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

№ 2 / 2017 (34)

ТАШКЕНТ. 2017

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
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 00.08.2017. Формат 60 × 84 1/8. Печать офсетная.
Усл. п.л. 00. Тираж 500. Заказ № 0000.

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

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

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГЛАРИНИНГ VII СЪЕЗДА МАТЕРИАЛЛАРИ

Илмий ишлар тўплами

МАТЕРИАЛЫ VII СЪЕЗДА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Тезисы научных работ

Тошкент ш.
7–8 сентябрь 2017 й.

г. Ташкент
7–8 сентября 2017 г.

Таҳририят кенгаши съезд материалларининг мазмунига масъул эмас.
Тезислар муаллифлар томонидан топширилган
асл нусха матнларига мувофиқ чоп этилмоқда

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

THREE STEPS TO STUDY COMORBIDITY OF PSORIASIS AND CARDIOVASCULAR DISORDERS

A.N. BILOVOL, S.G. TKACHENKO

Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

The study of such psoriasis comorbidities as cardiometabolic disorders (CMD), their relationship and interdependence is one of the most promising tasks of modern dermatology.

First step. The markers of metabolic syndrome (MS) of the National Cholesterol Education Programme in the U.S. criteria (NCEP ATP III, 2001.) and the International Diabetes Federation criteria (IDF, 2005) were investigated in 58 patients with psoriasis aging from 19 to 86 years old (52 men and 6 women) were examined. Comorbidity of psoriasis and MS according to the NCEP ATP III, 2001 was diagnosed in 14 (24%) cases, according to the IDF 2005 criteria in 24 (41%) cases.

Second step. We have studied indicators of CMD in 205 psoriatic patients 19–80 y.o, 56 female — 27,3% and 149 male — 72,7%. Elevated BMI was recorded in 103 (50,2%) patients, with an increased risk of CMD in 79 (38,5%) patients, moderate risk — in 20 (9,8%) and significant risk — in 4 (1,9%). Abdominal obesity was detected in 109 patients (53,1%). Arterial hypertension was detected in 93 patients (53%). Hyperglycemia was detected in 33 patients (19%). The most prevalence of cardiometabolic disorders was in the age group of 40–60 years.

Third step. A total of 230 patients with psoriasis (122 men, 53% and 108 women, 47%) were examined in the age range of 40–65 years, an average of 52,7±1,3 y.o. The arterial hypertension (AH) was observed in 48 (20,8%) patients. Depending of the level of blood pressure patients were distributed as follows: mild hypertension (I degree) was diagnosed in 18 patients (37,5%), moderate AH (II degree) was observed in 30 patients (62,5%). Results of electrocardiographic studies showed also signs of syndrome of early repolarization of ventricle in 32 patients (67%), including 14 (29%) men and 18 (37,5%) women.

CASE REPORT: COMBINATION OF PEMPHIGUS VEGETANS NEUMANN TYPE AND NEURODERMITIS DIFFUSA. ISSUES IN DIAGNOSTICS

M.K. KARIMOVA

Tashkent medical academy

Pemphigus vegetans is a rare vegetative variant of pemphigus vulgaris, occurring in 1–2% of all cases, and it is thought to represent a reactive pattern of the skin to the autoimmune insult of pemphigus vulgaris.

I type of pemphigus vegetans (Neumann, 1876, classical type). Flaccid blisters on non-erythematous skin are located predominantly in perioral area and in folds of the skin. Inside the blisters, after their opening and on the surface of the erosions, develops vegetative (verrucoformpapillomatous) lesions.

Observations: In article described a clinical case of a Patient K., 58 years old, hospitalized in the Department of Dermatology of Tashkent region skin and venereal disease dispansery in 26.05.2017 with complaints of rashes throughout the skin and mouth with sense of itching and burning over all skin. The patient was suffering from diffuse neurodermitis and developed Neumann type of pemphigus vegetans. When the patient was hospitalized, the pathological process in the skin was widely spread bullaes, crusts, erosions and vegetations with elements of oozing, unpleasant odor and severe itching, involvement of the oral mucosa, mainly at the places of its transition into the skin, with cerebriformlike changes of the tongue. The diagnosis of pemphigus was confirmed by the results of cytological and histological examinations. The article describes issues of the diagnosis.

Discussion. The clinical case deserves attention because of a rare combination of two dermatoses: diffuse neurodermitis and pemphigus vegetans. The described observation indicates the need for a differential diagnosis using histological examination and reaction of Immunofluorescence of the skin to establish a diagnosis for pemphigus vegetans and the subsequent choice of adequate treatment tactics.

COMBINATION OF MICRONEEDLE RADIOFREQUENCY (RF) AND LOW-LEVEL LIGHT THERAPY (LLLT) IN NEW TREATMENT PROTOCOL IN ACNE PATIENTS

I.A. VAISOV, A.Sh. VAISOV, Sh.A.YUSUPOVA, A.V. MUN

Dermatology and laser clinic «Mshifo»

Statement of the problem: The RF radiation has pathogenetic orientation that generates thermal action. The effect of the RF microneedling combines the benefits of non-ablative fractional photothermolysis and deliver energy to the tissue mechanically. The depth of needle insertion affects most of the sebaceous glands. An additional threating method is low level light therapy (LLLT), which penetrates the skin and influences biological processes in tissues, stimulates regeneration and metabolism, improves hemodynamics and microcirculation, provides anti-inflammatory, immunocorrecting effects. We have proposed a combined method of treating acne, which includes the use of RF-microneedles followed by LLLT.

