various forms of alopecia, the treatment is still not adequate and remains a big problem for public health practice. To solve this problem, in recent years, attend to meticulously study of structural and morphological characteristics of the skin and scar tissue in the focus, to research of hormonal imbalance and adopt a method of follicular microautotransplantation. The object and research problems:

Study the clinical features of hair loss in alopecia areata and scarring alopecia.

Study the hormonal status in patients suffering from hair loss, and give a comparative evaluation of the therapeutic efficacy of different treatments.

Identify the indications and necessary conditions for autograft hair to the patient, suggest to the practice the modern method of treatment and aesthetic problem solving.

Object and subject of the research:

The work was performed at clinical bases of the Department of Skin and Venereal Diseases of TMA and dermatological center "Mahliyo Shifo".

The research included 16 children aged from 6 to 14 years old with alopecia areata, as well as 18 women and 14 men with various forms of hair loss. All patients underwent a comprehensive examination:

clinical methods (conventional methods used in skin and venereal clinics)

hormonal observation (testesteron, prolactin, cortisol, TSH, T3, T4), ultrasound examination (liver, gallbladder, kidney, spleen, prostate, pancreas, thyroid, uterus and appendages) and statistical methods.

The results of research:

The course of alopecia areata usually benign and in most cases it's possible to restore hair. Universal and total alopecia requires long-term course therapy aimed to improve the blood supply of skin in the centers, often with steroid therapy. Trichogramma is an available method of assessing the state of the hair. Normally 85 % of hair is in anagen stage, 14 % in telogen stage and 1 % in katagen stage. Increasing the number of telogen hair up to 20 % is a bad sign. The scar alopecia, which evidents in various dermatoses, except treatment of principal disease, it is necessary to conduct hair autotransplantation. To evaluate the different existing methods of hair transplantation requires additional researches.

Conclusion: premature hair loss — is always a sign of internal disorder (genetic, endocrine, congenital, toxic factors) and the cause of psycho-emotional human experiences. The therapy of scar and dystrophic forms of alopecia has not been solved, and varieties of alopecia areata treatment needs to be improved.

TRICHO-DENTO-OSSEOUS (TDO) SYNDROME

HANA ZELENKOVA

Private Clinic of Dermatovenerology DOST Svidnik, Slovakia

The paper presents three cases of TDO syndrome boy, and two girls. One of the girls with a complete family history and disabled siblings.

Tricho-dento-osseous (TDO) syndrome is an autosomal dominant genetic disorder that belongs to dysplasias a group of diseases known as ectodermal dysplasias. Ectodermal typically affect the hair, teeth, nails, and/or skin. TDO syndrome is characterized by kinky or curly hair; poorly developed tooth enamel; and unusual thickness and/or denseness (sclerosis) of the top portion of the skull (calvaria) and/or the long bones (i.e., bones in the arms and legs). In some cases, affected individuals also exhibit abnormally thin, brittle nails or premature closure (fusion) of the fibrous joints between certain bones in the skull (craniosynostosis), causing the head to appear abnormally long and narrow (dolicocephaly).

USE OF SYSTEMIC ENZYME PREPARATIONS IN AESTHETIC DERMATOLOGY AND COSMETICS

HANA ZELENKOVA

Head Private Clinic of Dermatoveberology — DOST Svidnik, Slovakia

Since 1944 extensive trials have been published on the effects of plant and animal hydrolases and their combinations in oncological diseases (in vitro). Since the end of the fifties of the twentieth century oral application of bromelain has been recognised in the therapy of posttraumatic oedema and hematoma. The aim of systemic enzyme therapy is the taking advantage of the systemic absorption effect of proteolytic enzymes — endopeptidases. The effect in tissues is multilayer and it has thus been used for over 15 years now in aesthetic dermatology in the therapy of local oedema and infiltration — after various interventions such as deep peels, dermabrasion, minor and major surgical interventions (blepharoplasty, rhinoplasty, otoplasty, mammoplasty) to prevent the formation of post surgical oedema, and complications associated with the application of fillers, and so on.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

АЧИТҚИСИМОН КАНДИДА ЗАМБУРУҒЛАРИНИНГ АНТИМИКОТИК ПРЕПАРАТЛАРИГА СЕЗГИРЛИГИ ТЎҒРИСИДА

АБИДОВ А.М., ЭШБОЕВ Э.Х., ЭШБОЕВ С.Э., ДАВУРОВА М.С., ИБРАГИМОВА Г.Р.

РИДваВИАТМ

Жинсий йўл билан юқувчи касалликлардан бўлмиш урогенитал инфекциялар жумладан, уреаплазма, микоплазма, кандида замбуруғлари ва иккиламчи келган инфекцияларнинг беморлар орасида нақадар учрашига бағишланган микробиологик ишлар давом эттирилди.

Асосий тадқиқот ишлари микробиологик изланишларга таянган холда олиб борилди. Жами 17 нафар беморларнинг урогенитал тизимдан олинган патологик материаллар текширилди. Улардан 11 таси аёллар, 6 тасини эса эркаклар ташкил қилди. Тадқиқотимиздаги беморларнинг ёши 22 ёшдан 46 ёшгача бўлди.

Микробиологик изланишлар натижаси аёлларнинг 3 нафарида Ur.urealyticum+Candida albicans, 1 нафарида Ur.urealyticum, 4 тасида Candida albicans, яна 1 нафарида эса кандида замбуруғи ва G.vaginalis ҳамкорликда бўлганлиги аниқланди. Дарҳақиқат текширилган аёлларнинг 4 нафарида кандида замбуруғи аралаш ҳолатда учради.

6 та эркак беморларнинг 2 нафарида кандида замбуруғи аниқланди. Ундан ташқари тадқиқотдаги эркакларнинг яна 2 нафарида хламидия инфекцияси, 1 нафарида эса уреаплазма инфекцияси топилди.

Антимикотик препаратларни ишлатиш жараёнида уларнинг замбуруғларга таъсири нақадар эканлигини аниқлаш жуда муҳим аҳамиятга эга. Шунинг учун тадқиқотларимизнинг кейинги қисмида кандида замбуруғларининг соф культураларининг антимикотик препаратларига (итраконазол, флуконазол, клотримазол, нистатин) сезгирлиги ўрганилди.

Шундай килиб ушбу соҳадаги изланишларимиздан маълум бўлдики, бактериологик услубда ажратилган барча микроорганизмлар, шу жумладан Candida spp. замбуруғларининг антимикотик препаратларга сезгирлиги қуйидагича экан. Жумладан, флуконазол 45,4 % (5), итраконазолга 36,4 % (4), клотримазолга 9,0 % (1), нистатинга 45,4 % (5) антимикотик препаратларига сезгир экан. Лекин, айтиш жойизки, кандида замбуруғи икки нафар беморда юкоридаги таъкидлаб ўтилган препаратларга сезгирлигини намоён қилмади.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ УРЕАПЛАЗМОЗОМ, ХЛАМИДИОЗОМ И ИХ АССОЦИАЦИЕЙ.

АБИДОВ А.М., ФАТТАХОВ Б.Ш.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

В развитии патологического процесса особое место отводится состоянию местного иммунитета. Слизистые оболочки являются наиболее частой мишенью для различных инфекций. В этой связи в настоящее время интенсивно изучаются местные факторы иммунитета при различных патологических состояниях.

Известно, что антитела выполняют ряд функций, ограничивающих внедрение и способствующих элиминации возбудителя из организма. Так, sIgA, обладает выраженными антиадгезивными свойствами и препятствует прикреплению бактерий к клеткам слизистых оболочек. В случае проникновения бактерий в организм антитела выполняют функцию по их нейтрализации. IgM-антитела и IgG-антитела обладают опсонизирующими свойствами, и будучи в составе иммунных комплексов, способны активировать комплемент.

Нами изучено состояние показателей неспецифической иммунной защиты в соскобе из уретры у больных урогенитальным уреаплазмозом, хламидиозом и их ассоциацией в сравнении с показателями здоровых лиц.

При изучение состояния неспецифической иммунной защиты нами исследованы концентрации неспецифических иммуноглобулинов классов M и G, а также секреторного иммуноглобулина A (sIgA).

Исследование проводили у 67 больных обоего пола в возраст от 19 до 35 лет. Среди обследованных больных у 27 выявлен урогенитальный уреаплазмоз, у 21 — хламидиоз и у 19 — ассоциация урогенитального уреаплазмоза и хламидиоза. Контрольную группу составили данные 17 практически здоровых лиц в возрасте от 21 до 36 лет.

Результаты исследования состояния местного иммунитета, представленные в таблице 3.7, показывают, что в соскобе из уретры здоровых лиц в среднем содержится 52,94 ± 1,51 мг/% IgM, 1021,23 ± 12,74 мг/% IgG и 87,18 ± 3,21 мг/% sIgA.

При исследовании состояния местного иммунитета выявлено, что у больных урогенитальным уреаплазмозом и хламидиозом общей группы до начала лечения наблюдается достоверное снижение концентрации неспецифических IgM ($p<0,001$) и IgG ($p<0,001$), а также sIgA ($p<0,01$) по сравнению с данными контрольной группы и в среднем они равнялись 34,72 ± 1,05 мг/%, 835,70 ± 8,99 мг/% и 65,88 ± 1,77 мг/% соответственно, против 52,94 ± 1,51 мг/%, 1021,23 ± 12,74 мг/% и 87,18 ± 3,21 мг/% соответственно в контроле.

Полученные нами данные показывают, что в целом у больных общей группы с урогенитальным уреаплазмозом и хламидиозом наблюдается нарушение в системе местного иммунитета.

УРОГЕНИТАЛ УРЕАПЛАЗМОЗ ВА ХЛАМИДИОЗ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА АЗОТ ОКСИДИ МИҚДОРИ ҲОЛАТИ

АБИДОВ А.М., МАХСУДОВ М.Р.

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббиёт маркази

Сўнгги йилларда жинсий йўл орқали юқадиган инфекциялар сони ортиб бормоқда. Бу гуруҳдаги касалликлар орасида инфекцияларни иккинчи авлод турлари, жумладан урогенитал уреаплазмоз ва хламидиоз олдинги ўринларни эгаллаб келмоқда.

Кейинги йилларда яллиғланиш жараёнларининг биорегулятори азот оксидини (NO) ролини ўрганишга катта аҳамият берилмоқда. У иммунитетга, макрофаглар, нейтрофиллар фаоллигига, асаб импульсларнинг ўтказувчанлигига таъсир этади, ҳамда микробга қарши ва инфекцияга қарши фаоллигини юзага келишига сабаб бўлади. Бундан ташқари организмда азот оксидини (NO) миқдорини кўпайиши патологик жараёнларни, яъни томир ўтказувчанлигини ошиши, молекуланинг адгезив маҳсулотларини кўпайишида, сурункали яллиғланишларни ва цитотоксик ҳолатларни юзага келишига сабаб бўлади. Шу муносабати билан сурункали кечган урогенитал уреапламоз ва хламидиоз патогенезида азот оксиди ҳолатини ўрганиш дерматовенерология соҳасида долзарб муаммолардан ҳисобланади.

Шундан келиб чиққан ҳолда, текширувнинг мақсади урогенитал уреаплазмоз ва хламидиоз билан ҳасталанган беморларда азот оксиди миқдори ҳолати ўрганиш бўлди.

Шу мақсадда 45 нафар суранкали кечган уреаплазмоз ва хламидиоз этиологияли уретритли беморлар қон зардобида азот оксиди метаболитлари нитрит ва нитрат микдори ўрганилди.

Ушбу 45та беморлардан 71,1%ни (32 нафар) уреаплазмозли, 13.3%ни (6 нафар) — хламидиозли ва 15,5%ни (7 нафар) — уреапламоз ва хламидиоз биргаликда келган уретритли беморлар ташкил қилди. Назорат гуруҳини 10 нафар соғлом шахслар ташкил қилди.

Олиб борилган изланиш натижалари шуни кўрсатдики, уреаплазмоз этиологияли беморлар қон зардобида азот оксид метаболитлари назорат гуруҳига нисбатан 1,7 маротаба, хламидиозли беморларда – 1,7 маротаба ва уреаплазмоз ва хламидиоз биргаликда келган беморларда эса 1,9 маротаба ошганлигини кўрсатди.

Шундай қилиб, олинган натижалар шуни кўрсатдики, азот оксиди метаболитлари миқдори урогенитал уреапламоз ва хламидиозда назорат гуруҳи кўрсаткичларидан ошганлиги маълум бўлди. Бу ўз навбатида кейинги изланишлар учун замин яратади ва касалликнинг патогенезини ўрганиш жараёнини кенгайтиради. Бу эса урогенитал уреаплазмоз ва хламидиозларнинг асоратли кечишини олдини олиш жараёнида азот оксидини кўрсаткичларига таяниб такомиллашган даво чораларини ишлаб чиқишга имкон беради.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВЫХ МОЛЕКУЛ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ И РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ И ВИРУСНЫХ ИППП

АБИДОВ А.М., ИСАМУХАМЕДОВА Н.Р., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Республика Узбекистан, г. Ташкент

Обследовано 39 пациенток, возраст которых был от 18 до 69 лет.

При бактериоскопии у всех женщин (100 %) были обнаружены грибы рода Candida, которые в 26 (66,6 %) случаях выявлялись в ассоциации с Gardnerella vaginalis. В процессе проведенных ПЦР исследований выявлено: Ur.urealyticum как моноинфекция наблюдалась у 18 (46.1 %) пациенток, Myc.genitalium в виде моноинфекции наблюдалась у 11 (28.2 %) пациенток, Chl trachomatis в виде моноинфекции наблюдалась у 2 (5.1 %) пациенток, с ВПГ- инфекцией 1 (2.5 %) пациентка. Ur.urealyticum наблюдалась в сочетании с Myc.genitalium у 5 (12.8 %) пациенток, в сочетании с Chl.trachomatis у 1 (2.5 %) пациентки, в сочетании с Tr.vaginalis наблюдалась у 1 (2.5 %) пациентки.

Также исследован уровень оппозитных цитокиновых молекул у пациенток с осложненным и хроническим течением урогенитальных и вирусных ИППП. Были определены уровни противовоспалительных цитокинов- TNF-α и IL–8 в сыворотке крови с помощью ИФА. Результаты исследования показали, что уровень TNF-α в сыворотке крови был повышен, что в среднем составило 34,2 ± 4,1 пг/мл по сравнению с контрольной группой — 2,5 ± 1,5 пг/мл. При исследовании IL–8 у данных больных средний уровень его содержания в сыворотке составил 40,4 ± 5,0 пг/мл, что в 2 раза превышает показатели контрольной группы (18,2 ± 1,8 пг/мл).

Следовательно, частый и бесконтрольный прием антибиотиков, попытки пациентов лечиться самостоятельно, повторные заражения и непрофессиональное ведение лечения являются факторами не только формирующие устойчивость урогенитальных и вирусных ИППП к традиционной терапии, но и к изменениям иммунологической реактивности организма, что обязательно должно учитываться при лечении данной категории пациентов.

Исследования продолжаются.

NEISSERIA GONORRHOEAE НИНГ ЛАБОРАТОРИЯ ДИАГНОСТИКАСИ ТЎҒРИСИДА

АБИДОВ А.М., БОЙМУРЗАЕВ Н.И., РАЗИКОВ А.А.

РИДваВИАТМ, Тошкент ш.

Тарихий маълумотларга қараганда, Ўзбекистон Республикасида жинсий йўл орқали юқувчи инфекциялар (ЖЙОЮИ) ни аниқлаш мақсадида бактериоскопик таҳлил ишлари XX асрнинг 30–50- йилларида, 50–60-йилларда эса дерматовенерологик муассасаларда гонококк ва трихомонада инфекцияларини аниклашнинг культурал диагностикаси йўлга қўйилган.

Республикамизда 2013 йилга келиб ЖЙОЮИ ларнинг лаборатория диагностикаси 523 та даволаш профилактика муассасаларида амалга оширилади. Бу лабораторияларнинг 65 (12,4 %) таси дерматовенерологик муассасаларда, қолган 411 (78,6 %) таси эса бошқа даволаш профилактика муассасаларида фаолият юритади. Жами 523 та лабораториларнинг фақатгина 40 тасида (7,6 %) гонококк инфекциясининг культурал диагностикаси йўлга қўйилган.

Республика миқёсида ЖЙОЮИ ларни аниқлаш мақсадида 5558047 та бактериоскопик таҳлил ишлари 2527149 нафар беморларда бажарилган бўлиб, 4725 та (аниқланиш коэфиценти 0,19) N.gonorrhoeae ва 20275 та Tr.vaginalis (аниқланиш коэфиценти 0,8) аниқланган. Шунингдек, 55865 нафар беморларда 102794 та культурал анализ ишлари олиб борилган ва уларнинг 1404 тасида (аниқланиш коэфиценти 2,5) гонококк инфекцияси соф культураси ажратиб олинган.

Дарҳақиқат, гонококк инфекциясининг культурал диагностикаси қуйидаги ҳолатларда амалга оширилиши талаб қилинади: клинико-анамнестик маълумотлар асосида; болалар сўзаги (дети до 16 лет); ёши катта аёлларда сўзакка шубҳа қилинганда; сўзакнинг экстрагенитал формларида (орофарингиал, аноректал, офтальмобленория); бактериоскопик таҳлилдаги лейкоцитлар сони ортганда (эркакларда 18–20 та, аёлларда 25–30 тадан ортик); микстинфекцияларда; бемор билан контактда бўлганларни ҳамда ҳомиладор аёлларни текширишда; гонококкнинг L формасига шубҳа қилинганда; касалликка қарши даво муолажаларини самарадорлигини аниқлаш

мақсадида; гонококкларни антибактериал препаратларга сезувчанлигини ўрганишда.

Бизга маълумки, ЖЙОЮИ ларнинг культурал диагностикасини янада ривожлантириш асосий максадларимиздан биридир. Юқоридаги фикрларни инобатга олиб, вилоят ТТД лари Вилоят Соғлиқни Сақлаш Бошқармалари билан биргаликда жойлардаги бактериологик лабораторияларда сўзак кўзғатувчисини аниқлаш учун культурал текширишларини янада кенгайтириш ва такомиллаштириш масалаларига ечим топишлари лозим. Бу борадаги тадбирларнинг дастлабкиси культурал диагностикани кенг кўламда тадбиқ қилиш, қўлланиладиган озиқ муҳитлар сифат даражасини доимий назоратда ушлаш ва лаборатория ходимлари малакасини ўз вақтида ошириб борилишини таъминлашдан иборатдир.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

АБИДОВ А.М., ХАЛИДОВА Х.Р., ИБРАГИМОВА Г.Р.

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

Введение. Этиологическая роль уреамикоплазменной инфекции в патологии человека однозначно не определена. Являясь представителями семейства Mycoplasmatacea, класса Mollicutes, уреамикоплазменная инфекция часто колонизирует мочеполовые пути у клинически здоровых лиц, формируя длительное носительство. Другим вариантом взаимоотношений может быть возникновение острого и хронического инфекционного заболевания, проявляющегося у женщин в виде уретрита, вагинита, цистита, сальпингита (сальпингоофорита), эндометрита, у мужчин — уретрита, простатита, цистита, орхоэпидидимита. Особую актуальность вызывает уреамикоплазменная инфекция в связи с формированием мужского и женского бесплодия, а также патологии беременности и плода. Среди лабораторных методов микроскопия уреамикоплазм затруднена в связи с тем, что они граммотрицательны, маловосприимчивы к большинству красителей, малы по размерам и полиморфны. Культивирование уреамикоплазм также сложно, так как для них требуется особая питательная среда. Поэтому одним из важных методов диагностики уреамикоплазм является метод амплификации нуклеиновых кислот (МАНК), к которому относится ПЦР.

Целью настоящего исследования явилось определение взаимосвязи между частотой выявления уреамикоплазм и формированием патологических процессов в мочеполовой системе женщин.

Материал и методы. Обследованы 27 пациенток, в возрасте от 16 до 56 лет с давностью заболевания до 2 месяцев 3 пациенток (11,1%), свыше 2 месяцев 9 пациенток (33,3%), свыше 1 года 15 человек (55,6%). Пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа 18 (66,7%) человек с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, 2 группа — 9 (33,3%) пациенток с неотягощенным. Предварительный анализ данных показал цервицит — у 5, хронический сальпингоофорит — у 7, первичное бесплодие у 5, вторичное — у 2, неразвивающаяся беременность у 6, спонтанный аборт у 2. Идентификация возбудителей осуществлялась с использованием метода ПЦР.

Результаты. Как показали исследования Ur.urealyticum как моноинфекция наблюдалась у 18 (66,7%) пациентов, Myc.genitalium в виде моноинфекции — у 3 (11,1%), Chl.trachomatis в виде моноинфекции — у 3 (11,1%) пациентов. Ur.urealyticum в сочетании с Myc.genitalium была выявлена у 1 (3,7%) пациентки, в сочетании с Chl.trachomatis у 5 (18,5%).

В группе больных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом моноинфекция, вызванная U. urealiticum, диагностирована у 12 (66,7%) женщин, микст-инфекция — у 6 (33,3%). При бесплодии U. urealiticum была выявлена у 4 (22,2%). Myc.genitalium в 1 группе больных обнаружена у 2 (11,1%).

Выводы. Полученные данные представляют теоретический и практический интерес. Представленные результаты о возможном участии уреамикоплазм в возникновении патологических процессов в органах малого таза свидетельствует о полиморфизме уреамикоплазм в плане патогенности. Получена взаимосвязь между формированием отягощённого акушерско-гинекологического анамнеза у женщин и обнаружением в половых путях уреамикоплазм, обследование на которые должно проводиться всем лицам с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта. В связи с тем, что уреамикоплазмоз в большинстве случаев протекает хронически или в латентной форме без клинических проявлений и субъективных ощущений, выявление и лечение остается одним из методов успешной борьбы с урогенитальным микоплазмозом.

БЫСТРЫЙ ТЕСТ НА СИФИЛИС ИХА-АНТИ-ТП.

АБИШАЛА В.А., АБИДОВ А.М., ЮЛДАШЕВ К.А., ХАЛИДОВА Х.Р., ХОДЖАЕВ И.Х.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Создание современных усовершенствованных и стандартизированных методов лабораторного анализа оптимизировало серологическую диагностику сифилиса. Одним из них является иммунохроматографический метод (ИХА- анти-ТП тест), предназначен для быстрого определения наличия антител к Трепанема Паллидум (ТП) в сыворотке (плазме) или цельной крови человека. ИХА-анти-ТП является трепонемным тестом с сопоставимой чувствительностью и специфичностью с традиционными трепонемными тестами как РИФ, РИБТ. Преимуществом этого метода является высокая чувствительность, быстрота получения результата, стандартизация и простота исполнения, не требующая дополнительной аппаратуры и ингредиентов.

Нами были проведены исследования сыворотки крови по определению чувствительности и специфичности при помощи одношагового теста на антитела Трепонема Паллидум «ADVANCED QUALITY ONE STEP Anti-TP» производства Китай.

Принцип метода заключается в следующем: тест использует «метод сэндвич» двойного антигена для определения антител к сифилису в сыворотке крови человека. Рекомбинантный антиген сифилиса (TP Ag 2) был иммобилизован в зоне группы теста, и антитела сифилиса в зоне группы контроля нитроцеллюлозной мембраны. Другой антиген сифилиса (TP Ag 1), образовав связку с частицами коллоидного золота, высушивается на конъюгатной лунке. Во время анализа образец вступает в реакцию с окрашенным конъюгатом (антиген-конъюгат коллоидного золота); затем смесь перемещается хромотографически по мембране капиллярным действием. Если образец содержит антитела к сифилису, рекомбинантный антиген, иммобилизованный на мембране, захватывает связку антитела-антиген-конъюгата коллоидного золота и формирует окрашенную группу на мембране, указывая позитивный результат. Отсутствие группы теста указывает на негативный результат. В качестве контроля процедуры, окрашенная группа в контрольной зоне тестирования.

Проведение анализа чрезвычайно просто, необходимо распределить 100 мкл (3 капли) анализируемого образца сыворотки в лунку для образца на кассете, используя пластиковую пипетку и интерпретируя результаты теста в течение 15 минут.

Нами были исследованы 513 образцов сывороток крови. Из них были получены 10 позитивных результатов, что составило – 1,95 % от всех обследованных. При проведении клинического обследования дерматовенерологом и углубленной лабораторной верификации (дообследования) положительных результатов скрининг (ИХА- анти-ТП тест) исследований на сифилис, в традиционных трепонемных реакциях полного комплекса серологических реакций (КСР + РИФ + РИБТ) у 6 (1,17 %) пациентов, поставлен диагноз ранний сифилис скрытый — 4, у одного — первичный сифилис и один состоял на серологическом контроле. У двоих (0,39 %) при тщательном обследовании диагноз сифилис не подтвердился, еще двое остались недообследованны.

Таким образом, тест ИХА-анти-ТП обладает высокой чувствительностью и сопоставимой специфичностью с РИФ и РИБТ. При получении положительного результата при скрининговых исследованиях ИХА-анти-ТР необходимо провести клиническое обследование и лабораторную верификацию в традиционных трепонемных реакциях или ИФА, РПГА тестах. При диагностике скрытых форм сифилиса целесообразна постановка двух специфических тестов одновременно.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ПРИ МАНИФЕСТНЫХ ФОРМАХ РАННЕГО СИФИЛИСА

АКБАРОВ Ш.Ф., БЕКМУРАТОВА Э.И., ДЖУРАБАЕВ Э.Ю., МИРЗАЕВ А.А., МАЛИКОВ К.З.

Ташкентский областной КВД, Ташкентская медицинская академия

В 2010–2013 гг в Ташкентской области сохранялись стабильные показатели заболеваемости сифилисом, удельный вес первичного и вторичного сифилиса в среднем составил 18,32 %. Манифестные формы раннего сифилиса характеризовались значительным разнообразием клинических симптомов. Участились случаи множественных шанкров, пустулезных сифилидов и других редких форм, ставших «раритетными».

Обследовано 60 больных первичным и 179 больных вторичным сифилисом. У 36 больных первичным сифилисом были язвенные шанкры,

множественные и осложненные — у 19 больных. Наиболее выраженный полиморфизм наблюдался при 2 свежем сифилисе. «Остатки твердого шанкра», наблюдались у 15% больных, полиаденит у 55%, пятнистый сифилид — у 64%. В большинстве случаев отмечалась папуло-розеолезная сыпь, мономорфные папулезные сифилиды были лишь у 26% пациентов. Папулы на туловище встречались в 20%, на ладонях, подошвах – 12%, в аногенитальной области 7%, гипертрофические папулы были у 9%. При 2 рецидивном сифилисе наблюдались преимущественно папулы (51%), из них роговые были у 41–43%, в аногенитальной области –у 48%, гипертрофические -у 18%. Папулезная ангина была у 39%, папулы языка, губ, десен 12%, заеды – 8%, поражение гортани — у 7–9%. Участились случаи лейкодермы 6,25%, алопеции –9%, пустулезные (герпетиформные, папуло-везикулезные, эктиматозные) сифилиды были у 1 пациентки с ВИЧ-инфекцией. Несмотря на снижение доли ранних форм сифилиса в клинической картине сохраняются классические полиморфные высыпания, обусловленные неоднородной антигенной структурой токсина бледной трепонемы и особенностями иммунологической реактивности организма.

ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С ХЛАМИДИЙНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

АЛИМОВ Б.Д.

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница Мз РУз, г. Ташкент

Из числа новорожденных, родившихся от матерей с хламидийной и/или микоплазменной инфекцией (118 младенцев) инфицирование Ch.trachomatis и Myc. genitalium было установлено у 4-х умерших перинатально и 72 живорожденных, составивших основную группу наблюдения. Диагностика Ch.trachomatis и Myc. genitalium у новорожденных осуществлялась методом ПЦР и ИФА крови. Все дети имели те или иные признаки внутриутробного инфицирования, в связи с чем, к комплексу проводимых реабилитационных (в т.ч. реанимационных мероприятий) были добавлены препараты азитромицин (суспензия) и виферон (ректальные суппозитории по 150 000ЕД). Курсовая доза азитромицина составила 30мг/кг. При 3-дневном курсе она была разделена на 3 приема, а при 5-дневном — ребенок получал в 1-й день 10мг/кг и в последующие 4 дня по 5 мг/кг за 1–1,5 ч до кормления. На фоне антибактериальной терапии назначался Виферон, суппозитории по 150 000ЕД, они устанавливались интраректально 2 раза в сутки в течение 5 дней. Всего проводилось 2 курса с 5-тидневным перерывом. При необходимости проводилась симптоматическая терапия. Для коррекции имеющегося и профилактики возможного дисбактериоза применялись хилак по 30 капель 3 раза в день до еды/кормления – 10 дней или бифидумбактерин по 3дозы 3 раза в день и нистатин по 400000 ЕД в сутки.

Клинический эффект наблюдался на 2–3-й день лечения у всех детей независимо от кратности кормлений. Он выражался в улучшении общего состояния ребенка, прежде всего за счет нормализации функций ЦНС. Появлялся сосательный рефлекс или возрастала активность сосания, начиналась прибавка массы тела, снижалась температура. При пневмонии физикальные изменения в легких исчезали к 3–4-му дню приема азитромицина. К этому времени состояние всех детей расценивалось как удовлетворительное. Новорожденные хорошо переносили препарат, срыгиваний и явлений дисбактериоза не было. Персистенция хламидий и микоплазм после лечения на 1-м году жизни была выявлена у 7 (9,7%) новорожденных. Анализ показал, что это были дети, получавшие в связи с тяжестью состояния с первых дней жизни в течение 5–7 дней ампициллин, который был у них заменен азитромицином после обнаружения хламидий и микоплазм. Клинические наблюдения коррелировали с данными нейросонографии, где в контрольном исследовании при острой гипоксии положительная динамика отмечена у 72,2% новорожденных. У остальных детей динамика негативации клинических симптомов коррелировала с отрицательным ПЦР-анализом на присутствие хламидий и микоуреаплазм и со снижением титров специфических иммуноглобулинов класса М.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ И ТРИХОМОНИАЗОМ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

АШУЕВА З.И., ЕШИМОВ А.Е., БАЕВ А.И.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

За период 2002–2012 гг. динамика заболеваемости урогенитальным хламидиозом характеризовалась тенденцией к снижению. Пик заболеваемости урогенитальным хламидиозом на указанном временном промежутке приходился на 2002 год и составил 49,7 на 100 тыс. населения, для заболеваемости урогенитальным трихомониазом, пик заболеваемости приходился на 2004 год и составил 235,1 на 100 тыс. населения. В 2012 году уровни заболеваемости указанными половыми инфекциями составили 24,3 (хламидиоз) и 70,5 (трихомониаз) на 100 тыс. населения, соответственно.

Таким образом, в Республике Казахстан в целом на протяжении более чем 20-летнего периода времени отмечается благоприятная тенденция снижения заболеваемости указанными половыми инфекциями.

ВНУТРИОЧАГОВАЯ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИЯ ГИГАНТСКОЙ КОНДИЛОМЫ БУШКЕ-ЛЕВЕНШТЕЙНА

БАГРАМОВА Г.Э[1]., ГУРЕЕВА М.А[1]., МОЛОЧКОВ А.В[3]., ОБЫДЕНОВА К.В[1]., ГИЛЯДОВ А.Д[2].

[1]Кафедра дерматовенерологии ФПКМР РУДН
[2]Московский научно-практический центр дерматологии и венерологии департамента здравоохранения г.Москва
[3]Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

Вирус папилломы человека (ВПЧ) является инфекционным агентом, около 35 типов которого вызывают поражения покровного эпителия и слизистых оболочек.

ВПЧ инфицирует пролиферирующие эпителиальные клетки базального слоя эпителия и отличается высоким тропизмом именно к этому типу клеток. Инфицирование эпидермиса происходит через микроповреждения (механические, бактериальные и др.), когда глубина их достигает базального слоя эпидермиса. Достаточно единичных вирусных частиц, чтобы вызвать инфекционный процесс.

Иммунный ответ хозяина играет важную роль в предотвращении клинической манифестации ВПЧ-инфекции. ВПЧ вызывает как гуморальный, так и клеточный типы иммунного ответа. Клеточный иммунитет, особенно Т-клеточная система, играет основную роль как в персистенции, так и спонтанном регрессе поражений, который может наступить через 6–8 мес. после инфицирования. Это подтверждается данными о более высокой частоте ВПЧ-ассоциированных заболеваний у реципиентов трансплантата внутренних органов /1/ и ВИЧ-инфицированных /2/, сведениями о нарушении Т-клеточного иммунитета у больных с бородавками /3/, в частности о снижении количества клеток Лангерганса в очагах цервикальной интраэпителиальной неоплазии и большом количестве в инфильтрате регрессирующих генитальных бородавок CD_{4+} и CD_{8+} Т-лимфоцитов /4/. Кроме того, получены данные о предотвращении ВПЧ-инфицирования экспериментальных животных и блокировании развития у них опухолевого процесса после иммунизации неструктурными белками ВПЧ (Е6 и Е7) /5/.

Учитывая важнейшую роль факторов иммунологической толерантности в развитии клинической манифестации папилломавирусной инфекции, нами проведена попытка включения в комплексную терапию 3 пациентов с гигантской кондиломой Бушке-Левенштейна внутриочагового введения препарата интерферона альфа, в сочетании с ректальными суппозиториями препарата интерферона альфа.

Для лечения использовали препарат рекомбинантного интерферона-альфа2в Интрон А. Препарат вводили через день внутриочагово (на границе здоровой кожи и очага поражения, вкол — внутрикожный или подкожный) в дозе 2 млн МЕ, курсовая доза – 40 млн МЕ. Учитывая многоочаговый характер патологического процесса дозу препарата вводили под 2–3 очага, последующие инъекции выполняли под разные очаги. Во время курса терапии пациенты ежедневно получали также ректальные суппозитории рекомбинантного интерферона альфа «Виферон» по 3 млн МЕ.

Переносимость интерферонотерапии была удовлетворительной, хотя через 3–4 часа после первых трех инъекций Интрона А больные отмечали повышение температуры тела. Повышенная

температура тела держалась 3–5 часов, после чего отмечалось ее снижение до нормальных показателей. С каждой последующей инъекцией температура повышалась в меньшей степени. Для купирования побочных явлений (снижения температуры тела, устранения мышечной и головной боли) больным назначали парацетамол (0,5–1 г. per os).

После завершения инъекционного курса терапии отмечалось уплощение и уменьшение в размере всех элементов. При контрольном осмотре через один месяц, на фоне продолжающегося применения виферона по 3 млн/сут констатирован значительный регресс элементов у всех трех пациентов. Отдаленные результаты в настоящее время еще не проанализированы, наблюдения продолжаются, планируется повторный курс внутриочаговой интерферонотерапии.

Полученные нами данные свидетельствует о высокой эффективности внутриочаговой интерферонотерапии в сочетании с ректальными суппозиториями виферон клинических проявлений папилломавирусной инфекции, а также позволяет рассматривать метод внутриочаговой интерферонотерапии в качестве метода резерва при неэффективности комплексной терапии с использованием системных иммунокоррегирующих средств и методов локальной деструкции, а также в случаях клинических проявлений папилломавирусной инфекции кожи и слизистых оболочек с признаками инвазивного роста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Halpert R., Fruchter R.G., Aedlis A. et al. Human papillomavirus and lower genital tract neoplasia in renal transplant patients //Obstet. Gynecol.–1986.–Vol.68.–P.251–258
2. Schafer A., Friedmann W., Mieike M. et al. The increased freouency of cervical dysplasia–neoplasia in women infected with the human immunodificiency virus is related to the degree of immunosuppression //Am. J.Obstet. Gynecol.–1991.–Vol.164.–P.593–599
3. KienzlerJ., Lemoine M., Orth G. et al. Humoral and cell–mediated immunity to human papillomavirus type I (HPV–I) in human warts // Br.J.Dermatol.–1983.–Vol.108.–P.665–666
4. Tagami H. Regression phenomenon of numerous Hat wars — An experiment on the nature of tumor immunity in man // Int. J.Dermatol.–1983.–Vol. 22.–P.570–571
5. Brandsma JL. Animal models for HPV vaccine development // Papillomavirus Rep.– 1994.–Vol.–5.–P.105–111

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

БЕРЕЗОВСКАЯ И.С., ЕШИМОВ А.Е., БАЕВ А.И.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

10–15-летняя динамика заболеваемости гонореей в РК характеризовалась сменой этапов подъема и, соответственно, спада, следовавших один за другим. Пик заболеваемости приходился на начало 90-х годов и составил 125,9 на 100 тыс. населения в 1995году. Последний подъем заболеваемости зарегистрирован в 2004 году, средний уровень заболеваемости составил 76,2 на 100 тыс. населения. Средний уровень заболеваемости гонореей на протяжении указанного периода времени среди горожан составил 106,0 на 100 тыс. городского населения против 97,6 на 100 тыс. общего населения и 26,0 на 100 тыс. сельского населения. В разрезе областей РК в 2012 году самые высокие показатели заболеваемости гонореей, превышающие аналогичный общереспубликанский показатель, были зарегистрированы в ВКО (71,8 на 100 тыс. населения), Павлодарской (101,3) и Акмолинской (43,0) областях, а самые низкие — зафиксированы в Алматинской (12,8), Карагандинской (9,8) областях и г. Алматы (10,1).

Для динамики заболеваемости гонореей среди беременных женщин в целом за период 2005 – 2012 гг. была характерна тенденция снижения. Если в точке отсчета уровень заболеваемости сифилисом среди беременных составил 10,7 на 100 тыс. женщин фертильного возраста, то к 2012 году он составил 3,0.

Таким образом, в Республике Казахстан в целом на протяжении более чем 20-летнего периода времени отмечается благоприятная тенденция снижения заболеваемости гонореей.

UREAPLASMA UREALYTICUM ИНФЕКЦИЯСИНИНГ АНИҚЛАНИШ ДАРАЖАСИ

БОЙМУРЗАЕВ Н.И., ЭШБОЕВ Э.Х.

РИДваВИАТМ, Тошкент ш.

Республика Ихтисослаштирилган Дерматология ва Венерология илмий амалий тиббиёт марказига 2013 йил мобайнида 1426 нафар беморларда Ureaplasma urealyticum инфекциясини аниқлаш мақсадида бактериологик таҳлил ишлари бажарилган. Ureaplasma urealyticum инфекциясини аниқлаш учун РИДваВИАТМ ходимлари (муаллифлар Эшбоев Э.Х., Давурова А.М.) томонидан ихтиро этилган ЭД–1 озиқ муҳитидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижаларига кўра, 1426 нафар беморларнинг 198 нафарида Ur.urealyticum инфекцияси аниқланиши кузатилди. Ушбу Ur.urealyticum инфекциясининг аниқланиш даражаси 14,0 % га тенг бўлди.

Статистик маълумотларга қараганда, Республика бўйича уреаплазма инфекциясининг аниқланиш даражаси 5,2 % га тенг бўлган. Вилоятлар кесимида кўрадиган бўлсак, баъзи вилоятларда бу кўрсаткичларнинг жуда юқорилигини, ёки уларнинг кескин камайганлигини гувоҳи бўламиз. Масалан, Ur.urealyticum нинг аниқланиш даражаси Қашқадарё вилоятида 54,3 %, Бухоро вилоятида 19,6 %, Самарқанд вилоятида 37,2 % гача аниқланган бўлса, Сирдарё вилоятида 1,1 %, Қорақалпоғистон Республикасида 6,6 % топилган, холос. Сурхондарё вилоятида ҳаммаси бўлиб бор йўғи 50 нафар беморда, Тошкент вилоятида эса 131 нафар беморда Ur.urealyticum га текширилган. Жиззах, Навоий, Хоразм вилоятларида эса Ur.urealyticum нинг лаборатория диагностикаси амалиётга тадбиқ этилмаган.

Шундай қилиб, вилоятларда уреамикоплазмалар культурал диагностикасининг сифат даражасини янада ошириш лозим. Бунинг учун энг аввало уреамикоплазмалардиагностикасининг культурал усулидан фойдаланиш, шу соҳада фаолият юритаётган лаборатория ходимларининг мавзу асосида ўз вақтида малакасини ошириш, тайёрланаётган озиқ муҳитлар сифат даражасини доимий назорат қилиб бориш, беморларни текширишга тўғри тайёрлаш талаб қилинади.

MYCOPLASMA SPP. И CHLAMYDIA TRACHOMATIS КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ КИНЕТИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ СПЕРМАТОЗОИДОВ

ГИЗИНГЕР О.А., ЛЕТЯЕВА О.И., ФРАНЦЕВА О.В.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г.Челябинск

Одной из волнующей и широко обсуждаемых проблем современной медицины является состояние демографической структуры в мире. Мужское бесплодие, вызванное двигательными нарушениями сперматозоидов, как следствие воспалительного процесса урогенитального тракта под воздействием таких микроорганизмов, как Mycoplasma spp. и Chlamydia trachomatis, имеет большую значимость в ингибировании процесса пенетрации сперматозоидов в яйцеклетку. Данный факт привлекает внимание, как медицинских работников, так и экономических аналитиков всего мира. Цель нашего исследования состояла в оценке двигательных дисфункций сперматозоидов при наличии в урогенитальном тракте Mycoplasma spp. и Chlamydia trachomatis. Для достижения цели было проведено проспективное краткосрочное открытое исследование 70 мужчин в возрасте от 22 до 47 лет, обратившихся на консультацию в КДЦ Южно-Уральского государственного медицинского университета в период с 2011 по 2013 годы, у которых была проведена качественная и количественная оценка активности сперматозоидов (с их подсчетом в камере Горяева). Для обнаружения воспалительного процесса в урогенитальном тракте проводился подсчет лейкоцитов в эякуляте. Материалом для исследования служил эякулят, собранный по всем требованиям преаналитического лабораторного этапа на базе КДЦ ЮУГМУ. В зависимости от выявленного возбудителя методом ПЦР, обследованные пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа — здоровые пациенты в возрасте 37 ± 9,5, 2 группа — пациенты с Chlamydia trachomatis в возрасте 30 ± 7,5, 3 группа — пациенты с Mycoplasma spp. в возрасте 34 ± 5,8. При изучении физико-химических свойств эякулята у 1 группы pH составил 7,6, 2 группы — 5,9, 3 группы — 6,7. У пациентов 1 группы вязкость эякулята составила 0 см, 2 группы — 4,2 см, 3 группы — 3,5 см. Объем эякулята у пациентов 1 группы составил 5 мл, 2 группы — 1,7 мл, 3 группы — 2,1 мл. При исследовании эякулята после получения был выявлен нормокинезис у пациентов 1 группы — 26,8 %, 2 группы — 15,4 %, 3 группы — 17,5 %; гипокинезис у пациентов 1 группы — 19,5 %, 2 группы — 14,5 %, 3 группы — 12,6 %; акинезис у пациентов 1 группы — 53,7 %, 2 группы — 70,1 %, 3

группы — 69,9 %. При подсчете лимфоцитов в эякуляте 1 группы было выявлено 1 млн/мл, 2 группы — 4 млн/мл, 3 группы — 3 млн/мл. Таким образом, у пациентов с Mycoplasma spp. и Chlamydia trachomatis наблюдается снижение двигательной активности сперматозоидов, снижение физико-химических свойств и увеличение количества лейкоцитов в эякуляте.

УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ И ГРИБЫ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ГЕНИТАЛИЙ

ДЖУСУПГАЛИЕВА М.Х., ИСЕНОВА С.Ш., ТОНКОНОГОВА Н.В.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

Проблема воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) на протяжении последних лет не теряет своей актуальности и несмотря на существенные достижения в изучении этиологии, патогенеза и терапии, продолжают занимать ведущее место в структуре гинеколо-гических заболеваний. Основными возбудителями воспалительных него-нококковых заболеваний у женщин являются C.trachomatis, T.vaginalis, условно-патогенные микроорганизмы (M.hominis и Ur.urealyticum) и условно-патогенные грибы рода Candida.

С целью изучения частоты развития кандидозной и микоплазменной инфекций среди больных с различными воспалительными процессами гениталий проведено бактериологическое исследование у 13 женщин, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении Республиканского Научно-Исследовательского Центра Охраны Здоровья Матери и Ребенка (РНИЦОЗМР). Возраст обследуемых находился в пределах от 21 до 45 лет.

Лабораторное обследование установило у более половины (69,2 %) обследованных вышеуказанные микроорганизмы. В подавляющем большинстве были выделены дрожжеподобные грибы рода Candida — 66,7 %, M.hominis — у 22,2 % женщин, Ur.urealyticum — у 11,1 %. Выделенные микроорганизмы во всех случаях находились в моно-инфекции. Следует отметить обнаружение микоплазм у женщин с поражением верхних отделов гениталий (аднексит, эндометрит, пельвиоперитонит), что подтверждает необходимость обязательного обследования лиц фертильного возраста на микоплазменную инфекцию.

КАНДИДОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЖЕНЩИН

ДЖУСУПГАЛИЕВА М.Х., ТОНКОНОГОВА Н.В.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

Проведено клинико-лабораторное исследование у 68 женщин, обратившихся в женские консультации с жалобами на выделения из влагалища. Средний возраст составил 23,5 ± 0,8 лет.

У 42,6 ± 5,9 % обследованных выявлена кандидозная инфекция, причем у подавляющего числа установлена смешанная инфекция (65,5 % против 34,5 % в моно-инфекции). У 42,1 ± 9,2 % женщин выявлена кандидозно-трихомонадная инфекция, у 26,3 ± 8,2 % кандидозно-трихомонадно-уреаплазменная и у 21,0 ± 7,6 % кандидозно-микоплазменная (в 3-х случаях уреаплазменная, в 1 — M. hominis-инфекция). По 5,3 ± 4,2 % отмечены кандидозно-гарднереллезная и кандидозно-гарднереллезно-трихомонадная инфекции.

У 65,5 ± 8,8 % женщин с кандидозом на момент обследования были выявлены явления кольпита, у 34,5 ± 8,8 % — явления аднексита.

Изучение акушерско-гинекологического анамнеза позволило констатировать у 82,7 ± 7,0 % обследованных женщин патологию со стороны придатков матки, в частности, в 75,9 ± 7,9 % установлена эрозия шейки матки, по 3,4 ± 3,3 % — миома матки и неблагоприятные исходы беременности.

Сопутствующие заболевания в 62,1 ± 9,0 % случаев представлены заболеваниями мочевыделительной системы, в 44,8 ± 9,2 % и 27,6 ± 8,3 % — заболеваниями желудочно-кишечного тракта и органов дыхания.

Проведенное исследование позволило сделать вывод о высокой частоте кандидозной инфекции у женщин. Наиболее чаще наблюдалось выявление кандидозно-трихомонадной и кандидозно-микоплазменной инфекций, в большинстве случаев протекающих на фоне сопутствующей патологии.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В КАЗАХСТАНЕ

ДОРОФЕЕВА И.Ш., ЕШИМОВ А.Е., БАЕВ А.И.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

Уровень заболеваемости сифилисом в 2012 году в РК составил 36,6 на 100 тыс. населения, превышая аналогичный общереспубликанский показатель 1991 года, в среднем, в 17,4 раз. Пик заболеваемости сифилисом приходился на 1997 г. и составил 258,5 на 100 тыс. населения. Средний уровень заболеваемости сифилисом среди городского населения (144,0 на 100 тыс. населения) в динамике за 18 лет почти в 2,2 раза выше идентичного сельского показателя (66,9). Первый резкий подъем заболеваемости врожденным сифилисом отмечался с 1991 года по 1999 г. (до 335 случаев в 1999 году — пик заболеваемости), второй существенно ($p<0,05$) менее выраженный — с 2001 года по 2009 год (до 30 случаев в 2009 году). За последние 9 лет показатели заболеваемости детским сифилисом в стране снизились с 86 (2,3 на 100 тыс. детского населения) в 2004 году, до 22 (0,5 на 100 тыс. детского населения) случаев в 2012 году. Заболеваемость сифилисом среди подростков в 2012 году составила 68 случаев (9,0 на 100 тыс. соответствующего населения). В структуре сифилиса преобладает сифилис скрытый ранний — его удельный вес составил более 60,0 %.

Таким образом, в Республике Казахстан в целом на протяжении более чем 20-летнего периода времени отмечается благоприятная тенденция снижения заболеваемости сифилисом.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СФЕРЫ ХЛАМИДИЙНОЙ ЭТИОЛОГИИ

ИВАНОВ С.В.

Национальный медицинский университет имени О.О.Богомольца (г. Киев, Украина)

Воспалительные процессы мочеполовой сферы, обусловленные инфекционными факторами, составляют значительную часть дерматовенерологической патологии. Выявление заболеваний, передающихся половым путем, в частности хламидиоза, ежегодно возрастает. На Украине отмечается резкий подъем показателей заболеваемости и хламидийной инфекцией поражены более 10 % молодых сексуально активных людей. Лечение урогенитальных инфекций, учитывая современные особенности их течения, представляет значительные трудности. Наибольшее значение в этиотропной терапии урогенитальной хламидийной инфекции имеют антибиотики тетрациклинового ряда, а также макролиды и фторхинолоны.

Цель и задача исследования. Подобрать оптимальный препарат и схему лечения больных с воспалительными процессами мочеполовой сферы хламидийного происхождения с позиций доказательной медицины.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 51 больной (мужчин 27, женщин 24) с урогенитальным хламидиозом в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 31 ± 1,5 г.). Давность заболевания составляла от 3 месяцев до 8 лет. При обследовании учитывали жалобы больных или их отсутствие (выявлены по результатам конфронтации), в анамнезе — характер протекания заболевания, частота обострений, серьезные соматические болезни. Все пациенты были комплексно обследованы лабораторно перед началом специфического лечения, а также после него и в процессе диспансерного наблюдения. Идентификация возбудителей проводилась согласно пособия для врачей-лаборантов «Унификация лабораторных методов обследования» с помощью микробиологических, бактериологических и ПЦР методов. С целью уточнения локализации, особенностей и характера морфо-функциональных патологических изменений, а также наличия возможных осложнений мужчинам проводили: сухую уретроскопию, трансректальное пальцевое и ультразвуковое исследование предстательной железы, семенных пузырьков, мочевого пузыря и почек; женщинам — ультразвуковое исследование органов малого таза и мочевыводной системы, а также расширенную кольпоскопию. После подтверждения хламидийной инфекции все больные прошли общеклинические лабораторные исследования — общий анализ крови и мочи; биохимические исследования крови — определение уровня общего и прямого билирубина, количество щелочной фосфатазы, тимоловая проба, печеночных трансаминаз, а также креатинина и мочевины.

Результаты и их обсуждение. На основании результатов комплексного обследования у 8 больных был диагностирован уретрит, у 11 — простатит, у 7 — простатовезикулит, у 12 — эндоцер-

вицит, у 9 — аднексит, у 4 — латентная форма. Среди пациентов острый характер процесса отмечено у 2 (3,9%), подострый — у 39 (76,5%), торпидный — у 6 (11,7%), асимптомный — у 4 (7,9%). Среди основных признаков болезни у обследованных больных наблюдался алгичный синдром (зуд и жжение в уретре и на слизистых оболочках внешних половых органов, чувство боли и тяжести внизу живота), дизурические явления и постоянные или периодические выделения из половых органов слизистого и слизисто-гнойного характера. Мы назначали доксициклина моногидрат в суточной дозе 0,2–0,3 г (в зависимости от массы тела, первый прием 0,2 г) на протяжении 7–14 дней при неосложненных уретритах и цервицитах. В случаях осложненных форм, наличия простатовезикулитов и сальпингоофоритов срок приема увеличивался до 15–20 дней. При наличии трихомонадной инфекции, учитывая возможную TANK-функцию этих простейших, сначала проводилась элиминация паразитов с помощью общепринятых методов. Для повышения эффективности лечения, особенно хронических форм урогенитального хламидиоза, в схему комплексной терапии включали иммуномодуляторы, препараты интерферона, стимуляторы неспецифической реактивности организма, ферменты, поливитамины и пробиотики по общепринятым методикам.

Выводы. Установлено, что микробиологическая и клиническая эффективность применения доксициклина моногидрата достигала 92,7% и 87,8% соответственно при биодоступности 95%. Динамический анализ проведенных общеклинических и биохимических показателей у обследованных пациентов указывал на отсутствие токсического влияния этого препарата даже при 2–3-хнедельном применении в среднетерапевтических дозах.

ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИЧ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ИЗВЕКОВА О.В.

РСНПМЦ ДиВ

Согласно классификации 1993 г., предложенной CDC (Центр по контролю за заболеваниями, США) ВИЧ/СПИД делится на стадии, основываясь на двух характерных величинах: число CD4-лимфоцитов и клинических проявлениях.

Важное значение в диагностике ВИЧ/СПИД имеют дерматологические проявления, так как на раннем этапе они свидетельствуют о иммунодепрессии, а также являются индикаторами СПИД. Восемь из четырнадцати определений стадий инфекции — это патологические изменения кожи, видимых слизистых или лимфатических узлов. Кроме того, существует проявления заболеваний кожи и видимых слизистых, не отнесенных к поздним стадиям, либо манифестирующих в бессимптомную стадию ВИЧ-инфекции.

Отдельно необходимо отметить заболевания, вызванные ИППП. Учитывая общность путей передачи, а также то, наличие этих заболеваний может увеличивать риск передачи как ВИЧ, так ИППП. Например, сифилитический шанкр и другие эрозивные высыпания способствуют заражению ВИЧ-инфекцией. В свою очередь, ВИЧ может стимулировать реактивацию латентного сифилиса, развитие нейросифилиса, а также содействовать тяжелому течению других форм сифилиса.

Таким образом, квалифицированная дерматологическая консультация — это значимый фактор в ранней диагностике ВИЧ-инфекции, так как ее отсутствие может увеличивать распространение ВИЧ и риск развития СПИД. И естественно, что при проведении дерматологической консультации в большей степени, чем при консультациях других специалистов, закономерно проведение так называемого медицинского освидетельствования на ВИЧ, инициированного со стороны медицинских работников. Естественно, что такое тестирование проводится после до тестового консультирования и на добровольной основе.

Нами проанализированы результаты обследования на ВИЧ больных получающих амбулаторное и стационарное лечение в РСНПМЦ ДиВ за период 2010–2013 гг. Алгоритм обследования был представлен первичным скрининговым исследованием на антитела методом иммуноферментного анализа с подтверждением на втором этапе положительных результатов в референс — лаборатории методом иммуноблота.

Всего за этот период было обследовано 46 832 человека, в том числе 4 289 — прошли обследованием анонимно и конфиденциально. В последнем случае дообследование проводилось после раскодирования и повторного обследования. Таким образом, для обследовавшихся на анонимной основе, результаты исследования были только так называемые «первично — позитивные», без подтверждения в иммуноблоте. В данной группе больных удельный вес первично — позитивных результатов составил в среднем 7,1%, с динамикой в разные годы от 4,7% до 9,2%. В группе обследованных больных с различными дерматозами и больных с ИППП удельный вес первично — позитивных результатов составил в среднем 2,8%, с динамикой в разные годы от 2,2% до 3,7%. Удельный вес подтверж-

денных методом иммуноблота случаев ВИЧ инфекции в данной группе больных составил в среднем 0,9 %, с колебаниями в разные годы от 0,78 % до 1,23 %, что значительно превышает частоту получения положительных результатов в общей популяции.

Таким образом, проведенный анализ убедительно доказывает необходимость проведения медицинского освидетельствования на ВИЧ, инициированного со стороны медицинских работников для больных дерматологического профиля и больных с различными инфекциями, передаваемыми половым путем.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ БОЛЬНЫХ С УГИ И РАЗЛИЧНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ

ИЗВЕКОВА О.В., НАБИЕВ Т.А., НАБИЕВ А.А.

РСНПМЦ ДиВ

Обследование на ВИЧ в практике дерматовенеролога носит важный характер и является достаточно обоснованным. С одной стороны, дерматологические заболевания проявляются одними из первых у ВИЧ — инфицированных больных, практически на всех стадиях заболевания регистрируется одно или несколько дерматологических заболеваний, течение которых носит часто атипичный характер и трудно поддается лечению. С другой стороны общие пути передачи и взаимно усугубляющий характер течения заболевания с облегчением передачи возбудителей при различных инфекциях, передаваемых половым путем и ВИЧ, также подтверждают необходимость проведения обследования на ВИЧ у данной группы больных.

Принимая во внимание не специфичность ранней ВИЧ-инфекции, всех пациентов с высыпаниями неясной этиологии, с лихорадкой неясного генеза, с персистирующей лимфаденопатией целесообразно обследовать на ВИЧ. Кроме того, хотя ВИЧ не влияет на частоту встречаемости многих других дерматологических заболеваний, в результате иммунодепрессии, обусловленной ВИЧ/СПИД, растет удельный вес тяжелых и атипичных форм данных заболеваний. Кроме официально признанных СПИД — индикаторных дерматологических заболеваний, существует также множество других дерматовенерологических проявлений, которые могут выступать маркерами ВИЧ/СПИД: нарушения пигментации, эозинофильные гранулемы, демодекоз, болезнь Рейтера, папилломавирусная инфекция, гингивиты, афты, эруптивные невусы и фибромы, стремительно прогрессирующие и метастатические опухоли кожи и др.

Нами были проанализированы результаты обследования больных с различными урогенитальными инфекциями и дерматозами, получающих амбулаторное и стационарное лечение в подразделениях РСНПМЦ за период 2011–2013 гг. для выявления заболеваний, при которых наиболее часто сопутствует ВИЧ — инфекция.

Всего за данный период было обследовано 23504 человек. Подтверждена ВИЧ — инфекция у 233, что составило 1,2 %.

Из общего числа больных с сопутствующей ВИЧ — инфекцией 16 % составили больные со СПИД — индикаторными или ассоциированными заболеваниями, 43,9 % составили больные с различными дерматозами, 16,4 % — с ИППП и 23,7 % обследованные лица по коду «Прочие». Таким образом больные с различными дерматологическими заболеваниями составили 59,9 %.

Среди СПИД — ассоциированных заболеваний наибольший удельный вес – 61,3 % занимает опоясывающий лишай (Herpes Zoster), далее следует саркома Капоши (22,6 %) и себорейный дерматит (16,1 %).

Среди различных дерматологических заболеваний, не относящихся к группе СПИД — ассоциированных и СПИД — индикаторных, наиболее часто встречаются нейродермиты, аллергодерматиты, псориаз, фотодерматоз и угревая болезнь (преимущественно в сочетании с демодекозом).

Среди ИППП, наиболее часто ВИЧ — инфекция была зарегистрирована у больных сифилисом, вирусными заболеваниями (остроконечными кондиломами, контагиозным моллюском), хламидиозом, урогенитальным кандидозом.

Таким образом, полученные данные подтверждают высокий уровень развития клинических проявлений различных дерматологических заболеваний у ВИЧ — инфицированных пациентов и подчеркивают необходимость индивидуального подхода и повышенного внимания к таким пациентам в плане своевременной диагностики ВИЧ — инфекции и проведения профилактических мероприятий.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ СМЕШАННЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

КЕКИЛОВА Г.А., КУДРАТУЛЛАЕВ К.Н., РЕДЖЕБОВА Н.Р., БЯШИМОВА Ф.Б., ГУРБАНОВА М.Г.

Государственный медицинский университет Туркменистана, Ашхабад

Цель исследования: оптимизация терапии смешанных ИППП.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 75 больных, из которых 47 женщин в возрасте от 18 до 36 лет и 28 мужчин в возрасте от 17 до 25 лет. У женщин, несмотря на отсутствие гонококка в мазках, были выявлены типичные для гонореи клинико-анамнестические показатели: отягощенный акушерский анамнез – 59,7 %, поражение нижнего отдела урогенитального тракта – 89,4 %. Воспалительные процессы у большинства женщин протекали субъективно бессимптомно (70,2 %); в мазках был обнаружен высокий лейкоцитоз от 50–100 и более (89,4 %), а также трихомонады, бактероиды (23,4 %). У всех 28 мужчин в мазках из уретры был высокий лейкоцитоз (95,0 %); в анамнезе — простатиты, орхоэпидидимиты (61,1 %). Из 75 больных – 34 был проведен иммуноферментный анализ, при котором были выявлены: цитомегаловирусная инфекция у 13 (38,2 %), хламидии — у 11 (32,3 %) и смешанные инфекции – 10 (29,5 %) больных. Всем 75 больным с лейкоцитозом в мазках методом “terapia ex juvanibus” было назначено противогонорейное лечение цефалоспоринами 3 поколения, а также макролиды, на фоне иммунокоррегирующей терапии (циклоферон, гроприносин). Выводы: для улучшения качества оказания специализированной противовенерической помощи, целесообразно всем больным с лейкоцитозом в мазках проводить специфическое лечение на фоне иммунокорригирующей терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ

КОГАН Б.Г., ГОРДЕЕВА Г.Д.

Национальный медицинский университет имении акад. А.А.Богомольца Медицинский центр «Хелси энд Хэппи» (г. Киев, Украина)

Роль микробного фактора в развитии воспалительных заболеваний женских половых органов (ВЖПО) и лечебная тактика при данной патологии продолжает изучаться. По данным большинства исследователей последнего десятилетия возрос уровень воспалительных заболеваний женских половых органов смешанными полимикробными инфекциями, важнейшими возбудителями которых являются ассоциации грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных бактерий. Кроме того, возросла роль возбудителей, передающихся половым путем, среди которых значительное место принадлежит хламидиям; микоплазмам, уреаплазмам. Трудности диагностики трихомонадной инвазии и частота ее сочетания с другими ЗППП также требует применения комбинированных антибактериальных препаратов.

Нами изучена эффективность применения комбинированного антибактериального препарата ОРЦИПОЛ (БЕЙЛИ-КРЕАТ, ФРАНЦИЯ) при воспалительных заболеваниях женских половых органов смешанной этиологии. Активными веществами орципола являются ципрофлоксацин (582 мг) и орнидазол (500 мг). Изучение динамики клинического статуса, лабораторных анализов, данных ультразвукового сканирования у 50 исследуемых больных в процессе лечения и после него позволило установить высокую эффективность данной комбинации. У всех больных было достигнуто клиническое и этиологическое выздоровление.

МОЛЕКУЛЯРНАЯ СТРУКТУРА ПЕНИЦИЛЛИНСВЯЗЫВАЮЩЕГО БЕЛКА PBP2 ШТАММОВ NEISSERIA GONORRHOEAE С ПРИЗНАКАМИ СНИЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ЦЕФТРИАКСОНУ

КУБАНОВА А.А., КУБАНОВ А.А., КОЖУШНАЯ О.С., ВОРОБЬЕВ Д.В., СОЛОМКА В.С., ФРИГО Н.В.

Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии Минздрава России, г. Москва

В целях выявления возможных механизмов резистентности N.gonorrhoeae к препаратам выбора, цефалоспоринам III поколения, проведено полноразмерное секвенирование гена penA 50 штаммов N.gonorrhoeae с высокой чувствительностью к цефтриаксону (20 штаммов, МПК=0,002 мг/л) и с признаками снижения чувствительности к цефтриаксону (30 штаммов, МПК=0,03–0,125 – 0,25 мг/л). Мутации в гене penA и аминокислотные замены в белке PBP2 выявлены у 16 из 20 штаммов (80 %) с высокой чувствительностью к цефтриаксону и у всех штаммов с признаками снижения чувствительности к цефтриаксону. Аминокислотные замены в белке PBP2 были сопоставлены с аминокислотными заменами в группах, характеризующих структуру белка PBP2, в соответствие с международной классификацией по Ito M. (2005г.). Установлено, что в исследуемой выборке штаммов N.gonorrhoeae принадлежность к V группе по Ito M. et al, включающей мутации в положениях 346, 505, 511, 517, 543, 567, 575, 576 аминокислотной цепи PBP2, достоверно (OR=3,9 ± 2,5; χ^2=4,9; p<0,05) ассоциируется с появлением признаков резистентности N.gonorrhoeae к цефтриаксону, что свидетельствует о значительном влиянии выявленных аминокислотных замен белка PBP2 на развитие резистентности штаммов N.gonorrhoeae к цефтриаксону.

СОДЕРЖАНИЕ ГАММА-ИНТЕРФЕРОНА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СИФИЛИСА

МАНГИТОВ А.К., ЮЛДАШЕВ К.А., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А., ХАЛИДОВА Х.Р.

РСНПМУДиВ МЗ РУз

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Дерматологии и Венерологии МЗ РУз, г.Ташкент.

Введение: Проблема эффективной диагностики сифилиса на сегодняшний день не утратила своей актуальности. В связи с ограниченными возможностями серологических тестов для оперативной оценки результатов остается актуальным поиск дополнительных объективных критериев, в качестве которых могут быть использованы иммунологические параметры. INF– γ, действуя на активированные липополисахаридами бледной трепонемы макрофаги, может вызвать стимуляцию представленных ими антигенов. Исследование цитокинов, являющихся ключевыми для детерминации иммунного ответа в сторону клеточного или гуморального типа, может стать источником необходимой информации.

Цель исследования: Изучить количественное содержание INF– γ в сыворотке крови больных с различными формами сифилиса.

Материалы и методы: Количественное содержание интерферона — γ определяли в сыворотке крови больных с разными формами сифилиса с помощью ИФА тест-ситем «Вектор-Бест» (Новосибирск). Больных сифилисом вторичным рецидивным были 14 человек и аналогично количество (по 14 больных) были сифилисом скрытым ранним и серорезистентностью при сифилисе. Серологические реакции крови соответствовали общему течению сифилиса.

Результаты исследования: При изучении количественного содержания интерферона — γ в сыворотке крови больных до проведения лечения результаты исследований были следующими: 1гр. — вторичный рецидивный сифилис — средняя величина интерферона– γ составляла 48,0 ± 10,47 пг/мл, против группы здоровых лиц 2,9 ± 0,9пг/мл, (p < 0,05). 2гр. — сифилис скрытый ранний – 32,1 ± 9,8пг/мл, против группы здоровых лиц 2,9 ± 0,9пг/мл, (p < 0,05). 3гр — серорезистентностью при сифилисе – 26,4 ± 8,7 пг/мл, против группы здоровых лиц 2,9 ± 0,9пг/мл, (p < 0,05).

Выводы: Таким образом, проведенные исследования уровня интерферона– γ у больных сифилисом продемонстрировали, что развитие клеточного иммунного ответа при сифилисе происходит путем доминирующей активации Th–1 -клеток, о чем свидетельствует повышенная концентрация IFN- γ во всех исследованных группах больных.

При серорезистентности после лечения сифилиса уровень IFN-γ соответствует его содержанию у больных ранним скрытым сифилисом, что также может свидетельствовать в пользу наличия персистенции T. pallidum в организме и, косвенно, об изменении антигенпрезентирующей функции макрофагов.

КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ.

МИРСАИДОВА М.А.

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

Патология шейки матки является актуальной проблемой на сегодняшний день. Большое внимание привлекают к себе женщины пери- и постменопаузального возраста с фоновыми и предраковыми заболеваниями, так как они находятся в группе повышенного риска развития предрака шейки матки. Предраковые заболевания в свою очередь трансформируются в рак шейки матки (РШМ). РШМ чрезвычайно распространенная патология и является ведущим в структуре онкологической заболеваемости и смертности и остается одной из важных медицинских и социальных проблем в экономически развитых странах.

По данным ВОЗ ежегодно в мире выявляется более 500000 больных РШМ и в разных странах составляет 15–25 новых случаев на 100000 населения. От этой патологии ежегодно умирает 270 тыс. женщин. К 2050 г. ВОЗ прогнозирует 1 млн новых случаев РШМ ежегодно. При этом на долю развивающихся стран приходится до 80% смертей от этого заболевания. Во многих странах отмечается повышением частота РШМ в даже в возрасте до 30 лет.

Атипически измененный эпителий можно увидеть невооруженным глазом, как ацетобелое пятно после аппликации раствором уксусной кислоты или как йоднегативный участок после нанесения раствора Люголя, что безусловно является основанием для направления пациентки на кольпоскопическое исследование. Если визуально после проб не определяется аномальных образований, можно ограничиться мазком на цитологию по Папаниколау, после отрицательных результатов которого женщина подлежит традиционному наблюдению. Следует подчеркнуть, что визуальный метод является альтернативой цитологии для развивающих стран. Если после кольпоскопической картины и положительного теста по Папаниколау имеются подозрения на предраковые заболевания пациенток надо направлять на гистологическое исследования для уточнения диагноза.

Материалы и методы исследования: В РОНЦ МЗРУз нами было произведено кольпоскопическое и гистологическое исследование пациенткам с предраковыми заболеваниями шейки матки. У 90 из 103 больных были жалобы на выделения из половых путей различного характера. Помимо анализов на ИППП и цитологии больным были произведены кольпоскопические и гистологические исследования. Кольпоскопическая картина показала у 28 пациенток дисплазию легкой степени, у 15 картину лейкоплакии, у 60 пациенток картину эрозии шейки матки.

Для уточнения диагноза выявленного кольпоскопическим исследованием, по показаниям цитологии, учитывая атипичную картину, 40 больным было произведено гистологическое исследование биоптатов из шейки матки. Гистологическое исследование производили путем прицельной биопсии. В исследовании 20 пациенток, кольпоскопически выявленном диагнозом эрозией шейки матки, у 5 больных определялся диагноз дисплазии шейки матки легкой степени, с диагнозом лейкоплакии обследованы 10 больных, где диагноз лейкоплакия во всех случаях подтверждался биопсией, с дисплазией шейки матки гистологическое исследование проводили 10 пациенткам, где у 4х из них выявлена гистологическая картина микроинвазивного рака шейки матки.

Из гистологического исследования видно, что не во всех случаях кольпоскопия может быть выбором диагностики, по показаниям учитывая цитологическую картину и данные анализов на ИППП, больные по мере возможности должны пройти гистологическую диагностику, которая считается завершенным этапом в диагностике патологии шейки матки.

Выводы: Данные исследования показывают, что кольпоскопическое исследование очень близко к гистологическому исследованию, но до конца не может раскрыть болезнь, так как из исследований мы отмечаем что у большинства пациенток у которых кольпоскопически выявлялась картина эрозии шейки матки, гистологически отмечается ее трансформация в дисплазию и микроинвазивный рак шейки матки. Следовательно, нельзя ограничиваться только кольпоскопией, надо фиксировать данные гистологическим исследованием для уточнения диагноза, и выбора тактики дальнейшей терапии.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ, СОЧЕТАННОЙ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

МИРСАИДОВА М.А.

Республиканский специализированный научно практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В проблеме профилактики рака шейки матки сложилась парадоксальная ситуация: хотя представления об этиологии этого заболевания установлены, на современном уровне знаний правомерна постановка вопроса о возможности снижения до минимума заболеваемости и смертности. Это станет реальным только благодаря широким исследованиям фоновых и предраковых процессов, особенностей гистогенеза дисплазии, преинвазивного и инвазивного рака и методов их раннего выявления.

В связи с этим мы поставили цель исследовать роли нарушений иммунной системе в течении дисплазии шейки матки, сочетанной с инфекциями передающихся половым путем.

Исследование проводили у 20 больных женщин с дисплазией шейки матки сочетанной с инфекциями передающихся половым путем (ИППП) в возрасте от 27 до 55 лет.

Среди обследованных больных у 4 выявлен урогенитальный уреаплазмоз, у 8 –хламидиоз, у 5 — бактериальный вагиноз и у 3 — ассоциированная уреаплазменно-хламидийная инфекция. В контрольную группу вошли данные 18 практически здоровых лиц.

При исследовании состояния иммунной системы до начала лечения у больных женщин с дисплазией шейки матки сочетанной с ИППП выявлено, что у больных данной группы со стороны клеточного звена иммунитета наблюдается статистически достоверное снижение относительного количества CD3-клеток ($p<0,05$) и в среднем оно равнялось $44,20 \pm 0,63\%$ при $58,39 \pm 0,81\%$ в контроле.

Анализ содержания субпопуляционного состава Т-лимфоцитов показал, что у больных женщин с дисплазией шейки матки сочетанной с ИППП относительное количество CD4-клеток было снижено на 37,4 % по сравнению с контрольной группой. Содержание другой популяции Т-лимфоцитов — CD8-клеток, напротив, было склонно к повышению ($p>0,05$). На фоне этого наблюдалось снижение иммунорегуляторного индекса (ИРИ), то есть соотношение CD4-клеток к CD8-клеткам, на 44,7 % по отношению с показателем контрольной группы.

У больных данной группы отмечалось достоверное увеличение содержания в крови CD16-клеток и в среднем оно равнялось $17,40 \pm 0,52\%$ против $9,39 \pm 0,46\%$ в контроле.

Исследование состояния гуморального звена иммунитета показало, что у больных женщин с дисплазией шейки матки сочетанной с ИППП наблюдалось статистически достоверное увеличение относительного ($30,25 \pm 0,58\%$ при $16,61 \pm 0,39\%$ в норме) числа CD19-клеток ($p<0,05$). У больных данной группы отмечалось достоверное снижение уровня IgA ($p<0,05$) и увеличение содержания IgG ($p<0,05$), а количество IgM было склонно к повышению по отношению к контролю ($p>0,05$).

Наиболее выраженные изменения были обнаружены при определении в сыворотке крови количества ЦИК. В обследованной группе больных наблюдалось более 2,5 кратное увеличение уровня ЦИК по сравнению с группой контроля и в среднем он составил $35,40 \pm 0,98$ у.е против $14,05 \pm 0,50$ у.е в контроле.

Полученные нами данные показывают, что в целом у больных женщин с дисплазией шейки матки сочетанной с ИППП наблюдается нарушение в работе системы иммунитета, которая выражается снижением активности клеточного и усилением гуморального звена иммунной системы.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В СОЧЕТАНИИ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

МИРСАИДОВА М.А.

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

В клинической диагностике основных заболеваний кожи и слизистых ведущая роль отводится методам морфологии. Особенно велика роль морфологических исследований в дифференциальной диагностике заболеваний, имеющих схожую клиническую симптоматику и визуальные проявления.

Исследование проводили у 42 больных женщин с предраковыми заболеваниями шейки матки. Из них у 17 больных была диагностирована

эрозия шейки матки, у 14 — дисплазия шейки матки и у 11 — лейкоплакия шейки матки. Среди обследованных, у 24 (10 — эрозией шейки матки, 8 — дисплазией шейки матки и 6 — лейкоплакией шейки матки) больных заболевание шейки матки ассоциировалось с теми или иными ИППП, а у остальных 18 (7 — эрозией шейки матки, 6 — дисплазией шейки матки и 5 — лейкоплакией шейки матки) больных заболевание протекало без сочетания с ИППП.

При гистологическом исследовании выявлено, что у больных эрозией шейки матки сочетанной с ИППП на фоне выявленного дефекта в покровном многослойном плоском эпителии обнаруживается в подлежащей соединительной ткани — гиперемия и лимфоплазмацитарная инфильтрация стромы. Следует отметить, что у больных данной группы лимфоплазмоцитарная инфильтрация была более выражена, чем у больных женщин с эрозией шейки матки без сочетания с ИППП.

Гистологическое исследование биоптатов из очагов поражения показало, что у больных женщин с лейкоплакией шейки матки сочетанной с ИППП выявляется также, как и у больных без сочетания с ИППП за счет разрастания базального и зернистого слоев утолщение многослойного плоского эпителия, явления гиперкератоза, паракератоза и акантоза, беспорядочность расположения эпителиальных клеток с явлениями атипии, пролиферация и расширение базального слоя, а в эндоцервиксе — значительная лимфоцитарно-плазмацитарная инфильтрация.

У больных женщин с дисплазией шейки матки сочетанных с ИППП и без них при гистологическом исследовании биоптатов из очагов поражения выявлено, что дисплазии развиваются как в предсуществующем многослойном плоском эпителий, так и в метаплазированном плоском эпителии зоны трансформации шейки матки и цервикального канала. Диспластические процессы встречаются и в нативном эпителии слизистой оболочки цервикального канала. В результате пролиферации и трансформации резервных клеток возникает метаплазия доброкачественного, а иногда предракового характера.

АНОНИМ ТАҲЛИЛ ХОНАСИ ФАОЛИЯТИ

НАБИЕВ А.А., ИСРОИЛОВ Х.Т.

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий-амалий тиббий маркази

Ҳозирги кунда дерматовенерологиянинг долзарб муаммолардан бири — жинсий алоқа орқали юқувчи инфекциялар орасида соғлом аҳоли учун эпидемиологик хавф туғдирувчи гуруҳ, яъни “янги авлод инфекциялари”нинг тобора кенгайиб бораётганлигидир. Бу гуруҳга қарши кураш жараёнида бир қанча, буйруқлар тайёрланиб қарорлар қабул қилинган ва амалиётга тадбиқ этилган. Аммо, сийдик таносил тизими аъзолари яллиғланиш касалликлари аломатлари пайдо бўлганда кўпчилик беморлар шу соҳа мутахассисларига эмас, балки бошқа соҳада фаолият кўрсатаётган тиббиёт ходимларига мурожаат қилишади ёки врач маслаҳатисиз ўз холича даволаниш йўлини танлашади. Бу ўз навбатида, касалликни сурункали ҳолатга ўтиб кетишига, турли хил асоратлар келиб чиқишига сабаб бўлади ва бемор атрофдагилар учун эпидемиологик хавф туғдиради.

Бундай холатларни олдини олиш ёки камайтириш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигига қарашли Республика Ихтисослаштирилган Дерматология ва Венерология илмий амаллий тиббий маркази қошида аноним текширув хонаси (АТХ) хизмати йўлга қўйилган бўлиб, 2013 йил мобайнида АТХ га мурожаат қилинганлар сони 4122 тани ташкил қилган. АТХ шифокори қабулида бўлганларнинг аксарияти турли хил шикоятлар, баъзилари эса хеч қандай шикоятсиз профилактик текширув мақсадида мурожаат қилишган. Уларга 6200та тестдан олдинги ва тестдан кейинги маслахатлар берилди. Анамнестик маълумотлар натижаларига кўра, мурожаат қилганларнинг асосий қисмини ўзларининг соғлигини назорат қилиш ёки соғлигидан ташвишда бўлганлар ташкил қилди. Беморларнинг 78,% ни шаҳар ва 22% ни — қишлоқ аҳолиси ташкил қилиб, уларнинг 74% эркаклар ва 26% аёллардан иборат бўлди. Шу ўринда таъкидлаш жойизки, 82,2% ни оилали ва 17,8% ни оила қурмаганлар ташкил қилди.

Бизга маълумки, ҳозирги кунда жинсий йўл орқали юқувчи инфекцияларга текшириш услублари турличадир, яъни микробиологик, бактериологик, серологик, иммунофермент (ИФТ), полимер занжир реакцияси (ПЗР) текширувлари ва бошқалар. Аноним таҳлил хонасига мурожаат қилган беморлар керакли лаборатория текширувидан ўтиш истагини билдиришган. Жумладан, жинсий йўл орқали юқувчи инфекцияларга микробиологик таҳлиллар — 305 (7,4%) та беморда, бактериологик тахлиллар — 40 (0,97%) беморда, захм хасталигига серологик тахлиллар 1294 (31,4%) та беморда, ИФТ/ОИТС-диагностикаси 2301 (55,8%) та, урогенитал инфекцияларга ИФТ усулида 77 (1,8%) та беморда ва ПЗР-

текширувлари мос равишда 105 (2,5%) та беморларда ўтказилди.

Шундай қилиб, аноним таҳлил хонаси қабулида бўлган беморларнинг аксарият қисми Тошкент шаҳри аҳолисини ташкил этди. Мурожаат қилганларнинг кўпчилигини жинсига кўра эркаклар, ҳамда оила қурганлар ташкил килди. Тадқиқотлардан маълум бўлдики, аноним текширув хонасига мурожаат килган беморларда асосан захм касаллигига серологик, ИФТ/ОИТС-диагностикаси ва микробиологик текширувларга талаб кучлилиги кузатилди.

РОЛЬ ФЕНОТИПА АЦЕТИЛИРОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ И РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФОРМ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИППП И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ

НАБИЕВ Т.А., АБИДОВ А.М., ФАТТАХОВ Б.Ш., МАКСУДОВ М.Р.

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

За последние десятилетия достигнуты большие успехи в ранней диагностике и своевременной терапии различных ИППП. Однако до настоящего времени темпы развития хронических, осложненных и рецидивирующих форм ИППП сохраняются. Изучение патогенеза и причинных факторов в развитии осложнений, наряду с нарушением иммунореактивности организма, требует исследований метаболических реакций, к числу которых относится N — ацетилирование, которое позволяет установить неоднородность человеческой популяции по способности метаболизировать лекарственные вещества и различные ксенобиотики.

В предыдущих отечественных исследованиях было показано, что среди больных с осложненными и рецидивирующими негонококковыми ИППП в (61,1%) случаях преобладает медленный фенотип ацетилирования, что даёт возможность оценки предрасположенности к хронизации заболевания и развитию осложнений.

В последние годы известно, что коферментом всех ацетилирующих систем является коэнзим — А (КоА), установлено, что в состав КоА входит пантотеновая кислота (Вит. В5). Многочисленными экспериментальными и клиническими данными показано, что в случае ее недостатка способность к ацетилированию уменьшается, а следовательно включение ее в комплекс терапии позволяет проводить метаболическую коррекцию для биохимического управления фенотипами ацетилирования.

В наших клинических исследованиях при лечении осложненных и хронических форм ИППП применяется препарат «Кобавит», который представляет собой комплексное соединение кобальта с глютаминовой кислотой и витамином U. Составляющие компоненты которого, также выполняют роль коферментов или коэнзимов и являются малыми молекулами, специфически соединяющиеся с апоферментами и играющие роль активного центра молекулы фермента.

В частности глютаминовая кислота, метилметионинсульфония хлорид (Вит U) и кобальт являются одними из производных основных коферментов как глутатион, S-аденозилметионин, метилкобаломин, цианкобаломин и др., участвующих в ацетилирующих системах организма, которые играют исключительно важную роль в белковом, углеводном, липидном обмене, синтезе витаминов группы В, никотиновой кислоты, НАД, в накопление витаминов А и С, активации антиоксидантной системы, в улучшении тканевого дыхания, участвуют в важных биохимических реакциях, как трансметилирования, транссульфатирования и трансаминирования.

В связи с чем, включение в комплекс терапии препарата «Кобавит» предоставляет новые возможности в проведении метаболической коррекции для улучшения клинического течения заболеваний и управления фенотипами ацетилирования у больных с осложненными и рецидивирующими формами ИППП.

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С БАКТЕРИАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ TORCH-ИНФЕКЦИЕЙ

ПАЗЫЛОВА С.А., ТУРСУНОВ Ш.Б., ПУЛАТОВА Р.З., НАСЫРОВА Ш.С., ТАХТАБЕКОВА М.Ф., САБИРОВА Ф.Б.

РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз

Нами было наблюдены 45 больных детей раннего возраста с бактериальном сепсисом ассоциированного TORCH-инфекцией и неассоциированного TORCH-инфекцией. Больные были подразделены на 2 группы: в 1-группу вошли 23 больных детей с бактериальном сепсисом ассоциацией TORCH –инфекцией и во 2- группу 22 детей с бактериальном сепсисом с без ассоциацией TORCH –инфекцией.

При анализе иммунологических показателей установлено, что у детей с бактериальным сепсисом ассоциированного TORCH-инфекцией период разгара заболевания обнаруживается достоверное снижение содержания в крови относительного (исключая относительного значения Т-лимфоцитов при средне-тяжелом течении) и абсолютных количеств Т-лимфоцитов (P<0,001).

Немало важную роль в регуляции иммунного ответа при сепсисе играют субпопуляции Т-лимфоцитов. Определение Т-хелперов (СД4) у здоровых детей показало, что среднее значение относительного содержания их составил 38,7±1,5%. У больных с бактериальным сепсисом ассоциированного TORCH-инфекцией в острый период заболевания относительное и абсолютное содержание Т-хелперов (СД4) было ниже среднего уровня здоровых детей (P<0,001) (исключение составили относительные показатели СД4 P>0,05).

Уровень содержания относительного количества Т-супрессоров (СД8) у здоровых составил 17,5±0,4%. У детей с бактериальным сепсисом ассоциированного TORCH-инфекцией изменения содержания Т-супрессоров в крови характеризовалось понижением средних значений относительного содержания в острый период заболевания, без тенденции к нормализации при тяжелом течении заболевания в период клинического выздоровления (P<0,001). Среднее значение абсолютного содержания Т- супрессоров было ниже показателей здоровых детей, как в острый период, так и в период клинического выздоровления (P<0,001).