Purpose of the study. To assess the effectiveness of the combined use of RF-microneedles and LLLT in treatment of acne patients.

Material and methods. There were 19 patients under our supervision aged 18 to 31 with varying degrees of severity of acne, 13 of them (68,4%) were women and 6 (31,6%) men. All patients underwent RF micrononeedling with the INFINI device (Lutronic, South Korea) with the following parameters: depth of needle insertion — 1,5 mm, power — 500 W, level — 3. Immediately after RF microneedling LLLT Healite (Lutronic, South Korea) was performed with frequency of 48 hours in 5 sessions. A total of 4 combined procedures were administered to each patient once a month.

Findings: A total clinical recovery was noted in 16 (84,2%) patients as a result of 4 RF-microneedling procedures, which was expressed in the resolution of inflammatory lesions and post-inflammatory hyperpigmentation, reduction in sebum hyper-production, and partial smoothing of atrophic scars. In 3 (15,8%) patients significant improvement was noted.

Conclusion. The use of complex therapy by RF-microneedles and LLLT in the treatment of acne patients can significantly reduce the medicine dose, shorten the course of treatment, and correct post-inflammatory effects

К ВОПРОСУ О ВИТИЛИГО

Д.Х. АБДИЕВА, А.А. ХУСАЙНОВ

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Клинические проявления витилиго — сегментарного (СВ) и несегментарного (НСВ) — основано на принципе выделения индивидуального клинического течения, иммунных механизмов, дисфункции симпатической нервной системы и др.

Были изучены клинические особенности различных форм витилиго. Под наблюдением находились 134 больных с различными клиническими формами витилиго в возрасте от 18 до 66 лет. Среди обследованных мужчин было в 2,5 раза больше, чем женщин (94 против 40 соответственно). У 47 (35%) больных отмечалась сегментарная и у 87 (65%) — несегментарная форма витилиго. Распределение по возрасту показало, что большинство пациентов обеих групп были в возрасте от 18 до 30 лет (65,9% и 54,0%). Наиболее часто витилиго встречалось у мужчин как в группе СВ (72,4%) так и в НСВ (75,9%). Из общего числа больных НСВ у 59 (67,9%) отмечалась вульгарная, у 16 (18,2%) — акрофациальная, у 8 (9,2%) — фокальная формы. У 4 (4,7%) больных наблюдалась универсальная форма с площадью депигментации около 90%. Средняя продолжительность заболевания у больных СВ составила 3 года, НСВ — 8 лет. Депигментированные пятна у больных СВ локализовались на коже лица (65,9%), туловище (21,3%) и конечностях (12,8%), при этом у всех больных процесс носил асимметричный характер. У больных НСВ почти во всех случаях (90,8%) наблюдалось симметричное расположение патологических очагов и только у 8 (9,2) процесс имел ассиметричный характер. Депигментированные пятна располагались чаще всего в области конечностей (60,9%) на коже туловища (29,9%) и незначительно (9,2%) на коже лица. Важно отметить, у больных СВ (15%) по сравнению с НСВ (2,5%) отмечается развитие лейкотрихии. Было установлено, что в 84% среди больных СВ заболевание прогрессировало в течение короткого времени и на данный момент носило стабильный характер. У 77% больных НСВ отмечался дальнейший рост белых пятен. Отягощенная наследственность регистрировалась в два раза чаще у больных НСВ (52,5% против 23,5% соответственно).

Таким образом, клиническая картина течения двух форм витилиго имеет характерные особенности, связанные с возрастным аспектом, давностью заболевания, симметричностью процесса, локализацией очагов депигментации. НСВ регистрируется в два раза чаще, мужчины болеют в три раза больше независимо от формы витилиго.

МАРКЕРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ АУТОИММУННОЙ КРАПИВНИЦЫ

Т.К. АБДУЖАББАРОВ, У.А. ТАШКЕНБАЕВА

Андижанский государственный медицинский институт;
Ташкентская медицинская академия

По данным Всемирной организации здравоохранения, XXI век является эпохой аллергии, так как распространенность аллергических заболеваний каждые 10 лет стала увеличиваться в 2–3 раза и достигла масштаба эпидемии.

Наиболее достоверными маркерами хронической аутоиммунной крапивницы, которая выявляется в 45,8 % случаев, следует считать положительный результат пробы с аутосыворотко́й (не менее 6,5 мм), сочетание с хроническим аутоиммунным тиреоидитом, а дополнительными критериями являются изменения показателей аутоиммунного воспаления. Среди хронической аутоиммунной крапивницы выделены клинические варианты: собственно аутоиммунная крапивница и аутоиммунная крапивница в виде симптомокомплекса с другой сопутствующей аутоиммунной патологией, характеризующейся более тяжелым течением и торпидностью к терапии.

Наиболее характерными признаками хронической крапивницы, встречающейся в 5,8 % случаев, являются: анамнестическая связь с длительным приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, тяжелое течение, частое сочетание с отеком Квинке, хроническим полипозным риносинуситом и смешанной бронхиальной астмой, повышенный уровень лейкотриенов C4D4E4 от 0,85 нг/мл, B4 от 2,35 нг/мл и более. Установленная гетерогенность контингента больных этой формой крапивницы позволяет выделить клинические варианты болезни: только крапивницу и крапивницу в сочетании с полипозным риносинуситом и смешанной бронхиальной астмой, причем последний вариант характеризуется более тяжелым течением.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

М.И. АБДУЛЛАЕВ, М.Ж. ШАЙМАТОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Исследования проводились в течение 2015–2017 года на базе отделения детской дерматологии клиники ТашПМИ, ТашОблКВД, а также в клинической лаборатории «Диамед».

Под наблюдением находились 98 детей, больных витилиго, в возрасте от 5 месяцев до 18 лет включительно. Среди них мальчиков было 46 (46,9 %), девочек 52 (53,1 %). По возрасту дети распределялись следующим образом: до года — 3 (3,1 %) детей, от года до 3 лет — 11 (11,2 %), от 3 до 7 лет — 21 (21,4 %), от 7 до 11 лет — 37 (37,8 %) и от 11 до 18 лет — 26 (26,5 %) детей. Подразделение больных на возрастные группы проводилось в соответствии с рекомендациями А.А. Мазурина и И.М. Варанцова (1986 г.) Из приведенных данных видно, что среди больных витилиго большинство были девочки (53,1 %). По-видимому, это связано с более высокой косметологической заинтересованностью родителей девочек по сравнению с мальчиками, что обусловливает более частое и ранее выявление заболевания. Из 98 обследованных детей 39 (39,8 %) были от I беременности, 20 (20,1 %) от II, 16 (16,3 %) от III, остальные 9 (9,2 %) дети были от IV–VI беременности. В 31,3 % случаев течение беременности сопровождалось токсикозом. У 9 (9,2 %) детей при рождении отмечалась асфиксия. В анамнезе у 14 (14,3 %) больных имело место наследственная отягощенность витилиго; по материнской линии у 6 (6,1 %) и по отцовской у 10 (10,2 %). В 3 случаях витилиго диагностировалось у обоих родителей больных; в 2 случаях заболевание было зарегистрировано в 3 поколениях.

Количество больных возрастало параллельно возрасту и достигало своего пика в 7–11 лет (37,8 %). Эти данные соответствовали результатам клинического наблюдения других авторов. Давность заболевания составила от 15 дней до 14 лет. Анализ показало что, в первые 3 года заболевания за врачебной помощью обратились более 77 % больных. С увеличением давности заболевания число обращаемости уменьшалось, так как большинство больных теряет надежду на выздоровление из-за неэффективности ранее полученного лечения. Было установлено, что депигментированные пятна были с рождения у 4 (4,1 %) детей, первые признаки заболевание начались на первом году жизни у 7 (7,1 %), в возрасте с года до 3 лет — у 8 (8,2 %), до 7 лет — у 35 (35,7 %), до 11 лет — у 39 (39,8 %), и до 16 лет — у 5 (5,1 %) больных. Впервые витилиги-

нозные пятна у 40 (41,8 %) больных появились весной, у 26 (26,5 %) летом, у 8 (8,1 %) осенью, у 10 (10,2 %) зимой, 3(3,1 %) больных не смогли связать начала заболевания со временем года.

Таким образом, самые благоприятные условия для развития витилиго создаются в возрасте 3–11 лет, весной и летом, менее всего дети поддаются этому заболеванию в возрасте 1–3 и 11–17 лет, осенью и зимой. По-видимому, это связано с возрастными особенностями состояния нервной, эндокринной, иммунной систем, а также с функциональными изменениями со стороны желудочно-кишечного тракта, обмена веществ и повышением оксидантного стресса, что необходимо учитывать при лечении и профилактике витилиго.

ТЕРИНИ АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА «ЛИНДОСКИН» ПРЕПАРАТИНИ САМАРАДОРЛИГИ

М.И. АБДУЛЛАЕВ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти. Ўзбекистон

Статистика маълумотларига қараганда бугунги кунда 14 ёшгача бўлган болаларни 10–12 % да аллергик касалликларни у ёки бу клиник шакли учрайди. Адабиёт маълумотларига қараганда 5–8 % холларда терини аллергик касалликлари турли йирингли касалликлари билан асоратланиб касаллик кечишини оғирлаштиради ва даволашда турли муаъммоларни келтириб чиқаради. Шу сабабли пиодермия билан асоратланган терини аллергак касалликларини махаллий даволаш ёки уни олдини олиш долзар муъаммолардан ҳисобланади. Охирги йилларда теридаги аллергик яллигланиш жароёнларини камайтириш учун гиёҳлардан таёрланган препаратларга қизиқиш ошиб бормоқда. Бугинги кунда шундай препаратлардан бири «Линдоскин» 40 % сувли спиртли эритмаси ҳисобланади. Линдоскинни аллергик тери касалликларидаги самарали таъсири уни таркиби билан (Quercus-кора дуба, Inula Helenicum-девясил высокий, Bidens tripartite-Череда трехраздельная, Juglansregia-листья грецкого ореха, Calendula officinalis-календулла, Matricaria Chamomilla Рамашка аптечная) боғлиқ. Эритма бактериоцид, фугоцид, антигистамин, яллиғланишга қарши, қуритувчи, битиш жароёнини тезлаштирувчи, қичишишни камайтирувчи таъсирларга эга бўлиб ҳар қандай тери ва шиллиқ қаватларини яллиғланиши билан кечадиган касалликларда махаллий қўллаш мумкин.

Юқоридаги маълумотларни ҳисобга олиб махаллий давода стероидлар миқдорини камайтириш мақсадида «Линдоскин» препаратини аллергик дерматозларга чалинган болаларда самарадорлигини ўргандик. Бунинг учун беморлар икки гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳ беморлари ананавий умумий ва махаллий даво чораларини олди, иккинчи гуруҳ беморлари умумий ананавий даво ва махаллий ананавий давога қўшимча «Линдоскин» эритмасини қўлладик. Эритма яллиғланишни барча босқичларида қўлланилди. Эритма сурилгандан 5–10 минутдан кейин тегишли махаллий традицион даволаш чоралари кўрилди.