Таким образом, исследование периферических клеток Т-лимфоидного пула у больных детей раннего возраста бактериальным сепсисом ассоциированного TORCH-инфекцией в период разгара заболевания выявили недостаточность данного звена системы иммунитета. В период клинического выздоровления тенденции к нормализации данных показателей не наблюдалось.

СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С БАКТЕРИАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С TORCH-ИНФЕКЦИЕЙ

ПАЗЫЛОВА С.А., ТУРСУНОВ Ш.Б., ПУЛАТОВА Р.З., НАСЫРОВА Ш.С., ТАХТАБЕКОВА М.Ф., САБИРОВА Ф.Б.

РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз

Проведена сравнительная характеристика частоты проявления неврологических признаков заболевания у больных с бактериальным сепсисом у детей раннего возраста без TORCH-инфекции (1 группа) и сепсис, ассоциированный с TORCH-инфекцией (2 группа). Так выраженный токсикоз 2 степени чаще встречался в первой группе (у 88,9%; 35,2%; p<0,01), чем во второй группе (таблица). Самая высокая частота выраженности токсикоза 1 степени отмечалась во второй группе — у 64,7%. Этот показатель был в 5,7 раз выше токсикоза 1 степени в первой группе. (2 группа- 64,7%; 1 группа- 11,2% (p< 0,001). Неврологические нарушения проявляются в виде «нейротоксикоза», который сопровождается «бледной» гипертермией, гипервентиляцией или пароксизмальной тахикардией. Нейротоксикоз при сепсисе у детей раннего возраста проявлялся в различной степени выраженности – 1 и 2 степени. Высокая частота нейротоксикоза 2 степени была характерна для 1 –ой группы (33,4%), и достоверно низкая для 2-ой группы (у 11,7%; P<0,05). У 44,5% нейротоксикоз в первой группы протекал тяжело, с судорожным синдромом и с изменениями физиологических рефлексов, а во 2-ой группе нейротоксикоз был без токсических судорог, и в анамнезе у детей судорожной готовности не отмечалось. Только для первой группы было характерно тяжелое поражение ЦНС (в виде менингоэнцефалитов (у 2-х больных–5,5%), и у 2 (5,5%) больных отмечали абсцесс головного мозга), которое сочеталось с проявлением тяжелого ток-

сикоза 2 степени. Частота проявления энцефалопатии в первой группе было достоверно выше значений второй группы (33,4 %; 4,8 %; P<0,001) табл.8. Во 2-й группе лишь у 4 (5,8 %) больных мы отмечали проявления энцефалопатии, которое выражалось в вялости, адинамии, отказе от еды, сонливости, сменяющейся беспокойством. Поражение ЦНС сопровождается судорожным синдромом и тяжелыми поражениями мозга (менингоэнцефалит, абсцесс мозга, инфекционно-токсическая энцефалопатия). Во второй группе клиническая картина протекает с высокой частотой токсикоза 1 степени, без судорог и тяжелых поражений ЦНС. Отмечается низкая частота энцефалопатии.

Таким образом, клиническая картина бактериального сепсиса, ассоциированного с TORCH-инфекцией, характеризуется тяжелыми проявлениями со стороны ЦНС, наиболее выраженные в первой группе.

ПРЕПАРАТ «МЕГАСЕФ» В ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ

ПАКИРДИНОВ А.Б., АЛИЕВ Х.М., ХАМИДОВ Ф.Ш., БОТИРОВ К.З., ТОШПУЛАТОВ Б.Х.

Андижанского Государственного медицинского института. 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 — явилось установление эффективности препарата “Мегасеф” в терапии беременных женщин больных гонореей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 20 больных гонореей женщин. 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 дня, а у большинства пациенток с хронической гонореей не удалось установить точное время заражения. Диагноз у всех больных подтверждён бактериоскопически и бактериологически.

Результаты исследования. Определяли исчезновение гонококка из отделяемого уретры и цервикального канала. При острой и подострой гонореи женщинам назначали на приём 1000 мг мегасефа (2 таблетки), через 12 часов ещё 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 неосложнённой гонореи у беременных женщин. Это позволят расширить арсенал лекарственных препаратов, применяемых при гонорейной инфекции.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2013–2013 гг.

ПЕТРИДИ А.А., ТАУБАЕВА А.А.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РК

В 2013 году, по сравнению с 2012 годом, целом по республике отмечается незначительное снижение заболеваемости сифилисом с 36,6 до 35,9 на 100 тысяч населения или темп прироста составляет (–0,7).

По уровню показателя заболеваемости сифилисом лидирует среди регионов республики следующие области Кызылординская область — 95,8, г. Астана — 73,6, Атырауская 51,2 и Акмолинская — 41,9.

Снижение отмечается в г.Алматы — 38,4, Алматинской — 41,0, Жамбылской — 27,2, Карагандинской — 31,6, Южно-Казахстанской — 29,2, Мангыстауской — 6,9 областях.

Отмечен рост больных вторичными формами сифилиса на 15,6%, основная доля в структуре сифилиса по — прежнему приходится на скрытые формы.

Высокая заболеваемость сифилисом падает на больных в возрасте от 18 до 44 лет, где доля мужчин составляет 50,9 % от общего числа заболевших.

Среди детей от 0 до 14 лет зарегистрировано 42 случая заболеваемости сифилисом. Из них: ранний первичный сифилис — в ЮКО; ВКО, Жамбылской, Карагандинской областях и в г.Алматы; Скрытой формой зарегистрировано 18 случаев

в следующих областях: Актюбинская, Алматинская, Атырауская 4, ВКО, СКО, ЮКО.

Особую озабоченность вызывает врожденный сифилис. В 2013 году врожденный сифилис по РК был зарегистрирован у 17 новорожденных, что на (–5,5%) ниже, чем в 2012 г. (18 сл.). Самые высокие показатели заболеваемости врожденным сифилисом отмечаются в Атырауской области — 6 случаев, и 3 случая в Южно-Казахстанской области. А также по 2 случая Алматинской, Акмолинской, Карагандинской областях и в г. Астана.

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ

ПОРСОХОНОВА Д.Ф., МЕДЖИТОВА А.М., РОССТАЛЬНАЯ М.Л.

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

Целью настоящего исследования явилось подробное изучение микрофлоры урогенитального тракта, а также фона герпес вирусных инфекций у женщин с некоторыми дистрофическими заболеваниями вульвы.

Под нашим наблюдением находилось 17 женщин с диагнозом склероатрофический лихен и лейкоплакия в возрасте от 10 до 56 лет. Давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 10 лет. Основным беспокойством пациенток был зуд вульвы различной интенсивности, периодичности и длительности. Для характеристики зуда нами использовалась система индексации зуда «пруриндекс» (по Кочергину Н.), которая представляла собой специальную таблицу, в которую ежедневно (утром, днем и вечером) заносились показания зуда каждой конкретной пациентки, оцениваемые по 5-балльной шкале. Так, шкала оценки интенсивности зуда выглядела следующим образом: «0»- зуда нет, «1» — зуд очень слабый, «2»- зуд заметный, «3»-зуд выраженный, «4»- зуд сильный, «5»- зуд очень сильный. Для микробиологической диагностики использованы: прямая микроскопия окрашенных мазков по Грамму, среды для обнаружения факультативных анаэробов — кровяной агар, среда Эндо, Среда ЭД–1 для выращивания урогенитальных микоплазм. Лабораторная диагностика внутриклеточных и вирусных возбудителей (Chlamydia trahomatis, Ureaplasma urealyticum, Gardnerella vaginalis, HPV 16/18, 31/33, CMV, HV II) проводилась с использованием молекулярно-генетического (ПЦР (полимеразная цепная реакция)) метода.

Результаты проведенных исследований показали, что преимущественная оценка зуда колебалась от 3 до 5 баллов. У 4 (23,5 %) пациенток имели место обильные выделения из половых путей, у 10 (58,8 %) — в среднем количестве, у 3-х (17,6 %) — скудные. HPV (16, 18) встречался у 14 (82,3 %) пациенток, HSV 2 у 13 (76,4 %), CMV у 13 (76,4 %), Candida albicans у 12 (70.5 %), Ureaplasma urealyticum- у 9 (52.9 %), Gardnerella vaqinalis-у 8 (47 %), Mycoplasma qenitalis-у 2 (11.7 %), Trichomonas vaginalis-у 1 (5.8 %).

Всем больным проведено комплексное противовоспалительное лечение с учетом выделенных возбудителей, при наличии вирусных возбудителей (HPV 16/18, 31/33, CMV, HV II) к лечению добавлялся валтрекс по 500мг 2 раза в сутки в течение 10 дней и вобэнзим по 3–5 дражже 3 раза в день – 20 дней. Следует отметить, что уже к 3-му дню лечения пациентки отмечали уменьшение интенсивности зуда, а к 10-му дню уменьшались явления инфильтрации кожи вульвы, на 2-й неделе у пациенток с депигментированными участками отмечалось крапчатое появление пигмента.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ СОЧЕТАННЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

ПОРСОХОНОВА Д.Ф., АБИДОВ А.М., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А.

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

Основной целью нашего исследования явился подбор оптимального режима терапии сочетанного хламидийно-уреамикоплазменного и герпесвирусного инфицирования и его осложненных форм с учетом клинико-иммуно-микробиологических особенностей. Под нашим наблюдением находилось 30 больных (16 женщин и 14 мужчин) с диагнозом хроническая осложненная хламидийная, уреамикоплазменная, герпес вирусная инфекция, у которых имели место гинекологи-

ческие осложнения, простатиты, нарушения репродуктивной функции по типу невынашивания беременности, первичного и вторичного бесплодия, патологии спермы, очаги экстрагенитальной локализации инфекции. Диагноз и критерий излеченности устанавливался на основании клинических, бактериологических, ПЦР (полимеразная цепная реакция) методов исследования. С этой же целью проведена идентификация фона сопутствующих герпес вирусных инфекций с определением порогового титра специфических иммуноглобулинов IgM и IgG к ВПГ (вирус простого герпеса) и ЦМВ (цитомегаловирус), а также состояние оппозитных цитокинов TFN-a и IL–8 в сыворотке крови методом ИФА (иммуноферментный анализ) с помощью коммерческих тест-систем (ЗДО «Вектор-Бей» РФ). Первичное бесплодие было диагностировано у 9 (30 %) больных, вторичное — у 13 (43,3 %). У всех больных отмечались признаки хронического восходящего воспалительного поражения УГТ. Выраженность воспалительных проявлений была различной: от скудных до обильных выделений из половых путей и болевого синдрома. Так хронический эндометрит был диагностирован у 7 женщин, эндоцервицит у 16, сальпингоофорит — у 11, уретрит у 18 мужчин и женщин, хронический простатит — у 12 мужчин. У 2-х женщин до обращения к нам была произведена контрастная рентгенография фаллопиевых труб и установлена их полная и частичная непроходимость. На нарушение потенции жаловались 9 мужчин. Патология спермы установлена у 10 мужчин, в том числе астенозооспермия у 4 больных, олигоспермия различной степени у 3 больных, у остальных пациентов выявлены изолированные нарушения спермы в виде повышенного лейкоцитоза, снижения биохимических показателей (фруктоза, лимонная кислота, цинк) и вязкости.

В процессе проведенных исследований установлено, что Ur.urealyticum как моно-инфекция наблюдалась у 9 (30 %) пациентов, Myc. genitalium в виде моно-инфекции — у 8 (26,6 %), Chl.trachomatis в виде моно-инфекции — у 2 (6,7 %) пациентов. Ur.urealyticum в сочетании с Myc.genitalium наблюдалась у 6 (20 %) пациентов, с Chl.trachomatis — у 3 (10 %), с Tr.vaginalis — у 1 (3,3 %). У 16 (100 %) женщин в результатах микроскопии были обнаружены грибы рода Candida, у 12 (75 %) пациенток хламидийно-уреамикоплазменная инфекция сочетались с Gardnerella vaginalis. При изучении сопутствующей микробной флоры у женщин наиболее часто встречались St epidermidis 10 (62,5 %), St haemolyticus — 6 (20 %). Полученные данные показали, что у больных с осложненными и рецидивирующими формами урогенитальных инфекций наблюдается повышенный уровень специфических иммуноглобулинов G к ВПГ, что в среднем составило–2,318 пг/мл, по сравнению с нормативными данными тест-системы–0,332 пг/мл. Так же отмечается повышенный уровень специфических иммуноглобулинов G к ЦМВ инфекции, что в среднем составило –2,297 пг/мл, по сравнению с нормативными данными тест-системы–0,339пг/мл. Результаты исследования состояния цитокиновых молекул TFN-a и IL–8 показали, что у больных с осложненными формами сочетанных инфекций наблюдалось статистически достоверное повышение концентрации IL–8, что составило 42,1+1,2 пг/мл по сравнению с данными контрольной группы (24,2+0,6 пг/мл). Содержание TFN-a в сыворотке крови также было повышено по сравнению с контрольной группой, что составило 36,8+2,0 пг/мл против 2,5+0,8 пг/мл.

Для лечения пациентов нами использовался газалидон, который является препаратом растительного происхождения, производимым институтом Химии и Растениеводства, стимулирует образование эндогенного a — g- интерферонов в организме, подавляет рост хламидийной инфекции и является одновременно противовирусным средством. Газалидон по эффективности действия сопоставим с импортируемым антибиотиком — сумамед, а по стоимости 4–5 раз дешевле. Учитывая, что большинство средств, эффективных в отношении хламидиоза действуют также и на микоплазменную инфекцию в связи с общностью биологических особенностей данных возбудителей, расширение спектра применения газалидона, на наш взгляд, является весьма перспективным. Мы применяли газалидон по схеме по 2 таблетки 3 раза в день в течение 5-ти 3-тидневных курсов с 3-х дневными интервалами. В результате проведенного лечения микробная негативация отмечена у 28 (93,3 %) больных. Клиническая эффективность, выражавшаяся в прекращении выделений из половых путей, зуда, дизурии, болей в нижней части живота и в промежности достигнута у 25 (83,3 %) больных, что для пациентов с осложненным течением инфекции весьма удовлетворительно. У 5-х больных сохранялись периодические боли в нижней части живота и в промежности. У 6 из 9 мужчин восстановилась потенция. Значительное улучшение качественных и количественных показателей спермы произошло у 8 из 10 мужчин. В течение полугода беременность наступила у 11 (36,7 %) женщин (включая половых партнерш наблюдаемых мужчин). Отмечалось 2–3 кратное снижение титра специфических иммуноглобулинов по классу M и G, значительное снижение уровня TFN-a и IL–8, существенно сократились эпизоды герпетических экзантем и энантем, купировались общие симптомы, такие как слабость, головная боль, субфебрилитет, мышечные боли.

Таким образом, на наш взгляд, противобактериальный, противовирусный и иммуномодулирующий эффект газалидона реализуется в ос-

новном посредством стимуляции естественных защитных сил организма, что является залогом стойкой эффективности лечения. По этой же причине препарат может применяться и при лечении осложненных и сочетанных с вирусами поражениях хламидийной и микоплазменной природы.

МИКРОБНЫЙ ФОН УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ ГЕНИТАЛИЙ

ПОРСОХОНОВА Д.Ф., РОССТАЛЬНАЯ М.Л., МЕДЖИТОВА А.М.

Республиканский научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

За последнее десятилетие число случаев ПВИ возросло более чем в 10 раз. Однако эти цифры отражают лишь частоту клинических проявлений ПВИ, а не истинные масштабы инфицированности населения, так как не регистрируются субклинические и латентные формы. У беременных ОК достигают больших размеров, закрывая вход во влагалище, уретру, занимая область промежности, задний проход и наружные половые органы, что является частой причиной оперативного родоразрешения. Сложности течения ОК у беременных связаны с риском заражения плода (папилломатоз гортани и других органов), механическим препятствием для естественного родоразрешения, вплоть до полной обструкции родовых путей, риском заражения плода, частыми кровотечениями при малейшей травматизации ОК, быстрым ростом и частым рецидивированием ОК, невозможностью проведения адекватных лечебных мероприятий в связи с риском для плода.

Целью нашего исследования явилось изучение факторов, способствующих манифестации, росту и рецидивированию ОК у беременных и их лечение.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 44 беременных в сроке от 4–5 до 36 недель с ОК гениталий в возрасте от 18 до 36 лет. Среди них первобеременных было 30, повторнобеременных – 14.

Нами произведена оценка микрофлоры урогенитального тракта (УГТ) беременных с ОК, путем бактериологического и микроскопического, а также ПЦР (полимеразная цепная реакция) анализа отделяемого УГТ. С этой же целью проведена идентификация фона сопутствующих герпесвирусных инфекций с определением порогового титра специфических иммуноглобулинов IgM и IgG в сыворотке крови к ВПГ (вирус простого герпеса) и ЦМВ (цитомегаловирус) методом ИФА (иммуноферментный анализ).

Результаты. Результаты бактреориологического, микроскопического и ПЦР исследования микрофлоры УГТ беременных с ОК представлены следующим образом: Neisseria gonorea – 2 (4,5 %), Trichomonas vaginalis – 4 (9,1 %), Ureaplasma Urealythicum (Parvo) – 26 (59,1 %), Ureaplasma Urealythicum (N–960) – 6 (13,6 %), Mycoplasma genitalium – 18 (41 %), Chlamydia Trachomatis – 10 (22,7 %), Gardnerella vaginalis – 24 (54,5 %), E. coli – 8 (18,2 %), Staphylococcus epidermidis – 12 (27,2 %), Staphylococcus aureus – 6 (13,6 %), Proteus vulgaris – 4 (9,1 %), Pseudomonas aeruginosae – 2 (4,5 %), Streptococcus epidermidis – 14 (31,8 %), Грибы рода Candida – 36 (81,8 %).

Результаты ИФА показали, что у обследованных больных отмечалось повышенное содержание специфических иммуноглобулинов IgM к ВПГ, что в среднем составило — 0,621 ± 0,102 пг/мл, против группы контроля 0,280 ± 0,022 пг/мл. Так же отмечалось возрастание исходного титра специфических иммуноглобулинов IgG в 6 раз по сравнению с контрольной группой (1,827 ± 0,931 пг/мл, против 0,332 ± 0,024 пг/мл). Помимо этого отмечалось нарастание титра специфических антител в динамике по обоим классам. При исследовании специфических иммуноглобулинов IgM к ЦМВ, результаты анализа показали сниженное их содержание, по сравнению с группой контроля, что в среднем составило 0,213 ± 0,096 пг/мл, против 0,280 ± 0,019 пг/мл. Однако при исследовании специфических иммуноглобулинов IgG к ЦМВ, результаты показали повышение титра в 6 — 7 раз, по сравнению с группой контроля, что в среднем составило 2,093 пг/мл ± 0,197 пг/мл, против 0,339 ± 0,017 пг/мл. Помимо этого отмечалось нарастание титра специфических антител класса G к ЦМВ в динамике до начала лечения.

Таким образом, у пациенток с ОК гениталий с повышенной частотой встречались следующие возбудители: Ureaplasma Urealythicum (Parvo), Mycoplasma genitalium, ЦМВ, ВПГ и грибы рода Candida. Присутствие вышеуказанных инфекций вызывает обильные выделения из половых путей, которые, в свою очередь, способствуют росту и мацерации ОК. Помимо этого, они усугубляют иммунокомпромиссность, открывая пути к усиленному размножению ВПЧ и, соответственно, его манифестации. Все эти факторы должны быть учтены при разработке лечебных и профилактических мероприятий в отношении ОК гениталий у женщин и их половых партнеров.

КЛОНИРОВАНИЕ, ВЫДЕЛЕНИЕ И ОЧИСТКА НОВЫХ ПОВЕРХНОСТНЫХ АНТИГЕНОВ T. PALLIDUM ДЛЯ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА

РУНИНА А.В., СЕМИНА В.И., ХАЙРУЛЛИН Р.Ф.

Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии Минздрава России, г. Москва

Для повышения качества серологической диагностики сифилиса получены три новых рекомбинантных антигена T. pallidum: Tp0453, Tp0319, Tp0956. Гены T. pallidum, кодирующие исследуемые белки, клонировали из генома патогенной T. pallidum (штамм Nichols) в экспрессионный плазмидный вектор PET28a. Гетерологическая экспрессия белков проводилась в штамме E. coli BL–21 (DE3). Выделение и очистка исследуемых рекомбинантных антигенов возбудителя сифилиса проводились методами металл-хелатной и анионообменной хроматографии. Иммуногенность полученных гомогенных рекомбинантных белков T. pallidum была изучена при их взаимодействии с антителами (специфическими IgG), содержащимися в сыворотках крови больных сифилисом, с использованием разработанных тест-систем в формате непрямого твердофазного иммуноферментного анализа и иммуночипа.

Изучение антигенных свойств полученных рекомбинантных белков позволило выявить антитела к T. pallidum в сыворотке крови больных сифилисом. При исследовании сывороток крови здоровых доноров антитела не обнаруживались. Полученные данные свидетельствуют о возможности использования рекомбинантных белков Tp0453, Tp0319 и Tp0956 в качестве новых, высоко информативных антигенов при создании тест-систем для серодиагностики сифилиса.

ПРИМЕНЕНИЕ ФЛУКОНАЗОЛА В ТЕРАПИИ NAK- КАНДИДОЗА

САИПОВА Н.С.

Ташкентский областной КВД

Основным возбудителем урогенитального кандидоза (УГК) является C.albicans, реже — C.krusei, C.tropicalis, C.glabrata. Распространение УГК, вызванного дрожжевыми грибами, отличными от C. albicans, привело к появлению термина «non–albicans кандидоз» (NAK), который считается осложненным УГК, ввиду частой ассоциации с рецидивирующим течением и устойчивостью к традиционными антимикотикам. Отличная от C. albicans этиология отмечается чаще у женщин старше 35 лет, при неоднократных приемах антимикотиков, бактериальном вагинозе, сопутствующих ИППП, эндокринных и инфекционных заболеваниях. Обследовали 56 женщин в возрасте 25–40 лет с туберкулезом легких, у которых при клинико-микробиологическом обследовании был установлен вульвовагинальный кандидоз. Клинически отмечалась гиперемия и отек слизистых гениталий, характерные творожистые выделения, зуд, жжение, дизурия. Определяли обсемененность и видовой состав Candida в отделяемом генитального тракта. Нормальными показателями Candida считали– 1000 КОЕ/мл. Сплошной рост отмечался — у 37,3% женщин; 500–1600 КОЕ- у18,6% больных, до 500 КОЕ- у 30,7%, грибы Candida не были обнаружены — у 13,4% женщин. Отмечено увеличение случаев УК, обусловленных NAK-штаммами грибов (39,5%): в 28,2% случаев высевается C.tropicalis, в 6,1%- C.glabrata, в 5,2%- C. Kruzei. Candida albicans — у 60,5%. Больные получали лечение в соответствии со стандартами МЗ РУз и противотуберкулезную терапию. Для лечения УГК назначали вагинальные таблетки Кандид В6 по 100мг или Кандид В гель в виде интравагинальных аппликаций е/дн 6 дней. Клиническое и микологическое улучшение отмечалось на 3–4 день терапии УГК, что свидетельствует об эффективности терапии.

ВОПРОСЫ КООРДИНАЦИИ РАБОТЫ ЗВЕНЬЕВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В РАБОТЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ УКРАИНЫ

СТЕПАНЕНКО В.И., КОРОЛЕНКО В.В.

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца (г. Киев, Украина)

Проблема разделения и разрозненности медицинских услуг стала особенно актуальной в связи с увеличением уровня хронических заболеваний. Пациенты, которых лечат более один поставщик медицинских услуг, становятся особенно беззащитными перед неблагоприятными последствиями неэффективной координации между ними. Актуальность действенной координации растет и вследствие возможности увеличения «полномочий пациентов» и индивидуализации медицинских услуг. Изменения акцентов системы здравоохранения, ориентированной на обслуживание («тип имеющихся медицинских услуг определяет вид предоставленного медицинского лечения»), на систему здравоохранения, направленную на пациента («реальные потребности пациента определяют вид предоставленного медицинского лечения»). Это означает, что в центре организации предоставления медицинских услуг будут потребности пациентов, максимальное удовлетворение которых потребует определенных координирующих действий. Наблюдается тенденция к изменению места предоставления медицинских услуг (институциональных медицинских услуг на амбулаторные), внедрению новых высоких технологий, многие из которых могут использоваться в амбулаторных условиях. Это приведет к тому, что и более сложные случаи смогут лечить амбулаторно. Способствует этому распространение электронного здравоохранения и телемедицины.

В связи с реформированием сферы здравоохранения в настоящее время в Украине остро стоят вопросы координации звеньев медицинской помощи. Эффективность работы дерматовенерологической службы также зависит от адекватного решения проблемы, требующей разработки и принятия соответствующей нормативно-правовой базы с учетом отечественного и мирового опыта и существующих социально-экономических и медико-социальных реалий.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2012–2013 гг.

ТАУБАЕВА А.А., ПЕТРИДИ А.А.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РК, г.Алматы

Заболеваемость урогенитальной хламидийной инфекцией в 2013 г. по республике увеличилась, абсолютное число зарегистрированных больных составило 4619, а в 2012 году — 4058случаев. Прирост составил 561, а темп роста на 113,8%, соответственно темп прироста 13,8. Наибольший рост наблюдается в г.Алматы, прирост составляет 446, а темп роста — 251,7%, соответственно темп прироста 151,7. и в г.Астане прирост- 160, темп роста 143%. А также в Кызылординской области — прирост 52, темп роста–154,2% и темп прироста составил 54,2. Спад заболеваемости отмечается в Алматинской области — 609случаев, против 772случаев в аналогичном периоде в 2012году, т.е. прирост (–163), темп роста–78,%, а темп прироста (–21,1). А также отмечается снижение в Южно-Казахстанской прирост–66, темп роста — (–66), темп прироста — 11,6 и Северо-Казахстанской прирост — 34, темп роста — (82,7), темп прироста 17,3 областях.

Выявлено превышение уровня заболеваемости урогенитальной хламидийной инфекцией среди жителей города по сравнению с сельскими жителями в 4,5 раза. В Актюбинской и Мангистауской областях показатель заболеваемости урогенитальной хламидийной инфекцией среди жителей села не выявлен. По распространенности этого заболевания в зависимости от пола и возраста можно отметить, что девочки до 14 лет болеют чаще, чем мальчики (0 сл. — у мальчиков, 5 сл.- у девочек и в 2012году отмечается такие же показатели). Среди подростков от 15–17 лет в 2013 г. выявлено среди девочек — 2 сл., мальчиков ни одного случая. Увеличение заболеваемости урогенитальной хламидийной инфекцией связано с бессимптомным течением заболевания, отсутствием обязательной регистрации с извещением, отсутствием целенаправленного санитарного просвещения, нетрадиционностью диагностики, сложностью лечения, отсутствием мер профилактики.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 2013 ГОД

ТАУБАЕВА А.А., ПЕТРИДИ А.А.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РК, г.Алматы

В настоящее время в Республике функционируют 24 кожно-венерологических диспансера, 13 кож-вен. отделений, в общей сложности на 1668 коек из них дневных- 483 и 529 кожно-венерологических кабинетов при поликлиниках, ЦРБ и РБ.

Во многих регионах в КВД происходит оптимизация круглосуточного коечного фонда за счет увеличения мало затратных коек дневного стационара. В отчетном году было открыто 135 дневных стационаров, планируется открыть еще 90 коек.

В целом обеспеченность койками по РК в 2013 году составила 0,6 на 10 000 населения, тогда как в 2012 г. составляла 1,0. Низкая обеспеченность койками наблюдается в г. Алматы 0.3, а самая высокая обеспеченность койками в Актюбинской области — 1,4.

Обеспеченность врачами — дерматовенерологами на 10 тыс населения составила по РК в 2013 г–0,4. Самая низкая — в г.Алматы 0.2, в Алматинской области — 0,3. Выше среднереспубликанского показателя обеспеченность врачами отмечается в г.Астана, в Акмолинской, и в Павлодарской областях — 0,5.

В дерматовенерологических учреждениях РК работало в 2013 году 660 врачей, из них 171 в сельских местностях. Имеют высшую категорию 120 городских и 15 сельских врачей, первую категорию имеют 164 городских и 51 сельских врачей, вторую категорию имеют 37 городских и 8 сельских врачей.

ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

ТЕМИРОВА С.Е.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз

Иммунопатология тесно связана с биохимическими нарушениями, образуя единый симптомокомплекс, в основе которого лежит нарушение клеточного метаболизма в тех или иных органах и тканях, дальнейшее усугубление иммунодефицита приводит к отдельным органным поражениям. Клиника болезни в этом случае будет определяться локализацией поражения и глубиной расстройств регуляции гомеостаза, обусловленной взаимодействием нервной, эндокринной и иммунной систем. К сожалению, в широкой клинической практике верификация органных поражений при ОПИ на сегодняшний день значительно затруднена.

Цель исследования. Выявление глубины иммунодефицитного состояния, степени органных поражений, оценки эффективности проводимой этиотропной терапии.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 23 пациента с впервые выявленным генитальным герпесом. Диагноз подтвержден данными ИФА, полимеразной цепной реакции и авидности вирусов. Отсутствие каких-либо проявлений герпетической инфекции в анамнезе (субфебрилитет, головная боль, боли в мышцах и суставах, общая слабость, снижение работоспособности, высыпания), выделение Ig M и выявление низкой авидности IgG явилось основанием для постановки диагноза. Проведено определение показателей клеточного иммунитета, для определения степени полиорганных поражений определяли уровень антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) к тканевым антигенам (ТА) мозга, печени, почек, легких, яичника, эндометрия, миометрия, простаты.

Больным проведена базисная противогерпетическая терапия, включающая аномальные нуклезиды, интерфероны, индукторы интерферонов.

Результаты собственных исследований. Анализ иммунологических показателей при данной форме герпесвирусной инфекции показал достоверное снижение всех показателей клеточного иммунитета относительно контрольных значений. Причем, более существенное снижение Т-хелперов определял супрессорный характер иммунной реакции, отражением чего является значительное снижение ИРИ.

Всем больным до лечения определялся уровень АСЛ, специфически сенсибилизированных к ТАГ мозга, печени, почек, легких, у женщин — яичника, эндометрия и миометрия, у мужчин — предстательной железы. Полученные результаты показывают, что наиболее выраженные отклонения по сравнению со значениями в норме отмечаются в показателях АСЛ к ТАГ яичника и эндометрия у женщин, миометрия, простаты у мужчин. Также достоверное повышение

у больных отмечается в показателях АСЛ к ТАГ печени, почек, ткани легкого.

Анализ полученных результатов исследования показывает, что герпетическая инфекция вызывает довольно глубокий иммунодефицит, высокую степень органных поражений, которые в динамике заболевания в результате проведенной терапии имеют тенденцию к нормализации, сохраняя при этом достоверные различия с показателями в норме, что указывает на недостаточную эффективность проведенной специфической терапии и на необходимость индивидуального подхода к каждому больному.

Вывод: Герпетическая инфекция вызывает довольно глубокий иммунодефицит, высокую степень органных поражений, которые в динамике заболевания в результате проведенной терапии имеют тенденцию к нормализации, сохраняя при этом достоверные различия с показателями в норме.

ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КЛАССА G К АНТИГЕНАМ CANDIDA ALBICANS У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

ХАЛИДОВА Х.Р., ИБРАГИМОВА Г.Р., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А., ДАВУРОВА М.С.

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

Введение. Оппортунистические патогены широко распространенных видов Candida могут вызывать различные формы кандидомикозов урогенитального тракта, в зависимости от вида участвующего микроорганизма. Из рода Candida патогенными для человека являются Candida albicans — основной патоген, вызывает до 50 % всех случаев кандидозов, следом за ним идет C. krusei (25 %), C. glabrata (13 %) и C. parapsilosis (12 %). Такие виды как C. tropicalis, C. pseudotropicalis, C. pulcherrima, C. stellatoidea и C. guillermondii тоже бывают патогенными, но значительно реже. Обычными методами обнаружения кандидозной инфекции является микроскопические, специальные культуральные методы и специфический анализ ДНК. Кроме того, используют и серологические исследования, такие как иммуноферментный анализ с определением различных классов иммуноглобулинов.

Целью настоящего исследования явилось определение иммуноглобулинов класса G к антигенам Candida albicans у пациенток с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта

Материал и методы. Под наблюдением находились 27 пациенток, в возрасте от 16 до 56 лет, при этом с давностью заболевания до 2 месяцев 3 пациенток (11,1 %), свыше 2 месяцев 9 пациенток (33,3 %), свыше 1 года 15 человек (55,6 %). Предъявляли жалобы на гнойные выделения из половых путей 2 женщин (7,4 %), слизистые – 12 (44,4 %), молочно-белые – 21 (77,8 %), гнойно-творожистые – 3 (11,1 %). Обнаружение кандидозной инфекции проводили микроскопическим, культуральным и серологическими методами. Определение иммуноглобулинов класса G к антигенам Candida albicans в сыворотке крови производили с помощью коммерческих тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск, Россия).

Результаты. Микроскопическими и культуральными исследованиями у 25 пациенток (92,5 %) были обнаружены грибы рода Candida, которые в 12 (44,4 %) ассоциировались с гарднереллами, в 13 (48,1 %) с хламидийно-уреамикоплазменной инфекцией, у 2 (7,4 %) пациенток грибы не были обнаружены. При определении антител 10-кратное увеличение титра Ig G к Candida albicans было установлено у 5 пациенток (18,5 %), 5-кратное — у 12 (44,4 %), 3-кратное у 7 (25,9 %) и у 3 (11,1 %) пациенток уровень Ig G в 1,2 раза превышал контрольные цифры.

Высокий уровень Ig G к Candida albicans может указывать как на перенесенную в прошлом, так и на текущую инфекцию. Наиболее значимым доказательством наличия активной кандидозной инфекции является повышение более чем в 4 раза уровня Ig G к Candida albicans в парных сыворотках. Отрицательные и сомнительные результаты теста не исключают инфицирование Candida albicans. Инфекционный процесс может находиться на слишком ранней стадии развития или не вызывать продукции антител в достаточном для теста количестве.

Выводы. Таким образом, настоящий тест является скрининговым и его результаты должны быть связаны с данными анамнеза и клинических исследований. Данный анализ не может подтвердить наличие или отсутствие кандидоза. Его следует использовать в качестве дополнения к основным методам диагностики кандидоза (микроскопия, посевы в сочетании с данными клинической картины и инструментальных методов). Результаты определения антител необходимы для мониторинга кандидоза в качестве различных критериев: 4-кратный подъем титров антител позволяет определить активность кандидоза, 4-кратное снижение их уровня в процессе лечения — показатель успешной терапии заболевания.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФТРИАКСОНА В ТЕРАПИИ СИФИЛИСА

ХАМИДОВ Ш.А., ХАМИДОВ Ф.Ш., ЁРКУЛОВ К.К., САЛОХИДДИНОВ А., ТОЖИБОЕВ Л., САРИМСАКОВ Б., ДЕХКОНОВ М., ДАДАЖОНОВ У., КОСИМОВ Н., СЕТТАРОВА Л.А., КОБИЛОВ А.А.

Андижанский Государственный медицинский институт;
Андижанский областной кожно-венерологический диспансер

Совершенствование специфической терапии сифилиса остается актуальной проблемой современной венерологии. В последнее время внимание сифилидологов привлекает антибиотик — цефтриаксон (полусинтетический цефалоспорин III поколения — который обладает высокой трепонемоцидной активностью).

Цель исследования: Определит эффективность цефтриаксона у больных сифилисом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 40 больных (26 мужчин и 14 женщин в возрасте от 18 до 48 лет), лечившихся в Андижанском областном кожно-венерологическом диспансере. Работающие лица составили 20 (50%) больных, безработные – 16 (40%), учащиеся различных учебных заведений – 4 (10%).

Вторичным сифилисом страдали 25% (7 мужчин и 3 женщин), ранним скрытым – 75% (11 женщин и 19 мужчин). Из 10 больных вторичным сифилисом у 3 имелись эпителизирующиеся шанкры, паховый лимфаденит. У больных вторичным сифилисом в клинической картине наблюдались следующие элементы: розеолы туловища у 6 пациентов; папулы туловища — у 4 больных; папулы ладоней — у 4; папулы подошв — у 2; эрозивные папулы полости рта — у 3; папулы гениталий и перианальной области — у 3, специфическая эритематозная ангина — у 4; папулы языка — у 2; специфический ларингит — у 2. У 2 больных были более поздние проявления вторичного сифилиса — алопеция и/или широкие кондиломы.

Большинство больных (32 пациентов – 80%) получали лечение в стационаре, остальные лечились в амбулаторных условиях. Все пациенты были обследованы специалистами: терапевтом, окулистом, невропатологом. Лечение проводилось по следующей методике: цефтриаксон 1,0 г ежедневно в/м в течение 14 дней 1 раз в сутки. Переносимость лечения цефтриаксоном была хорошей, аллергических реакций отмечено не было. Результаты лечения цефтриаксоном оценивались по срокам регресса сифилитических элементов и негативации серологических реакций, частоте клинических рецидивов, серорецидивов, серорезистентности.

Результаты и обсуждение. По данным результатов исследования сроки регресса сифилитических элементов были следующие: розеола туловища рассасывалась на 5–17-й день от момента начала лечения; папулы туловища — на 7–21-й день; папулы ладоней и подошв — на 7–20-й день; эрозивные папулы полости рта и языка — на 6–15-й день; эрозивно-мокнущие папулы гениталий и перианальной области рассасывались на 7–22-й день; широкие кондиломы на 12–15-й день терапии.

Результаты эффективности лечения оценивали по данным клинико-серологического наблюдения пациентов в течение 12 месяцев и более, после завершения лечения цефтриаксоном. Все исследования серологических реакций осуществлялось 1 раз в 3 мес.

У 70% больных рецидивным и 66,7% больных ранним скрытым сифилисом стойкая негативация серологических реакций отмечена в сроки до 24 мес. Замедленная негативация серологических реакций имелась у 10% вторичным и 6,7% больных ранним скрытым сифилисом, пролеченных цефтриаксоном. Удельный весь неблагоприятных результатов (клинических и серологических рецидивов, серорезистентность) составил 20% при вторичном и 26,7% при раннем скрытом сифилисе. У больных, лечившихся по поводу скрытого сифилиса, преобладала рецидив заболевания и серорезистенность, чем по поводу вторичного сифилиса.

Выводы. Отмечается хорошая переносимость препарата Цефтриаксон (не зафиксирована ни одного случая плохой переносимости). У большинства больных болеющих сифилисом отмечается стойкая негативация после лечения Цефтриаксоном.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «КОНДИЛИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК

ХАМИДОВ Ш.А., ХАМИДОВ Ф.Ш., БОТИРОВ К.З.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель: Оценить эффективность и безопасность препарата кондилин у пациентов с аногенитальными бородавками.

Материалы и методы: Двадцать пять больных с диагнозом аногенитальные бородавки (13 женщин и 12 мужчин, средний возраст 28,5 лет) получали препарат кондилин наружно 2 раз в день, в течении 3 дней, потом 4-х дневный перерыв; далее повторный 3-х дневный курс лечения. Перед проведением лечения больные были осмотрены гинекологом и урологом, 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 аногенитальные 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 с аногенитальными бородавками, о чем свидетельствует динамика процесса. В подавляющем большинстве (92%) кондилин хорошо переносится больными.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С БППП В ТАШКЕНТЕ

ХАНГЕЛЬДОВ А.Э., ДЖАЛИЛОВА Ш.А., РЫСТИНА О.С.

Ташкентский городской кожно-венерологический диспансер, г. Ташкент

Структура дерматовенерологической службы г. Ташкента представлена городским кожновенерологическим диспансером, имеющим стационар на 105 коек, девятью районными КВД и одним кожновенерологическим кабинетом в Бектемирском районе.

Обслуживаемое население на 2013 год – 2 340 900 чел., в том числе:

Олмазарский район — 331 800;
Юнус-Абадский район — 311 500;
Шайхантаурский район — 307 200;
Мирзо-Улугбекский район — 259 300;
Учтепинский район — 249 900;
Чиланзарский район — 228 200;
Хамзинский район — 217 800;
Сергелийский район — 162 200;
Мирабадский район — 127 800;
Яккасарайский район — 115 100;
Бектемирский район — 30 100.

В дерматовенерологической службе Ташкента работают 155 врачей, в том числе: дерматовенерологов – 132; врачей-лаборантов – 16; других специалистов – 7.

Обеспеченность дерматовенерологами – 6,6 на 100 000 населения, обеспеченность стационарными койками – 4,5 на 100 000 населения.

Во всех районных КВД работают клинико-бактериологические лаборатории и одна серологическая лаборатория при ТашГорКВД.

В 2013 году 26 врачей прошли обучение на курсах повышения квалификации при ТашИУВ, 87 врачей имеют квалификационную категорию, что составляет 65,9%.

СИФИЛИС

За 2013 год зарегистрировано 236 больных сифилисом. Интенсивный показатель на 100 000 населения – 10,1. В 2012 году выявлено 234 больных (интенсивный показатель – 10,1). Повышение заболеваемости составило 0,8 %. Лица БОМЖ составили – 1,3 % в 2013 г., а в 2012 г. – 3,8 %.

Наибольшее снижение регистрации заболевания наблюдается: в Хамзинском районе — на 15 случаев; в Учтепинском — на 12; в Шайхантаурском — на 7.

Наибольший рост отмечен: в Мирзо-Улугбекском районе — на 22; в Сергелийском — на 8; в Бектемирском — на 6 случаев.

Наибольший уровень заболеваемости: в Хамзинском районе – 16,7 на 100000 населения; в Сергелийском – 15,1 на 100000; в Бектемирском – 13,5 на 100000; в Учтепинском – 12,4 на 100000.

Низкие показатели сифилиса: в Шайхантаурском районе – 5,4; в Яккасарайском – 7,8; в Чиланзарском – 7,7.

В клинической структуре сифилиса доля скрытых форм в 2013 г. составила 68,2 %, в 2012 г. – 59,8 %.

За отчетный период зарегистрирован 1 случай нейросифилиса у мужчины из Юнус-Абадского района.

Среди несовершеннолетних выявлен 1 случай сифилиса у девочки из Хамзинского района (заразилась бытовым путем), лечилась в клинике РСНПЦДиВ.

Из числа зарегистрированных больных сифилисом активно выявлено 91,9 % в 2013 г. (в 2012 г. — 93,2 %). Среди учтенных больных мужчины составили 65,3 %; женщины – 34,7 %.