Буйирилган даво чораларининг самарадорлиги SCORAD индекси кўрсатгичлари асосида аниқланди. Аннанавий даво (I-гуруҳ) 66та аллергик дерматози (Атопик дерматит, экзема, болалар қичимаси) бор болаларда (6 ойдан — 18 ёшгача), 52 та II-гуруҳдаги боларни даволашда махаллий давога линдоскин эритмаси қўшилди. Даво натижасида барча даволанган болаларда ижобий натижалар кузатилди. Аммо бу ўзгаришлар II-гуруҳда даволанган беморларда кўпроқ намоён бўлди. Демак, 66 та беморда давогача SCORAD индекси ананавий даволанган беморларда 57,8 баллдан юқори бўлган бўлса даводан сўнг бу кўрсатгич 33,8 бални ташкил қилди. II-гуруҳда эса давогача SCORAD индекси 60,5 баллни ташкил ташкил қилган бўлса даводан кейин бу кўрсатгич 22,6 баллгача камайди (19 тасида тузалиш, 28 тасида сезиларли яхшиланиш, қолган 4 беморларда эса бир оз ижобий ўзгариш қайд қилинди). Даволаниш жароёнида биринчи гуруҳдаги беморларни 4тасида пиодермия асоратлари кузатилди, иккинчи гуруҳда эса бундай ёки бошқа кўринишдаги асоратлар кузатилмади.

Шундай қилиб Линдоскин препаратини аллергик дерматозларни комплекс даволашда қўлланилиши ананавий даволаш самарадорлигини оширади, даволаш курсини қисқартиради, пиодермия асоратини камайтиради.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕТСКОЙ ПОЧЕСУХИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

М.И. АБДУЛЛАЕВ, М.Ж. ШАЙМАТОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования — изучение влияния вида вскармливания на клиническое течение детской почесухи (ДП).

Было проанализировано клиническое течение ДП у 42 детей (от 6 месяцев до 3 лет), находящиеся на различных видах вскармливания. На грудном вскармливании находились 6 (14,2%) детей, смешанном — 16 (38,0%), искусственном — 20 (47,5%). При поступлении у всех детей были жалобы на высыпания, сильный зуд, нарушение сна. У 6 (14,2%) детей заболевание развилось в первый меяц жизни, у 14 (33,3%) — в первое полугодие жизни, 22 (52,3%) начало заболевания связано с прекращением естественного вскармливания, введением новых смесей, нарушением кормящей матерью диеты. В остальных случаях отмечена связь начала заболевания с перенесенными ОРЗ, получением прививок, расстройствами со стороны ЖКТ. На первом месте среди аллергенных продуктов в рационе кормящих матерей были орехи, мед, сгущенное молоко, яйца, шоколад.

Сопоставление клинической картины сравнимых групп показало, что у детей, находящихся на естественном вскармливании, кожно-патологический процесс носил ограниченный, не островоспалительный характер. Течение патологического процесса у большинства больных было легкие, в среднем по индексу SCORAD составило 36,4±1,62 балла. У второй групп больных, находящихся на смещенном вскармливании, кожно-патологический процесс носил более воспалительный и распространенный характер, высыпные элементы локализовались чаще на лице, волосистой части головы, груди, животе, руках, ногах. Значения индекса SCORAD соответствовали средней степени тяжести заболевания 47,15±1,92 балла. У детей, находящихся на искусственном питании, патологический процесс имел более выраженную симптоматику (распространенность, выраженную эритему, склонность к явлениям экссудаций, отек, множественные серопапулы, нередко на ладонной и подошвенной поверхности). В этой группе больных почти у всех наблюдаемых группах были зарегистрированы максимальные значения индекса SCORAD — 79–84 балла.

Таким образом, клиническое течение ДП у детей грудного возраста в большинстве случаев зависит от вида вскармливания, что необходимо учесть при профилактике и лечении этого заболевания. Диета должна быть индивидуальной, обоснованной в зависимости от возраста ребенка.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОХРОМНОГО ЭКСИМЕРНОГО СВЕТА У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

А.А. АБДУРАШИДОВ

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Введение. Терапия витилиго является одним из актуальных вопросов практической дерматологии из-за отсутствия высокоэффективных методов лечения. Распространенность витилиго в общей популяции составляет от 0,5 до 2%; распространенность заболевания среди детей и подростков не отличается от распространенности среди взрослого населения По мнению большинства экспертов, ведущее значение в повреждении меланоцитов и нарушении процессов меланогенеза в коже больных витилиго придается аутоиммунным механизмам.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности применения монохромного эксимерного света у больных витилиго.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдение находились 18 больных (7 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 10 до 33 лет (средний возраст 19 лет). Вульгарная распространенная форма диагностирована у 9 больных (50%), акрофасциальная форма — 5 (27%), очаговая — 4 (23%). Стационарная стадия витилиго установлена у 10 пациентов (56%), стадия прогрессирования — 5 больных (27%), 3 пациентов (16%) отмечали спонтанную репигментацию. Продолжительность заболевания варьировала от 3 месяцев до 10 лет. Площадь очагов поражения составляла от 4 до 10%.

Все пациенты получали фототерапию без применения пероральных и местных фотосенсибилизаторов с помощью высокоинтенсивного монохромного ультрафиолетового излучателя длиной волны 308 нм (ALMA, Израиль). Процедуры лазерной терапии проводили 2–3 раза в

неделю. Процедуры начинались с минимальных доз. В зависимости от локализации очагов депигментации начальная доза облучения составляет 0,05–0,2 Дж/см^2 (50–70 % минимальной эритемной дозы). При расположении очагов поражения на веках и на лице начальная доза составляла 0,02–0,05 Дж/см^2, на туловище и конечностях — 0,075–0,15 Дж/см^2, на кистях, стопах — 0,1–0,15 Дж/см^2. В дальнейшем разовую дозу повышали в зависимости от динамики кожного процесса и переносимости лечения на 0,025–0,1 Дж/см^2 до появления незначительной или умеренно выраженной эритемы, после чего доза оставалась постоянной. Максимальная доза варьировала от 0,5 до 2,0 Дж/см^2 (в среднем 1,3 Дж/см^2), курсовая доза — от 2,6 до 35 Дж/см^2 (в среднем 11,7 Дж/см^2). Количество процедур на курс составляло от 20 до 70 (в среднем 28 процедур).

Результаты исследования. По результатам лечения положительный эффект получен у 15 (66 %) больных. Репигментация менее 15 %, от 15 до 50 %, от 51 до 95 % и более 95 % площади поражения наблюдалась соответственно у 3 (17 %), 4 (22 %), 7 (39 %) и 4 (22 %) пациента. Репигментация в очагах начинала появляться на 8–20-й процедуре, т.е. на 20–50-ые дни от начало лечения. У 5 больных (27 %) наблюдали выраженную эритему, 6 пациента (33 %) отмечали чувство жжения в местах облучения. Указанные явления разрешались после временной отмены процедур. Наилучшие результаты отмечались у пациентов с очаговыми формами витилиго, а также с проксимальным расположением депигментных очагов. Наименьший эффект или же отсутствие положительного эффект наблюдали у больных витилиго с дистальным расположением очагов депигментации.

Вывод. Таким образом, проведенный анализ показал, что высокоинтенсивный монохромный ультрафиолетовый излучатель длиной волны 308 нм является эффективным методом для лечения очаговых форм витилиго, а также с проксимальным расположением депигментных очагов. Кроме того, данный вид лечения более безопасен, поскольку не требует использования фотосенсибилизаторов и не вызывает свойственные им побочные реакции.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА CO2-ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИДЕРМАЛЬНЫХ НЕВУСОВ

А.А. АБДУРАШИДОВ, Ш.Г. АЛИМОВ

Ташкентский институт усовершенствования врачей МЗ РУз,
Лечебно-оздоровительный центр ГНК РУз

Эпидермальные невусы — гамартоматозные образования кожи, в основе которых лежит гиперплазия эпидермиса и ее придатков. Они отличаются доброкачественным течением, но с эстетической позиции негативно влияют на качество жизни больного. Методы лечения такими препаратами, как кортикостероиды, подофиллин, ретиноиды, 5 фторурацил малоэффективны, а удаление невусов хирургическим путем или методом электрокоагуляции, криотерапии часто приводит к образованию гипертрофических рубцовых изменений, что само по себе является косметологическим дефектом.

Цель исследования. Анализ отдаленных результатов аблятивного воздействия углекислого лазера на эпидермальные невусы.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 12 пациентов, которым проводились операции по удалению эпидермальных невусов с помощью CO2-лазера (PIXEL-CO2, Alma Laser, ISRAIL). У 8 из них была бородавчатая, 4 — линейная форма эпидермального невуса. Проведены тщательный сбор анамнеза, осмотр больных, консультация онколога. Диагноз подтвержден визуально и гистологически. Количество сеансов лечения варьировал от 1 до 8 в зависимости от размера образования. Больные находились под наблюдением до 2 лет. Результаты лечения оценивались с учетом эстетических, общих параметров и рецидивов патологического состояния.

Результат исследования. После удаления эпидермальных невусов у 5 пациентов было отмечено уменьшение размера очага на 90 % или абсолютное удаление образования, у 3 — на 75 %, у 2 — на 50 %, у 2 — меньше 50 %. Из побочных эффектов наблюдались гипер- или депигментация, а также нормо- или атрофические рубцы. Гипертрофических рубцов не отмечено. Наблюдение в течение до 2 лет показало, что частота рецидивов составила до 20 %.

Вывод. Удаление эпидермальных невусов CO2-лазером является эффективным вариантом с долгосрочной безопасностью, минимальным дискомфортом, быстрым восстановлением, выраженным эстетическим результатом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОЛОГИЧНОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПЛАЗМЫ В СОЧЕТАНИИ С ФРАКЦИОННЫМ ЛАЗЕРОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ

А.А. АБДУРАШИДОВ, Ш.Г. АЛИМОВ

Ташкентский институт усовершенствования врачей МЗ РУз;
Лечебно-оздоровительный центр ГНК РУз

В последнее время аутологичная тромбоцитарная плазма (АТП) привлекает значительное внимание во всем медицинском поле из-за ее способности стимулировать регенеративные процессы тканей.

Цель исследования. Изучение потенциала АТП в сочетании с фракционным лазером (PIXEL CO2, ISRAIL) при лечении атрофических рубцов постакне.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 16 пациентов с атрофическими рубцами постакне (6 женщин и 10 мужчины). 8 пациентов получили абляционный фракционный углекислый лазер без сочетания с АТП, остальные 8 — в сочетании с АТП. Инъекции АТП вводили сразу после лазерной терапии. Сеансы лечения повторялись с интервалом в месяц. Общий объем терапии составил от 4 до 6 сеансов.