В 2013 г. выявлено источников заражения 57,2 %, в 2012 г.- 50 %. Обследовано 1,9 контактов на 1 больного сифилисом, в том числе 1,9 половых контактов. Среди обследованных 268 человек — половые контакты, что составило 57,8 %, из них выявлено 76 больных сифилисом (28,4 % от обследованных контактов).

ГОНОРЕЯ

В 2013 г. зарегистрировано 358 больных гонореей, в 2012 г. – 378. Снижение составило 5,6 %. Интенсивный показатель – 15,3 и 16,4 на 100 000 населения соответственно.

Наибольшее снижение числа больных гонореей отмечено: в Учтепинском районе — на 10 случаев; в Сергелийском — на 7; в Мирзо-Улугбекском — на 4.

Рост заболеваемости отмечен в Юнус-Абадском районе — на 13 и в Бектемирском — на 2 случая.

Хроническая гонорея в 2013 г. составила 1,4 %, а в 2012 г. – 3,4 %.

Соотношение сифилиса к гонорее за 2013 г. составило 1:1,5; в 2012 г.—1:1,6.

Активно выявлено 75,9 % больных гонореей; в 2012 г. – 84,7 %.

Среди выявленных в 2013 г. больных гонореей мужчины составили 48 %, женщины- 52 %.

Среди несовершеннолетних в 2013 г. зарегистрировано 2 случая гонококковой оф-тальмии новорожденных в Юнус-Абадском районе, девочки были выявлены в клинике РСНПЦДиВ, где и получали специфическое лечение с матерью, 1 случай гонококковой офтальмии новорожденных в Миробадском районе (мальчик вместе с матерью получил лечение в стационера ТашГорКВД). Также зарегистрирован 1 случай гонореи у девушки из Чиланзарского района, заражение произошло половым путем. Несовершеннолетняя получила спец.лечение в стационаре ТашГорКВД.

У больных гонореей в 2013 г. выявлено 60,6 % источников заражения, в 2012 г.- 64 %. На 1 больного обследовано 1,9 контактов, в том числе 1,9 половых контактов.

Всего учтено 651 больной трихомониазом, из них 27,6 % составили мужчины и 72,4 % — женщины, среди которых 50 % выявлены гинекологами. По сравнению с 2012 г. снижение регистрации больных трихомониазом — на 75 случаев (11,5 %).

ИППП второго поколения

Нозология	2013 г.		2012 г.	
	абс.	На 100 тыс. нас.	абс.	На 100 тыс. нас.
Трихомониаз	651	27,8	726	31,4
Хламидиоз	212	9,1	165	7,1
Уреаплазмоз	205	8,8	144	6,2
Гарднереллез	589	25,2	740	32
У/г кандидоз	1590	67,9	1507	65,2
У/г герпес	105	4,5	67	2,9
Острок. кондиломы	117	5,0	94	4,1
ЦМВ	143	6,1	78	3,4
ИТОГО:	3612	154,3	3521	152,4

Увеличилась регистрация большинства ИППП второго порядка, в то же время остается высоким выявление ИППП второго поколения гинекологами. Санация этих женщин проводится так же гинекологами, а не в специализированных мед. учреждениях, поэтому половые партнеры не привлекаются ни к обследованию, ни к лечению.Серологической лабораторией ТашГорКВД проведено 470877 анализов, в том числе: КСР – 16771; микрореакций – 450669; ИФА – 404; РИТ – 1222; РИФ – 1258.

Таким образом, проведенная работа способствует снижению роста вен. заболеваемости в городе Ташкенте и контролю за эпид.обстановкой в целом.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В Г. ТАШКЕНТЕ

ХАНГЕЛЬДОВ А.Э., ДЖАЛИЛОВА Ш.А., РЫСТИНА О.С.

Ташкентский городской кожно-венерологический диспансер, г. Ташкент.

Борьба с распространением и профилактикой вен.заболеваний и ИППП в нашей стране проводится дерматологической службой,которая постоянно реформируется, внедряя новые диагностические и лечебные технологии. Широкое применение анонимного обследования, переход к амбулаторным методам лечения,обеспечение бесплатного лечения сифилиса и гонореи ведет к более полному охвату заболевших лиц. Однако наряду с достигнутыми успехами все еще остаются сложные вопросы по заболеваемости молодежи. Это связано с миграцией трудоспособных граждан, недостаточной осведомленностью с вензаболеваниями, распущенностью отдельных лиц и др. факторами.

Мы решили проанализировать распространенность ИППП и венболезней среди несовершеннолетних в Ташкенте за 2012–2013 годы.

За 2012 год зарегистрирован 1 юноша 17-ти лет,больной сифилисом из Сергелийского района и 1 юноша 16 –ти лет, больной гонореей из Чиланзарского района. В обоих случаях заражение произошло половым путем. Данные пациенты получили спецлечение в стационаре ТашГорКВД. Также была зарегистрирована новорожденная девочка из Олмазарского района, у которой установлен ранний врожденный сифилис. Девочка получила лечение в клинике РСНПЦДиВ.

Наименование района	СИФИЛИС				ГОНОРЕЯ			
	2012		2013		2012		2013	
	0–14	15–17	0–14	15–17	0–14	15–17	0–14	15–17
Мирабадский	–			–	–	–	1	–
Чиланзарский	–	–	–	–	–	1	–	1
М.Улугбекский	–	–	–	–	–	–	–	–
Олмазарский	1	–	–	–	–	–	–	–
Юнус-Абадский	–	–	–	–	–	–	2	–
Яккасарайский	–	–	–	–	–	–	–	–
Сергелийский	–	1	–	–	–	–	–	–
Хамзинский	–	–	1	–	–	–	–	–
Шайхантаурский	–	–	–	–	–	–	–	–
Учтепинский	–	–	–	–	–	–	–	–
Бектемирский	–	–	–	–	–	–	–	–
Г. Ташкент	**1**	**1**	**1**	–	–	**1**	**3**	**1**

За 2013 год беременных среди несовершеннолетних не зарегистрировано.

На все случаи болезней, передающиеся половым путем среди несовершеннолетних составлены акты разбора. Врачами-дерматологами Ташкента проводятся лекции в школах и средних специальных учебных заведениях о половом воспитании, путях передачи и профилактике ИППП.

КЛИНИКО БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «МОКСИКУМ» У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ХАСАНОВА М.Т., НУРИТДИНОВ О.Д.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель: Изучить клинико-бактериологическую эффективность препарата «моксикум» у больных с урогенитальной смешанной инфекцией.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни и амбулаторные карты 15 больных в возрасте от 20 до 35 лет, лечившихся по поводу ИППП. У 9 больных была диагностирована хламидийно-трихомонадная, у 4-хламидийно-гарденереллезная, у 2-микоплазменно- трихомонадная. Исследование на трихоманиаз проводилось бактериоскопически, хламидийная инфекция выявлена методом ИФА; гарднереллы выявили бактериоскопически на нативном препарате, а микоплазмы бактериологически с тестом на уреазу.

Препарат «моксикум» фирмы FARMAPRIM Российской биотехнологической компанией в соответствии с международными стандартами (GMP). Хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз: системно: Иммуномодуляторы, витаминотерапия, антибиотикотерапия моксикум 400 мг 1 раз в сутки в течение 7–10 дней

Результаты: У больных признаки воспалительного процесса на слизистой мочеполовой системы исчезли в сроки от 3 до 5 дней, Лабораторные исследования и методы после окончания курса лечения указывали на этиологическое излечение у 12 (95,2%) из 15 больных. Только у трех больных с хламидийно-гарднереллезным процессом клинико-бактериологический эффект отсутствовал.

Выводы: Таким образом, «МОКСИКУМ» является высокоэффективным препаратом при лечении ИППП.

АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ СМЕШАННЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ЖЕНЩИН

ШЕВЧЕНКО Е.П.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца (г. Киев, Украина)

На современном этапе папилломавирусная инфекция (ВПИ) занимает одно из ведущих мест по распространенности среди урогенитальных инфекций, особенно среди сексуально активной возрастной категории населения.

Цель работы. Определение частоты выявляемости генотипов вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого риска онкогенности и определение процентного соотношения его выявляемости в сочетании с другими патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, у женщин репродуктивного возраста при различной урогенитальной патологии.

Материалы и методы. Было обследовано 1888 пациенток фертильного возраста от 17 до 46 лет (средний возраст составлял 28 лет), на наличие ДНК ВПЧ высокого риска онкогенности 16, 31, 33, 35, 18, 39, 45, 59, 52, 56, 58, 66 типов в отделяемом из урогенитального тракта. Исследование проводилось с использованием набора реагентов «АмплиСенс» ВПЧ ВКР Генотип — EPh», производства ЦНИИ эпидемиологии г. Москва. Амплификация проводилась с помощью термоциклераторцик фирмы «ДНК — технология» Россия и амплификатора «CorbettResearch», Австрия. Наличие ДНК Ch. trachomatis, U. urealyticum, M. hominis, M. genitalium, CMV, HSV, G. vaginalis, N.gonorrhoeae, T.vaginalis проводились с использованием наборов производства ЦНИИ эпидемиологии г. Москва. Детекция продуктов амплификации на наличие папилломавирусов и трихомонад проводилась в агарозном геле, с последующей визуализацией при помощи гель-документирующей системы DNA–analyzez. Остальные инфекционные агенты определялись с помощью детектора АЛА — ¼ с флюоресцирующим сигналом по конечной точке.

Результаты исследований и их обсуждение. При обследовании методом ПЦР — анализа 1888 женщин молодого репродуктивного возраста у 820 (43,4%) пациенток было выявлено ДНК ВПЧ. Среди высокоонкогенных типов ВПЧ, выделенных из клеток урогенитального тракта обследованных женщин, самыми распространенными были 56 (29,5%) тип, 16 (25,5%) тип и 18 (13,9%) тип. Генотипы 33, 39, 45, 58, 59 отмечались у обследованных женщин в единичных случаях (от 0,2% до 0,9%), генотипы 31, 35, 52, 66 — занимали промежуточное место (от 1,9% до 3,0%). Инфицирование одним типом ВПЧ высокого риска онкогенности было диагностировано у 650 (60,8%) из 820 обследованных женщин, двумя типами ВПЧ — у 142 (13,2%), тремя типами ВПЧ — у 26 (2,4%). Инфицированние папилломавирусом у обследованных женщин чаще всего сочеталось с инфицированием другими урогенитальными инфекциями. Без ассоциантов было выделено ДНК ВПЧ у 74 пациенток (12,2%). Чаще всего папилломавирус сочетался с условно — патогенными микроорганизмами: U. urealyticum – 38,6%, G.vaginalis — 27,7%, M. hominis — 18,8%. Реже микст — инфекции наблюдались с вирусами герпеса: CMV- 3,0%, HSV – 2,3% и абсолютными патогенами: Chl. trahomatis–6,9%, T. vaginalis — 9,7%, M. genitalium — 2,8%. В двух клинических случаях было диагностировано сочетание ПВИ с гонорейной инфекцией — 0,3%.

Выводы. Анализ результатов проведенных исследований указывает на целесообразность проведения комплексного клинико-лабораторного обследования женщин фертильного возраста на ПВИ и другие урогенитальные инфекции, что позволит проводить дифференцированную терапию микст — инфекций урогенитального тракта.

СЎЗАК ҚЎЗҒАТУВЧИСИ БИЛАН ИШЛАЙДИГАН БАКТЕРИОЛОГИК ЛАБОРАТОРИЯНИНГ ҲОЛАТИ ВА УНГА ҚЎЙИЛАДИГАН ТАЛАБЛАР

ЭШБОЕВ Э.Х., РАЗИКОВ А.А., ЭШБОЕВ С.Э.

Республика Ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий амалий тиббиёт маркази

Сўзак касаллиги бактериологик диагностикаси билан фаолият кўрсатадиган лабораторияда даҳлизчали бокс, идишларни ювадиган хона, беморлардан патологик материал оладиган алоҳида хона, суртма ва экмаларни микроскопик текшириш учун ва шунингдек озиқ муҳитларни тайёрлайдиган ва зарарсизлантирадиган хона бўлиши керак. Лаборатория термостат, қуритиш шкафи, совутгич, автоклав, инактиватор, центрафуга, бактериологик лабораторияда ишлатиладиган анжомлар, лаборатория идишлари шунингдек бўёқлар ҳамда озиқ муҳитлар каби зарур реактивлар билан таъминланиши лозим.

Тирик микроорганизмлар культураси билан ишлашда шахсий ва умумий ҳавфсизлик қоидаларига қатъий риоя этилиши керак. Патологик ва тирик культураларга ишлатилган барча предметларни (қовузлоқ, пипетка, пробирка, буюм ойналари ва бошқалар) тезликда оловда ёки дезинфекцияловчи эритмаларда ёки автоклавларда зарарсизлантирилиши лозим. Тирик микроорганизм культуралари билан ишлаш фақат боксларда олиб борилиши шарт.

Бокс деворлари, шифти ёғли бўёқда бўялиши, полига плитка ётқизилиши ёки линолеум тўшалиши ҳамда столлар ювиладиган материаллар билан қопланиши керак. Боксда бактериоцид лампа, иш жойида дезинфеция эритмалари солинган идишлар, газ ёки спиртли лампа бўлиши шарт. Бокс олди хонада махсус кийим ва стерил идишлар ҳамда ишлаш учун зарур ашёлар сақланадиган шкаф бўлиши керак. Ҳар куни ишдан олдин ва кейин боксни дезинфекция эритмалари билан артиш ҳамда бактериоцид лампаларни ёқиб қўйиш лозим. Боксни зарарланганлигини бактериологик назорат қилиш бир ҳафтада камида бир марта ўтказилиши даркор.

Бунинг учун 15 минут давомида стол устига 2 та, биринчиси гўшт пептонли агар (ГПА) ва иккинчиси Сабуро озиқ муҳитларини очиқ чашка Петри да қолдирилади. Кейин биринчи чашка (ГПА) 37^0C термостатга 48 соат давомида, иккинчи чашка (Сабуро озиқ муҳити) эса 22^0C да 96 соатга қўйилади. 10 тагача сапрофит микроорганизмлар колониялари ўсишига рухсат берилади.

Маълумки, лаборатория текширувларини тўғри ташкил қилиш ҳамда уларнинг юқори сифати касалликларни эрта аниқлаш ва уларни даволашда касалликларнинг тарқалишига қарши самарали курашда, ўта муҳим роль ўйнайди. Сўзак касаллигининг тарқалишига қарши курашда бактериологик диагностиканинг ўрни жуда муҳим. Шунингдек самарали ташкил қилиш даво профилактик ва эпидемиологик чора-тадбирлар қўллашда ўта сезгир ва махсус усулсиз қўзғатувчини аниқлаш мумкин эмас. Бактериологик диагностиканинг асосий вазифаси касаллик қўзғатувчисини зарарланган органлар ажралмаларидан озиқ муҳитларга экиш йўли билан ажратиб олиш ҳисобланади.

Шунинг учун текширувлар ишончлилиги шунингдек бактериологик лаборатория иш самарадорлиги текширишлар сифатига узвий боғлиқ. Аниқ ва ишончли натижаларни етарлича текширувлардан сўнг олиш мумкин.

ОҚИШ ТРЕПОНЕМАЛАРНИНГ ТАШҚИ МУҲИТ ВА ДЕЗИНФЕКЦИЯЛОВЧИ МОДДАЛАРГА ЧИДАМЛИЛИГИ

ЭШБОЕВ Э.Х., ЭШБОЕВ С.Э., БОЙМИРЗАЕВ Н.И., МАДРАХИМОВА Н.Я.

Республика Ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий амалий тиббиёт маркази

Трепонемалар одам организмидан ташқарида ташқи муҳитга айтарли чидамли эмас. 45–48^0C да қиздирилганда 1 соат, 55^0C да эса 15 дақиқада ўлади. Лекин нам муҳитда узоқ яшайди. Дезинфекция қилувчи воситалар трепонемаларни бир зумда ўлдиради. Масалан, у қуруқ шароитда тез ўлади. Нам нарсаларда бир неча соат яшаши мумкин. Икки томони кавшарланган найчадаги трепонемалар нам муҳитда 2 сутдан то 2 кунгача тирик сақланади Ваакум шароитда музлатилган трепонемалар 1,5–2 йил мобайнида ҳам патогенлигини йўқотмайди. !0% ли инактивланган нормал зардоб ва 15% ли глециридан тайёрланган суспензияда трепонемалар бир қанча вақт тирик сақланиши мумкин. М.С.Григорьев туғма захмнинг вафот этган чақолоқнинг жигаридан тайёрланган препарат 48 соатдан кейин ҳам трепонемалар ҳаракани кузат-

ган. 72 соатдан сўнг эса уларнинг ҳаракати заифлашган.

Одатда кислотали муҳит ва кислоталар трнепонемаларга ҳалокатли таъсир этади. 0,3–0,5% ли хлорид кислота эритмасида улар бир зумда, кучли кислотада эса шу зоҳати ҳаракатини йўқотади.

Баъзан таркибида кислота ҳамда алкоголь сақланган озиқ-овқат маҳсулотлари (умумий кислоталиги 0,8–1,4%, спиртнинг қуввати 15–16^0 ли, протовеин умумий кислоталиги 6,8–7,2% лимонад, 0,33% ли кефир, 0,5–9,0% квац) трепонемаларга ҳалокатли таъсир қилади. 3–4% ли сода эритмасида улар ўз ҳаракатини йўқотмайди, аммо 5% ли эритмасида нобуд бўла бошлайди. Қуйуқ совунли сувда улар бир неча дақиқада ҳалок бўлади.

Консерваланган ҳолда оқиш трепонема 3–5 кунгача тирик сақланиб қолиши мумкин. Бу эса қон қуйишда захм юқиш эҳтимолини олдини олиш мақсадида донорларнинг синчиклаб текширувдан ўтказишни зарур қилиб қўяди.

Шундай қилиб тиббиёт ходимлари касалликнинг юқумли даврида иш жараёнида эхтиёт чораларига қаттий амал қилишлари керак. Чунки акушер-гинекологлар, хирурглар, стоматологлар, лаборантларга касаллик юқиб қолиш ҳоллари кузатилган. Бунинг олдини олиш мақсадида беморларни текшириб бўлгандан сўнг шифокорлар албатта қўлларини совунлаб ювиши керак. Лабораторияда эса дезинфекция мақсадлари учун 3–5% ли карбол кислота, 1–3% ли лизол, 0,5–3% ли хлорамин эритмалари, 2–20% ли хлорли оҳак, 70% ли этил спирти ҳамиша бўлиши шарт.

СЕРОЛОГИК ЛАБОРАТОРИЯДА ҚЎЙИЛАДИГАН ТАХЛИЛЛАРДА ХАТОЛАР САБАБЛАРИ

ЭШБОЕВ Э.Х., ДОВУРОВА М.С., ЭШБОЕВ С.Э.

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий амалий тиббиёт маркази

Касалликнинг даврига қараб турли усуллар қўлланилади. Аммо унинг барча ярали ва тошмали даврларида бактериоскопик усулдан фойдаланилади. Текшириш учун материал ярадан, тошмалардан (папула) ажраладиган суюқликдан олинган натив препарат микроскопнинг қоронғилатилган майдонида (ҳаракатланиши) кўрилади. Суртмалар тайёрлаб Бурри усулида бўялади, кумушлантирилади ва микроскоп остида кўздан кечирилади. Иммунофлюоресцент усулидан ҳам фойдаланилади. Ҳар бир ажратиб олинган оқиш трепонемани бошқа нопатоген, ташқи жинсий аъзоларда (T.refringens) ва оғизда (T.macrodentum, T.denticola, T.orale) яшовчи трепонемалардан фарқ қилиш лозим. Касалликнинг иккинчи даврида бемор организмида иммунобиологик ўзгаришлар содир бўлади. Буларни чўкма (микрореакция) ва комплементни боғлаш (Вассерман) раекциялар ёрдамида аниқланади.Мана шу жараёнда айрим холларда лаборатория хизмати ходимлари томонидан хатоликларга йўл қўйилади.Улар қуйидагилардир:

1. Стандарт серологик тахлиллар текширилади
   1.1. Натрий хлорид, антиген, гемолизин, қўй қонини, тайёрлашда қўйилган хатолар
   1.2. Комплементни ишчи дозасини тайёрлашда қилинган хато
   1.3. Зардобни инактиваторда инактивация қилишда +56°С дан паст ёки юқори бўлиши
   1.4. Антигенни паст ҳароратда сақлаш
   1.5. Тахлилни назорат зардобларсиз амалга ошириш
   1.6. Яхши тозаланмаган пробиркалар ишлатиш

2. Микрореакция преципитация тахлили текширилишда
   2.1. Қон плазмаси ва цитрат нисбатини нотўғрилиги
   2.2. Антиген тайёрлашдаги хатолар. Антигенни совутгичда сақлашдаги хатолар.
   2.3. Ингридиентларни нотўғри тақсимлаш.
   2.4. Тахлилни назорат зардобисиз амалга ошириш.
   2.5. Яхши тозаланмаган лаборатория идишларидан
   2.6. Тайёр бўлган тахлилни 10 минутдан ортиқ вақтда ўқилмаслиги.

ТЕРИ-ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ БИЛАН ШУҒУЛЛАНУВЧИ ЛАБОРАТОРИЯНИ ТАШКИЛ КИЛИШ

ЭШБОЕВ Э.Х., ЭШБОЕВ С.Э.

Ўз Р ССВ РИДваВИАТМ

Тери ва таносил касалликларига мукаммал ва аниқ ташхис қўйиш учун шифокорлар лаборатория услубларидан кенг фойдаланадилар. Ҳатто, амалиётда шундай вазиятларга дуч келинадики, лаборатория хизматисиз тўғри ташхис қўйиш амримаҳол бўлиб қолади. Ундан ташқари таъкидлаш жоизки, ҳар қандай юқумли (инфекцион) касалликлардаги каби турли дерматозлар ва таносил касалликларининг олдини олиш эҳтимоллигини аввалдан белгилаб бериш, қолаверса даволаш динамикасини баҳолашда лаборатория маълумотларининг аҳамияти катта. Масалан, беморнинг ажралмасидан гонококкларнинг топилиши, қаттиқ шанкрдан спирохеталарнинг аниқланиши, тери қирмасидан замбуруғларнинг топилиши ҳар қанақа шифокорлар орасидаги касбий мунозараларга барҳам беради. Ваҳоланки, бу қўзғатувчиларни топишга врач лаборант 10–20 дақиқа вақт сарф қилади холос. Шунинг учун ҳам тери ва таносил касалликлари соҳасида лаборатория ходимларининг ташхис борасида ҳиссаси бениҳоя каттадир.

Маълумки, лаборатория текширувларини тўғри ташкил қилиш ҳамда уларнинг юқори сифатли бўлиши, касалликларни эрта аниқлаш ва даволашда, қолаверса касалликларнинг тарқалишига қарши самарали курашда муҳим роль ўйнайди. Сўзак (гонорея) касаллигининг тарқалишига қарши курашда бактериологик диагностиканинг ўрни жуда муҳим. Шунингдек самарали профилактик ва эпидемиологик чора-тадбирларни қўллашда ўта сезгир ва махсус усулсиз лабораториялар керак бўлади. Дарҳақиқат, бактериологик диагностиканинг асосий вазифаси касаллик қўзғатувчисини зарарланган органлар ажралмаларидан озиқ муҳитларга экиш йўли билан ажратиб олиш ҳисобланади. Шунинг учун текширувлар ишончлилиги бактериологик лаборатория иш самарадорлиги сифатига узвий боғлиқ. Аниқ ва ишончли натижаларни етарлича текширувлардан сўнг олиш мумкин.

СОДЕРЖАНИЕ ИЛ–2 У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ В ПРОЦЕССЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

ЮЛДАШЕВ К.А., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А., ХАЛИДОВА Х.Р., ТУРСУНОВ С.С., КУРБАНОВА Н.К.

РСНПМЦ ДиВ МЗ РУз, г. Ташкент

Цель: Серологическая резистентность (СР) при сифилисе после лечения приобретенного сифилиса продолжает оставаться одной из наиболее сложных проблем современной сифилидологии. Вопросы диагностики, лечения и профилактики серологической резистентности при сифилисе остаются весьма актуальными. В связи с ограниченными возможностями серологических тестов для оперативной оценки результатов лечения после проведения специфической терапии остается актуальным поиск дополнительных объективных критериев, в качестве которых могут быть использованы иммунологические параметры. Исследование цитокинов, являющихся ключевыми для детерминации иммунного ответа в сторону клеточного или гуморального типа (интерлейкин–2), может стать источником необходимой информации.

Применяемые методы: Было изучено изменение уровня интерлейкина–2 в сыворотке крови больных с серорезистентностью при сифилисе в процессе дополнительной специфической терапии методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем ООО «Вектор-Бест» (Новосибирск). Обследовано 56 пациентов на разных этапах лечения. Диагноз «серорезистентность при сифилисе» был подтвержден данными специфических серологических методов исследования (КСР, РИФ, РИТ, РПГА, ИФА).

Результаты работы: Результаты исследования показали, что у 78,9% пациентов до начала дополнительной терапии определялись значимые количества IL- 2 и наблюдалась устойчивая тенденция к снижению данного показателя под влиянием дополнительной терапии. Так, до дополнительного лечения средняя величина IL–2 составляла 36,0 ± 11,01 пг/мл, к концу терапии она снижалась до 13,33 ± 6,21 пг/мл, (в сравнении с исходным уровнем) ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют предположить доминирование клеточного иммунного ответа у больных с серорезистентностью при сифилисе и возможность использования данного параметра для мониторинга эрадикации Treponema pallidum в процессе специфической терапии.

УРОГЕНИТАЛ ИНФЕКЦИЯЛАР — ЗАХМДАГИ СЕРОРЕЗИСТЕНТЛИК ҲОЛАТГА САБАБ БЎЛУВЧИ ОМИЛЛАРДАН БИРИ.

ЮЛДАШЕВ К.А., БОЙМУРЗАЕВ Н.И., КУРБАНОВА Н.К.

Ўз Р ССВ, РИДваВИАТМ

Захмдаги серорезистентлик ҳолат келтирувчи омилларни ўрганиш венерологларнинг илғор вазифаларидан бири ҳисобланади.

Захмдаги серорезистентлик ҳолат кузатилган 100 нафар беморларда урогенитал тизим аъзоларидан олинган патологик материаллар бактериоскопик ва бактериологик услублардан фойдаланиб лаборатор текширув ишлари бажарилди ва бунда умумқабул қилинган қоидаларга риоя қилиб олиб борилди. Текширилган беморлар ёши 20 дан 60 ёшгача бўлиб, 58 таси эркаклар ва 42 таси аёллар бўлишди.

Серорезистент ҳолат кузатлиган захм билан касалланган беморлар кони текширилганда: RW трипонема антигени билан 47,9% ҳолатда, кардиолипин антигени билан 45,1% ҳолатда, микрореакция тахлилларида 88,5% ҳолатда, ОТИР (РИБТ) 95,6%, $ИФТ_{200}$ ва $ИФТ_{abs}$ ($РИФ_{200,}$ $РИФ_{abs}$) лар 100% ҳолатларда мусбат натижалар аниқланди.

Шунингдек, серорезистентлик ҳолат кузатилган захм беморларида терапевт, гинеколог кўриклари ва ультратовуш текширувлари ҳам ўтказилди.

Лаборатор тадқиқот натижаларига кўра, 100 нафар беморларнинг 13 (13,0%) тасида Ureaplasma urealyticum инфекцияси, 5 (5,0%) нафарида Chlamydia trachomatis, 1 (1,0%) тасида Neisseria gonorrhoeae инфекцияси, 1 (1,0%) тада Trichomonas vaginalis, Gardnerella vaginalis 9 (9,0%) нафарида, Candida albicans эса 16 (16,0%) та беморларда аниқланди.

Серорезистентлик ҳолат кузатилган захм беморларида микробиологик текширувлардан ташқари, терапевт, гинеколог, невролог, офтальмолог кўриклари ва УТТ (УЗД) да қуйидаги ташхислар 28 (38,8%) нафар беморларда аниқланди: сурункали простатит – 2 та, бактериал уретрит – 3 та, бачадон миомаси – 1 та, сурункали пиелонефрит – 7 та, сурункали аднексит – 1 та, сурункали оофарит – 1 та, сурункали эндоцервицит – 3 та, эндометрит – 2 та, кольпит — 8 та беморларда аниқланди.

Шундай килиб, тадқиқот натижаларига асосланиб микробиологик ва клиник текширувлар натижаларига кўра буларнинг барчаси захмдаги серорезистентлик ҳолатни келтирувчи сабаблардан бири деб баҳоланди.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., КУРБАНОВА Н.К., ТУРСУНОВ С.С., ИСМАТОВА Ю.Н., КИМ И. И.

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

Серорезистентность при сифилисе является актуальной проблемой на сегодняшний день.

По мнению некоторых авторов, сопутствующие заболевания при сифилисе действует негативно на обмен липидов, провоцируя их расщепление и возникновения такого состояния как серорезистентность при сифилисе.

Целью настоящей работы является изучение сопутствующих заболеваний у больных с сроре-зистентностью при сифилисе.

Материалом для исследования явилось изучение сопутствующих заболеваний у 73-х больных с серорезистентностью при сифилисе.

Позитивность серологических реакций крови до проведения дополнительного лечения отмечено: в RW с трепонемным антигеном до 47,9%, а с кардиолипиновым антигеном- 45,1%, в микрореакции- 88,5%, РИБТ в 95,6%, а в РИФ200–100%, а в РИФabc- 100%.

Возраст больных колебался от 20 до 60 и более лет. Из них мужчин было 37, женщин 36. В возрасте до 20 лет больных было- 2, от 21 до 30 лет- 14, от 31 до 40- 17, от 41 до 50- 18, от 51 до 60- 13, 60 лет и более- 9 больных.

Больные с серорезистентностью при сифилисе дополнительно получали лечение по следующим методикам: бензилпенициллин по 1 млн. ЕД. каждые 4 часа до 120 млн. ЕД.- 10 больных, путем не прямой лимфотропной терапии пролечены цефтриаксоном –18, инфузионно антибиотики введены –45 больным.

Осуществлены всем больным кроме проведенных УЗИ, ЭКГ. РЭГ исследований, осмотры офтальмолога, невролога и терапевта, взяты с половых путей отделяемое для бактериологического и бактериоскопического исследования для исключения ИППП.

В результате при разделении сопутствующих заболеваний по нозологиям, со стороны ЖКТ у 35 обследованных выявлены (хронический холецистит, стеатоз печени, хронический гепатит, хронический колит), со стороны сердечно- сосу-

дистой системы (гипертоническая болезнь, артриты, миокардиты, нарушения кровообращения в головном мозге) выявлены у12 –х. Со стороны нервной системы у 22 выявлены такие заболевания как (нервно- сосудистая дистония, вторичная астенизация ЦНС, энцефалопатия смешанный тип, астеноневротический синдром, психастеническая дисциркуляторная энцефалопатия) и патология глаз у 4-х выявлена миопатия. Со стороны мочеполовой системы в 28 случаях выявлены заболевания: хронический простатит у –2, уретрит у –3, миома матки у –3, пиелонефрит у–7, аднексит у–1, оофорит у–1, эндометрит у–4, кольпит у- 7 больных.

Таким образом, после проведения специфического лечения отмечается снижение позитивности серологических реакций. Это доказывает взаимосвязь сопутствующих заболеваний на показатели серологических реакций.

ГЛЮКОЗА В КРОВИ ДО И ПОСЛЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., КОБУЛОВ Ш. М., МАНГИТОВ О.М., КУРБАНОВА Н.К., ИСМАТОВА Ю.Н., УМИРКУЛОВ С.Ш.

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

Одной из функций печени является его участие в углеводном обмене. У больных с серорезестентностью при сифилисе нарушается функция печени.

Целью настоящей работы является изучение содержания глюкозы крови (в норме 3,5- 6,11 мкмоль/л) до и после дополнительного лечения больных с серорезистентностью при сифилисе.

Материалом для исследования явилось изучение глюкозы крови до и после дополнительного лечения у 73-х больных с серорезистентностью при сифилисе.

Позитивность серологических реакций крови до проведения дополнительного лечения отмечен: в RW в с трепонемным антигеном до 47,9%, а с кардиолипиновым антигеном- 45,1%, в микрореакции- 88,5%, РИБТ в 95,6%, а в РИФ200–100%, а в $РИФ_{abc}$- 100%.

Возраст больных колебался от 20 до 60 и более лет. Из них мужчин било 37, женщин 36.

В возрасте до 20 лет больных было- 2, от 21 до 30 лет- 14, от 31 до 40- 17, от 41 до 50- 18, от 51 до 60- 13, 60 лет и более- 9 больных.

Больные с серорезистентностью при сифилисе дополнительно получали лечение по следующим методикам: бензилпенициллин по 1 млн. ЕД каждые 4 часа до 120 млн. ЕД- 10 больных, путем не прямой лимфотропной терапии пролечены цефтриаксоном –18, инфузионно антибиотики введены –45 больным.

Из 73-х больных глюкоза крови до лечения колебалась от 2,6 до 7,0 мкмоль/л и в среднем составил 5,528 мкмоль/л и оставалась на нормальном уровне.

После дополнительного лечения среднее число глюкозы снизилось и в среднем составило до 4,812мкмоль/л, при этом минимальное содержание глюкозы составило 2,7 мкмоль/л, а максимально достигло до 6,4 мкмоль/л.

В заключение можно констатировать факт, снижение уровня глюкозы в крови до дополнительного лечения у больных с серорезистентностью при сифилисе и достижения этого показателя до уровня нормы после проведенной терапии.

ОСТАТОЧНЫЙ АЗОТ КРОВИ ДО И ПОСЛЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., КУРБАНОВА Н.К., ИСМАТОВА Ю.Н., УМИРКУЛОВ С.Ш., КАЛАНОВА Н.Б.

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

К остаточному азоту относится мочевина (в норме 20–40 в мг/100мл) и креатинин (в норме у мужчин 1,2 в мг/100мл, у женщин 0,5–1,6 в мг/100мл).

В клинической практике большое значение придается определению без белковых азотистых компонентов крови: остаточному азоту и продуктов входящих в их состав.

Остаточный азот- это азот соединений остающихся в крови после оседания ее белков.

В его состав входит группа азотосодержащих соединений (мочевина и креатинин), определение которых имеет значение.

Повышение остаточного азота в крови (азотемия) развивается в результате нарушения азото-

выделительной функции почек- почечная недостаточность.

Мочевина крови может повышаться вследствие вне печеночных факторов (потребление большого количества белковой пищи, воспалительные опухолевые процессы). Однако мочевина при этих состояниях быстро удаляется из организма.

Мочевина синтезируется в печени, и снижение содержания мочевины может свидетельствовать о печеночной недостаточности.

Креатинин тоже используется для изучения функции почек.

Повышение содержания креатинин реагирует даже на не большие изменения функции почек и он является более устойчивым показателем. Уровень креатинин мало подвержен влиянию вне печеночных факторов.

Определение креатинин является обязательным методом выявления почечной недостаточности.

Цель работы: изучение содержания остаточного азота — мочевины и креатинин крови до и после дополнительного лечения больных с серорезистентностью при сифилисе.

В материал исследования входило изучение мочевины и креатинин крови до и после дополнительного лечения у 73-х больных с серорезистентностью при сифилисе. У обследованных позитивность серологических реакций крови до проведения дополнительного лечения отмечено: в RW с трепонемным антигеном до 47,9%, а с кардиолипиновым антигеном — 45,1%, в микрореакции- 88,5%, РИБТ в 95,6%, а в РИФ200– 100%, а в $РИФ_{abc}$ — 100%.

Возраст больных колебался от 20 до 62 лет. Из них мужчин било 37, женщин 36.

В возрасте до 20 лет больных было- 2, от 21 до 30 лет- 14, от 31 до 40- 17, от 41 до 50- 18, от 51 до 60- 13, 60 лет и более- 9 больных.

Больные с серорезистентностью при сифилисе дополнительно получали лечение по следующим методикам: бензилпенициллин по 1 млн. ЕД каждые 4 часа до 120 млн. ЕД- 10 больных, путем не прямой лимфотропной терапии пролечены цефтриаксоном –18, инфузионно антибиотики введены –45 больным.

У 73-х больных до дополнительного лечения количество мочевины крови в среднем составило 3,171 ммоль/л. При этом до дополнительного лечения минимальное число было 1,0 ммоль/л, а максимальное 8,6 ммоль/л. Мочевина крови после проведенной терапии в крови осталось почти неизмененной и после лечения составило 3,172 ммоль/л и минимальное содержание было 0,9ммоль/л, а максимальное доходило до 8,0 ммоль/л.

Креатинин крови до начала дополнительного лечения в среднем доходило до 65,4ммоль/л, при этом минимальное число до дополнительного лечения отмечено до 46,0 ммоль/л и максимальное доходило до 92,0 ммоль /л.

После дополнительного лечения в крови больных с серорезистентностью при сифилисе концентрация креатинин снизилась в среднем до 63,8 ммоль/л, а минимальное количество до 40,0 ммоль/л, а после проведенной терапии в крови креатинин увеличился до 90,0 ммоль/л.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об изменении остаточного азота- мочевины и креатинина крови до дополнительного лечения больных с серорезистентностью при сифилисе, которые под влиянием терапии снизились, что говорить о хорошем влиянии проведенной терапии.

РЕЗУЛЬТАТ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (РЭГ) СОСУДИСТОЙ АРХИТЕКТОНИКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., МАНГИТОВ О. М., ИСМАТОВА Ю.Н., КУРБАНОВА Н.К., ТУРСУНОВ С.С.

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

Перед нами была поставлена цель — изучить состояние сосудистой архитектоники головного мозга у больных с серорезистентностью при сифилисе. Для этого был применен метод РЭОэнцефалография (РЭГ).

Материалом для исследования явилось состояние сосудистой архитектоники головного мозга у больных с серорезистентностью при сифилисе до дополнительного лечения у 73-х больных.

Позитивность серологических реакций крови у обследованных до проведения дополнительного лечения отмечена: в RW в с трепонемным антигеном до 47,9%, а с кардиолипиновым антигеном- 45,1%, в микрореакции — 88,5%, РИБТ — 95,6%, а в РИФ200 и $РИФ_{abc}$ по 100%.

Возраст больных колебался от 20 до 60 и более лет. Из них мужчин было 37, женщин 36. В возрасте до 20 лет больных было — 2, от 21 до 30 лет — 14, от 31 до 40 — 17, от 41 до 50 — 18, от 51 до 60 — 13, 60 лет и более — 9 больных.

Сосудистая архитектоника головного мозга больных была изучена нейрофизиологическом

кабинете 2-ТМА и результаты исследований были следующими:

РЭОэнцефалографические исследования показали, что у 35 — обследованных больных пульсовое кровенаполнение снижено и повышено у38- обследованных, тонус крупных артерий повышен у 33-х и снижен у 40 обследованных, тонус средних и мелких артерий снижен у 42-х и повышен — 31 периферическое сосудистое сопротивление повышено у 73 больных и затруднение венозного оттока также наблюдалось у 73-х.

Полученные данные подтверждают, что у больных с серорезистентностью при сифилисе имеются существенные изменения со стороны сосудистой архитектоники головного мозга. Выраженные классические формы сифилиса нервной системы регистрируются редко, и чаще встречаются стертые, малосимптомные формы, долго не вызывающие у большинства больных субъективных расстройств, а следовательно и уменьшается самостоятельное обращение населения за медицинской помощью. Следовательно, проведение РЭГ исследования необходимо и после специального лечения у больных с серорезистентностью при сифилисе.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., КУРБАНОВА Н.К., ХАЛИДОВА Х.Р., ИСМАТОВА Ю.Н.

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

Общеизвестно, что при сифилисе у больных под воздействием бледной трепонемы происходит изменения в стенках сосудов. В связи, с чем поражения сердечно- сосудистой системы при сифилисе занимает первое место среди висцеропатологии.

Диагностика поражений сердечнососудистой системы при сифилисе затруднена рядом причин. Одним из основных диагностических тестов является комплекс серологических реакций крови, которые осуществляются в ЛПУ

Целью настоящей работы является изучение поражений сердечнососудистой системы до и после дополнительного лечения больных с серорезистентностью при сифилисе.

Материалом для исследования явилось изучение поражений сердечнососудистой системы у 73-х больных с серорезистентностью при сифилисе.

Позитивность серологических реакций крови до проведения дополнительного лечения отмечено: в RW с трепонемным антигеном до 47,9 %, а с кардиолипиновым антигеном- 45,1 %, в микрореакции- 88,5 %, РИБТ в 95,6 %, а в РИФ200–100 %, а в РИФabc- 100 %.

Возраст больных колебался от 20 до 60 и более лет. Из них мужчин было 37, женщин 36. В возрасте до 20 лет больных было–2, от 21 до 30 лет–14, от 31 до 40–17, от 41 до 50–18, от 51 до 60–13, 60 лет и более–9 больных.

Больные с серорезистентностью при сифилисе дополнительно получали лечение по следующим методикам: бензилпенициллин по 1 млн. ЕД. каждые 4 часа до 120 млн. ЕД. — 10 больных, путем не прямой лимфотропной терапии пролечены цефтриаксоном –18, инфузионно антибиотики введены –45 больным. Больным кроме этого был назначен кардиопротектор Тиотриазолин 100 мг по 1 таблетке 3 раза в день 10–20 дней.

Нами было изучено состояние сердечно — сосудистой системы у больных с серорезистентностью при сифилисе электрокардиографическим (ЭКГ) методом исследования. Анализ ЭКГ кривой больных с серорезистентностью при сифилисе включал: определение источника ритма сердца, регулярность ритма, частоту сердечных сокращений, амплитуды, направления и формы зубцов, характер сокращения сегмента ST, продолжительность предсердечно-желудочковой (P-Q) и внутрижелудочковой (QRS) проводимости и электрической систолы (QT). ЭКГ синдром включал в себя: а) нарушение ритма сердца; б) нарушение проводимости; в) нарушение возбудимости; г) гипертрофия миокарда желудочковых предсердий так или перегрузок; д) повреждение миокарда (ишемия, дистрофия, некроз, рубец).

ЭКГ исследования показали, что у 11 больных выявлены нарушения автоматизма в виде брадикардии и тахикардия у 22 больных. Нарушение возбудимости в виде СПРЖ у — 12, экстрасистолии у 3-больных. Нарушение проводимости в виде не полной блокады правой ножки пучка Гиса выявлены у 10 больных. Нарушение автоматизма в сочетании с возбудимостью в виде брадикардии и экстрасистолии выявлены у 1 больного. Нарушение проводимости в сочетании с метаболическими изменениями в виде экстрасистолии с гипертрофией миокарда выявлены у 3 больных. Нарушение автоматизма в сочетании с метаболическими изменениями в виде тахикардии и дистрофическими изменениями выявлены у 1 больного. Только метаболические изменения в виде гипертрофии миокарда выявлены у 3 больных и дистрофические изменения у 7 обсле-

дуемых. После проведенной терапии состояние сердечно-сосудистой системы у больных с серорезистентностью при сифилисе улучшилось не значительно, полная интерпретация будет дана в последующих научных работах.

Резюмируя, необходимо отметить, что сифилис, являясь системным заболеванием, поражает различные органы и системы и в связи с этим изучение в этом аспекте является актуальной в венерологии.

БИЛИРУБИН КРОВИ ДО И ПОСЛЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., КУРБАНОВА Н.К., ИСМАТОВА Ю.Н., УМИРКУЛОВ С.Ш.

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

Изучение причинных факторов серорезистентности при сифилисе, имеет важное значение.

Целью настоящей работы является изучение содержания билирубина крови до и после дополнительного лечения больных с серорезистентностью при сифилисе.

Материалом для исследования явилось изучение билирубина крови до и после дополнительного лечения у 73-х больных с серорезистентностью при сифилисе.

Позитивность серологических реакций крови до проведения дополнительного лечения отмечено: в RW в с трепонемным антигеном до 47,9%, а с кардиолипиновым антигеном- 45,1%, в микрореакции- 88,5%, РИБТ в 95,6%, а в РИФ200–100%, а в РИФabc- 100%.

Изучены общий билирубин крови (в норме 8,5–20.5 мкмоль/л), связанный билирубин (в норме 2,57 мкмоль/л) и свободный билирубин (в норме 8,6 мкмоль/л) до и после дополнительного лечения.

Возраст больных колебался от 20 до 60 и более лет. Из них мужчин было 37, женщин 36.

В возрасте до 20 лет больных было — 2, от 21 до 30 лет — 14, от 31 до 40 – 17, от 41 до 50 – 18, от 51 до 60 – 13, 60 лет и более — 9 больных.

Больные с серорезистентностью при сифилисе дополнительно получали лечение по следующим методикам: бензилпенициллин по 1 млн. ЕД каждые 4 часа до 120 млн. ЕД- 10 больных, путем не прямой лимфотропной терапии пролечены цефтриаксоном –18, инфузионно антибиотики введены –45 больным.

Из 73-х больных общий билирубин крови до лечения колебался от 4,7 до 20.0 мкмоль/л и в среднем составил 13,88 мкмоль/л и оставался на нормальном уровне.

После дополнительного лечения среднее число общего билирубина снизилось и в среднем составило до 13,56 мкмоль/л, при этом минимальное содержание билирубина составило 3,9 мкмоль/л, а максимально достигло до 20,0 мкмоль/л.

Связанный билирубин крови до лечения в среднем был увеличен до 3,69 мкмоль/л и минимально составил 0,7 мкмоль/л, а до максимума — 13,0 мкмоль/л.

После проведенного дополнительного лечения связанный билирубин крови был в среднем снижен до 3,55 мкмоль/л, а также в среднем минимальное число составило от 0 и до максимума 12,0 мкмоль/л.

Почти аналогичные данные получены со стороны свободного билирубина. До лечения в среднем его число достигло до 10,52 мкмоль/л, при этом минимальное число составило 3,7 мкмоль/л а максимальное — 20,0 мкмоль/л. После проведенного дополнительного лечения свободный билирубин крови определен в среднем до 9,86 мкмоль/л и минимально было отмечено от 2,3 мкмоль/л и максимально — 20,0 мкмоль/л.

Таким образом, все показатели билирубина крови до дополнительного лечения больных с серорезистентностью при сифилисе в среднем были высокими, а после лечения снизились, что говорит о благоприятном влиянии проведенной терапии на паренхиму печени.

ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮЩИХ ЛИМФОЦИТОВ В ДИАГНОСТИКЕ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., ХАЛИДОВА Х.Р., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А., КУРБАНОВА Н.К., ТУРСУНОВ С.С., МАНГИТОВ О.К., КАЛОНОВА Н.Б.

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

Введение. Определение антитрепонемных антител IgG и IgM в иммуноферментном анализе (ИФА) имеет определяющее значение для диагностики ранних форм врожденного сифилиса, дифференциальной диагностики реинфекции-сероцидивов, а также для исследования причин возникновения состояния серорезистентности. В то же время достижения клинической иммунологии позволяют с новых позиций подойти к проблеме иммунодиагностики сифилиса. В частности, определение антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) при многих инфекциях является высокоэффективным методом диагностики хеликобактериоза, гнойновоспалительных заболеваний, кишечных инфекций.

Цель исследования. Определить АСЛ и антитрепонемные антитела IgG и IgM у больных с серорезистентностью при сифилисе на основе иммуноферментного анализа.

Материал и методы исследования. Исследованы сыворотки крови у 59 больных, у которых после окончания дополнительного лечения, серологические реакции крови остались положительными, т.е. у них отмечалось серорезистентное состояние. Основную возрастную категорию составляла группа больных от 20 до 40 лет- 31 человек, 19 больных — в возрасте от 40 до 50 лет, 9 больных — в возрасте от 50 до 60 лет. Процедура ИФА выполнялась согласно инструкции по применению, приложенной к тест-системе (ТС), оптическая плотность (ОП) образцов регистрировалась с помощью планшетного спектрофотометра (Multiscan, Finland).Для выявления IgM у лиц с серорезистентностью при сифилисе целесообразно использовать тест-системы, характеризующиеся высокой чуствительностью при поздних стадиях сифилиса. Метод определения антигенсвязывающих лимфоцитов к антигенам бледной трепонемы проводился с использованием иммуноферментного анализа.

Результаты. Результаты ИФА в группе больных с серорезистентностью при сифилисе хорошо согласуются с представлениями о подавлении экспрессии IgM после адекватной специфической терапии при сохранении синтеза и циркуляции в крови IgG.

Следует отметить, что все 59 сывороток были IgM-негативными, но IgG — позитивными с различной выраженностью оптической плотности (ОП). 29 образцов (I-группа) имели ОП выше 2,3;17 образцов (II-группа) — с ОП в пределах 1,1–2,0 и 13 (III-группа) -ниже 1,0. Традиционные серологические тесты крови были положительные и колебались от (+) до (++++).

Регистрации АСЛ с помощью иммуноферментного анализа показала, что у больных серорезистентностью при сифилисе, антигенсвязывающая способность лимфоцитов была высокой и составила в первой группе более 1,963 ± 0,09 оп.ед., во II-группе в пределах 1,421 ± 0,09 оп.ед, в III-группе в пределах 0,516 ± 0,09 оп.ед., против показателей в контрольной группе (0,165 ± 0,011 оп.ед.).

Заключение. Одним из основных мероприятий, направленных на предупреждение увеличения заболеваемости сифилисом, является ранняя диагностика этой инфекции. В связи с разработкой более чувствительных, специфичных и менее трудоемких серологических методов стало возможным применение ИФА. Определение антител и антигенсвязывающих лимфоцитов у больных с серорезистентностью при сифилисе с помощью иммуноферментного анализа повышают диагностическую ценность серореакций крови и подтверждают серорезистентность.

РЕЗУЛЬТАТЫ 10-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ РИСКА.

ЮЛДАШЕВ К.А.,Б.Т.ТАДЖИБАЕВ.,.А.ДЖАЛИЛОВА., Д.С.МУХИТДИНОВА., КУРБАНОВА Н.К., К.К.ЮЛДАШЕВ., З.В.МИРЗАНЕМЕТОВ.

РСНПМЦ ДиВ МЗРУз, Ташкентский КВД №2, 4, 8

Диагностика венерических заболеваний среди групп риска имеет важное значение для предупреждения роста различных ИППП. Если обследуемые являются женщинами, то его значение еще усиливается, так в как настоящее время они относятся к активным участникам коммерческого секса.

С этой целью нами изучена заболеваемость среди задержанных органами внутренних дел г. Ташкента и интерпретированы результаты обследования их на венерические заболевания. За 10 лет в стационар Ташкентского городского КВД для обследования на венерические заболевания приведены 26682 женщин. Для этого у всех больных взята кровь на КСР, РИТ, РИФ. КСР крови включали: реакцию Вассермана с кардиолипиновым и трепонемным антигенами, микрореакцию (м/р). Кроме того, у женщин из 3 точек: вагины, цервикального канала и уретры взяли мазок на микроскопическое и бактериологическое исследования, у них еще исследована кровь на ВИЧ. (СПИД).

В результате тщательного обследования у 729 женщин, определен сифилис. При этом первичный сифилис выявлен в 19,1%, вторичный в 29,9% и скрытый ранний в 51% случаях и все больные пролечены в стационаре согласно существующей инструкции Минздрава РУз утвержденной от 2010 года.

Кроме того, среди всех женщин бактериологические и микроскопические исследования дали возможность у 2262 больных женщин определить гонорею, из которых 24, 5% составили хроническую. 49,2% острую и 27,3% подострую формы гонореи.

Выявленные больные женщины получили соответствующее лечение согласно существующей инструкции, утверждённой, в 2010 г Минздравом РУз и выписаны после определения критерии излеченности.

В результате обследования женщин, за вышеуказанный период (2004–2013г г) выявлены 3629 случаев больных с трихомониазом. Кроме того, другие ИППП выявлены в 6768 случаях.

Практически здоровыми оказались 9818 женщин.

В заключении, надо отметить, что в результате тщательного обследования из 26682 женщин в 13488 случаях выявлены различные венерические заболевания и другие ИППП, что диктует о необходимости усилить данную часть работы с целью профилактики распространения вышеуказанных заболеваний.

БЕЛКОВЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., ТАДЖИБАЕВ Б.Т., ДЖАЛИЛОВА А., МУХИТДИНОВА Д.С., КУРБАНОВА Н.К., ЮЛДАШЕВ К.К., МИРЗАНЕМЕТОВ З.В.

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

В последние годы участились случаи серорезистентности при сифилисе. При этом у больных отмечается нарушение состояния функции различных органов и систем.

Позитивность серологических реакций крови до проведения дополнительного лечения отмечено: в RWв с трепонемным антигеном до 47,9%, а с кардиолипиновым антигеном – 45,1%, в микрореакции – 88,5%, РИБТ в 95,6%, а в РИФ200–100%, а в РИФabc – 100%.

Изучен показатель общего белка крови (в норме 62–80г/л) до и после дополнительного лечения.

Возраст больных колебался от 20 до 60 и более лет. Из них мужчин было 37, женщин 36.

В возрасте до 20 лет больных было – 2, от 21 до 30 лет – 14, от 31 до 40 – 17, от 41 до 50 – 18, от 51 до 60 – 13, 60 лет и более – 9 больных.

Больные с серорезистентностью при сифилисе дополнительно получали лечение по следующим методикам: бензилпенициллин по 1 млн. ЕД каждые 4 часа до 120 млн. ЕД- 10 больных, путем не прямой лимфотропной терапии пролечены цефтриаксоном – 18, инфузионно антибиотики введены – 45 больным.

Из 73-х больных общий белок крови до лечения, колебался, от 50,0 до 77.0г/л и в среднем составил 64,78 г/л.

После дополнительного лечения среднее число общего белка в среднем составило до 70,5 г/л, при этом минимальное содержание составило 52,0 г/л, а максимально достигло до 84,0 г/л.

Таким образом, уровень общего белка в крови до проведения дополнительного лечения был равен 64,78 г/л, а после терапии составил 70,5, что свидетельствует о благоприятном влиянии проведенной терапии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИППП ЗА 2012–2013 гг. ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ УЧТЕПИНСКОГО РАЙОНА г. ТАШКЕНТА

ЮЛДАШЕВ К.К., ГАЙФУЛИНА И.Т., МЕГЕДЬ Е.С.

КВД №7 г. Ташкента

Всего за 2012 г в КВД №7 170 случаев ИППП, в том числе: трихомониаз–61, гарднереллез–74, герпес урогенитальный–9, хламидиоз–8, ЦМВ–8, уреаплазмоз–1, кондиломатоз–9. Из них активно выявлено153.

Всего за 2013 г. в КВД №7 выявлено 165 случаев ИППП. Это: трихомониаз–62, гарднереллез–78, герпес урогенитальный–10, хламидиоз–5, ЦМВ–0, уреаплазмоз–0, кондиломатоз–10. Из них активно выявлено143.

В целом отмечается снижение как количества случаев ИППП, так и показателей активного выявления заболеваний ЛПУ Учтепинского района.

Проанализировав эти показатели, по поликлиникам сделаны выводы, что наибольшее снижение активности выявления ИППП отмечается в СП №23, СП №24, а в таких учреждениях как СП №22, СП №25, СП «Урикзор» и «Тиббий курик» отмечается улучшение работы по активному выявлению ИППП.

Таким образом, рекомендовано: 1. врачам, закрепленным за СП №23, СП №24 улучшить методическую работу в данных учреждениях, особенно с врачами-гинекологами, урологами, 2. повысить квалификацию врачей-лаборантов, 3. проработать Приказ МЗ РУз №99 от 31.03.2010 г.

Сравнительные данные по ЛПУ за 2012/2013гг

ЛПУ	**2012г**	**2013г**
СП №22	15	18
СП №23	22	7
СП №24	11	7
СП №25	10	13
СП №26	9	12
ЦП РТМО	37	26
СП «Урикзор»	2	11
СП «Алгоритм»	10	9
Тиббий курик	10	18
Род. дом №9	8	6
Среди половых контактов	5	11
Прочие	6	0
По РОВД	5	2

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ФУЦИС» В ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА

ЮЛДАШЕВ К.К., ГАЙФУЛИНА И.Т., МЕГЕДЬ Е.С.

КВД№7 г. Ташкента

Урогенитальный кандидоз является одной из частых причин обращения женщин как в акушерско-гинекологические учреждения, так и в кожно-венерологические диспансеры.

В настоящее время отмечается увеличение распространенности кандидомикозов среди людей разных возрастных групп, в том числе среди детей.

Для лечения кандидозных вульвовагинитов используются различные антимикотические средства.

Нами была изучена эффективность препарата «Фуцис» (МНН: флуконазол) индийской компании «Kusum health care» в лечении кандидозного вульвовагинита.

Под нашим наблюдением находилось 40 женщин от 18 до 50 лет, обратившихся в КВД №7.

При обращении большинство из них предъявляли жалобы на зуд в области гениталий и выделения из половых путей. Клинически отмечалась гиперемия, отечность слизистых половых органов и наличие белых, творожистых выделений из половых путей. Диагноз ставился на основании бактериоскопического и бактериологического исследований, где были обнаружены дрожжевые клетки, почкующиеся клетки, псевдомицелий. Всем этим больным назначалось лечение после подтверждения диагноза лабораторными исследованиями.

25 женщинам была назначена монотерапия препаратом «Фуцис» в дозе 150 мг однократно.

15 женщинам с рецидивирующим кандидозным вагинитом назначили препарат «Фуцис» в дозе 150мг однократно, и одновременно назначались иммуномодуляторы. А 5 из них одновременно проводилось местное лечение.

Этим 15 женщинам с рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом в дальнейшем для про-

филактики рецидивов, назначали «Фуцис»150мг 1 раз в месяц в течение 4–6 месяцев.

В результате лечения препаратом «Фуцис», независимо от сочетания с местным лечением наступило полное этиологическое и клиническое излечение, которое характеризовалось исчезновением творожистых выделения из половых путей, зуда в области гениталий, что было подтверждено бактериоскопическими исследованиями. Препарат хорошо переносился больными, лишь у 2 женщин отмечалась легкая диспепсия.

Таким образом, препарат «Фуцис» может быть использован как препарат выбора для лечения урогенитального кандидоза.

НЕОБХОДИМОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА СИФИЛИС У ЛИЦ, ВСТУПАЮЩИХ В БРАК

ЮЛДАШЕВ К.К., САЛАХУТДИНОВА Ф.И.

Кожно-венерологический диспансер №7 Учтепинского тумана ГУЗ города Ташкента.

Медицина развитых стран направлена на выявление заболеваний в раннем этапе их развития, так как это отражается на социально-экономическом уровне государства, т.е. их граждан. К этому числу стран можно отнести и Республику Узбекистан. Особого внимания при этом заслуживают лица, вступающие в брак. В одном из пунктов постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан от 25 августа 2003 года под №365 «Об утверждении Положения о медицинском обследовании лиц, вступающих в брак» указана необходимость обследования молодожен на венерологические заболевания, в том числе и сифилиса. Эта работа возложена на семейные поликлиники и кожно-венерологические диспансера по месту проживания лиц, вступающих в брак.

В КВД- 7 Учтепинского тумана города Ташкента за период 2012 –2013 гг. было обследовано 7367 лиц, вступающих в брак, которым проведены комплексные исследования по выявлению венерологических болезней. При этом из выше указанного количества обследованных, в 20 случаях выявлены положительные результаты в сероreакциях крови на сифилис. В 13 из 20 случаев отмечены ложноположительные сероreакции крови, а в 7 случаях сифилитическая инфекция. При этом лица выявленным сифилисом распределились следующим образом: первичный серопозитивный–1; вторичный рецидивный сифилис у 2; ранний скрытый у 2 лиц.

В двух случаях установлена серорезистентнось при сифилисе, т.е. у них сифилис был установлен в предыдущих годах, и у них остались позитивные сероreакции в крови.

Резюмируя, можно отметить, что обследование лиц, вступающих в брак, создает условия для формирования здоровой семьи, предупреждает рождение детей с врожденными заболеваниями, в частности сифилиса, и тем самым повышает социально-экономический уровень граждан республики.

РОЛЬ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ВЕНЕРИЧЕСКИМ ИНФЕКЦИЯМ

ЮЛДАШЕВ К.К., САЛАХУТДИНОВА Ф.И.

Кожно-венерологический диспансер №7 Учтепинского тумана ГУЗ города Ташкента

От уровня информированности населения о существовании венерических болезней, риска заражения и о способах их профилактики, прямо пропорционально зависит и уровень их распространенности. С целью выявления уровня знаний среди подростков по Учтепинскому туману города Ташкента, для уточнения факторов, благоприятствующих распространению венерических болезней, и мер их профилактики, нами было задано ряд вопросов касающихся этой темы.

Всего было опрошено 2422 человек, среди которых 971 (40%) юношей и 1451 (60%) девушек. Большинство опрошенных были учащимися школ и лицеев в возрасте от 14 до 18 лет (96.3%), которым ранее были проведены занятия по планированию семьи.

Представлялось важным определить, что знают о венерических болезнях подростки, какие симптомы могут назвать. Результаты исследований были таковы: ни одной венерической болезни не назвали 43,3% опрошенных, т.е. респонденты не имеют даже минимальной информации по этому вопросу. Однако 54,7% знали о существовании от одной до трех болезней, т.е. более половины подростков. Это говорит о том, что в подростковой среде есть значительное число юношей и девушек, интересующихся проблемами полов и опасных последствий интимных отношений. Следует также отметить, что 82,4% опрошенных имеют хотя бы минимальное представление о ВИЧ/СПИД.

Учитывая выше изложенное, целесообразно было провести изучение причин, обусловивших такое положение. Наиболее существенным фактором, влияющим на уровень информированности учащихся по венерическим болезням, является совместная работа педагогов и медицинских работников. Для дальнейшего укрепления осведомленности юношей и девушек по вопросам знаний о венерических болезнях и половому воспитанию молодежи необходимо дальнейшее сотрудничество в этом направлении.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИТРЕПОНЕМНЫХ IGG И IGM МЕТОДОМ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА ПРИ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ СИФИЛИСА

ЮЛДАШЕВ К.А., ХАЛИДОВА Х.Р., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А., КУРБАНОВА Н.К., ТУРСУНОВ С.С., МАНГИТОВ О.К., КАЛОНОВА Н.Б.

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

Введение. Специфика биологического цикла Treponema pallidum и стадийность течения инфекционного процесса находят отражение в особенностях антителообразования у больных сифилисом, который используется в иммуноферментном анализе (ИФА). ИФА является одним из современных серологических тестов на сифилис и используется в постановке диагноза как текущей, так и для отслеживания прошедшей сифилитической инфекции. В основе ИФА лежит принцип, позволяющий выявлять специфический комплекс «антиген-антитело», с помощью антител к иммуноглобулинам человека (анти-IgG и анти-IgM), меченых ферментом, по цветной реакции с субстратом этого фермента. ИФА обладает, по мнению большинства специалистов, 98–100 % чувствительностью и 96–100 % специфичностью практически при любых формах сифилиса.

Цель исследования. Определить частоту обнаружения антитрепонемных IgG и IgM у больных с серорезистентностью при сифилисе.

Материал и методы исследования. Исследованы сыворотки крови 59 больных, у которых после окончания лечения, серологические реакции остались положительными, т.е. у этих больных отмечалась серорезистентность. Основную возрастную категорию составляла группа больных от 20 до 40 лет — 31 человек, 19 больных — в возрасте от 40 до 50 лет, 9 больных — в возрасте от 50 до 60 лет. Процедура ИФА выполнялась согласно инструкции по применению, приложенной к тест-системе (ТС), оптическая плотность образцов регистрировалась с помощью планшетного спектрофотометра (Multiscan, Finland).

По механизму реакции, чувствительности и специфичности ИФА близок к реакциям иммунофлюоресценции (РИФ). Отмечено участие в указанных реакциях одних и тех же антител (АТ), близкий уровень титров, высокая частота совпадений результатов. Поэтому результаты IgM ИФА сопоставляли с данными РИФ–200, РИФ-абс, а также КСР и РИТ.

Результаты. Как показали результаты исследований, все 59 сывороток были IgM-негативными, но IgG — позитивными с различной выраженностью оптической плотности (ОП). 29 образцов (I-группа) имели ОП выше 2,3; 17 образцов (II-группа) — с ОП в пределах 1,1–2,0 и 13 (III-группа) — ниже 1,0. Традиционные серологические тесты крови были положительные и колебались от (+) до (++++). Сравнительный анализ результатов серологических тестов у больных с серорезистентностью при сифилисе показал различную их чувствительность. У больных с серорезистентностью при сифилисе до применения дополнительного лечения наибольшей чувствительностью обладали специфические реакции: РИБТ–100 %, РПГА–100 %, РИФ–96 %, РСК с трепонемным антигеном — 60,8 %, высокая чувствительность выявлена также в неспецифической реакции РМП – 100 %. Диагностические возможности РСК с кардиолипиновым антигеном были ниже и составили – 56,5 %.

Заключение. ИФА уже давно и успешно используется для диагностики многих инфекционных заболеваний человека. Широкое использование в медицинской практике высококачественных иммуноферментных тест-систем для выявления специфических антитрепонемных антител способно поднять диагностику сифилиса на качественно новую ступень. Данный метод является актуальным в сложившихся условиях высокой заболеваемости при сифилисе, роста числа скрытых форм сифилиса и серорезистентности.

ЗАХМНИНГ ТУРЛИ БОСҚИЧЛАРИДА ЭНДОГЕН ЗАХАРЛАНИШ ХОЛАТИ

ЮЛДАШЕВ К.А., МАНГИТОВ А.К., МАХСУДОВ М.Р., ИСАЕВ С.Х.

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент шахри.

Кейинги йилларда жинсий йўл орқали юкадиган инфекциялар сони ортиб бормоқда.Бу гурухдаги касалликлар орасида захм касалликлари асосий ўрин эгаллаб келмокда. Маълумки, захм касаллигининг турли боскичларида юрак-кон томир тизими, асаб тизими, ошкозон-ичак тракти ва жигар фаолиятларининг бузилиши кузатилади. Бу эса организмда бир қанча биокимёвий жараёнларнинг патологик ўзгаришларига сабаб булади. Натижада организм тўкималарининг кўп миқдорда пачаланиши, катаболизмнинг кучайиши, эндоген токсинларнинг зарарсизлантиришидаги етишмовчиликлар оқибатида ривожланадиган махсус бўлмаган синдром сифатида қаралаётган эндоген захарланишга олиб келади. Текшириш мақсади: Захмнинг турли боскичларида эндоген захарланишнинг кўрсатгичини ўрганиш хисобланади. Шундан келиб чиққан холда захмнинг турли босқичларида эндоген захарланиш даражасини ўрганишдир.

Тадқиқод максади: 48 нафар захмнинг турли боскичларидаги беморлар қонида эндоген захарланиш кўрсатгичлари: эритроцитларнинг сорбцион хусусияти (ЭСХ) ва ўрта молекуляр пептидлар (ЎМП) даражаси ўрганилди. Ушбу 48 та беморлардан 29,1 % ни (14 нафар) иккиламчи қайталама захм, 41,8 % ни (20 нафар) эрта яширин захм ва 29,1 % ни (14 нафар) захмдаги серорезистентлик холат билан касалланган беморларни ташкил қилди. Назорат гурухи: 20 нафар соглом шахслардан иборат бўлди.

Натижалар: Олиб борилган изланишлар натижалари шуни кўрсатдики захмнинг иккиламчи қайталама боскичида эндоген захарланиш кўрсатгичлари ЭСХ ва ЎМП лар миқдори назорат гурухига нисбатан 80 %, 70 % га,эрта яширин захмда 37 %, 60 % га ва захмнинг серорезистенлик холатида 27 %, 40 % га ошганлиги аниқланди. Олинган натижалардан маълум бўлдики, захмнинг турли боскичларида эндоген захарланиш кўрсатгичлари ЭСХва ЎМП миқдори етарли даражада ошганлигини кўрсатди.

Хулоса: Бу холатларда организмда ва хужайралар мембранасида токсик моддалар тўпланади, натижада ички аъзолар ва тўқималарни зарарлаб, касалликнинг сурункали кечишига сабаб булади. Қонда ЎМП ларни кўпайиши организмда моддалар алмашинуви бузилишидан далолат беради. Хулоса килиб айтишимиз мумкинки, захмнинг турли боскичларида эндоген захарланиш холати кузатилди.Бу эса касаллик ташхисотида, янги даволаш тадбирларини олиб боришда юкоридагиларни эътиборга олиш мақсадга мувофиқдир.

REQUENCY OF SELECTION CONDITIONALLY-PATHOGENIC MICROORGANISMS AND MUSHROOMS FOR WOMEN WITH INFLAMMATORY PROCESSES OF GENITALIA

DZHUSUPGALIYEVA M.KH., TONKONOGOVA N.V.

Scientific-Research Institute of Skin and Venereal Diseases, Almaty

With the purpose of study of frequency of development of candida and mycoplasma infections among patients with the different inflammatory processes of genitalia a bacteriological study is undertaken for 13 women being on stationary treatment in the gynaecological separation of Republican Research Center Guards Health of Mother and Child.

Age of inspected was in limits 45 from 21 to.

A laboratory inspection set at more than half (69,2 %) inspected foregoing microorganisms. The yeast-like mushrooms of sort of Candida were distinguished in swingeing majority — 66,7 %, Mycoplasma hominis — for 22,2 % women, Ureaplasma urealyticum — at 11,1 %.

The distinguished microorganisms in all cases were in mono-infections.

It should be noted finding out mycoplasma for women with the defeat of overhead departments of genitalia (adnexitis, aendometritis, pelvioperitonitis), that confirms the necessity of obligatory inspection of persons of fertiliti age on a mycoplasma infection.

FREQUENCY OF ALLOCATION OF MYCOPLASMAS AT FERTILNOGO'S WOMEN OF AGE

TONKONOGOVA N. V., DZHUSUPGALIYEVA M.KH., KUPTILEUOVA K.N.

Scientific-Research Institute of Skin and Venereal Diseases, Almaty

A laboratory inspection is conducted for 16 women in a down-lying, being in a maternity hospital №1.

It is set from anamnestic data, that pregnancy exceptionally for all women flowed without pathologies, came to an end urgent luing-ins, without complications. Age of inspected was in limits 23 from 18 to.

Material for research was separated channel of cervix of the uterus the fence of that was produced by the method of separated cervical channel. Taking of material was conducted at the observance of the envisaged terms of fence. The diagnosis of mycoplasma infection was set by immunofluorescens method in the reaction of direct immunofluorescence with the use of monoclonal antibodies of MycohomoFluoScrin of firm Niarmedic Plus (Russia). Preparation of reagents for research and colouring was produced on the added instruction of firm-producer.

The estimation of results was produced on being of bright green luminous bodies on a background epitheliocitis painted in a red color, with the exception of artefacts.

Results considered positive, at finding out luminous granules on the membranes of epitheliocitis, no less, what 4 on 10 eyeshots. In positive results at 11 (68,7%) from 16 inspected, being of luminous bodies was confirmed in epitheliocitis being situated both inwardly and in cells.

Thus, taking into account high-frequency of selection of mycoplasma for women in a down-lying, the timely inspection of this contingent is needed on a mycoplasma infection, with the purpose of warning of possible complications, both from the side of woman giving births and new-born.

АТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ

АБДИЕВА Д.Х., КАРИМОВА М.А., ВАЛИЕВА М.С., ДЫРДА Н.И.

Душанбе, ТГМУ им. Абу али ибни Сино

На сегодняшний день одними из распространенных грибковых заболеваний остаются дерматофитии. В последние годы многие исследователи отмечают патоморфоз в клинической картине зооантропонозной трихофитии, что указывает на необходимость изучения различных клинических вариантов течения заболевания.

Целью работы явилось изучение особенностей локализации клинических форм зооантропонозной трихофитии.

Материалы и методы исследования Под нашим наблюдением находилось 56 больных (32 мужчины и 24 женщины), в возрасте от 16 до 50 лет, причем наиболее часто (34 пациента) болели лица в возрасте от 20 до 30 лет. Все больные проживали в городе. Диагноз был установлен на основании лабораторного обнаружения грибов в очагах поражения

Результаты исследования. Давность заболевания колебалась от 2 недель до 2 лет. Следует отметить, что большая половина больных длительное время получала лечение по поводу контактно-аллергического дерматита, пиодермии, занималась самолечением, бесконтрольно принимая антимикотики как внутрь, так и наружно.В 85,7% (24 семейные пары) отмечался половой путь заражения, в 3,6%- заражение произошло во время тренировок по классической борьбе, в 10,7%от животных.У 50 больных наблюдалась инфильтративно-нагноительная форма в надлобковой и лобковой области, у 6 –инфильтративная формы трихофитии в области лобка и внутренней поверхности бедер. Клиническая картина в очагах поражения соответствовала классическому течению заболевания.

Для лечения был использован системный антимикотик атифин по 250 мг один раз в день в течение 4 недель. Местное лечение проводилось с учетом формы заболевания (припарки с раствором марганца, ручная эпиляция волос, сочетание противогрибковых, антибактериальных и рассасывающих мазей)

В результате проведенной терапии клинико-лабораторное излечение наступило у всех пациентов через 3–4 недели с момента начала лечения. Ни в одном случае не зарегистрировано каких-либо побочных эффектов или рецидивов заболевания.

Таким образом, наши наблюдения будут полезны для дерматовенерологов при постановке диагноза и проведении профилактических мероприятий. Атифин является эффективным препаратом в лечении данной патологии.

ГРИБКОВЫЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

АБДУЛЛАЕВ Т.У., АХМЕДОВА Ш.У.

РСНПМЦДиВ; РСНПМЦ Эндокринологии, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Поражения кожи при сахарном диабете (СД), являются на сегодняшний день распространенными состояниями, достаточно часто встречающимися в клинической практике. Этиология которых безусловно связана с нарушением углеводного обмена, что приводит к структурным изменениям в дерме, эпидермисе, фолликулах и потовых железах. В сочетании с диабетической полинейропатией, микро- и макроангиопатиями, нарушением местного и общего иммунитета это приводит к появлению различных видов сыпи, пигментных пятен, изъязвлений, а также к гнойно-септическим осложнениям. Обычно, диабетические поражения кожи имеют длительное и упорное течение с частыми обострениями и трудно поддаются лечению.

Результаты и наблюдения. Грибковые поражения кожи, кандидоз, обычно вызываемый Candida albicans, как правило, встречается в пожилом возрасте и у тучных пациентов с преимущественной локализацией очагов в области гениталий и крупных складок кожи, межпальцевых складок, слизистых оболочек (вульвовагинит, баланопастит, ангулярный хейлит). Кандидомикоз может

играть роль и «сигнального симптома» СД. Кандидоз любой локализации начинается с сильного и упорного зуда, в дальнейшем к нему присоединяются объективные признаки заболевания. Сначала в глубине складки появляется белесоватая полоска мацерированного рогового слоя, формируются поверхностные трещины и эрозии. Поверхность поражения — эрозий — влажная, блестящая, синюшно-красного цвета, окаймленная белым ободком. Вокруг основного очага появляются «отсевы», представленные мелкими поверхностными пузырьками и пустулами. При вскрытии эти элементы превращаются в эрозии, которые склонны к росту и слиянию. Диагноз подтверждается при микроскопическом или культуральном исследовании (бак.посев). Целесообразность назначения системных антимикотиков определяется эффективностью, предшествующей терапии, мотивацией пациента, желающего как можно скорее избавиться от проявлений болезни, а также доступностью препаратов. Для местного лечения применяются спиртовые или водные (последние лучше для крупных складок) растворы анилиновых красителей: метиленовой синьки (2–3 %), бриллиантовой зелени (1 %), а также краска Кастеллане, мази и пасты, содержащие 10 % борной кислоты. Инфекционные поражениях, как правило, бактериальные поражения кожи, встречаются у больных СД значительно чаще, чем в популяции и трудно поддаются лечению. Диабетические язвы стопы являются наиболее грозным осложнением и могут приводить к ампутации конечности и даже летальному исходу. Пиодермии, фурункулы, карбункулы, флегмоны, рожа, паронихии и панариции чаще всего вызываются стафилококковой и стрептококковой флорой. Присоединение инфекционно-воспалительных заболеваний кожи, приводит к тяжелым и длительным декомпенсациям диабета и увеличивает потребность организма в инсулине. Диагноз должен быть подтвержден получением культуры с определением чувствительности к антибиотикам. Больному назначают перорально антибиотикотерапию. Не нагноившиеся поражения необходимо наблюдать и обрабатывать. При флюктуации фурункул необходимо вскрыть и дренировать. Крупные абсцессы иногда требуют рассечения и дренирования.

Заключение. Лечение поражения кожи при СД имеет определенные трудности и должно начинаться с эффективного контроля за уровнем гликемии и отработкой адекватной схемы приема антидиабетических препаратов. Без грамотной коррекции углеводного обмена у данной группы пациентов все лечебные мероприятия малоэффективны.

pH КОЖИ У БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ

АБДУЛЛОЕВА М.А., ЗОИРОВ П.Т.

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуалиибни Сино

Актуальность. Разноцветный (отрубевидный) лишай относится к микотическим инфекциям кожи и характеризуется повсеместным распространением и хроническим рецидивирующим течением. Частота заболеваемости этим видом кератомикоза в тропическом и субтропическом климате составляет до 40 % (Родионов А.Н., 2000). В последние годы число больных разноцветным лишаем значительно увеличилось, что связано с повышением вирулентности возбудителя, формированием устойчивых грибково-бактериальных ассоциаций, учащением фоновой (иммунной, нейроэндокринной, сосудистой) патологии (Скурихина М.Е. и др., 2003). До настоящего времени остаются актуальными вопросы патогенеза, клиники и терапии данного микоза.

Цель исследования: изучение pH кожи у больных разноцветным лишаем.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 110 больных разноцветным лишаем в возрасте от 10 до 51 года. Мужчин было 70 (63,6 %), женщин – 40 (36,4 %). 46,4 % пациентов составляли городские жители, 53,6 % — сельские. Диагноз разноцветного лишая был установлен на основании обнаружения гриба Malassezia furfur при микроскопии чешуек кожи. Для pH-метрии кожи был использован колориметрический метод. Группу контроля составили 30 практически здоровых лиц.

Результаты исследования и их обсуждение. Уровень pH оценивали на различных участках кожного покрова: лицо, шея, грудь, плечо, подмышечная впадина, предплечье, живот, спина, паховые складки. Показатели уровня кислотности на разных участках кожи в норме составили в среднем 5,33 ± 0,04. У больных разноцветным лишаем во всех исследуемых участках наблюдалось достоверное увеличение pH кожи, составляя в среднем 6,23 ± 0,003.

Таким образом, у больных разноцветным лишаем, обильное потоотделение в жаркое время года, приводя к сдвигу pH в щелочную сторону, способствует колонизации кожи болезнетворными микроорганизмами и снижению бактерицидных свойств кожи.

БАКТЕРИАЛЬНАЯ СУПЕРИНФЕКЦИЯ ПРИ КОЖНОМ ЛЕЙШМАНИОЗЕ

АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р., АСАДОВ Р., АЛИМЖАНОВ А.А.

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

Зоонозный кожный лейшманиоз является полиморфным заболеванием и часто осложняется вторичной бактериальной инфекцией.

Цель данного исследования явилось определение видов микрофлоры, осложняющий кожный лейшманиоз и их чувствительность к применяемым антибактериальным препаратам.

Исследования проводились у 68 больных с кожным лейшманиозом получавших лечение в клинике РСНПМЦДиВ МЗ РУз. за 2012–2013 гг. У всех больных проводились микроскопические исследования на наличие возбудителя — тельца Боровского, а также на сопутствующую микрофлору и их чувствительность к антибаиотикам. Результаты показали, что из 68 больных с проявлениями кожного лейшманиоза у 60 (88%) с язвенным лейшманиом обнаружены тельца Боровского.

Из 68 больных у 62 клинически установлен зоонозный тип и у 6 антропонозный тип кожного лейшманиоза. При анализе клинического течения заболевания установлено, что практически у всех больных с зоонозным кожным лейшманиозом язвенные лейшманомы были осложнены вторичной пиококковой инфекцией, а у больных с антропонозным кожным лейшманиозом элементы поражения были представлены лейшманиозными бугорками без изъязвления или бугорками, на поверхности которых имелись гнойно- серозно-кровянистые корочки.

Для изучения видового состава возбудителей пиококковых осложнений при кожном лейшманиозе и определения чувствительности выделенных культур к антибиотикам нами проведены микроскопическое исследование окрашенных мазков.

При посеве гнойного отделяемого из язв в 29 случаях получен рост St. aureus, в 13 случаях — St. hemoliticus, в 20 случаях — St. epidermitis, в 2 случаях — Prot. auroginosa и в 1 случае — Micrococcus. В остальных 3 случаях рост культуры не получен.

Полученные культуры были высокочувствительны к таким антибиотикам как канамицин, бактоцеф, рокситромицин, доксилан. чувствительность оказалась к абакталу, левоксимеду, меркацину и офлоксацину и были не чувствительны к антибактериальным препаратам сиспрес, априд.

Полученные результаты указывают на то, что осложнение кожного лейшманиоза вторичной пиококковой инфекцией усугубляет течение кожного процесса, способствует замедлению сроков заживления язвенных поражений. Поэтому при лечении кожного лейшманиоза следует проводить антибактериальную терапию для лечения бактериальной суперинфекции.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МИКОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

АБИДОВА З.М., РАЗЫКОВ А.А., ИЗВЕКОВА О.В.

РСНПМЦ ДиВ МЗ РУз

Дерматомикозы остаются важной проблемой для здравоохранения, так как они снижают «качество жизни» и социальную адаптацию больных. Кроме того, больные грибковыми заболеваниями являются источником распространения инфекции, как в семье, так и в местах общего пользования.

Существует большое количество различных кожных заболеваний, напоминающих по своей клинической картине грибковые поражения кожи, и наоборот, зачастую клиническая картина дерматомикозов может имитировать какие — либо дерматозы, поэтому очень часто лабораторные исследования играют решающую роль в диагностике дерматозов и дерматомикозов. Каждый случай грибкового заболевания требует лабораторного подтверждения. Особенно велико значение лабораторных исследований при висцеральных грибковых заболеваниях, при которых клиническая картина похожа на другие заболевания внутренних органов, и поставить диагноз без лабораторного подтверждения становится невозможным. Немаловажное значение имеют лабораторные исследования и в организации борьбы с дерматомикозами.

Современный этап реформирования здравоохранения, а также внедрение системы стандартизации лечения заболеваний, настоятельно требуют создания системы диагностических стандартов. 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 со-

сответствовала 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.

В настоящее время практически все микологические исследования проводятся в лабораториях, занимающихся диагностикой ИППП при кожно — венерологических учреждениях (КВД, КВБ) или ЦРП/ЦРБ (КВК), где проводят 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 зарубежных тест-систем, питательных сред, оборудования.

Комплексное решение поставленных задач позволит повысить качество дигностических мероприятий, обеспечит эффективность и своевременность лечения микозов.

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕРМАТОМИКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА 2009 –2013 гг.

АБИДОВА З.М., РАЗЫКОВ А.А., ИЗВЕКОВА О.В.

РСНПМЦ ДиВ МЗ РУз

Качество микологического обследования населения имеет решающую роль в проведении эффективного лечения и предотвращении распространения заболевания. 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.

Нами была поставлена задача провести сравнительный анализ количества выявленных больных (результатов) при проведении микологических исследований и с количеством зарегистрированных больных с различными клиническими формами дерматомикозов. 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). Допустимым принимали интервал в размере 35–40 %, считая, что большее количество отражает упущенных и непролеченных больных. Недопустимым считали ситуацию, когда количество выявленных или зарегистрированных больных превышало количество выявленных больных в лаборатории более чем, на 5–10 % (интервал за счет больных зарегистрированных или выявленных в начале/конце отчетного периода), что могло быть свидетельством постановки диагноза без должного лабораторного подтверждения.

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 22 878 человек. Количество зарегистрированных больных в республике за эти же годы колебалось в пределах от 11 357 до 12 451 человек.

Удельный вес зарегистрированных больных к общему количеству положительных результатов в лабораториях составил в среднем за 5 лет 61,3 %, с динамикой в разные годы от 49,8 % до 73,8 %.

Полученные данные показали, что только в Навоийской, Самаркандской и Ташкентской областях изучаемый показатель находился в допускаемом интервале 35–40 %. В Бухарской и Хорезмской областях соотношение зарегистрированных больных к выявленным в лабораториях не превышало 10 %.