Результаты исследования. Клиническая динамика оценивалась на основе субъективных (удовлетворенности пациентов) и объективных (разрешение воспалительных процессов послеабляционный период, сглаживание неровностей лица, оценка серийных фотографий) данных. При применении фракционного лазера в сочетании с АТП общее клиническое улучшение состояния постакне отмечалось через месяц после первых процедур, тогда как без сочетания с АТП схожая клиническая динамика отмечалась в более поздние сроки — после 3–4 сансов.

Вывод. Исследование показало, что при атрофических рубцах постакне обработка фракционным лазером в сочетании с АТП эффективнее поскольку сокращается период восстановительных процессов.

К ВОПРОСУ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРГИДРОЗА

З.М. АБИДОВА, С.С. ИСАМУХАМЕДОВА

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

На сегодняшний день гипергидроз (повышенное потоотделение) вызывает множество проблем. Зачастую, человек не может самостоятельно справиться с этим состоянием, еще больше усугубляя течение заболевания. Первичный гипергидроз — заболевание, характеризующееся избыточным потоотделением, которое вызвано дисфункцией нейро-эккринного взаимодействия между нервной системой и эккринными железами.

Современные методы лечения позволяют очень эффективно справляться с этим недугом, одним из которых является местное применение солевых антиперспирантов — 20% гексагидрат хлорида аллюминия (ГХА). Механизмом действия препарата является образование так называемого «аллюминий-белкового комплекса», который денатурирует кератин и тем самым сужает просвет выводных протоков потовых желез.

Преимуществами препарата являются: эффективность и длительность действия, устранение не только неприятного запаха пота, но и причин потоотделения, универсальность (используется как для подмышек, так и для ног и ладоней), обеспечение полного комфорта; это бесцветная жидкость, без парфюмерных отдушек и запаха, при этом эффект оптимальный и длится от нескольких дней до нескольких недель, в частности, при умеренном гипергидрозе. Основным условием использования ГХА является его нанесение на сухую кожу после принятия душа. Обращает на себя внимание то, что ошибочно полагают что аллюминий абсорбируется и накапливается во внутренних органах человека.

Единственным недостатком ГХА, как и в прочем всех солевых антиперспирантов, является местное раздражение кожи, поэтому для его снижения следует смыть утром остатки антиперспиранта водой или местно нейтрализовать нанесением пищевой соды.

Таким образом, правильное применение местного ГХА дает возможность пациентам с гипергидрозом уменьшить чрезмерное потоотделение, добиться хороших результатов без аллергических реакций и не иметь социальных, физиологических и профессиональных проблем.

ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

З. АБИДОВА, С. САЛИХОДЖАЕВА, С. ИСАМУХАМЕДОВА

В дерматологической практике наблюдается увеличение числа больных, страдающих одновременно несколькими кожными заболеваниями различной этиологии. Для обозначения этой группы заболеваний в настоящее время предложен специальный термин — дерматозы сочетанной этиологии (ДСЭ). В кожном статусе больных данной группы преобладают островоспалительные симптомы в виде отека, гиперемии, мокнутия и зуда.

На фоне хронического течения дерматоза происходит присоединение вторичных микст-инфекций. При этом эффективность лечения очень часто зависит от правильного выбора наружной терапии. Следует помнить, что выбор той или иной лекарственной формы определяется этиологией, остротой воспалительного процесса и распространенностью дерматоза.

Сегодня наиболее важным и значимым направлением всего терапевтического комплекса была и остается наружная терапия. Многие препараты обладают многообразными и разносторонними действиями в зависимости от концентрации, лекарственной формы и способа применения.

Метод наружной комбинированной терапии предполагает назначение нескольких препаратов разных фармакологических групп: антибиотиков, антимикотиков и ГКС местного действия. Необходимость включения топических стероидов обусловлена тем обстоятельством, что микст-инфекции нередко сопровождаются выраженной воспалительной реакцией с проявлениями экссудации, мокнутия и выраженными субъективными ощущениями — зудом и жжением. В данном случае препаратами выбора должны быть комбинированные средства, дающие помимо противовоспалительного еще и антимикробный и антимикотический эффекты. На сегодняшний день наиболее полно удовлетворяет всем этим требованиям крем «Силкрон-дерм» (производитель — корейская фармацевтическая компания Domgkwang Pharm. Co. Ltd). Крем «Силкрон-дерм» представляет собой комбинированный препарат, содержащий антимикотик клотримазол, антибиотик гентомицин и глюкокортикостероид бетаметазон.

Под наблюдением находились 30 больных с атопическим дерматитом и псориазом, осложненным вторичной пиогенной и кандидозной инфекцией в возрасте от 5 до 45 лет. Ограниченный процесс был у 68 %, распространенный — у 32 % больных. Соответственно больные были распределены на 2 группы, каждая из 15 человек. На фоне базисной терапии больным назначался крем «Силкрон-дерм». Из лабораторных исследовании были проведены общий анализ крови, биохимия крови (АЛТ, АСТ, билирубин) до и после лечения.

Для оценки выраженности клинических проявлений атопического дерматита применялся индекс ДИШС (дерматологический индекс шкалы симптомов), оцениваемый по трем степеням тяжести клинического проявления. При оценки клинической эффективности препарата у больных псориазом учитывался показатель индекса PASI.

Результаты показали, что у больных атопическим дерматитом индекс ДИШС в начале терапии составлял в среднем 26 баллов, к концу лечения этот показатель снизился до 12 баллов уже на 7–10 дни лечения. У больных псориазом индекс PASI значительно снизился на 10–15 дни лечения. Во всех группах больных на 3–5 дни лечения уменьшились субъективные ощущении в виде жжения и зуда. Проводимое лечение больные переносили хорошо, симптомов раздражения кожи не отмечалось.

Таким образом, назначение одного лекарственного препарата, обладающего широким терапевтическим диапазоном, заменяющего несколько медикаментозных средств, позволяет исключить полипрагмазию, избежать побочных действий и нежелательных взаимодействий между препаратами, уменьшить затраты и повысить комплаентность лечения.

L-КАРНИТИН В ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

З.М. АБИДОВА, Д.В. РАХМАТОВА, А.Б. РАХМАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Ташкентский городской кожно-венерологический диспансер

Под наблюдением находились 117 больных (мужчин — 69, женщин — 48) в возрасте от 35 до 55 лет и давностью заболевания от 6 месяцев до 18 лет. У 29 (24,8%) больных был выявлен семейный псориаз в нескольких поколениях. Возможную причину возникновения псориаза (перенесенные простудные заболевания, стресс и др.) отметили только 33 (28,2%) пациента. Клинически были установлены следующие формы псориаза: вульгарная — у 56 (47,8%), экссудативная — у 23 (19,6%), артропатическая — у 34 (29,1%), эритродермическая — у 4 (3,5%) пациентов.

При проведении инструментально-лабораторного обследования метаболический синдром был установлен у 73,5% больных псориазом, которые и были взяты для проведения соответствующей терапии: I группа (43 больных) получала стандартное лечение, II группа (43 больных) дополнительно применяла препарат «L – карнитин» по 1 г 2 раза в день до еды в течение 30 дней.

Наличие метаболического синдрома у больных псориазом приводило к учащению субъективных ощущений, появлению экссудативного компонента на очагах поражения, выраженности суставного синдрома наряду с псориатическими ониходистрофиями, в первую очередь связанными с нарушениями микроциркуляции и липидного обмена.

Основным клиническим показателем эффективности проведенной терапии является индекс PASI, который был достоверно снижен у больных II группы, принимавших L-карнитин (до лечения 18,2±0,65 баллов, после лечения 8,11±0,1 баллов при $p<0,001$). Обычное стандартное лечение также способствовало уменьшению индекса PASI, хотя эти изменения имели недостоверный характер ($p>0,05$).

Важно отметить гиполипидемический эффект L-карнитина у больных псориазом, который, в первую очередь, наблюдался со стороны таких показателей липидного обмена, как содержание холестерина, триглицеридов и липопротеидов низкой плотности.

Таким образом, предлагается препарат, способствующий снижению выраженности метаболического синдрома и устранению проявлений псориатического процесса.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПИОДЕРМИЙ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Б.С. АЗИЗОВ

Ташкентский государственный стоматологический институт, кафедра терапевтически направленных предметов №1

Во всем мире вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) считаются осложняемой с каждым днем проблемой. Несмотря на проводимые мероприятия по проблеме ВИЧ/СПИДа, они представляют серьезную угрозу развитию человечества.

Клинико-лабораторные исследования проводились у 956 больных с ВИЧ-инфекцией в возрасте от 14 до 60 лет, клинико-микробиологические, иммунологические исследования и лечение — 124 ВИЧ-инфицированным пациентам с пиодермиями.

Из пораженных очагов кожи было выделено и идентифицировано 311 штаммов бактерий. Наряду с патогенной отмечали рост сапрофитной и условно-патогенной флоры.

У ВИЧ-негативных пациентов при пиодермиях чаще высевались Staph aureus, Streptococcus haemolyticus, реже Staph epidermidis.

Исследования показали, что:

1) У ВИЧ позитивных пациентов кожно-слизистые поражения установлены в 71,97% случаев, среди них у 12,9% — распространенные бактериальные инфекции с хроническим течением и устойчивостью к терапии;

2) бактериальные поражения кожи представлены первичными (возникающими на неизменной коже) поверхностными и глубокими поражениями, а также вторичными поражениями, осложняющими другие дерматозы (нейродермит, чесотка, красный плоский лишай), с преобладанием в III и IV четвертых клинических стадиях. В II клинической стадии соотношение первичных

и вторичных пиодермий было равным. В III и IV клинических стадиях количество больных с вторичными пиодермиями было больше. Отмечались фолликулярные и нефолликулярные пустулы с распространенным поражением, атипичной локализацией, затяжным и рецидивирующим течением;

3) у больных первичными и вторичными пиодермиями на фоне ВИЧ-инфекции значительно повышается высеваемость микробов в смешанных культурах, что свидетельствует о возможности синергизма ассоциативных форм микрофлоры. Увеличение общей обсемененности кожи пропорционально степени активности ВИЧ-инфекции. При этом снижается количество естественных обитателей кожных покровов, появляются микроорганизмы, не свойственные этому биотопу: P. aeruginosa, Escherichia coli, Candida sp. и штаммы Proteus sp. Наибольший рост имеют Staph. aureus и стрептококков с гемолитической активностью, что создает условия для запуска иммунного ответа. Большинство штаммов S. epidermidis, Escherichia coli, Klebsiella sp., Proteus sp., Pseudomonas aeruginosa, выделенных у больных пиодермиями на фоне ВИЧ-инфекции, резистентны к гентамицину, стрептомицину, доксициклину, однако высоко чувствительны к цефтриаксону, левофлоксацину (до 85,2%), что позволяет рекомендовать данные антибиотики для комплексной терапии.