В г. Ташкенте, Кашкадарьинской, Наманганской, Сурхандарьинской, Сырдарьинской областях и Республике Каракалпакстан соотношение заре-

гистрированных больных к выявленным в лабораториях составило меньше 60% (т.е. не все выявленные в лаборатории больные регистрируются).

В Андижанской и Ферганской областях количество зарегистрированных больных превышало число выявленных больных в лабораториях в 1,2 – 1,4 раза, в то время как в Джизакской области этот показатель был выше почти в 2 раза.

Таким образом, проведенный анализ деятельности лабораторной службы и регистрации больных дерматомикозами показал, что остро встал 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 ПЦР и ИФА — исследования. Также острой остается проблема подготовки врачей-клиницистов по дифференциальной клинической диагностике дерматомикозов, современным эффективным методам лечения, вопрос профилактики и санитарно — просветительской работы. Необходимо также улучшать взаимодействие дерматовенерологической службы с органами государственного санитарно — эпидемиологического надзора.

ПРЕПАРАТЫ ЛИНИИ КАНДИД В ТЕРАПИИ ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ

АБИДОВА З.М., БЕГИМКУЛОВ С.Ш., БАБАДЖАНОВ А.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз, КВД № 1

В настоящее время на рынке Узбекистана появилось большое количество различных противогрибковых и комбинированных средств для наружного использования. Широко стали использоваться двух- и более компонентные препараты. Наличие в одном препарате нескольких активных веществ существенно расширяет диапазон применения и влияет на показания для его использования.

Кандид-Б (Гленмарк, Индия) представляет собой комбинацию антимикотика – 1% клотримазола и сильного топического стероида – 0,025% беклометазона дипропионата. Клотримазол (1-[(2-Хлорфенил) дифенилметил]–1Н-имидазол) относится к группе азольных соединений — самой распространенной в настоящее время группе противогрибковых препаратов. Все препараты их этой группы обладают широким спектром антимикотической активности: они действуют на дерматофиты, грибы рода Candida, плесени. Противогрибковое действие азольных соединений обусловлено нарушением синтеза эргостерина, изменением проницаемости мембраны гриба и лизисом клетки. Клотримазол хорошо проникает в кожу и накапливается преимущественно в роговом слое эпидермиса. При нанесении на кожу клотримазол практически не оказывает системного действия.

Беклометазона дипропионат относится к сильным топическим стероидам. Его противовоспалительное действие связано, в первую очередь, с активизацией в клетках транскрипции генов и образованием белков, обладающих противовоспалительной активностью (липокортин–1, ингибитор ядерного фактора карра В, антагонист рецепторов ИЛ–1, нейтральная эндопептидаза). Комбинированный препарат Кандид-Б выпускается в форме крема. Эта форма используется преимущественно на гладкую кожу (если патологический процесс не сопровождается выраженным мокнутием).

Экзематозный процесс является одной из стандартных патологических реакций кожи. Она может встречаться при различных заболеваниях (микозы стоп и гладкой кожи, стрептодермия, чесотка и др.). Как правило, экзематозная реакция является проявлением гиперчувствительности замедленного типа. Поэтому использование только этиотропного препарата может привести к усилению воспаления кожи. Именно в таких случаях оправдано использование комбинированного препарата, содержащего помимо средства, действующего на возбудитель заболевания, топический стероид, обладающий патогенетическим противовоспалительным эффектом.

Под наблюдением находились 47 больных с осложненной формой микоза стоп, а также микозом крупных складок в возрасте от 19 до 48 лет с давностью заболевания от 2 до 10 лет. Дисгидротическая форма микоза стоп была у 21 и интертригинозная — у 16 больных. У 15% больных микоз стоп наблюдалось осложнение в виде вторичной пиококковой инфекции и у 5 больных явлением экзематизации. Диагноз микоза стоп подтверждался микроскопическим обнаружением грибов в очагах поражения. В посеве получен рост культуры грибов Tr. Rubrum в 46% случаях.

Из 25 больных микозом крупных складок 12 больных страдали руброфитией, 5 — паховой эпидермофитией, 8 — кандидозом крупных складок, причем у 3 больных отмечалось сочетанное поражение кандидоза и рубромикоза. В результате лабораторного обследования у 12 (48%) больных обнаружен Trichophyton rubrum, у 5 (20%) Epidermophyton floccosum, у 8 (32%) Candida albicans, причем из них у 5 (62,5%) больных Candida albicans выступала в роли моноэтиологического фактора микоза крупных складок, а у

3 (37,5%) больных она наблюдалась в сочетании с Trichophyton rubrum.

Больным на фоне общеукрепляющей, антигистаминной и десенсибилизируюшей терапии в качестве наружного средства применяли препараты линии Кандид. На пораженные участки кожи 2–3 раза в сутки наносился крем Кандид-Б в течение 7–10 дней. После стихания островоспалительных явлений, в дальнейшем, в течение 2–4 недель применяли «чистый» антимикотик — Кандид. При рубромикозе крупных складок и паховой эпидермофитии нами применялся крем Кандид-Б в течение 5–7 дней.

Результаты показали, что на фоне терапии отмечалась выраженная положительная динамика со стороны основных клинических симптомов заболевания. В первую очередь это касается ведущей жалобы кожного зуда, который практически полностью купировался в 85% случаев на 3-е сутки от начала лечения. Также мы наблюдали достаточно быстрое стихание местных воспалительных явлений гиперемии и отечности, интенсивность которых снижалась на 50 –70% на 4–5 сутки терапии. На 7–10 день лечения у всех больных отмечалось полное клиническое излечение.

Установлено, что у всех пациентов, получавших терапию с наружным применением препаратов линии Кандид наблюдалось100% этиологическое излечение. Это было подтверждено повторным лабораторным исследованием соскобов с очагов поражения через 7 дней после окончания лечения.

При применении препаратов общих и местных побочных и нежелательных явлений зарегистрировано не было, отмечалась хорошая переносимость препарата.

Таким образом, препараты линии Кандид, являются сегодня одним из наиболее эффективных и удобных в применении средств, из наружных антимикотиков, и его с уверенностью можно рекомендовать для лечения микоза стоп и крупных складок.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ШАМПУНЯ «КЕТО-ПЛЮС»

АБИДОВА З.М., КАРАБАЕВА И.Т., ЛИ О.Р.

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

В последние годы арсенал дерматологов пополняется все новыми средствами местного лечения себореи, себорейного дерматита и отрубевидного лишая. Актуальность проблемы поиска новых этиотропных средств терапии поверхностных микозов кожи обусловлена их высокой распространенностью и рецидивирующим течением. Одним из перспективных лекарственных препаратов является шампунь Кето-плюс, в состав которого входят 2% кетоконазол, пиритионат цинка и кокобетаин (Гленмарк Фармасьютикалз Лтд — Индия). Изучение механизмов противогрибкового действия этих препаратов показало их разную природу. Кетоконазол подавляет биосинтез эргостерола через фермент С14-α-деметилазу. Цинк-пиритион обладает выраженными антимикотическими, антибактериальными и противовоспалительными свойствами. Ряд исследователей утверждают, что при большинстве дерматозов в эпидермисе и сосочковом слое дермы снижен уровень цинка. Предполагают, что под действием цинка снижается выделение медиаторов воспаления интерлейкина 1 и интерлейкина IV. Кроме этого, препараты цинка уменьшают рост резистентных штаммов бактерий, подавляют секрецию кожного сала. Таким образом, сочетанное действие кетоконазола и цинка-пиритиона делает возможным взаимное потенцирование противогрибковой, антиандрогенной и противовоспалительной активности и в результате приводит к повышению эффективности терапии. Это создало предпосылки для разработки комбинированных препаратов на основе кетоконазола и цинка-пиритиона. Основным показанием к применению препарата являются себорейный дерматит и отрубевидный лишай.

Целью нашего исследования явилось определение клинической эффективности использования шампуня Кето-плюс в терапии себорейного дерматита и отрубевидного лишая.

Под наблюдением находилось всего 45 больных в возрасте от 18 до 40 лет с длительностью заболевания от 1 до 5 лет. Женщин было 22, мужчин – 18. Из них 20 больных были разноцветным лишаем и 25 больных себорейным дерматитом.

У всех пациентов разноцветным лишаем до начала лечения на коже в области верхней части туловища имелись округлые светло-коричневые и белесоватые, четко ограниченные пятна до 1 см в диаметре, сливавшиеся в обширные очаги. Поверхность пятен была покрыта едва заметным шелушением. Очаги микоза располагались преимущественно на коже шеи, груди, спины и живота. Диагностика основывалась на характерной клинической картине заболевания и результатах микроскопии. У всех больных до начала лечения был обнаружен P.orbiculare (ovale). Подтверждением диагноза также являлась проба Бальцера — при смазывании 5% спиртовым раствором

йода очаги окрашивались более интенсивно, чем окружающая здоровая кожа. При люминесцентном освещении лампой Вуда пятна имели желтовато-бурое свечение. Микроскопический анализ, люминесцентную пробу и клиническую оценку симптомов заболевания проводили до начала лечения и через 4 недели после начала лечения.

Нами проводилась оценка выраженности клинических симптомов (гиперемия, шелушение, зуд) в баллах по шкале от 0 до 3. Курс лечение составил 10 дней.

Результаты показали, что под влиянием терапии через 10 дней клинические проявления разноцветного лишая регрессировали у всех больных, получавших шампунь Кето-плюс. После лечения проба Бальцера и люминисцентная проба были у этих больных отрицательными, микроскопически грибы не обнаруживались. Через 4 недели после лечения рецидивов заболеваний не отмечалось

На сегодняшний день экспериментально и клинически доказано, что себорейный дерматит вызывается грибком P. ovale (Malassezia furfur). Это представитель питироспоровых грибов является постоянным компонентом микрофлоры человека, но при определенных условиях нейрогенные, гормональные, генетические, метаболические нарушения, а также влияния внешней среды (использование щелочных моющих средств для гладкой кожи и кожи волосистой части головы) происходит резкое размножение гриба и возникает заболевание себорейный дерматит или его легкое течение — перхоть. Установление ведущей роли грибов Malassezia в патогенезе себорейного дерматита привело к широкому применению противогрибковых препаратов в терапии этих состояний, прежде всего — в форме шампуней.

Под наблюдением находились 25 больных себореей и себорейным дерматитом. После терапии шампунем Кето-плюс у 15 больных наступило полное клинико-этиологичекое излечение, у 8 — только клиническое выздоровление (клинические проявления отсутствовали, но был положительный результат микроскопии) и у 2 больных лечение было эффективным (небольшая эритема сохранялась).

Таким образом, шампунь Кето-плюс является высокоэффективным средством для лечения отрубевидного лишая и себорейного дерматита. Высокая клинически доказанная эффективность этого препарата позволяет рекомендовать его в качестве лечебного и профилактического средства при себорейном дерматите.

СИТУАЦИЯ ПО ДЕРМАТОМИКОЗАМ В РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2009–2013 гг.

АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р., ЖУМАНОВ Д.Х.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Анализ регистрации заболеваемости дерматомикозами по Республике за последние 5 лет показал, что отмечается стабилизация показателей общей заболеваемости по дерматомикозам. Так, за 2009 год интенсивный показатель по дерматомикозам в республике составил 40,0, в 2010 году – 41,0, в 2011 году – 38,9 и в 2012 году – 41,8, 2013 году – 41,5 на 100 тыс. населения. Аналогичная ситуация наблюдается при регистрации заболеваемости по всем клиническим нозологиям (табл.1), за исключением заболеваемости микроспорией, рост которой составил от 1,3 (в 2009 году) до 2,6 (в 2013 году) на 100 тыс. населения. В тоже время в 2009 году в Кашкадарьинской, Самаркандской и Сырдарьинской областях, а в 2010 году в Джизакской области не выявлены ни одного случая, а в 2012 году в Сырдарьинской области всего 1 случай микроспории.

Таблица 1

Интенсивный показатель заболеваемости дерматомикозами в РУз по отдельным клиническим нозологиям

Нозология	2009	2010	2011	2012	2013
Микроспория	1,3	2,0	2,0	2,1	2,6
Трихофития	22	21,1	20,2	21,7	20,2
Микоз стоп	12,8	12,4	11,6	11,9	12,1
Онихомикоз	5,3	5,2	5,0	5,0	6,4

Тревожной сохраняется ситуация по заболеваемости дерматомикозами, в частности микроспорией и трихофитией, среди детского контингента (табл.2). Так, из общего количества зарегистрированных больных микроспорией дети до 14 лет составили в 2009 году – 59,5 %, в 2010 году – 62,7 %, в 2011 году – 61,5 %, в 2012 году – 56,8 %, 2013 году – 51,9 %. Несколько ниже этот показатель составил при трихофитии: в 2009 году – 42,5 %, в 2010 году – 43,5 %,

в 2011 году – 46,3 %, в 2012 году – 43,2 %, 2013 году – 42,0 %.

Противоположной представляется ситуация по детской заболеваемости микозами стоп и онихомикозами. Заболеваемость микозом стоп среди детей до 14 лет несколько снизилась и составила в 2009 году – 4,6 %, в 2010 году – 4,8 %, в 2011 году – 5,5 %, в 2012 году – 3,0 %, 2013 году – 3,1 %. При онихомикозе показатель заболеваемости среди детского контингента имеет устойчивую тенденцию к снижению, составляя в 2009 году – 4,4 %, в 2010 году – 3,8 %, в 2011 году – 2,2 %, в 2012 году – 1,8 %, 2013 году – 3,8 %.

Однако, на наш взгляд, такую динамику заболеваемости онихомикозами среди детей следует рассматривать как необъективную. Так как, по данным литературных источников, заболеваемость онихомикозом повышается с возрастом в 2,5 раза через каждые 10 лет и возрастает с 2 % у детей и подростков до 50 % у пожилых людей.

Таблица 2

Заболеваемость дерматомикозами среди детского контингента (до 14 лет) (в %)

Нозология	2009	2010	2011	2012	2013
Микроспория	59,5	62,7	61,5	56,8	51,9
Трихофития	42,5	43,5	46,3	43,2	42,0
Микоз стоп	4,6	4,8	5,5	3,0	3,1
Онихомикоз	4,4	3,8	2,2	1,8	3,8

Анализ заболеваемости дерматомикозами по отдельным областям Республики Узбекистан показал, что наименьшая выявляемость пациентов, страдающих грибковыми заболеваниями, наблюдается в Кашкадарьинском, Хорезмском областях и Республике Каракалпакистан. Так, в Кашкадарьинской области отмечается наименьшая регистрация микроспории, микоза стоп и онихомикоза. В Хорезмской области отмечается недостаточная диагностика трихофитии, микоза стоп и онихомикоза. А в Республике Каракалпакистан интенсивный показатель заболеваемости микроспорией, трихофитией и онихомикоза остается минимальным по сравнению с другими регионами Республики.

В целом по Республике наиболее страдает диагностика микроспории. Так, в Андижанской области интенсивный показатель заболеваемости микроспорией оставался на самом низком уровне за период 2009–2013 г.г. Практически такая же тенденция отмечалась в Кашкадарьинской, Сырдарьинской областях, Республике Каракалпакистан, где интенсивный показатель заболеваемости микроспорией за указанный период регистрировался значительно ниже, чем в целом по Республике.

Диагностика и регистрация больных трихофитией значительно отстает от других областей в городе Ташкенте, Хорезмской области и Республике Каракалпакистан. За период 2009–2012 г.г. в этих регионах отмечался наименьший интенсивный показатель заболеваемости на 100 тыс. населения.

Недостаточной является и диагностика микоза стоп и онихомикоза. Так, в Наманганской области в 2010 году не выявлено ни одного случая данных нозологий. А в Кашкадарьинской, Хорезмской областях и республике Каракалпакии заболеваемость микозом стоп (и.п. 1,9; 6,8 в 2011г; 1,7; 2,6 и 0,1 соответственно против 11,6) и онихомикоза в Кашкадарьинской, Сурхандарьинской областях и республике Каракалпакистан (и.п. 1,5; 3,3 и 0,5 соответственно против 5,2) была значительно ниже республиканских показателей в 2011 и 2013 г.г. В Республике Каракалпакистан на протяжении всего этого периода наблюдался самый низкий уровень заболеваемости онихомикозом. В тоже время высокие, по сравнению с республиканскими показателями, по различным нозологическим формам дерматомикозов отмечались в г. Ташкенте и Ташкентской области, Таким образом, полученные результаты статистики показывают, что регистрация заболеваемости микозами в республики имеют разнонаправленный характер и не показывает истинную распространенность дерматомикозов в республике.

Сравнительные данные, полученные при анализе уровня заболеваемости дерматомикозами в Республике Узбекистан, по-видимому, связаны:

1. отсутствием регистрации больных дерматомикозами обращающихся за медицинской помощью в частные медицинские учреждения.

2. недостаточной клинической и лабораторной диагностикой микозов, отсутствием во многих регионах микроскопических и культуральных методов исследований.

3. недостаточная осведомленность населения о грибковых заболеваниях кожи (пути заражения, клинические проявления и.т.д.).

Рекомендации:

Внедрение в лабораториях областей культуральную диагностику грибковых заболеваний.

Проводить семинарские, лекционные занятия и мастер классы по лабораторной диагностике, клинике и профилактике грибковых заболеваний среди дерматовенерологов, врачей ВОП в регионах республики.

Подготовить учебно-методические пособия, рекомендации по современным методам диагностики и лечения больных дерматомикозами и внедрить их в практическую деятельность дерматовенерологической службы.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ МИКОТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р., ЦОЙ М.Р., ИКРАМОВА Н.Д.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения РУз

В соответствии с реализацией объединенных программ ООН ВИЧ/СПИД (UNAIDS и NIH) представлена всемирная статистика по так называемым «киллерным» заболеваниям:

Данные литературы показывают, что в настоящее время более 40 млн. людей являются ВИЧ-инфицированными, более 2 млрд. индивидуумов заражены Mycobacterium tuberculosis, свыше 300 млн. лиц инфицируются малярийными плазмодиями.

Не последнее место в этом списке занимают грибы. К десяти наиболее часто выделяемым патогенам относят дрожжевые грибы, которые широко распространены в природе и относятся к уникальным микроорганизмам, демонстрирующим широкий диапазон адаптивных возможностей. При нормальных обстоятельствах C. Albicans обитает у 80 % людей в мире без каких-либо тревожных эффектов, однако заметное приумножение популяции данного вида может оказаться началом кандидоза.

Согласно имеющимся в настоящее время сведениям (1983–2004 гг.) в отделениях дерматологии и венерологии одной из Университетских больниц в Германии в латентной стадии ВИЧ и в стадии СПИДа из 2149 ВИЧ-инфицированных лиц у 502 (23 %) был установлены дерматомикозы различной локализации. Распространенность грибковых заболеваний у ВИЧ-инфицированных лиц, обращавшихся в поликлиники в Кингстоне (Ямайка) в 2000–2006 гг., составляет 29 % от общего числа пациентов с кожными заболеваниями. По данным индийских врачей, доля грибковой инфекции кожи у этой категории пациентов составляет 44,16 %; в Сенегале – 16 %; Малайзии – 9,9 % только одни онихомикозы. Ряд глубоких микозов, встречающихся в нескольких эндемических районах (Северная и Южная Америка, Африка, Юго-Восточная Азия), так называемые диморфные микозы — нередко представляют ВИЧ-ассоциированную инфекцию и считаются особо опасными. Среди возбудителей микозов в настоящее время перечисляют более 400 видов, при этом из года в год описываются десятки новых возбудителей. Растет число известных грибов — причинных факторов аллергических заболеваний и микотоксикозов, отравлений грибами. На протяжении всей жизни человек постоянно сталкивается с представителями грибного царства. Иногда такое взаимодействие приводит к нежелательным последствиям в виде грибковых заболеваний, микотоксикозов, аллергических реакций.

Содержание условно-патогенных грибов в воздушной среде может являться одним из важнейших критериев при экологической оценке мегаполисов. В различных экологических нишах организма человека грибы могут быть как уверенными комменсалами, так и «успешными» оппортунистами. Микотоксикозы — заболевания от воздействия токсинов грибов — распространены повсеместно. Микотоксины постоянно обнаруживаются в разных пищевых и кормовых продуктах. Загрязнение продуктов микотоксинами происходит повсеместно, но имеет при этом географические и сезонные особенности. Социально-экономическое значение микотоксикозов в настоящее время заключается, в основном, в потерях, которые несут сельское хозяйство и пищевая промышленность.

Весьма актуальной остается проблема микогенной аллергии. Многие аллергены не только вызывают аллергические и аутоиммунные реакции, но могут служить иммуномодуляторами и иммуносупрессорами, подавляющими иммунный ответ, что обусловливает развитие иммунодефицита. Поэтому иммунодефициты и аллергия часто взаимосвязаны при микотической патологии.

Актуальную проблему представляют и оппортунистические глубокие микозы, вызываемые условно-патогенными грибами: комменсалами человека (Candida spp.) или широко распространеными в окружающей его среде (Aspergillus spp.). Как правило, оппортунистические микозы являются ятрогенной патологией, осложняющие те случаи, которые связаны с выраженным иммунодефицитом и нейтропенией. Поэтому в группы риска по оппортунистическим микозам входят, прежде всего, больные с гематологическими и онкологическими заболеваниями, получающие иммуносупрессанты и цитостатики; пациенты, которым предстоит пересадка органов и тканей. Тем не менее, выделяют и группу СПИД-ассоциированных глубоких микозов — прежде всего, кандидоза пищевода и криптококкоза. В последние десятилетия во всем мире имеет место рост числа внутрибольничных инфекций, обусловленных плесневыми грибами. Предположительно, одной из причин также является увеличение числа больных с иммуносупрессией различного генеза. Важным моментом является регистрация «внекожной» локализации микозов. Так, в качестве возбудителей микозов роговицы глаза (грибковых кератитов) описано более 100 различных видов грибов. Грибковые поражения верхних дыхательных путей и уха протекают тя-

желее, чем другие воспалительные процессы данной локализации, и могут явиться первичным очагом висцерального микоза или стать причиной сепсиса при запоздалой диагностике и нерационального лечения. Этиологически значимыми возбудителями отомикоза в настоящее время являются, в равной степени, как плесневые (51%), так дрожжевые грибы (42,9%), смешанная микобиота встречается в 9,8% случаев.

Таким образом, повсеместное распространение, ежегодное открытие новых видов и штаммов грибов требует координации научных изысканий и консолидации сил по изучению и профилактике этой актуальной проблемы.

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ И pH СРЕДЫ КОЖИ В ОЧАГАХ ПРИ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ ЛОБКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

АБИДОВА З.М., НУРМАТОВ У.Б.

РСНПМЦ дерматологии и венерологии

В очагах зооантропонозной трихофитии нередко увеличивается спектр сопутствующей микрофлоры, что осложняет течение микотического процесса, усугубляя его клиническое течение. С другой стороны в развитии данной патологии важную роль играет pH среда кожи, которая способствует созданию благоприятных условий для развития различных микроорганизмов и развитию их дисбиоза. Являясь важным неспецифическим ингибитором жизнедеятельности микроорганизмов, pH определяет многие клеточные процессы и тем самым обуславливает клиническое течение кожных заболеваний.

В связи с чем, целью наших исследований явилось изучение состояния сопутствующей микрофлоры и pH кожи в очагах поражения у 84 больных трихофитией лобковой локализации. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. В смывах кожи взятых с очагов поражения выявлены Streptococcus haemolyticus, Clostridium perfringens, Klebsiella, Enterococcus, которые не являются нормофлорой в микробном пейзаже кожи здоровых лиц. Наблюдалась тенденция к увеличению количества грибов рода Candida. Весьма интересным представлялась изучение состояния микрофлоры в очагах поражения в зависимости от клинических форм зооантропонозной трихофитии. Из 84 у 20 больных наблюдалась поверхностно-пятнистая форма, у 22 — инфильтративная форма и у 42 — инфильтративно-нагноительная форма заболевания.

Проведенные исследования у 20 больных поверхностно-пятнистой формой зооантропонозной трихофитии и лобковой области показали, количественное увеличение St. epidermidis и St. Aureus ($P<0,01$) по сравнению с группой контроля.

При инфильтративной форме микоза кроме увеличения количества St. Epidermidis и Staphylococcus aureus выявлен Clostridium perfringens, который не обнаруживался ни в контрольной, ни в группе больных с поверхностно-пятнистой формой заболевания, а при инфильтративно-нагноительной стадии заболевания наблюдалась обсемененность очагов поражения новыми видами микробов как Klebsiella, Enterococcus и Streptococcus haemolyticus а также увеличивалось количественное соотношение Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Clostridium perfringens в очаге поражения. Грибы рода Candida в данной группе больных выявлены не были.

Как известно по данным научной литературы pH среда лобковой области, промежности и перигенитальных зон имеет нейтральную pH среду, тогда как на других участках кожного покрова данные значения в среднем составляют 5,4.

Исследования показали, что pH среда кожи лобковой области у лиц в контрольной группе в среднем составляет 6,98, что согласуется с данными литературы, а у больных зооантропонозной трихофитией лобковой области, этот показатель достоверно повышается и в среднем составляет 7,5, то есть наблюдается сдвиг pH среды кожи в щелочную сторону.

Таким образом, развитие и клиническое течение зооантропонозной трихофитии лобковой области определяется как качественным, так и количественным увеличением микробного пейзажа в прямой зависимости от клинических форм заболевания, с выявлением таких микроорганизмов как Clostridium perfringens, Enterococcus, Streptococcus haemolyticus, Klebsiella, а также и нарушением pH среды кожи со сдвигом в щелочную сторону что необходимо учитывать при назначении терапии.

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

АБИДОВА З.М., ИКРАМОВА Н.Д.

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

Нами было изучено состояние микрофлоры кишечника у больных микозом стоп в зависимости от давности заболевания.

С этой целью больные в зависимости от давности заболевания были разделены на 4 группы. В первую группу вошли 17 больных с давностью заболевания до 1 года, во вторую группу – 36 больных с давностью болезни от 1 года до 5 лет, в третью группу – 15 больных с давностью патологического процесса от 6 до 10 лет и в четвертую группу – 52 больных с давностью заболевания более 10 лет.

Изучение количественного состава микрофлоры кишечника в зависимости от давности заболевания выявило, что во всех обследованных группах больных общее количество анаэробов изменялось в сторону статистически достоверного снижения по отношению к контрольной группе. Снижение общего количества анаэробов произошло на фоне снижения как бифидобактерий так и лактобактерий. Наряду с этим отмечалось статистически достоверное повышение содержания пептострептококков по сравнению с данными группы контроля. Выявленные изменения зависили от давности заболевания, то есть у больных с давностью заболевания до 1 года эти изменения были менее выражены, а у больных с давностью заболевания более 10 лет более выражены.

Наряду с этим во всех обследованных группах больных наблюдалось достоверное повышение содержания лактозопозитивных и лактозонегативных, эшерихий, энтерококков и стрептококков группы А по отношению к данным контрольной группы. Содержание грибов рода Кандида и протея также было достоверно выше, чем контрольные значения. Выявленные изменения превалировали у больных с давностью заболевания более 10 лет.

Таким образом, установлено, что у больных микозами стоп дисбиотические изменения в микрофлоре кишечника, проявляющиеся дефицитом анаэробных бактерий на фоне увеличения числа условно-патогенной флоры зависят от давности существования патологического процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ДЕРМАТОМИКОЗЫ

АБИДОВА З.М., РАЗЫКОВ А.А., ИЗВЕКОВА О.В.

РСНПМЦ ДиВ МЗ РУз

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 Ташкентского областного КВД, Республиканской клинической КВБ и Республиканского КВД г. Нукус.

За период с 2009 по 2013 года количество лабораторий, где проводятся исследования на дерматомикозы (микроскопия) в целом не изменилось и составляет 142 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 по одной лаборатории сокращено (прекращено проведение микологических исследований) в Андижанской, Сурхандарьинской,Сырдарьинской и 2 лаборатории в Ташкентской областях.

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 10 в г.Ташкенте до 21 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 5 лет составило 140 единиц. Из них 10 — так называемых крупных, расположен-

ных в центрах или межрайонных, и 130 — более мелких, расположенных в районах. Среднее количество обследованных больных в курпных лабораториях составило 1717 человек в год на 1 лабораторию в среднем, в мелких – 539 обследованных. Коэффициент выявления в среднем по республике составил 22,0 % (при эотм отмечается отрицательная динамика показателя с 32,2 % в 2009 г до 16,2 % в 2013 г). В крупных лабораториях этот показатель был неколько выше и составил 22,7 %, в мелких – 21,8 %.

Однако анализ по удельному весу положительных результатов н 100 тыс. населения показал, что в крупных лабораториях этот показатель составляет 40,06, в то время как в мелких – 70,4. Таким образом эффективность работы более мелких лабораторий оказалась выше, по сравнению с крупными лабораториями.

Таким образом, в данном случае централизация проводимых исследований оказала негативное влияние доступность микологического обследования и на количество выявленных больных по области.

СОСТОЯНИЕ РЕГИСТРАЦИИ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ

АБИДОВА З.М., ИЗВЕКОВА О.В., ЖУМАНОВ Д. Х, ИШАНКУЛОВ А.М., ЖАЛИЛОВ Ф.С.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз, Бухарский ОКВД, Кашкадарьинский ОКВД

В настоящее время лейшманиозы распространены в 88 странах с тропическим и субтропическим климатом. По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируются около 400000 свежих случаев заболевания, а общее число инфицированных составляет около 12 млн. человек. По мнению специалистов, официальная статистика неточно отражает истинный уровень заболеваемости лейшманиозами вследствие того, что огромное количество случаев заболевания остаются незарегистрированными или недиагностированными.

В Узбекистане кожный лейшманиоз (далее — КЛ) является одной из природно-очаговых болезней, имеющих большой удельный вес в краевой патологии республики. В эндемических зонах Узбекистана (Бухара, Кашкадарья, Джизак, Сурхандарья, Каракалпакия) отмечается наиболее высокое распространение зоонозного кожного лейшманиоза, где ежегодно регистрируется (формируются) десятки и сотни новых случаев данного заболевания. Степень выраженности эпизоотий на этих территориях и уровень заболеваемости населения, а также особенности клинического течения заболевания различна, это обусловлено климато — географическими особенностями населенных пунктов, типом природных очагов и состоянием иммунной системы населения в эндемических очагах заболевания.

Анализ статистических данных по кожному лейшманиозу по Республике за последние 5 лет (2009–2013) показал, что число зарегистрированных больных кожным лейшманиозом выросло в 2,2 раза (266 больных в 2009 году и 592 больных в 2010 году), при этом интенсивный показатель составил от 0,7 до 1,9 на 100 тыс. населения.

Анализ заболеваемости кожным лейшманиозом по отдельным областям Республики, показал неоднозначность регистрации случаев заболевания в регионах. Например, в Джизакской области за последние 3 года всего зарегистрировано 92 больных кожным лейшманиозом. В 2011 году 39 случаев, в 2013 году – 53 случая, а в 2012 году не зарегистрировано ни одного случая заболевания. За такой же период в Бухарской области зарегистрированы 207 случая, в Кашкадарьинской области – 199 случая, в Сурхандарьинской области – 429 случая и в Республике Каракалпакистан – 150 случаев кожного лейшманиоза. Кроме того, отмечается регистрация кожного лейшманиоза Навоийской области – 9 случаев, Хорезмской области – 5 случая, а также Ферганской области – 29 случая заболевания, не являющимися эндемичными по лейшманиозу.

Только за 2012–2013 гг. в клинике РСНПМЦДиВ МЗ РУз обследованы и получили лечение 100 больных с различными клиническими формами кожного лейшманиоза. Из них 31 были и Джизакской области, 29-Кашкадарьинской области, 1 — Сурхандарьинской области, 4 — Навоинской области, 5 — Самаркандской области, 1 — из Каракалпакии и 17 –Бухарской области. 11 больных из г.Ташкента и Ташкентской области отметили выезд в различные эндемичные регионы республики по служебным командировкам и другим причинам.

Такой разнонаправленность регистрации заболевания можно объяснить тем, что не все выявленные случаи лейшманиоза регистрируются, в том числе за счет трудностей их лабораторного подтверждения. Кроме того, в официальной статистике по кожновенерологической службе отсутствуют случаи диагностированных заболеваний кожным лейшманиозом, которые зарегистрированы и получающие лечение в клинике лейшманиоза при НИИ паразитологии им. Исаева.

Таким образом, для получения достоверной статистики необходимо усилить взаимодействие кожновенрологических учреждений, НИИ паразитологии и органов ГЭСН, а также повысить качество лабораторной диагностики.

ПРИМЕНЕНИЕ РОЗЕОФУНГИНОВОЙ МАЗИ В ТЕРАПИИ ДЕРМАТОФИТИИ

АБИЛКАСИМОВА Г.Е., ЕШИМОВ А.Е., БЕРЕЗОВСКАЯ И.С.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г.Алматы

Под наблюдением находилось 250 пациентов мужского и женского пола в возрасте от 18 до 78 лет с диагнозом: дерматофития (МКБ–10); из них 133 женщин и 117 мужчин.

Розеофунгиновую мазь наносили на пораженные участки кожи дважды в день (утром и вечером) в течение 7–21 дня.

По данным результатов исследований, у 250 больных, страдающих микозами стоп, были выделены 2 основные формы поражения интертригинозная (межпальцевая) — 135 человек и сквамозная — 115 человек.

По течению преобладали больные с острым и подострым течением заболевания (96 и 86 больных соответственно). У 68 больных отмечалось хроническое течение заболевания.Давность заболевания у большейчасти больных была до 1 года у 225 человек.Только у 25 человек процесс на коже стоп длился более 5 лет.

По окончании лечения, клиническое выздоровление было достигнуто у72,4 % больных. Микологический эффект излеченности всех больных микозами стоп составил70,4 %.Почти все больные лечение переносили хорошо, без раздражения, неприятных ощущений кожи. У 3,6 % больных (без эффекта) наблюдались явления непереносимости в виде аллергической реакции. Препарат былотменен на 1–2 неделе лечения.

Таким образом, хорошая терапевтическая эффективность, простота, удобство в применении, отсутствие нежелательных эффектов позволяют нам считать розеофунгиновую мазь препаратом выбора в лечении микозов стоп.

Рекомендуется проведение анализа отдаленных результатов лечения розеофунгиновой мазью и учет числа рецидивов.

ПРОИЗВОДНЫЕ АЛЛИЛАМИНА В ТЕРАПИИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

АРИФОВ С.С., АРИФОВА М.Х., АБДУРАШИДОВ А.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер, Кожно-венерологический диспансер №9 г. Ташкента

В последние годы, по данным отечественной и зарубежной литературы, отмечается рост грибковых заболеваний кожи. Существуют достаточно много антифунгальных препаратов различных групп для лечения микотических заболеваний.

Целю настоящего исследования, явилось изучение эффективности и безопасностипротивогрибкового препарата из группы аллиламина, в частности тербфалина, в терапии микозаи онихомикозастоп и кистей.

Под нашим клиническим наблюдением находились 32 больных с микозом стоп. Мужчин было 20, женщин –11. Все больные были в активном трудоспособном возрасте. У 9 больных в патологический процесс были вовлечены ногтевые пластинки — у 6 ногти пальцев стоп, у 1 –ногти пальцев кистей и у 3 — пальцы, как кистей, так и стоп.

До начала терапии КОН тест на возбудителей микоза стоп был положителен у всех пациентов.

Согласно клинической классификации больные микозом стоп были распределены следующим образом: стертая форма – 11, больных сквамозная – 13, интертригинозная – 5 и дизгидротическая – 3. Поражение ногтей по дистальному типу было у 4 больных, поверхностному типу — у 3 и проксимальному типу у 2 больных.

Для лечения микоза стоп применяли 1 % крем терфалина, который наносили 1 раз в день в течение 14 дней. Кроме наружной терапии для снятия островоспалительныхявлении больные получали примочки с антисептиками, антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты.

Для лечения онихомикоза применяли терфалин в виде таблетки (250 мг) внутрь один раз в день. При поражении ногтей рук продолжительность приема препарата составила 1, 5 месяцев, а при онихомикозе ногтей стоп – 3 месяца.

Результаты лечения показали, что при лечении микоза стоп клиническое выздоровление, через 6 недель наблюдения, наступило 96 %, микологическое – 90 %. У больных онихомикозом, через 10 месяце после лечения, микологическое излечения наступило у 75 %, клиническое — у 82 % больных.

Следовательно, результаты наших клинических и лабораторных данных показали, что тербинафин (терфалин) является высокоэффективным, безопасным иудобном в применение препаратом.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВОЙ ДЕРМАТОФИТИИ

БАЙРАММУХАММЕДОВ С.Т., РЕЙИМКУЛИЕВ Б.Р.

Управление центрами инфекционных болезней,
Центральная кожно-венерологическая больница, г. Ашхабад

Под нашим наблюдением было 88 больных паховой дерматофитией. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа из 56 (64%) больных получала лечение системным антимикотиком гризеофульвин–Т, в таблетках по 125 мг и назначаемый в суточной дозе 12,5 мг/кг. Для наружной терапии использовалась мазь бетадин (повидон-йод). Второй группе из 32 (36%) больных назначался зарубежный антимикотик кетоконазол по 200 мг в сутки, наружно применялся крем кетоконазол. В процессе лечения время начала исчезновения грибков в очагах в первой группе происходило на 10–12 день у 41 (73%) и после 18–20 дня у 15 (27%) больных. Во второй группе время исчезновения грибков началось на 14–15 день у 11 (34%) и полное исчезновение произошло после 22–24 дней у 21 (66%) больных. В первой группе регресс высыпаний произошёл на 17–18 день у 38 (68%) и на 22–23 день у 18 (32%) больных. Во второй группе регресс начался на 22–23 день у 12 (38%) и на 27–28 день у 20 (62%) больных. Полное излечение в первой группе произошло на 25–27 день у 39 (70%) и на 28–30 день у 17 (30%) больных, а во второй группе на 32–35 день у 17 (53%) и на 38–40 день у 15 (47%) больных.

Таким образом, комплексное лечение паховой дерматофитии оказалось более эффективным, в связи с особенностью мази бетадин воздействовать на более глубокие слои кожи.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАХОВОЙ ДЕРМАТОФИТИИ.

БАЙРАММУХАММЕДОВ С.Т., КУДРАТУЛЛАЕВ К.Н.

Управление центрами инфекционных болезней
Центральная кожно-венерологическая больница, г. Ашхабад

Под нашим наблюдением находилось 88 больных паховой дерматофитией. Из них мужчин было 43 (49%), женщин 45 (51%). Возраст больных колебался от 15 до 47 лет. По месту проживания больные распределялись следующим образом: городских жителей было 53 (60,2%), сельских 35 (39,8%) от общего числа больных. При анализе заболеваемости по временам года было отмечено, что начало болезни в весеннее — летний период было у 63 (71,5%) и в осенне — зимний у 25 (28,5%) больных. При анализе клинических особенностей паховой дерматофитии отмечено, что основную часть больных 73 (83%) составляли больные с локализацией на коже паховой области. Только у 15 (17%) больных заболевание приняло распространённый характер с поражением основных очагов в паху, на коже живота, верхних и нижних конечностей. По глубине процесса отмечено, что в основном встречались глубокие инфильтративно-нагноительные формы — у 57 (65%) и у 31 (35%) больных отмечена поверхностная форма паховой дерматофитии.

Таким образом, выявленные клинические особенности паховой дерматофитии необходимо учитывать при выборе методов и препаратов назначаемых этим больным.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МИКОЗА СТОП У МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

ИВАНИЩЕВА И.А.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца (г. Киев, Украина)

Микозы — группа инфекционных заболеваний кожи, ее придатков, внутренних органов, вызванных патогенними грибами. За даными разных авторов, описано и изучено болем чем 100 тысяч видов грибов, 500 из которых патогенны для человека. Установлено, что самыми распространенными среди грибковых заболеваний человека являються дерматомикозы и онихомикозы.

Цель. Изучение состояния местного иммунитета у больных микозом стоп молодого возраста и его влияние на характер клинического течения заболевания.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 78 больных микозом стоп (45 мужчин и 33 женщины) в воздасте от 16 до 35 лет. В группу контроля было привлечено15 практически здо-

ровых лиц, сопоставленных по полу и возрасту. Проведено сбор чешуек кожи с очагов микотического поражения и получено с них экстракты. В полученных екстрактах кожи, больных микозом стоп, определяли: содержимое субкласов Ig A; уровни IL–1B, IL–10, TNF-L, уровни циркулирующих имунных комплексов (ЦИК) и их зависимость от клинического течения дерматоза.

Результаты. С учетом анализа результатов исследований показателей уровней субкласов Ig A; показателей уровней IL–1B, IL–10, TNF-L и показателей уровней ЦИК в екстрактах кожи у больных микозом стоп установлена зависимость уровней показателей от характера клинического течения дерматоза.

Выводы. Результаты исследований указывают на существенное значение показателей уровней субкласов Ig A; показателей уровней IL–1B, IL–10, TNF-L и показателей уровня ЦИК в патогенезе микоза стоп а также на их влияние на характер клинического течения этих дерматозов, что нужно учитывать при разработке тактики комплексного индивидуализированного лечения больных.

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ МИКОЗОВ ГЛАДКОЙ КОЖИ

ИВАНОВ С.В.

Национальный медицинский университет имени О.О.Богомольца (г. Киев, Украина)

Проблема лечения кандидозов и поверхностных микозов в настоящее время ставит перед исследователями задание поиска новых фармакологических групп, несмотря на большое количество коммерческих названий препаратов. Механизм действия полиеновых антибиотиков — они необратимо связываются со стироловыми компонентами клеточной мембраны гриба, что приводит к функциональному повреждению клетки и, наконец, к некрозу.

Цель и задачи исследования. Оптимизация наружной терапии поверхностных микозов гладкой кожи и кандидамикозов.

Материалы и методы. Под наблюдением и лечением находились 57 пациентов с поверхностными микозами и кандидамикозами, среди них 25 мужчин и 32 женщины, возрастом от 16 до 65 лет, с давностью заболевания от 3 месяцев до 10 лет. Диагноз устанавливался на основании клинических и лабораторных данных. Микроскопическое и микологическое (культуральное) исследование проводили по общепринятым методикам у всех наблюдаемых лиц. Подтверждающим критерием было выявление мицелия и спор возбудителя в патологическом материале в нативном виде, при окраске и при посевах на питательные среды.

Результаты и их обсуждение. По нозологическим формам среди 23 обследованных больных у 9 пациентов было установлено микоз гладкой кожи, у 14 — кандидамикоз (из них кандидоз кожи ладоней – 4 и паронихии – 10). Клинически на коже туловища, конечностей были очаги поражения застойной гиперемии с шелушением на поверхности и розовым цветом центральной части. Периферическая зона роста выглядела как валик из папул, везикул и корок. Пациентов беспокоил зуд. Также у 34 пациентов определялись интертригинозные формы поражения, из них эпидермофития паховая – 6, интертригинозный кандидоз (паховый, подмышечный) – 11, эпидермофития стоп (интертригинозная форма) – 9, кандидоз межпальцевых складок – 8. Существенно, что среди кандидозных поражений верхних конечностей было больше женщин — работниц влажных производств (консервные, прачечные и т.п.), у которых на кистях, обычно в III межпальцевой складке, на фоне гиперемии наблюдались мелкие везикулы, которые со временем сливались, превращаясь в эрозии с подрытым по периферии и мацерированым роговым слоем, трещины. Наше внимание привлек полиеновый антибиотик группы макролидов широкого спектра действия натамицин. Мы применяли 2% крем Пимафуцин на участки поражения 2–5 раз в сутки на протяжении 14–21 день. Субъективные ощущения у больных значительно уменьшались и исчезали на 3–4 день лечения, на 10–14 день практически у всех пациентов регрессировали клинические проявления в очагах. При контрольных лабораторных исследованиях после окончания курса терапии в 100% случаев элементы гриба не найдены. Для оптимизации внешней терапии и профилактики рецидивов всем больным назначали Пимафуцин перорально по 1 таблетке (100 мг) 4 раза в сутки на протяжении одной недели, затем по ½ таблетки 3 раза в сутки до конца лечения. Побочных эффектов при наружном применении не отмечалось.

Выводы. Установлено, что крем Пимафуцин имеет выраженное фунгицидное широкого спектра действие на ряд поверхностных микозов, в первую очередь вызванных Candida spp. Существенным преимуществом крема Пимафуцин есть его исключительно местное действие. Он не всасывается за пределы поверхностных слоев кожи и потому практически не имеет противопоказаний к применению. Наилучшие результаты лечения достигаются при комбинированном применении Пимафуцина местно и перорально.

ДИСБИОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ МИКОЗА СТОП

ИКРАМОВА Н.Д.

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

Несмотря на большое количество научных исследований посвященных изучению патогенетических механизмов развития и лечения микозов стоп, состояние микробиоценоза кишечника при различных формах микозов стоп, в нашем регионе не изучалось.

Нами была изучено микрофлора содержимого толстого кишечника у 120 больных с различными формами микоза стоп, из них со сквамозной формой микоза стоп были 30 больных, интертригинозной – 42, дисгидротической – 17 и генерализованным рубромикозом – 31 человек. Контрольную группу составляли данные 18 практически здоровых лиц.

Поскольку в кишечнике человека имеется наиболее обильная микрофлора (сотни разновидностей) для характеристики эубиотического состояния мы изучали количественные соотношения микроорганизмов с защитными функциями (лактобактерии, бифидобактерии, энтерококки, ЛП и ЛН эшерихии и грибы рода кандида) относительно других условно-патогенных бактерий.

Полученные результаты показали, что из 120 больных микозом стоп дисбиотические нарушения не выявлялись лишь у 33 (27,5%) больных, а у остальных 87 (72,5%) больных независимо от клинической формы заболевания имели место явления дисбактериоза различной степени тяжести. Так у 30,0% (36 больных) встречается дисбактериоз I степени, у 25,0% (30 больных) — дисбактериоз II степени и у 17,5% (21 больных) — дисбактериоз III степени.

Далее нами было изучено состояние микробиоценоза кишечника у больных микозом стоп в зависимости от клинической формы заболевания.

Выявлено что при сквамозной форме микоза стоп у 40,0% (12 больных) больных отсутствовали дисбиотические нарушения кишечника, а у 30,0% (9 больных) встречается дисбактериоз I степени, у 20,0% (6 больных) — дисбактериоз II степени и у 10,0% (3 больных) — дисбактериоз III степени. Видно, что у больных с данной формой микоза стоп наиболее часто выявляется дисбактериоз I степени.

Аналогичная картина наблюдалась у больных интертригинозной и дисгидротической формами заболевания.

У больных генерализованным рубромикозом дисбактериоз I, II и III степени встречаются почти в равном количестве больных.

Полученные данные показывают, что степень дисбиотических изменений кишечника у больных микозом стоп прямо коррелируют с клинической формой заболевания, то есть менее выраженные дисбиотические нарушения больше встречаются при легких формах и наиболее выраженные нарушения при тяжелых формах дерматоза.

Результаты исследования количественного состава микрофлоры содержимого толстого кишечника в зависимости от клинической формы микоза стоп показали, что во всех обследованных группах больных до начала лечения наблюдалось достоверное снижение общего количества анаэробных микроорганизмов по сравнению с контрольной группой и данное снижение зависело от клинической формы заболевания. Во всех обследованных группах отмечалось достоверное снижение количества бифидобактерий, лактобактерий и достоверное повышение содержания пептострептококков по сравнению с данными группы контроля.

У больных со всеми клиническими формами микоза стоп отмечалось достоверное повышение общего количества аэробов, таких лактозопозитивных и лактозонегативных, эшерихий, энтерококков стрептококков группы А как по сравнению с контрольной группой.

Во всех клинических формах заболевания выявлялось достоверное повышение содержания грибов рода Кандида и протея.

Таким образом, полученные данные свидетельствует, что дисбиотические изменения, происходящие в кишечнике у больных микозом стоп, характеризуются уменьшением анаэробной группы микробов. Причем снижение общего количества анаэробов, бифидобактерий и лактобактерий прогрессировало с утяжелением заболевания и становилось особенно выраженным при генерализованном рубромикозе. В факультативной же группе микробов отмечалось увеличение высеваемости лактозонегативных и лактозопозитивных эшерихий, также зависящее от клинической формы заболевания.

ЧАСТОТА И ВИД ОСЛОЖНЕНИЙ, ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ПРИ ЗООНОЗНОМ КОЖНОМ ЛЕЙШМАНИОЗЕ

КАКАБАЕВА О.А., АТАЕВА А.А.

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашхабад, Туркменистан

Проблема зоонозного кожного лейшманиоза до настоящего времени остается весьма актуальной не только для нашей страны, но и для стран с жарким и теплым климатом.

Цель исследования. Изучить распространенность и вид осложнений встречающихся при зоонозном кожном лейшманиозе.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 95 больных ЗКЛ в возрасте от 1 года до 50 лет, из них 52 (54,7 %) женщин и 43 (45,3 %) мужчин. Почти у всех больных ЗКЛ течение язвенного процесса сопровождался специфическими и неспецифическими осложнениями.

Специфические осложнения встречались в виде лимфаденитов (18,9 %) и лимфангоитов (17,8 %), бугорков обсеменения (12,6 %), и в виде абсцедирующих лимфоузлов (5,2 %). Из неспецифических осложнений у 43 % больных лейшманиозный процесс протекал с присоединением вторичной инфекции, рожистое воспаление отмечалось у 1,1 % больных.

Выводы. Течение ЗКЛ в нашем регионе сопровождается разнообразными клиническими проявлениями, которые чаще всего осложняются: узловатым лимфангоитом, абсцедированными лимфоузлами, бугорками обсеменения, пиодермией, рожистым воспалением, что нередко приводит к серьезным эстетическим и психологическим проблемам пациентов.

К ВОПРОСУ КЛИНИКИ МИКРОСПОРИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

КАРАБАЕВА И.Т.

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

Клинические исследования и наблюдения проводились у 326 больных с микроспорией, находившихся на лечении в микологическом отделении. Из них мужского пола–189 (58 %), женского — 137 (42 %) в возрасте от 3 мес до 48 лет. Микроспория детей раннего детского возраста, в том числе новорожденных, выявлена в 42 (13 %) случаев. Микроспория взрослых (18 лет и выше) — наблюдалась в 23 (7,3 %) случаях. Длительность заболевания у 245 (75,4 %) больных была от 2 недель до 1 месяца, у 65 (20 %) — составляла 1,5 –3 месяца, у 11 (3,3 %) – 4–6 месяца, у 3 (1 %) — от 7 мес. до 1 года и у 1 (0,3 %) более 1 года.

Микроспория волосистой части головы диагностирована у 148 (45,3 %), микроспория гладкой кожи — у 89 (27,3 %), смешанная форма (волосистая часть головы и гладкая кожа) — у 89 (27,3 %). Из 176 (54,6 %) больных со смешанной формой микроспории у 17 (9,7 %) наряду с поражением волосистой части головы заболевание протекало с вовлечением в микотический процесс щетинистых волос бровей и у 2 (1,2 %) — ресниц. У 4 (2,4 %) больных наблюдалось поражение лобковой области. Единичные очаги регистрированы у 141 (47 %), диссеминированная форма наблюдалась у 159 (53 %) больных.

К особенностям клинических проявлений микроспории в настоящее время следует отнести многоочаговые формы микоза. У 47 % больных обнаруживается до 3-х очагов, у 20 % – 4–8, у 15 % – 9–15, у 8 % – 15–20 и у 10 % — более 20 очагов поражения, то есть у 53 % больных микроспорией микроспория носила многоочаговый характер. Типичная клиническая картина микроспории волосистой части головы и гладкой кожи выявлена у 228 (76 %) больных.

Атипичные формы микроспории составили 78 (24 %): из них трихофитоидные 30 (39,6 %), инфильтративно-нагноительные – 32 (43,8 %), псориазиформные – 7 (8,3 %), себорейные формы – 7 (8,3 %) больных.

Выявление этих форм заболевания проводилось только комплексными микологическими исследованиями (микроскопия патологического материала, люминисцентная и культуральная диагностика).

Как видно из представленных данных участились атипичные случаи течения микроспории, что необходимо учитывать при диагностике, лечении и проведении санитарно-эпидемиологических мероприятий в очагах заболевания.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРБИНАФИНОМ ДЕТЕЙ С МИКРОСПОРИЕЙ

КАРАБАЕВА И.Т.

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

В нашей стране микроспория является одним из самых распространенных микозов в детском возрасте. Несмотря на простую диагностику, лечение микроспории задача сложная. Ситуация обостряется тем, что пациенты относятся к уязвимой группе, что требует особо тщательного подбора безопасных и эффективных препаратов. Среди них предпочтение отдают тербинафину, как наиболее безопасному антимикотику, однако до сих пор продолжается поиск оптимальных сроков терапии и адекватных дозировок препарата при лечении микроспории. В литературе имеются данные о назначении Тербинафина в дозировках в 1,5 раза выше рекомендуемых. Целью нашей работы было изучение эффективности Тербинафина. Под нашим наблюдением находились 48 детей в возрасте от 4 до 12 лет. Микроспория волосистой части головы–26, микроспория волосистой части головы и гладкой кожи –22 человек. Длительность заболевания колебалась от нескольких дней до 6 месяцев.

Клинический диагноз микроспории был подтвержден данными микроскопического, люминесцентного и культурального исследований. Из 48 человек- 19 (39%) детей было пролечено с сопутствующей патологией: гипохромная анемия I степени установлена у 8, лямблиоз у 4, вирусный гепатит в анамнезе у 3, энурез у 2, энтеробиоз у 2. Пациентам назначали препарат в дозах в 1,5 раза выше от дозировок, рекомендованных фирмой изготовителем: при массе тела до 20 кг–93 мг в сутки; от 20кг до 40 кг –187 мг в сутки. Препарат назначали до получения 3-х отрицательных анализов на грибы, в среднем 4–6нед. В период лечения всем больным проводили биохимический и общий анализы крови и общий анализ мочи, ультразвуковое исследование печени. Переносимость препарата была хорошей, лабораторные показатели были в норме, побочный эффект в виде крапивницы наблюдался только у одного больного. Клиническое выздоровление больных наступило через 30- 35 дней, сроки микологической негативации составили 34–42 дня. В настоящее время ни у одного ребенка не было обнаружено признаков рецидива.

Выводы: Тербинафин является высокоэффективным и безопасным препаратом при лечении микроспории. Увеличение дозы препарата в 1,5 раза по сравнению с дозировками, рекомендуемыми изготовителем позволяет получить клинико-микологическое излечение у всех больных микроспорией.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ

КАСИМОВ Х.К., НОРБОЕВ З.К., КАСИМОВ К.К.

Андижанский Государственный медицинский институт

Многие исследователи указывают, что в последние десятилетия возросла роль грибов в возникновении воспалительных заболеваний уха. В ЛОР — практике чаще стали отмечать больных наружными отитами, различные методы лечения которых, как оториноларингологами, так и дерматологами оказались безрезультатными. К таким отитам относятся грибковые поражения уха.

Цель исследования: Определение эффективных методов диагностики и лечения больных с хроническим гнойным средним отитом грибковой этиологии.

Материалы и методы исследования Под нашим наблюдением находилось 45 больных хроническим гнойным средним отитом грибковой этиологии. Возраст больных от 5 до 56 лет, мужчин- 26, женщин–19.

При осмотре у всех больных наряду со средним отитом отмечалось воспаление кожи как ушной раковины, так и наружного слухового прохода. Отмечались выраженные реактивные изменения стенок наружного слухового прохода. При этом наблюдались инфильтрация стенок в виде валикообразного утолщения и гиперемии в костном отделе, определялись мелкие грануляции, которые очень легко отторгались, образовывая несколько перфораций в барабанной перепонке. Характерной особенностью являлось и наличие своеобразного патологического отделяемого в виде большого количества казеозных масс часто с неприятным запахом. Окраска отделяемого зависила от вида гриба, так грибы A.niqer имеют интенсивную черно-коричневую окраску.

Основными жалобами больных являлись боль, зуд в ухе, повышенная чувствительность

наружного слухового прохода и ушной раковины, шум в ушах, ощущение полноты, заложенности уха.

При микробиологическом и микологическом исследовании установлено, что причиной отита оказались грибы рода Asperqillus. Наличие благоприятной температуры и достаточной влажности в наружном слуховом проходе являются одной из причин развития отомикоза.

Для диагностики был разработан экспресс — метод диагностики. Из наружного слухового прохода брали отделяемое, наносили его на предметное стекло и готовили микропрепарат с 30% едкой щелочью. Под микроскопом были обнаружены обильно переплетенные нити мицелия, нередко обнаруживалось множество групп одно или двухконтурных спор, расположенных как вблизи мицелия, так и свободно лежащие головки.

До поступления к нам эти больные долго и безуспешно лечились как у ЛОР — врача, так и у дерматолога. Противогрибковая лекарственная терапия проводились с учетом результатов лабораторной чувствительности грибов к тем или иным препаратам.

Наибольшим фунгицидным действием по отношению к грибам рода Asperqillus обладают нитрофунгин, хиназол, фунгифен.

Выводы: Полученные данные указывают о важности целенаправленного микологического обследования больных наружным отитом.

В патогенезе аспергиллезных отомикозов, наряду с различными факторами, определенное значение имеют особенности строения наружного слухового прохода, благоприятная для грибов температура и влажность, которые способствуют развитию микотического процесса.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

КАМОЛОВ З.Р., РАХМАТОВ А.Б., АБИДОВА З.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Учитывая сохранение эндемических очагов кожного лейшманиоза территории Узбекистана, правильная и своевременная постановка диагноза, а также применение эффективной этиопатогенетической терапии заболевания стоят наиболее остро.

Патогенез кожного лейшманиоза представляет собой многоэтапный процесс, когда присутствие этиологического фактора может сохраняться в течение длительного времени. Данный факт может вызывать появление активных форм кислорода, на инактивацию которых организм затрачивает определенное количество глутатиона, т.е. при указанном дерматозе может возникать дисбаланс между интенсивностью свободно радикального окисления и активностью антиоксидантной системы организма, что и приводит к появлению осложненных форм кожного лейшманиоза.

Целью настоящего исследования являлась разработка патогенетически обоснованной терапии больных кожным лейшманиозом.

Под наблюдением находилось 50 больных (мужчин–23, женщин–27) кожным лейшманиозом, причем у всех пациентов был диагностирован сельский тип дерматоза.

У всех больных в динамике проводимого лечения были изучены следующие показатели: содержание восстановленного глутатиона (GSH) и отдельные ферменты его метаболизма — глутатионтрансфераза (ГТ), глутатионредуктаза (ГР) и глутатионпероксидаза (ГПО).

Было установлено, что у больных кожным лейшманиозом выявляются нарушения в системе глутатиона, выраженность которых зависит от клинической формы заболевания. Выявленное понижение уровня GSH у больных кожным лейшманиозом указывает на активный оксидативный стресс, поскольку наличие реактивной группы SH обеспечивает основной антиоксидантный эффект. Кроме того, у больных кожным лейшманиозом отмечается достоверное понижение показателей ГТ и ГПО, что является свидетельством накопления свободных радикалов и повреждения эндотелия сосудов, являющихся основным механизмом формирования язвенного процесса при данном дерматозе.

В комплексной терапии больных кожным лейшманиозом был использован препарат «Глутион», содержащий 600мг восстановленного глутатиона для коррекции состояния естественной системы цитопротекции. Все больные были разделены на II сопоставимые по клиническим проявлениям группы: I группа (25 больных) получала традиционное лечение, согласно Стандартам; II группа (25 больных) дополнительно получала препарат «Глутион».

Во II группе больных отмечалось повышение терапевтической эффективности на 24,5%, что было обусловлено положительной динамикой со стороны обмена глутатиона и его метаболитов, т.е. коррекцией антиоксидантной системы организма.

Таким образом, у больных кожным лейшманиозом выявляются значительные изменения в системе глутатиона, что приводит к учащению осложненных форм дерматоза, для устранения которых, предлагается использование в стандартной методике лечения препаратом «Глутион», позволяющим улучшать антиоксидантную систему и повышать терапевтическую эффективность разработанной методики лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКОЗОВ СТОП В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

КУДРАТУЛЛАЕВ К.Н., КЕКИЛОВА Г.А., БЯШИМОВА Ф.Б.

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашхабад

Цель исследования: Изучить особенности клинического течения микозов стоп у больных различных возрастных групп.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 172 больных микозом стоп в возрасте от 6 до 75 лет. Большинство больных было в возрасте от 20 до 29 лет – 84 (48,8 %). Меньше всего больных было в возрасте от 6 до 19 лет – 7 (4,1 %) и в возрасте от 60 до 75 лет – 5 (2,9 %). В возрастной группе от 30 до 39 лет было 24 (13,9 %) больных, от 40 до 49 лет – 20 (11,6 %) и в возрасте от 50 до 59 лет было 32 (18,7 %) больных.

Результаты исследования: в возрастной группе от 6 до 19 лет у 5 (71,4 %) отмечена интертригинозная форма микозов стоп и у 2 (28,6 %) больных сквамозная форма с онихомикозом. В возрастной группе от 20 до 29 лет преобладала дисгидротическая форма микозов стоп у 58 (69,1 %) больных, сквамозная форма у 22 (26,1 %) и интертригинозная форма у 4 (4,8 %) больных. В группе больных от 60 до 75 лет у 4 (80 %) отмечена сквамозная форма микозов стоп с явлениями гиперкератоза и у 1 больного — дисгидротическая форма микоза. У 76 больных в возрасте от 30 до 59 лет отмечались в основном сочетанные формы микоза стоп: интертригинозная и сквамозная формы у 11 (14,4 %) больных, сквамозная и дисгидротическая формы у 23 (30,3 %) больных и дисгидротическая с онихомикозом у 42 (55,3 %). От общего числа наблюдаемых больных у 99 (57,5 %) микоз стоп протекал с осложнениями: вторичная пиодермия у 31 (31,3 %), онихомикоз у 29 (29,3 %), рожистое воспаление у 23 (23,2 %), микотическая экзема была отмечена у 16 (16,2 %) больных.

Выводы. Выявленные клинические особенности микозов стоп следует учитывать при назначении рациональной терапии.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИКОЗОВ СТОП

КУДРАТУЛЛАЕВ К.Н., КЕКИЛОВА Г.А., АТАЕВА А.А.

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашхабад

Цель исследования: Изыскание эффективного метода терапии микозов стоп.

Материалы и методы: Нами было проведено лечение 172 больных микозом стоп. Все наблюдаемые больные были разделены на 2 группы. Первая группа из 104 больных получала лечение только препаратами, выпускаемыми в Туркменистане; для общей терапии был использован антимикотик “Гризеофульвин-Т” и наружно применялись 5% серно-дегтярная мазь и 2% спиртовой раствор йода. Вторая группа из 68 больных получала зарубежный антимикотик “Кетоконазол” перорально и наружно в виде крема. Всем больным дополнительно назначалось комплексное лечение.

Результаты исследования: При проведении терапии отмечено, что грибы в очагах поражения исчезли на 8–10 день лечения у 86 (82,7 %) больных первой группы и у 28 (41,2 %) больных второй группы, после 14 дней лечения у 18 (17,3 %) больных первой группы и у 40 (58,8 %) больных второй группы. На фоне проводимой терапии регресс высыпаний отмечен на 10–12 день у 72 (69,3 %) больных первой группы и у 23 (33,8 %) больных второй группы, после 15 дней у 32 (30,7 %) больных первой группы и у 45 (66,2 %) больных второй группы. После проведенного комплексного лечения отмечены следующие результаты: в первой группе полное излечение наступило у 78 (75 %), длительная ремиссия у 19 (18,3 %), рецидивы заболевания наблюдались у 7 (6,7 %) больных, во второй группе полное излечение наступило у 39 (57,4 %), длительная ремиссия у 19 (27,9 %), рецидивы заболевания у 10 (14,7 %) больных.

Вывод: выпускаемый в Туркменистане антимикотический препарат «Гризеофульвин-Т» отличается от зарубежных антимикотиков более высокой клинической эффективностью.

ПЕДИКУЛЕЗ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

ЛОПАТИНА Ю.В.

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Россия;
ФБУН НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора, Москва, Россия

Одним из факторов, способствующих росту заболеваемости головным педикулезом в мире, является резистентность вшей к широко применяемым группам биоцидов. На протяжении последних десятилетий во всем мире, в том числе и в России, использовали, главным образом, педикулицидные средства, содержащие перметрин и другие инсектициды из группы пиретроидов. В связи с этим во многих странах сформировались резистентные к ним популяции вшей.

Цель настоящей работы — изучение резистентности головных вшей к перметрину и сравнительное исследование эффективности педикулицидных средств по отношению к устойчивым к пиретроидам насекомым.

Материалы и методы. Сбор головных вшей проводили в разных географических точках (г. Москве, Воронеже, Тамбове). Устойчивость к перметрину определяли токсикологическим и молекулярно-генетическим методом. Мутации (T917I, L920F), вызывающие замены аминокислотных остатков во втором домене α-субъединицы белка потенциал-зависимого натриевого канала, определяющие у вшей устойчивость kdr-типа к пиретроидам, определяли методом ПЦР в режиме реального времени. Эффективность разных групп педикулицидов по отношению к устойчивым к перметрину насекомым определяли стандартными токсикологическими методами, используя платяных вшей.

Собственные исследования Устойчивые к перметрину вши обнаружены во всех городах, где проводили исследование — г. Москве, Тамбове и Воронеже. По соотношению гомо- и гетерозиготных по резистентному аллелю особей популяции вшей в этих городах различались. У головных вшей, собранных в г. Тамбове, частота kdr-аллеля была наименьшей – 0,7265, в г. Москве – 0,8920. Максимально возможная частота резистентного аллеля (1,0) зарегистрирована в выборке вшей из г. Воронежа, что, по-видимому, обусловлено ее величиной (вши собраны с членов одной семьи из трех человек).

Результаты токсикологических экспериментов показали, что на устойчивых к перметрину вшей действуют педикулицидные средства, содержащие бензилбензоат (лосьон, спрей), фосфорорганические соединения (ФОС) — малатион и фентион, вещества растительного происхождения, диметиконы и изопропилмиристат. Полную гибель гнид наблюдали только при использовании педикулицидов на основе бензилбензоата, эфирных масел и ФОС. Из них, в соответствии с инструкцией по применению, для обработки детей разрешено использовать средства серии «Фоксилон» (бензилбензоат, 20 %), «Педикулен ультра» (анисовое масло, 6 %) «Медилис-био» (гвоздичное масло, 15 %) и «Пара-плюс» (смесь 0,5 % малатиона и 1 % перметрина). Остальные ФОС-содержащие педикулициды применяют только для лиц старше 16–18 лет в зависимости от препаративной формы средства. Для выбора правильной стратегии лечения педикулеза необходим постоянный мониторинг чувствительности вшей к применяемым инсектицидам.

Выводы.

В России резистентность вшей к перметрину широко распространена, но в разных географических точках находится на разных стадиях формирования.

В отношении устойчивых к перметрину вшей эффективны препараты с иным механизмом действия по сравнению с пиретроидами.

Однократную обработку можно проводить только педикулицидами с высоким овицидным эффектом — средствами, содержащими бензилбензоат (лосьон и спрей), ФОС или эфирные масла.

ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП ТОПИЧЕСКИМИ АНТИМИКОТИКАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

МАЛЯРЧУК Т.А., СОКОЛОВА Т.В.

Медицинский институт усовершенствования врачей ФГОБУ ВПО МГУПП, г. Москва

Цель исследования — изучить по данным многоцентрового исследования в РФ частоту и причины неэффективности лечения микозов стоп (МС) топическими антимикотиками (ТА) различных групп.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в рамках многоцентрового исследования в 2012–2013 гг. Использован авторский вариант анкеты, включающей 27 пунктов. В исследовании приняли участие 174 врача из 50 го-

родов РФ. Заполнено 5025 анкет, в том числе 995 на больных с МС. Критерии включения: больные МС, при неэффективности предыдущего лечения; МС с минимальным поражением ногтевых пластинок, когда индекс КИОТОС позволяет проводить только местную терапию [Сергеев А.Ю., 2007]. Статистическая обработка проведена с использованием критерия Стьюдента и метода корреляционного анализа (коэффициент Спирмена) при $p < 0,05$.

Собственные исследования. Ранее ТА получали 496 (49,9%) больных. Рецидивы МС зарегистрированы у 36,3% больных, лечившихся препаратами из группы азолов, 34,4% — аллиламинов, 11,8% — нафтифинов и 17,5%– препаратами из других групп. Из группы азолов больные использовали клотримазол, акридерм ГК, тридерм, кандидерм, кандид, травокорт; аллиламинов — бинафин, тербизил, термикон, фунготербин, тербинафин, ламизил; нафтифинов — экзодерил; препаратов других групп — микосептин, нитрофунгин, 5% р-р йода, батрафен, лоцерил, серную мазь.

Оценена неэффективность ТА с учетом клинической формы эпидермофитии (ЭС) и рубромикоза (РС). При лечении экссудативных форм наиболее часто неэффективность лечения ТА зарегистрирована при использовании аллиламинов: дисгидротической ЭС (45,3%) и экссудативно-дисгидротической РС (43,7%) ($p<0,05$). Предварительная противовоспалительной терапия (примочки, анилиновые красители, $KMnO_4$) не проводилась более, чем в 1/3 (37,7%) случаев. При использовании азолов эти показатели составили 26,7%, 35,2% и 34,2%; прочих препаратов – 28%, 22,5% и 28,8%; нафтифинов – 2,7%, 14,1% и 19,2% соответственно. При лечении МС с гиперкератозом наиболее часто неэффективность терапии отмечена при лечении сквамозно-гиперкератотической формы РС азолами (44,9%) ($p<0,05$) и сквамозной формы ЭС аллиламинами (36,9%) ($p<0,05$) и азолами (32,3%) ($p<0,05$). Предварительно кератолитики или ТА с ними не использовала почти половина дерматологов – 47,7%, 44,6% и 46,3% соответственно.

Вывод. Отсутствие эффекта от использования ТА (по данным анамнеза) почти у половины (49,9%) нельзя расценивать только как резистентность возбудителей МС к препаратам. Это требует экспериментального доказательства. Причины неэффективности терапии могли быть напрямую связаны с нарушением традиционного подхода к лечению МС. Эффективность терапии зависела так же от вовлечения с процесс ногтевых пластинок, наличия осложнений (микотической экземы, вторичной пиодермии, аллергического дерматита и их сочетания), от длительности курса специфической терапии ТА. Независимо от тяжести заболевания и вовлечения в процесс ногтевых пластинок она почему-то не превышала 3 нед. Только около 19,8% больных с выявленной неэффективностью предшествующей терапии проводили дезинфекцию обуви. В этих случаях, возможно, причиной рецидива заболевания могли быть члены семьи, имеющие МС.

ОСЛОЖНЕННЫЙ МИКОЗ СТОП: ТАКТИКА ЕГО ЛЕЧЕНИЯ СЕРТАКОНАЗОЛОМ

МАЛЯРЧУК Т.А., СОКОЛОВА Т.В.

Медицинский институт усовершенствования врачей ФГОБУ ВПО МГУПП, г. Москва

Цель исследования — изучить по данным многоцентрового исследования в РФ встречаемость осложненного микоза стоп (МС) и оценить эффективность его лечения типическим антимикотиком сертаконазолом (Залаином).

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в рамках многоцентрового исследования в 2012–2013 гг. В исследовании приняли участие 174 врача из 50 городов РФ. Выявлено 995 больных с МС. Статистическая обработка проведена с использованием критерия Стьюдента и метода корреляционного анализа (коэффициент Спирмена) при $p < 0,05$.

Собственные исследования. Осложнения МС зарегистрированы у 152 (15,3%) больных, при эпидермофитии стоп (ЭС) в 1,5 раза чаще, чем при рубромикозе (РС) (17,9% против 11,6%) ($p=0,05$). В структуре осложнений при МС в целом преобладала вторичная пиодермия (41,4%), треть выборки (30,9%) составляла микотическая экзема, 1/5 (20,4%) — аллергический дерматит, в единичных случаях сочетались микотическая экзема и вторичная пиодермия. Установлена корреляция между частой регистрации различных вариантов осложнений и клинической формой МС ($p<0,05$). При РС достоверно в 1,8 раза (43,8% против 25%) чаще регистрировалась микотическая экзема и в 3,8 раза чаще (14,6% против 3,8%) — ее сочетание с вторичной пиодермией. При ЭС в 2,5 раза (51% против 20,8%) преобладала вторичная пиодермия.

Динамика разрешения клинических проявлений МС достоверно зависела от наличия осложнений ($p=0,05$). При неосложненном МС уже через нед. после начала терапии было 4,5% больных с полным разрешением клинических проявлений. Через 2 нед. при отсутствии осложнений выздоровление регистрировалось в

1,9 раза чаще, чем при их наличии (25,3 % против 13,2 %). Через мес. достоверные отличия у пациентов данных групп отсутствовали (86,8 % и 97,5 %, соответственно), но при отсутствии осложнений, все же, выздоровевших пациентов зарегистрировано на 10,7 % больше.

Прослежена зависимость скорости разрешения клинических проявлений на стопах от вида осложнений. При всех видах осложнений выздоровления больных через нед. не отмечено. Значительное улучшение зарегистрировано у трети (32,3 %) пациентов с МС, осложненным аллергическим дерматитом и в единичных случаях микотической экземой (10,6 %) и вторичной пиодермией (7,9 %). Через 2 нед. выздоровление достоверно чаще наступало при наличии вторичной пиодермии (15,9 %) и аллергического дерматита (12,9 %), чем микотической экземы (6,4 %). Спустя месяц эти показатели составляли уже 89,4 % (микотическая экзема), 87,3 % (вторичная пиодермия) и 90,3 % (аллергический дерматит). Важно отметить, что при наличии осложнений микоаллергиды регистрировались в 2,5 раза чаще (69 % против 29 %). Возможно, сенсибилизация организма грибковым аллергеном несколько замедляла процесс разрешения МС.

Вывод. Сертаконазол является эффективным ТА при лечении осложненного МС. Динамика разрешения процесса при наличии осложнений значительно медленнее, чем при их отсутствии. Но через месяц клиническое выздоровление наступило практически у всех пациентов. Это свидетельствует, что продолжительность курса лечения сертаконазолом при осложненном МС должна быть не менее месяца. Этот срок определен и инструкцией по использованию препарата.

СКОТЧ-ПРОБА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЧЕСОТКИ

МАЛЯРЧУК А.П., СОКОЛОВА Т.В.

Москва, Медицинский институт усовершенствования врачей ФГОБУ ВПО МГУПП

В зарубежной литературе описывается диагностика чесотки методом скотч-проб [Katsumata K., 2005; Walter B. et al. 2011; Leung V., Miller M. 2011].

Цель исследования — оценить диагностическую значимость метода скотч-проб и сравнить его с методом дерматоскопии.

Материалы и методы исследования. Эффективность метода скотч-проб и дерматоскопии оценивалась у одних и тех же больных. Обследовано 8 больных в возрасте от 18 до 89 лет, мужчин 3, женщин 5. Типичная чесотка наблюдалась у 7 пациентов, скабиозная эритродермия — у 1. Для дерматоскопии цифровой микроскоп «Webbers digital microscope f–2cn» с увеличением 50–200 крат, цифровую фотокамеру «Canon digital ixus 960 is» с разрешением 12,1 мп. Для улучшения визуализации чесоточных ходов применен метод масляной витропрессии с минеральным маслом. Скотч-проба состояла в последовательном трехкратном интенсивном наклеивании полоски прозрачной липкой ленты размером 2,5х5 см к коже с высыпаниями, типичными для чесотки, с экспозицией 3 секунды. Скотч с кожи снимали резким движением. После чего липкую ленту наклеивали на предметное стекло и микроскопировали при увеличении х100. Диагностику осуществляли на кистях — местах типичной локализации чесоточных ходов (при их обнаружении) в дневное время суток.

Результаты собственных исследований. При выполнении 22 скотч-проб у больных с типичной чесоткой положительный результат зарегистрирован только в 2 случаях. На липкой ленте были обнаружены только опустевшие яйцевые оболочки. Методом дерматоскопии чесоточный клещ обнаружен у всех 7 больных. Существенно, что выявлено не 7 самок клещей, а 11.

Ранее методом оптической когерентной томографии нами было показано, что самка чесоточного клеща прокладывает ход в мальпигиевом слое эпидермиса. Естественно, получить содержимое глубокого хода путем отторжения покрышки хода скотчем невозможно. К скотчу прилипает только верхняя часть хода, находящаяся в процессе физиологического отторжения рогового слоя. А там содержатся исключительно опустевшие яйцевые оболочки. Учитывая суточный ритм активности чесоточного клеща, личинки прилипать к скотчу могут в вечернее время, когда они покидают ход. В поле зрения дерматоскопа были зафиксированы не только самки, проложившие ход, но и внедрившиеся в кожу и только начинающие его прокладывать.

Интересные результаты получены при обследовании больной со скабиозной эритродермией кожи. В 4-х скотч-пробах, взятых со стопы, живота, бедра и груди, число выявленных клещей на площади 10 см^2 колебалось от 2 до 6 особей. Всего обнаружено 15 клещей на разных стадиях развития: самок – 6, самцов – 3, личинок – 6 и нимф – 1. Яйца и опустевшие яйцевые оболочки отсутствовали. Клещи выявлялись не только на местах типичной локализации чесоточных ходов (стопы), но и на тех участках кожного покрова, где при типичной чесотке локализуются высыпания метаморфической части жизненного цикла (живот, бедро, грудь). При дерматоскопии на пло-

щади того же размера было обнаружено клещей в 5,6 раза больше (84 против 15), в том числе на стопе – 35, животе – 12, бедре – 22, груди – 15.

Вывод. Метод скотч-проб имеет диагностическую значимость только при чесотке с высоким паразитарным индексом — норвежская, скабиозная эритродермия, в то время как при обычном ее течении он мало информативен. В последнем случае сравнение эффективности дерматоскопии и метода скотч-проб показало значительное преимущество первого метода. Дерматоскопия является эффективным методом диагностики чесотки при любой ее форме и при этом позволяет значительно увеличить выявляемость клещей в сравнении с осмотром больного без оптических приборов, когда визуализируются только ходы.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА МИКРОФЛОРУ И РН КОЖИ ПРИ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ ЛОБКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

НУРМАТОВ У.Б.

РСНПМЦ дерматологии и венерологии МЗ РУз

Проведенные нами исследования по изучению состояния сопутствующей микрофлоры и pH кожи в очагах поражения у 84 больных трихофитией лобковой локализации показали, что развитие и клиническое течение зооантропонозной трихофитии лобковой области характеризуется как качественным, так и количественным изменением микробного пейзажа, характеризующийся появлением и увеличением количества таких микроорганизмов как Clostridium perfringens, Enterococcus, Streptococcus haemolyticus, Klebsiella. А также дисбиозом нормафлоры (Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Candida) и нарушением pH среды кожи со сдвигом в щелочную сторону. Причем эти изменения оказались в прямой зависимости от клинических форм заболевания.

В связи с этим целью наших исследований было изучение влияния терапии на коррекцию выявленных нарушений в очагах поражения у больных зооантропонозной трихофитией лобковой локализации.

Больные зооантропонозной трихофитией лобковой области в зависимости от проводимого лечения больные были разделены на две группы:

В первую группу вошли 42 больных, получавшие традиционный метод лечения, включающий системные антимикотики, антигистаминные и десенсибилизирующие препараты и наружно — анилиновые красители, противогрибковые средства

Во вторую группу вошли 42 больных, которым на фоне традиционной терапии для восстановления нарушений в иммунной системе и неспецифической защиты организма были назначены таблетки «Метилурацила» и местно — раствор «Цитеал», обладающий противомикробным действием и нормализующий pH кожи.

Критериями эффективности проводимой терапии являлись прекращение кожного зуда, жжения и регресс патологических элементов. Больной считался излеченным при полном разрешении клинических проявлений заболевания и получения 2-х отрицательных анализов на грибы.

Результаты показали, что при использовании комплексного метода у 68% больных негативация микологических тестов происходит к концу 2 недели, а к концу третьей недели она составляет 99%. Применение раствора «Цитеал», обладающего противомикробным и противогрибковым действием, способствовало восстановлению уровня pH и микробициноза кожи, которое достигало данных здоровых лиц.

Таким образом, включение в комплекс этиотропной терапии зооантропонозной трихофитией лобковой области препарата «Метилурацил» и антибактериального раствора «Цитеал» оказывает выраженный лечебный эффект в виде сокращения сроков регресса очагов поражения, с ранней микологической негативизацией и положительной динамикой иммунологических показателей с нормализацией микрофлоры и pH кожи в очагах поражения.

ГЛИКОДЕМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕМОДИКОЗА КОЖИ И ВЕК

ПУРЫШКИНА О.Д.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца (г. Киев, Украина)

Лечение демодикоза как первичного, так и вторичного (как осложнение розацеа, периорального дерматита, др.) за последние годы не изменилось. Традиционно в общем лечении применяют антибиотики (тетрациклины, др.), метронидазол. Однако, часто для достижения хорошего терапевтического эффекта бывает достаточно и наружных средств, которые применя-

ются продолжительное время. Среди современных средств для длительного наружного применения наиболее часто отдается предпочтение препаратам, содержащим метранидазол, который обладает акарицидным, бактерицидным и противовоспалительным действием (Метрагил-гель, Розамет, бальзам «Стоп-Демодекс», др.).

Цель исследования: изучить эффективность и переносимость препарата «Гликодем», крем-гель и гель, производства ООО «НЭП МГ», Россия, в комплексном лечении первичного демодикоза кожи и век.

Гликодем содержит метранидазол в концентрации 5–7 %, гликозаминогликаны, противовоспалительные и антимикробные добавки, которые оказывают мягкое бактериостатическое, тонизирующее, противоотечное действие на кожу век и лица, устраняют зуд и жжение.

В исследовании приняли участие 30 больных (22 женщины и 8 мужчин) в возрасте от 18 до 75 лет с длительностью заболевания от 1 до 20 лет.

Пациенты были распределены на две группы. В первую группу (16 пациентов) вошли больные, которые получали общее и местное стандартное лечение (доксициклин, метронидазол, мазь «Ям»). Пациенты другой, исследуемой группы (14 пациентов), дополнительно к общему лечению наружно получали крем-гель «Гликодем» на кожу лица и гель на кожу век 2 раза в день. Предварительно кожу лица и краев век обрабатывали спиртовым раствором календулы, эвкалипта, др. Длительность терапии составляла 45 дней.

Анализ терапевтической эффективности (исчезновение высыпаний, зуда, а также, отсутствие клеща при микроскопии) больных контрольной и исследуемой групп показал, что достижение клинического выздоровления наблюдалось у 12 (75 %) пациентов основной и у 12 (85 %) — исследуемой групп. У 6 пациентов (4 (25 %) основной и 2 (14,3 %) исследуемой групп) наблюдалось клиническое улучшение. При применении исследуемого препарата больными было отмечено отсутствие сухости, чувства жжения и стягивания кожи.

Таким образом, комплексное лечение с применением Гликодема в качестве наружной монотерапии способствует повышению эффективности терапии больных с первичным демодикозом.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

РАВШАНОВА Д.Т., ХУЖАМБЕРДЫЕВ О.А.

Самаркандский областной кожно-венерологический диспансер

Последнее десятилетие характеризуется значительным ростом грибковых заболеваний, в том числе микозов стоп и онихомикозов. Несмотря на большой объем накопленных данных, проблема онихомикозов остается весьма актуальной. При наличии современных антимикотических средств не во всех случаях достигается клиническое выздоровление, а зачастую после лечения остаются явления ониходистрофий.

Целью настоящего исследования являлась разработка комплексного лечения больных онихомикозами препаратами «Текназол» и «Пантогар».

Под наблюдением находилось 44 больных онихомикозом, причем у 17 пациентов была установлена проксимальная, у 27 — дистальная формы микоза.

Метод пульс-терапии Текназолом был выбран на основании: широкого спектра воздействия на известные дерматофитные и недерматофитные грибы, высокой липофильности и кератофильности препарата, длительной кумуляция в очагах поражений, возможностью сочетать прием с другими препаратами, в частности, Пантогаром.

Пульс-терапия Текназолом проводилась классическим методом, когда больные принимали по 200мг препарата 2 раза в день в течение 7 дней с 3-недельным перерывом. Больным онихомикозом кистей было проведено 2 курса, больным онихомикозом стоп – 3 курса лечения Текназолом. Соответственно указанным срокам принимался препарат «Пантогар» ежедневно по 1 капсуле 3 раза в день после еды.

Проведенное лечение позволило у большинства больных (около 90 %) получить микологическое и клиническое выздоровление при хорошей переносимости проводимого лечения и отсутствия каких-либо побочных явлений.

С целью изучения сравнительной эффективности и безопасности лечения онихомикозов нами были исследованы отдаленные результаты лечения и частоты рецидивов онихомикозов у больных, получавших пульс-терапию Текназолом. Выявленная динамика частоты рецидивов, убывающей с каждым годом, может свидетельствовать о все еще недостаточно полном по объему лечении, в ряде случаев неадекватным клиническим характеристикам.

Фактором, объясняющим определенный процент неудач системной терапии и рецидивов, зачастую является недооценка врачами клинических особенностей онихомикоза. Одной из таких особенностей является выраженный гиперкератоз, затрудняющий распределение системных и местных антимикотиков в ногтевой пластине.

Для подтверждения наличия проводника и устойчивого резервуара инфекции, т.е. полостей

в кератолитических массах и ногтевом ложе при выраженном гиперкератозе, нами использован аппарат «VideoScan», позволивший оценить состояние фронтальной стороны ногтевой пластинки.

Таким образом, нам удалось получить наглядное подтверждение существования полостей под ногтевой пластинкой на клиническом материале. Подобные полости зачастую недоступны для действия антимикотических средств. Это делает кератолитическую терапию — устранение подногтевого гиперкератоза — непременным условием излечения определенных случаев онихомикоза.

Важной особенностью настоящих исследований является использование в комплексной терапии больных онихомикозами препарата «Пантогар», направленный на восстановление и усиление роста придатков кожи (волосы, ногти), что имеет прямое отношение к векторной скорости распространения микотической инфекции.

Проводимые исследования указывают на многообразие клинических проявлений, преморбидных состояний, которые способны осложнять течение и лечение онихомикозов, что, несомненно, требует разработки методов комплексной терапии микоза.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП

СВИРИД С.Г., СОЛОГУБ Л.В.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца (г. Киев, Украина)

Микозы представляют собой группу контагиозных заболеваний кожи, обусловленную грибами. Их широкая распространенность (популяционная частота в отдельных группах достигает 30 %), разнообразие этиологических факторов и патогенетических механизмов, резистентность к традиционным методам терапии обуславливают актуальность дальнейшего изучения этой патологии.

Цель. Повышение эффективности лечения больных микозами стоп путем использования комбинированной терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 78 больных в возрасте от 16 до 35 лет, которые были разделены на 2 группы: основную и сравнения. Первую группу образовали 37 лиц, в лечении которых использовались Рибомунил и Теобон-Дитиомикоцид. Терапия пациентов группы сравнения включала в себя применение Амиксина и Миконазола-Дарница. Длительность лечения в обеих группах составляла 3 недели.

Результаты. Установлено, что у лиц основной группы отмечается высокая эффективность терапии, которая заключалась в достижении у всех больных клинической ремиссии, микробиологической санации или клинико-микробиологического выздоровления. У пяти пациентов группы сравнения констатировано состояние «без изменений».

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности назначения больным микозами стоп в качестве иммунотропного лечения препарат «Рибомунил», а местно — Теобон-Дитиомикоцида. Эти средства могут рассматриваться как альтернатива традиционным методам лечения.

КЕРАТОМИКОЗЛАРНИНГ ЛАБОРАТОРИЯ ДИАГНОСТИКАСИ

СОБИРҚУЛОВ Ш.У., МАҚСУДОВ М.Р., ЭШБОЕВ С.Э.

ЎзР ССВ РИДваВИАТМ

Юзаки замбуруғли касалликлар (кератомикозлар) юқумли бўлиб, тез тарқалади ҳамда яллиғланишсиз кечиш билан ифодаланади. Бу касаллик ойлаб, ҳатто йиллаб ҳам давом этиши мумкин. Касалликда замбуруғлар сочни зарарламайди, аммо баъзан бошнинг терисини шикастлайди.

Ранг-баранг темиратки касаллигида материал манбаи бемор терисидаги (қайси жойидан олиниши врач йўлланмасида кўрсатилиши керак) пўст ташлаб турадиган оқимтир доғлардир. Доғларнинг ҳар еридан периферияси томон скальпелда қирилиб, бир неча буюм ойнасига қирмалар (оқ тангачалар) олинади, қирмаларни иложи борича терининг зарарланган ўчоқларининг марказларидан олиш зарур. Қирма скальпелда терига нисбатан 35–45° бурчак остида — оғдирган ҳолда бир хил босимда енгилгина ҳаракат билан олиниши керак. Патологик материални олиш пайтида скальпелнинг учқур тиғини ортиқча босишга ҳожат йўқ. Олинган материал буюм ойнасининг ўртасига худди шу скальпелда жойлаштирилади, сўнгра унинг устига 20 ёки 30 % ли ўювчи калий (ёки натрий) эритмаси томизилади. Препаратлар усти зудлик билан ёпқич ойна билан ёпилади ва спиртли алангада бир оз қиздирилади.

Ранг-баранг темираткининг қўзғатувчиси калта, лекин йўғон қайрилган шаклда бўлиб, мице-

лий иплари аниқ кўринади. Тўп-тўп жойлашган юмалоқ шаклдаги қўш кўнтурли споралари бутун препаратни эгаллайди. Мицелийларининг узунлиги 8–12 мкм, эни эса 2–3 мкм.ни ташкил этади. Амалиётда узоқ ишлаган ходимларнинг тажрибаларидан маълумки ранг-баранг темираткининг қўзғатувчиси микроскопик диагностикаси унчалик мушкул эмас, одатда беморларга 80–100 % ҳолларда аниқ ташхис қўйилади. Лекин беморлар терисига ҳар хил фунгицид дорилармонлар ёки малҳамлар суртилганидан кейин замбуруғларнинг топилиши бир оз мураккаблашади ёки умуман топилмайди. Шуни унутмаслик лозимки ранг-баранг темиратки касаллиги баъзан бошқа дерматозлар билан ҳамкорликда келиши мумкин.

ОЁҚ — ПАНЖА ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ ЛАБОРАТОРИЯ ТАШХИСИ

СОБИРҚУЛОВ Ш.У., МАҚСУДОВ М.Р., ЭШБОЕВ С.Э., АСАДОВ Р.К.

ЎзР ССВ РИДваВИАТМ

Оёқ панжа эпидермофитияси (оёқ микозлари) асосий қўзғатувчиси — Trich. interdigitale. Замбуруғ оёқ териси ва тирноғини зарарлайди. Патологик материал беморни ёруғ ва шинам хонага ўтқазиб қўйилган ҳолда олинади. Бунинг учун бемор аввал ўтириб, пойабзалини ечади. Сўнгра у оёғини махсус клеёнка билан қопланган стулга қўяди. Кейин мутахассис зарарланган ўчоқларни обдан кўздан кечиради ва материал олишга киришади. Анализ учун материални дастлаб товон гумбази терисидан олган маъқул. Скальпелда товон гумбази ва бутун оёқ териси сатҳи яхшилаб қириб ташланади. Шундан кейинги қирмалар эса текшириш учун олинади. Кўпинча беморларнинг бармоқлар ораси бурмалари оқимтир бўлиб, нам ҳолатда пилчиллаб туради. Микроскопик диагностикани енгиллаштириш учун ушбу жойлардаги биринчи қирма материаллари текширишга олинмайди. Чунки бу қирма маҳсулоти таркибида иккиламчи артофактлар (тангачалар, қора қўтирлар, йиринг ва қон элементлари, пайпоқ ва пайтава толалари) кўп бўлади.

Олинган патологик материал буюм ойнасининг юзасига бир хил қилиб жойлаштирилади ва унинг устига одатдагидек 20–30 % калий тузи томизилади. Қоплагич ойна билан ёпилгач, спиртли алангада бир оз қиздирилади. Микроскопияда узун шохланган септали мицелийлар кўринади. Мицелий танаси бўйлаб бир ёки бир неча юмалоқ шаклли алейрийлар жойлашади. Сабуро озиқ муҳитида замбуруғлар колониялари оқ момиқсимон дўмбоқча кўринишида ўсади, ўсиши тез. Колониялар периферияда бир хил тарқалади. Маркази гумбазсимон, бурмали бўлади. Замбуруғ колониялари ўта полиморф ҳисобланиб, бир неча вариантлари мавжуд (момиқсимон, гипссимон, баҳмалсимон). Колониялар ранги оқ ёки оқ-сариқ бўлиб, Петри ликопчасининг орқа томонидан жигар ранг кўринади.

Микроскопияда шохланмаган мицелий, ноксимон шаклли микроконидийлар кўринади. Макроконидийлар қалам шаклида, 3–4 ҳужайрали, етилган ва оралиқ хламидоспоралар тутади. Қари культураларда мицелий артроспор типли сигментларга бўлинади.

ВОЗБУДИТЕЛИ МИКОЗОВ СТОП У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

ТОНКОНОГОВА Н.В., АКЫШБАЕВА К.С., ДЖУСУПГАЛИЕВА М.Х.

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт
Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

Обследовано 123 больных различными сосудистыми патологиями нижних конечностей, из них у 85 (69,9±4,1 %) лабораторно выявлены возбудители микозов стоп. Этиологический спектр возбудителей достаточно широк: Tr.rubrum, Tr.interdigitale, Tr.mentagrophytes var. interdigitale, дрожжеподобные грибы рода Candida (C.albicans), грибы рода Aspergillus. Наиболее частыми агентами являлись Tr.rubrum (57,7±4,4 %) и C.albicans (44,0±4,5 %), в основном выделенные в ассоциациях (35,8±4,3 % и 34,1±4,3 % соответственно). Частота выделения Tr.interdigitale составила лишь 4,1±2,1 %, Tr.mentagrophytes var. interdigitale – 3,3±1,6 %. В 10,6±2,8 % случаях были выделены грибы рода Aspergillus, что указывает на их значимую роль в этиопатогенезе заболевания. Из 71 больного микозами стоп, обусловленных Tr.rubrum, только у 27 (38,0±5,8 %) установлена моно-инфекция, в 62,0±5,8 % наблюдалось смешанное инфицирование. Из них

в 36 (51,0±6,0%) случаях регистрировалась ассоциация Tr.rubrum с C.albicans, в 8 (11,3±3,7%) с грибами рода Aspergillus. Показана высокая частота смешанной кандидозной инфекции — в 42 (77,0±5,6%) из 54 случаев. В большинстве случаев ассоциантами C.albicans являлись дерматофиты: Tr.rubrum (61,1±6,6%), Tr.interdigitale (7,4±3,6%), Tr.mentagrophytes var.interdigitale (3,7±2,6%). В 5,6±3,1% случаях наряду с дрожжеподобными грибами рода Candida были выделены плесневые грибы рода Aspergillus.

Таким образом, у больных сосудистыми патологиями нижних конечностей констатирован высокий удельный вес микозов стоп (69,9±4,1%), расширение этиологического спектра возбудителей, включающего кроме традиционных дерматофитов, условно-патогенные грибы рода Candida и грибы рода Aspergillus.

ЭФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ВЕРРУКАЦИД» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК

ТОШПУЛАТОВ Б.Х., ПАКИРДИНОВ А.Б., БОТИРОВ К.З.

Андижанский Государственный медицинский институт; Кафедра дерматовенерологии

Цель: Оценить клиническую эффективность и безопасность препарата «Веррукацид» у больных вирусными бородавками.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 30 больных вирусными бородавками (обычные бородавки отмечены у 21 больных, папилломы — у 6, остроконечные кондиломы — у 3). Из них 21 были женщины и 9 — мужчины. Средний возраст больных составил 28,5 лет. Все больные получали лечение препаратом «Веррукацид» (состав препарата: активные вещества — фенол, метакрезол; вспомогательные вещества — спирт этиловый, вода очищенная). Препарат смазывали 1 раз в день в течение 3-х дней. Затем больные после 3-х дневного перерыва смазывали препарат «Веррукацид» 1 раз в день в течение 3-х дней. Перед проведением лечения больные были осмотрены терапевтом, гинекологом и урологом. Проведены необходимые лабораторные исследования (общие анализы крови, мочи и биохимическое исследование крови).

Оценивались: переносимость препарата, эффективность проведенного лечения.

Результаты: У 1 больного (3,3%) отмечались побочные явления, которые проявлялись местные реакции покраснения, незначительно выраженной боли. Данная симптоматика исчезла после окончания лечения.

В процессе наблюдения через 1 месяц у 15 пациентов (50%) полностью исчезли клинические проявления. У 10 пациентов (33,3%) наблюдались явления регресса кондилом (уменьшение в размере). У 1 (3,3%) отсутствовала динамика клинической картины. Через 3 месяца у 20 пациентов (66,6%) отмечено выздоровление, а у остальных — 10 пациентов (33,3%) отмечался регресс высыпаний.

Через 6 месяцев наблюдения у 27 пациентов (90%) полностью исчезла клиническая картина вирусных бородавок.

У 2 пациентов (6,6%) отмечался дальнейший регресс высыпаний, а еще у 1-го (3,3%) — рецидив высыпаний.

В контрольных исследованиях методом ПЦР у 27 пациентов (90%) получен отрицательный результат. У 1-го больного с клиническим рецидивом, лабораторное обследование дало положительный результат и еще у 1-го больного без клинических проявлений тоже получен положительный результат.

Вывод: препарат «Веррукацид» является эффективным препаратом для лечения больных вирусными бородавками, о чем свидетельствует отсутствие клинических проявлений. В подавляющем большинстве (90%) Веррукацид хорошо переносится больными.

КОМПЛЕКСНАЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ

УБАЙДУЛЛАЕВ З.Х., УБАЙДУЛЛАЕВ А.А.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Ранее нами установлено, что развитие разноцветного лишая происходит на фоне иммунологических нарушений в организме, что способно отображаться в развитии эндогенной интоксикации. В этой связи для восстановления иммунологических нарушений в комплексную терапию больных разноцветным лишаем целесообразно включить препарат «Глутоксим», способный оказывать иммуномодулирующее действие.

В зависимости от проводимой терапии 120 больных разноцветным лишаем были подразделены на две, сопоставимые по полу, возрасту, давности и клиническим формам группы: I группа (получала традиционное лечение) – 60 больных, которые принимали системный антимикотический препарат (итраконазол) по 100мг/сут в течение 14 дней и II группа (60 пациентов), которым, наряду с традиционной терапией, дополнительно назначали иммуномодулирующий препарат «Глутоксим».

Препарат «Глутоксим» назначали в виде 1% раствора по 2 мл внутримышечно через день. На курс лечения больные получали 5 инъекций указанного препарата.

Наблюдения показали, что у 1 группы больных отмечалось исчезновение субъективных ощущений в среднем на 7,12±0,57 день с момента начала лечения, в то время как у больных второй группы этот показатель составлял 4,15±0,71 дней ($p>0,05$), что указывает на более быстрое исчезновение субъективных ощущений у пациентов, принимавших Глутоксим.

Разрешение и исчезновение клинических проявлений разноцветного лишая (гипо- и гиперпигментных пятен, эритематозно-сквамозных и псевдопапулезных элементов) отмечалось у больных I группы в среднем на 10,2±0,73 день, а у больных II группы — на 7,2±0,11 день, что является доказательством более высокой терапевтической эффективности методики лечения, применяемой у пациентов II группы.

Полученные данные свидетельствуют о том, что включение в комплексную терапию больных разноцветным лишаем в качестве иммуномодулирующего средства препарат «Глутоксим» способствует более раннему разрешению патологических высыпаний как при классической, так и при атипичных формах разноцветного лишая, а также исчезновению субъективных ощущений. Проведенное лечение позволило получить клиническое и микологическое выздоровление у больных I группы в 78,3% случаев, во II группе — в 96,7%, что подтверждает целесообразность применения препарата «Глутоксим».

Таким образом, разработанный нами комплексный метод лечения больных разноцветным лишаем оказывает положительный терапевтический эффект и может быть рекомендован для лечения больных с данной патологией.

ИММУНО-ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ

УБАЙДУЛЛАЕВ З.Х.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Одним из приоритетных направлений в изучении патогенетических механизмов разноцветного лишая является исследование иммунного статуса, включая и его цитокиновую систему, предопределяющую течение грибковой инфекции и развитие торпидности к проводимому лечению.

Под нашим наблюдением находилось 120 больных (мужчин–80, женщин–40) в возрасте от 18 до 47 лет. Давность заболевания составляла от 10 дней до 10 лет, в том числе до 1 года — у 64 (53,3%) больных, от 1 до 5 лет — у 20 (16,7%) и свыше 5 лет — у 36 (30%) больных. При обследовании у всех 120 больных диагноз разноцветного лишая подтвержден выявлением Malassezia furfur с очагов поражений. Все больные в зависимости от характера высыпаний были подразделены на 2 группы: I группа – 71 (59,2%) больных с наличием распространенных высыпаний микоза (классическая форма); II группа – 49 (40,8%) больных с наличием атипичных форм разноцветного лишая. Из 49 больных с атипичными формами разноцветного лишая выделены: псевдопапулезная форма — у 5 (10,2%), уртикароподобная — у 3 (6,1%), фолликулярная — у 3 (6,1%), себорейная — у 26 (53,1%), стертая у — 5 (10,2%), эритразмоподобная — у 2 (4,1%), лихеноидная — у 3 (6,1%), эритематозно-сквамозная — у 2 (4,1%) больных.

Исследование иммунного статуса у 64 больных разноцветным лишаем показало, что до на-

чала лечения у них наблюдается достоверное снижение количества СД4-клеток, уровня IgA и повышение содержания СД8-клеток, СД19-клеток и IgG (p<0,05). Наряду с этим, отмечалось снижение ИРИ в 2,6 раза и более 2-кратное увеличение ЦИК по сравнению с контрольной группой. Причем данное снижение в двух группах было неоднородным и составляло 23,2% при типичной и 44,9% при атипичных формах.

У больных с классической формой разноцветного лишая отмечалось повышение уровня СД8-клеток на 28,8% при атипичных формах микоза на 36,3% по сравнению с данными контрольной группы. При исследовании состояния гуморального звена иммунитета было выявлено, что у обследованных групп больных разноцветным лишаем отмечалось достоверное повышение количества СД19-клеток, уровня IgG и снижение концентрации IgA (p<0,05). Наряду с этим, отмечалось более двухкратное увеличение содержания ЦИК. Исследование отдельных провоспалительных (ФНО-альфа) и противовоспалительных (ИЛ–4) цитокинов у 32 больных, выявило достоверное снижение указанных цитокинов, более выраженное при атипичных формах разноцветного лишая (p<0,001).

Таким образом, у больных разноцветным лишаем наблюдается нарушение в системе иммунитета, которое выражается снижением активности клеточного, усилением гуморального звена иммунной системы. Выявленные нарушения в иммунной системе были более выражены у больных с атипичными формами разноцветного лишая.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ

УБАЙДУЛЛАЕВ З.Х., УБАЙДУЛЛАЕВ А.А.

РСНПМЦДиВ МЗ РУз

Известно, что эндогенная интоксикация может развиваться при нарушениях иммунной системы, причем она способна влиять на течение основного заболевания и развитие определенной торпидности в отношении проводимой терапии (Малахова М.Я., 1995; Шабашова Н.В., 2002; Михайленко А.А. и соавт., 2004). В этой связи представлял определенный интерес изучение основных показателей эндогенной интоксикации у больных разноцветным лишаем.

Исследования проведены у 120 больных разноцветным лишаем. Анализ полученных результатов показал, что в общей группе больных показатель ССЭ был повышен по сравнению с данными контрольной группы и составил 43,31±2,15% и 29,6±1,69% соответственно (p<0,05). Аналогичная ситуация отмечалась и по показателю СМП: 0,993±0,003 ед.экст. и 0,215±0,03 ед.экст. соответственно (p<0,05). Таким образом, был установлен факт наличия эндогенной интоксикации у больных разноцветным лишаем. Характер иммунологических нарушений при различных клинических формах разноцветного лишая предусматривает и неоднородность показателей эндогенной интоксикации при данном заболевании. Так, при классической форме разноцветного лишая показатели ССЭ (35,2±3,05%) и СМП (0,452±0,001 ед.экст.) были достоверно повышены только по показателю ССЭ (p<0,05). Уже при атипичных формах разноцветного лишая не только показатель ССЭ (51,13+2,85% против 29,6±1,69% в контроле при p<0,001), но и показатель СМП (1,412±0,003 ед.экст. против 0,215±0,003 ед.экст. в контроле при p<0,05) отличался достоверно.

Результаты изучения эндогенной интоксикации у больных разноцветным лишаем в зависимости от давности заболевания показало, что если при давности грибковой инфекции до 1 года показатели ССЭ и СМП достоверно не отличались от аналогичных показателей контрольной группы, то в группе больных с давностью заболевания более 5 лет все показатели уже имели достоверные изменения в сторону своего повышения, составляя ССЭ 47,2±2,05% против 29,6±1,69% в контрольной группе (p<0,05) и показатель СМП 1,245±0,001 ед.экст. против 0,215±0,03ед.экст. в контроле (p<0,01).

Полученные данные указывают на то, что с увеличением длительности существования грибкового поражения кожи нарастает степень выраженности эндогенной интоксикации, что должно учитываться при выборе лекарственных средств.

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о том, что у больных разноцветным лишаем, отмечаются как иммунологические нарушения, так и развиваются признаки эндогенной интоксикации. Наиболее выраженные нарушения иммунного статуса и эндогенной интоксикации наблюдаются у больных с атипичными формами разноцветного лишая, зависящие от давности существования патологического процесса.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ МЕДИФОКСОМ

УСТОБАЕВА Т.Т., АБДИЕВА Д.Х., МАЛЯРЧУК А.П.

Душанбе, ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Москва, МИУВ МГУПП

Препарат на основе перметрина «Медифокс» лидирует при лечении чесотки у детей (с года), беременных, при наличии осложнений (дерматит и вторичная пиодермия) и в условиях жаркого климата.

Цель исследования — сравнительный анализ эффективности лечения чесотки Медифоксом 0,4 % и 0,8 % концентрации с учетом клинической формы заболевания.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на базе ГКБ № 1 г.Душанбе в 2011–2012 гг. Медифоксом пролечено 194 больных чесоткой: опытная группа (ОГ) (0,8 % концентрация) – 102 больных, контрольная (КГ) (0,4 %) – 92. Распределение больных по полу и возрасту в КГ и ОГ было репрезентативным. Втирание свежеприготовленной эмульсии проводили в вечернее время в 1 и 4 дни курса. Оценку эффективности лечения осуществляли через 5 дней (в конце курса терапии) и через 2 недели (срок диспансерного наблюдения). Диагноз «Чесотка» подтверждали лабораторно методом соскоба эпидермиса с применением 40 % молочной кислоты и методом дерматоскопии.

Результаты собственных исследований. В КГ и ОГ преобладали пациенты с типичной чесоткой без осложнений (35,9 % и 41,2 %, p>0,05) и чесоткой со скабиозной лимфоплазией (21,7 % и 27,5 %, p>0,05). Пятую часть выборки составляли больные типичной чесоткой, осложненной вторичной пиодермией, при наличии СЛК (20,6 % и ОГ 21,5 %, p>0,05). Реже регистрировалась чесотка, осложненная аллергическим дерматитом (10,9 % и 9,8 %, p>0,05)), но всегда в сочетании с вторичной пиодермией и СЛК. Распределение больных с учетом клинической формы чесотки в КГ и ОГ было так же репрезентативным.

Анализ эффективности лечения чесотки в целом по выборке показал, что выздоровление при лечении 0,8 % эмульсией «Медифокса» в сравнении с 0,4 % достигнуто у большего числа больных– на 17,4 % (94,6 % против 77,2 %, p>0,05).

В то же время, интересные данные получены при анализе эффективности обоих концентраций Медифокса с учетом клинической формы чесотки. При типичной чесотке без СЛК выздоровление при использовании 0,8 % Медифокса достигнуто достоверно в 1,3 раза чаще, чем при 0,4 % (95,2 % против 75,7 %) (p<0,05). Реинвазия наблюдалась у 1 (2,4 %) больного ОГ и 2 (6,1 %) в КГ. Источниками реинвазии служили инфицированные чесоткой члены семьи, отсутствовавшие в очагах в период лечения больных и профилактической обработки контактных лиц.

В тоже время различий в эффективности лечения больных типичной чесоткой в сочетании со СЛК 0,4 % и 0,8 % Медифоксом не выявлено. Выздоровление 83,3 % (КГ) и 96,4 % (ОГ) больных свидетельствует об эффективности обеих концентраций (p>0,05). Однако исчезновение типичных проявлений чесотки на 5 день после начала терапии при использовании 0,8 % концентрации Медифокса наступило у большего числа больных (на 13,1 %). Зуд, сопровождающий СЛК, являлся причиной появления свежих расчесов и мелких папул, что нередко врачи расценивают как персистирование типичной чесотки.

При лечении больных типичной чесоткой, осложненной поверхностной пиодермией в сочетании со СЛК установлено, что при использовании 0,8 % концентрации Медифокса на 5 день выздоровело больных в 1,3 раза больше, чем при использовании 0,4 % концентрации (90,9 % против 68,4 %, p<0,05). Вторичная пиодермия зачастую приурочена к чесоточным ходам и сопровождается образованием корок, ограничивающих доступ препарата к возбудителю. При наличии пиодермии зуд менее интенсивный. Экспериментально доказано, что в ходах с пустулами, клещи отсутствуют (Соколова Т.В., 1989). Следовательно, продукция аллергенов резко уменьшается, снижается интенсивность зуда и в области СЛК, которая по сути дела является маркером иммуноаллергического процесса в организме больного.

Чесотка, осложненная аллергическим дерматитом, вторичной пиодермией в сочетании со СЛК наблюдалась у 20 больных (по 10 в КГ и ОГ). Скорость разрешения типичных проявлений чесотки не зависела от концентрации препарата (p>0,05), т.к. в врачу было сложно отличить специфический процесс от неспецифического. Процент выздоровления в КГ был 80 %, в опытной – 90 %, т.е. на 10 % выше.

Заключение. Дифференцированный подход к оценке разрешения типичных проявлений чесотки показал, что 0,8 % концентрация Медифокса в 1,3 раза эффективнее при лечении больных с типичной чесоткой без осложнений и СЛК, а так же при типичной чесотке, осложненной вторичной пиодермией в сочетании со СЛК. Эти больные составляли 2/3 (116 человек) выборки. В то же время увеличение показателя эффективности лечения чесотки с повышением концентрации Медифокса в 2 раза свидетельствует об отсутствии резистентности у чесоточного клеща к этому скабиоциду.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ДИНАМИКУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕСОТКОЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

УСТОБАЕВА Т.Т., АБДИЕВА Д.Х., МАЛЯРЧУК А.П.

Душанбе, ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Москва, МИУВ МГУПП

Чесотка — одно из социально-значимых заболеваний. В связи с этим актуален многолетний анализ динамики заболеваемости в Республике Таджикистан (РТ).

Материалы и методы исследования. Проведено изучение интенсивных показателей (ИП) заболеваемости чесоткой в РТ за 20-летний период (1990–2011 гг.). Для решения этой задачи использованы данные годовых отчетов РКВД.

Результаты собственных исследований. В 2011 г. по сравнению с 1990 г. заболеваемость чесоткой снизилась в 3,8 раза (62,5 против 17,6). При этом в динамике заболеваемости чесоткой отчетливо выделяются 5 периодов. I (1990–1996) — медленный рост заболеваемости от 62,5 (1990) до 122,5–119,1 (1995–1996) или в 2–1,9 раза. II (1997) — максимального роста ИП до 463,6. За год заболеваемость возросла в 3,9 раза (463,6 против 119,1). III (1998) — резкое снижение уровня заболеваемости. ИП за год снизился в 3,6 раза (129,2 против 463,6). IV (1999–2003) — медленное снижение ИП со 100,9 до 42,0 или в 2,4 раза. V (2004–2011) — стабилизация заболеваемости, когда отмечено медленное, статистически не значимое из года в год снижение ИП заболеваемости от 29,1 (2004) до 17,6 (2011), всего в 1,6 раза.

Достоверность выделения 5 периодов в динамике заболеваемости чесоткой в РТ подтверждает анализ темпов роста и снижения ИП. В I период (1990–1996) темп роста колебался от 1,4 % до 39 %, составляя в среднем 20,9 %. Зарегистрированы годы с небольшим темпом снижения от 2,9 % до 6,1 % заболеваемости, в среднем 4,5 %. Это не повлияло на общую закономерность динамики процесса в данный период. Во II период (1996) темп роста составил 389,3 %, а в III период (1997) — темп снижения достиг 358,8 %. IV период (1993–2000) характеризовался темпами снижения в пределах 28 % (1999) – 62,5 % (2000) и составлял в среднем 36,5 %. На протяжении V периода (2004–2011) темпы незначительного снижения ИП (6 лет) преобладали над темпами незначительно его роста (2 года). Темпы снижения находились в пределах от 2,9 % (2009) до 18,9 % (2011), составляя в среднем 9,6 %, а темпы роста – 7,8 % (2004) –16,4 % (2009), в среднем 12,1 %.

Заключение. Выявленную динамику заболеваемости чесоткой можно объяснить политическими событиями, происходившими в стране. Распад СССР и образование СНГ явились основой сложных социально-экономических преобразований, отягощенных гражданской войной в РТ (1991–1997 гг.). Возник коллапс системы здравоохранения, обусловленный дефицитом и недостаточной квалификацией медицинских кадров. В стране не хватало медикаментов, медицинского оборудования, дезинфекционных камер и т.д. Слабо взаимодействовали различные звенья медицинской службы — лечебное, противоэпидемическое, санитарно-гигиеническое, фармацевтическое и др. Произошло перераспределение потоков больных с учетом боевых действий и акцентом на военный травматизм. В связи с этим отсутствовал надлежащий эпидемиологический надзор за больными с инфекционными и паразитарными заболеваниями. Ухудшению эпидемиологической обстановки в стране способствовала внутренняя и внешняя миграция населения. Резкий подъем заболеваемости чесоткой в 1997 г. можно связать с возвращением на родину беженцев, покинувших страну в период гражданской войны и находившихся на территориях ближнего и дальнего зарубежья. При этом большинство населения проживало скученно в неблагоприятных жилищных условиях, частично были разрушены коммуникации, существовал дефицит средств гигиены.

МИКОЗ СТОП И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ

ФЕДОРЕНКО А.Е, ГОЛОВЧЕНКО Д.Я., СОЛОГУБ Л.В.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца (г. Киев, Украина).

Целью работы являлось повышение эффективности лечения больных микозами стоп на основании изучения состояния периферического кровообращения, определение его роли в развитии фунгальной инфекции и применение терапевтических средств коррекции установленных нарушений.

Материалы и методы. Было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 94 больных микозами стоп. Группу контроля составили 15 здоровых лиц. Состояние периферического кровообращения исследовали у 74 пациентов.

Полученные результаты. Оказалось, что у пациентов с гиперкератотической формой микозов стоп происходит уменьшение значений показателей состояния дистальной васкуляризации во всех участках обследования. В частности, Vps в a. iliaca externa уменьшалась до 103,7±6,4 см/с (у здоровых лиц –132,4±5,8 см /с;); в a. femoralis — до 71,8±3,5 см/с (у здоровых лиц — 94,1±4,3 см/с;); в a. poplitea — до 30,6±4,4 см/с (у здоровых лиц — 62,9±3,8 см/с;); в a. tibialis posterior — до 33,5±3,6 см/с (у здоровых лиц — 59,7±4,2 см/с;); в a. tibialis anterior — до 31,1±2,9 см/с (у здоровых лиц — 57,4±3,5 см/с;).

У больных с эксудативной формой микозов стоп установлена сегментарность нарушений периферического кровообращения. Так, Vps и Ved в a. iliaca externa и в a. femoralis оставались в диапазоне физиологических колебаний. Значение первого показателя представляли, соответственно, 129,8±7,2 см/с (у здоровых лиц — 132,4±5,8 см/с;) и 95,0±5,1 см/с (у здоровых лиц — 94,1±4,3 см/с;); второго — 35,6±2,1 см/с (у здоровых лиц — 36,2±1,8 см/с;); 24,9±1,7см/с (у здоровых лиц — 25,8±1,6 см/с;). PI и RI в этих звеньях дистальной васкуляризации также не оставляли границ физиологических колебаний. Итак, установлено, что характер нарушений состояния периферического кровообращения определяет клинический ход микозов стоп. Тотальность его угнетения (в a.iliaca externa, a. femoralis, a. poplitea, a. tibialis posterior и a. tibialis anterior) приводит к развитию хронических воспалительных явлений в виде гиперкератотической формы патологического процесса.

Поэтому применение лишь системных антимикотиков не разрешает достичь клинического излечения и микробиологической санации больных микозами стоп. Это связано с тем, что имеющиеся в большинстве таких пациентов нарушения магистрального кровообращения и микроциркуляции не дают возможности накопить необходимую концентрацию антифунгального средства в коже и ногтевых пластинках. Назначение только одного Орунгала и внешних антифунгальных средств обеспечивает клинико-микробиологическое выздоровление только у половины больных. Кроме того, у 11% лиц развиваются рецидивы, а у 28% — реинфекция, которая ставит под сомнение целесообразность применения подобной тактики терапевтического вмешательства.

Применение комплексного (Орунгал, Агапурина ретард и средств местного влияния) метода терапии больных на микозы стоп приводит к выразительному вазомодулирующему эффекту: возможного роста Vps, Ved, PI и RI во всех участках исследования при гиперкератотической форме патологического процесса, сохранение физиологических значений этих показателей в a.iliaca externa и a. femoralis и повышение их уровня в контрольных результатах в a. poplitea, a. tibialis posterior, a. tibialis anterior при экссудативном ходе инфекции и наличия алергидов.

Вывод. Эффективность применения предложенного комплексного метода терапии больных микозами стоп значительно превышает степень адекватности назначения лишь при комбинированной антифунгальной терапии, поскольку, обеспечивает клинико-микробиологическое выздоровление у 80% пациентов, возникновение рецидивов, только, в 4%, а реинфекции — в 7,0%.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ХУДУДИДАГИ МОХОВ (ЛЕПРА) КАСАЛЛИГИНИНГ ЭСКИ ВА ЯНГИ ЎЧОҚЛАРИНИНГ ТАХЛИЛИ

ЭШБОЕВ Э.Х., ЭШБОЕВ С.Э., ЁҚУБОВА М.А.

ЎзР ССВ РИДваВИАТМ

Хоразм вилоятида дастлабки беморлар (расмий хужжатларда) 1931 йилдан аниқланган ва улар сони 1931–34 йиллар давомида 3 тага етган. Беморларнинг бири –20, иккинчиси –26 ва учинчиси 40 ёшда бўлган, уччаласининг миллати уч хил бўлиб, яъни ўзбек, қозоқ ва қорақалпоқдир. Беморларнинг иккитаси Манғит, биттаси Шовот туманидан аниқланган. Кейинги беш йилликда (1935–39 й.й.) махсус мутахассислардан иборат экспедиция вилоят аҳолисининг бир қисмини тиббий кўрикдан ўтказа бошла-ган ва бир пайтда жойларда кадрлар тайёрланган. Бу ташкилий ишлар нати-жасида яна 29 та янги беморлар қайд қилинган. Асосий беморлар Урганч шаҳри, Урганч тумани ва яна Манғит ҳамда Шовот туманларидан (65,5%) аниқланган. Эндиликда янги беморлар Гурлан ва Қўшкўпир туманларидан (5та) ҳам аниқлана бошлади. Уруш йиллари (1941–45 й.й.) ва урушдан кейинги (1945–49 й.й.) ўз-ўзидан маълумки ташкилий ишлар бироз сусайган, маҳаллий шифокорлар ва экспедиция ходимлари иштирокида 16 та янги беморлар аниқланган ҳолос. Вилоятда 1930 йилдан то 2009 йилгача жами аниқ-ланган беморларнинг сони 130 та бўлиб, уларнинг 88 тасини (67,7%) – эркаклар, 42 тасини (32,3%) эса–аёллар ташкил қилди, икки жинснинг нисбати 2,1:1,0 дан иборат бўлди. Тахлиллардан маълум бўлдики, ҳар учта бемордан биттасининг (46 та 35,4%) ёши 21–30 ёшга, ҳар бештадан биттасиники эса (26 та 20,0%) ёши 15–20 га тўғри келади. Умуман олганда беморларнинг ярмидан кўпи (90 та 62,9%) 15–40 ёшдаги новқирон инсонлардир. Болалар орасида касаллик 6,9% ни ташкил қилди, 61 ва ундан ошган кекса ёшдагилар эса 5,4% дан иборат бўлди. Хуллас жами касалланганларнинг ўртача ёши 30,6±1,3 эканлиги аниқланди. Энг ёш бемор 8 ёшда, аксинча кексаси эса 65 ёшда бўлган.

Шундай қилиб, бизнинг олиб борган изланишларимиздан маълум бўлдики, Хоразм вилоятининг айрим худудларида мохов касаллигининг эндемик ўчоқлари мавжуд бўлган, бу худудларга Урганч шаҳри, Урганч тумани (33,9%), Манғит (17,3%), Гурлан (13,4%), Янгибозор (5,5%), Хонқа (5,5%) ва Шовот (11,1%) туманлари киради. Қолган туманларда эса касаллик спорадик ҳолатда қайд қилинган, холос.

МИКОЛОГИК ЛАБОРАТОРИЯ ВА УНДА ИШЛАШ ТАРТИБИ.

ЭШБОЕВ Э.Х., СОБИРҚУЛОВ Ш.У., ЭШБОЕВ С.Э.

ЎзР ССВ РИДваВИАТМ

Баъзи тери касалликлари замбуруғли касалликларга шунчалик ўхшаб кетадики, уларни лаборатория текширувини ўтказмасдан туриб тўғри ва ишонарли ташхис қўйиш анча мушкул бўлиб қолади. Демак, лаборатория текширувлари фақатгина клиник муаммоларни ҳал қилмасдан, балки эпидемиологик, профилактик каби тадқиқот ишларини олдиндан ҳал қилишда муҳим аҳамиятга эга.

Лаборатория текшириш усуллари юқумли касалликларни эрта аниқлаш, уларнинг шаклларини фарқлай олиш билан бирга даволовчи шифокор қўйган ташхисни тасдиқловчи аниқ далилларни ҳам бера олади. Лаборатория текширувлари учун биологик ашё олиш патологик жараённинг жойлашиши, касаллик патогенезининг ўзига хослиги ва қўзғатувчининг биологик хусусиятларига ҳам боғлиқ. Микологик текширувлар учун биологик ашёни шунга жавобгар бўлган тиббиёт ходими олиши зарур. Ашё олишни бемор ёки кичик тиббиёт ходимига ишониб қўйиш ярамайди. Патологик материал даволовчи шифокор ёки махсус ўргатилган лаборатория ходими томонидан олинади. Агар ашё лабораториядан ташқарида олинса, у ҳолда материал қисқа фурсатлар ичида текширув хонасига етказиб келиниши шарт. Юқумли ашё эҳтиётлик билан махсус бикслар, чемодонлар ёки ташиш учун мўлжалланган ёпиқ идишларда олиб келиниши керак. Ашё экилган Петри косачалари алоҳида идишда ҳарорати паст бўлган ҳолда ташилиши лозим.

Агарда, патологик ашё лаборатория бўлимидан ташқаридаги бинодан олиб келинадиган бўлса (бошқа касалхоналардан), бундай вазиятларда махсус йўлланма билан келтирилади. Ҳар доим лабораторияда текшириш учун йўлланган патологик материал йўлланмасида унинг олинган вақти, беморнинг фамилияси, исми ва шарифи, туғилган йили ҳамда бирламчи ташхиси кўрсатилиши керак. Лабораторияга келтирилган патологик мате-

риал тўғрисидаги барча маълумотлар махсус журналга қайд қилинади. Борди-ю, ашё олишда ёки унга бириктирилган йўлланмада хатоликларга йўл қўйилган бўлса, бу махсус журналда кўрсатилади.

Ҳар қандай лабораториядаги каби микологик лабораториядаги изланиш ишларини олиб бориш учун маълум жиҳатдан умумий қоидалар ҳамда махсус асбоб-анжомлар, реактивлар ва озиқ муҳитлар талаб қилинади.

БУХОРО ВА НАВОИЙ ВИЛОЯТИЛАРИДА АНИҚЛАНГАН МОХОВ КАСАЛЛИГИ ЎЧОҚЛАРИНИНГ БАЁНИ

ЭШБОЕВ Э.Х., ЭШБОЕВ С.Э.

ЎзР ССВ РИДваВИАТМ

Аввалдан моховлар ҳақида гап кетганида кўпинча уларнинг бўйинларига қўнғироқлар осиб қўйишган ва бу овозни эшитган соғлом одамлар узоқ жойда туриб улардан четлаб ўтишга ҳаракат қилганликлари тўғрисида ҳар хил афсонавий фикрлар юрган.Лекин бу гаплар энг қадимги, кўхна ва гўзал шаҳар Бухоро ва шу билан биргаликда Навоий вилоятларининг шаҳар ва районлари учун нақадар тўғрилигини биз амалда исботлашга ҳаракат қилдик.

Дарҳақиқат Бухоро ва Навоий вилоятининг ҳудудларидан 1926 йилдан то 2013 йилгача бўлган давр мобайнида бор-йўғи 6 та бемор топилган холос.

Аниқланган жами 6 та беморларнинг 4 таси Қозоғистонинг Қизилўрда вилоятидан яна 2 таси эса Қорақалпоғистон Республикасидан экан. Кейинги текширишларимиз кўрсатдики ушбу моховга чалинган беморларнинг 4 тасининг (66,6 %) оиласида (уйида) илгаридан моховга чалинганлар (отаси,онаси, акаси) бўлган. Демак улар эндемик ўчоқлардан келиб қолишган, тўғрироғи қочиб келишган. Уларнинг барчаси Ўзбекистон ҳудудидаги лепрозорияларда узоқ вақт изоляция қилинган, натижада касалликнинг тарқалиши чекланган. Маиший контактларининг асосий қисми эса асл ватанларида қолиб кетишган.

Шундай қилиб ўтказилган ҳам амалий ҳам таҳлилий ретроспектив изланишлардан маълум бўлдики ҳозирги Бухоро ва Навоий вилоятлари ҳудудларида мохов касаллигининг асл эндемик ўчоқлари бўлмаган: аҳолининг сунъий миграцияси туфайли келиб қолган беморлар эпидемиологик жиҳатдан ҳеч қандай хавфли вазиятни юза келтирмаган.