АЛКОГОЛИЗМ ВА ДЕРМАТОЗЛАР КЕЧИШИ

Л.М. АЛИЕВ, А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БОТИРОВ

Андижон давлат тиббиёт институти, дерматовенерология кафедраси

Долзарблиги. Алкоголизм муаммоси узига хос муаммо бўлиб, умумбашарий муаммо ҳисобланади. Алкоголизм ривожида куйидаги факторлар яъни — ижтимоий сабаб, руҳий сабаб, физиологик ва ирсий сабаблар асосий ахамиятга эга. Алкоголизм спиртли ичимлмкларни кўп истеъмол килишга ружу куйиш, ҳам руҳий ҳам жисмоний карамлик бўлиб, дерматозлар кечишини огирлаштиради ва турли асоратларга олиб келади.

Текширув максади. Алкоголизмга ружу куйган беморларда дерматозларни кечишини тахлил килиш, алкогол ичгандан кейин дерматозлар кучайиши ва кузгалишини,турли хил асоратларга олиб келадиган омилларни урганишдан иборат.

Текширув натижалари ва усуллари. Алкоголизмга ружу куйган беморларда дерматозлар кечишида ўзгаришлар ва турли асоратларини урганиш. Стационар шароитда — 56 та сурункали дерматозлар (псориаз, экзема, нейродермит, атопик дерматит, катталар тери кичимаси, аллергик дерматит) спиртли ичимлик ичувчи бемор аждратиб олинди. Улардан эркаклар 48 та (85,7%) ва аёллар 8 та (14,3%) бўлиб, жами беморлар диагнози буйича куйидагича таксимланди: псориаз билан 28 та (50%), экзема 11 та (19,6%), нейродермит 8 та (11,2%), атопик дерматит 4 та (7,2%), катталар кичимаси 4 та (7,2%) ва аллергик дематит 1 та (1,8%).

Кузатувдаги дерматозлар билан огриган потатор беморларда касалликни куйидагича асоратлари кузатилди: эритродермия 13 та (23,2%), пилчираш ва кизариши 18 та (32,2%), кичишиш кучайиши 11 та (19,7%), уйкусизлик 9 та (16%), депрессия 5 (8,9%) аникланди.

Хулоса. Юкоридаги кузатувимизга асосланиб куйидагича хулоса килиш мумкин. Алкоголизм ва дерматозлар бирга кечган беморларда дори-дармонлар билан психотерапевтик усуллар билан даволаниб бемор иродасини мустахкамланади. Дунёкараши ва хаётга қизиқиши кенгайтиришга дерматозларни тула даволашга эришилди, беморга асоратли касалликни даволашдан фаол олдини олинади.

ЗНАЧЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРА ОКСИМЕТРИНА В ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

С.С. АРИФОВ, А.А. АБДУРАШИДОВ

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Научно-практическими исследованиями доказано, что у больных псориазом часто в патологический процесс вовлекаются печень, система иммунитета, окислительная-антиокислительная система и другие метаболические процессы.

Цель исследования оценка клинической эффективности оксиматрина (ливерина) в терапии псориаза.

Под нашим клиническим наблюдением находились 12 больных, страдающих вульгарной формой псориаза, из них мужчин — 8, женщин — 4. Больные страдали псориазом от года до 8 лет. Перед началом лечения был проведег общий анализ крови и некоторые биохимические показатели крови (АЛТ, АСТ, билирубин). У 12 (57,1%) больных была выявлена патология ге-

патобилиарной системы в виде гепатита, хронического холецистопанкреатита, «жирового» гепатоза и др. Это было подтверждено повышением активности трасаминаз печени.

Все больные получали традиционную терапию (антигистаминные, гипосенсибилизирующие, седативные, витаминные препараты, наружно — кератолитические и глюкокортикостероидные средства) в сочетании с ливерином, который назначали по 2 капсулы три раза в день, в течение 25–30 дней.

Результаты исследования показали, что в процессе лечения больные отмечали улучшение самочувствия, уменьшение субъективных ощущений (зуд, жжение). На 4–5 дни терапии высыпания начали рассасываться, появление новых элементов прекратилось и к концу второй — началу третьей недели у всех больных отмечалось значительное рассасывания псориатических папул и бляшек. Через 15–20 дней после начала терапии нами была отмечена тенденция к нормализации активности ферментов печени.

Таким образом, включение гапатопротектора Ливерин в комплексное лечение псориаза не только нормализует активность печеночных ферментов, но способствует разрешению кожно-патологического процесса.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ФОТОДЕРМАТОЗОВ

С.С. АРИФОВ

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Проблема диагностики, лечения и профилактики фотодерматозов являются актуальной проблемой дерматокосметологии. Поскольку патогенез заболевания до конца не изучен, диагностика, в некоторых случаях, затруднительна, а проводимая терапия не всегда дает желаемых результатов.

В настоящей работе нами была изучена клиническая эффективность глюкокортикостероидного крема момометазон фуроат (элоком), в терапии фотодерматозов, так как препарат, в своем составе, кроме активно действующего компонента — глюкокортикостероида содержит фотозащитные средства — диоксид титана и алюминия октенилсукцинат.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 17 больных страдающих различными нозологическими формами фотодерматозов. Из них полиморфным фотодерматозом страдали 11, солнечным дерматитом — 3, кольцевидной красной волчанкой — 3 больных. Больные были разделены на 2 группы: первая группа получала традиционную терапию (антигистаминные, гипосенсибилизирующие, антиоксидантные, витаминные препараты, наружно — фотозащитный крем и глюкокортикостероидные средства), вторая группа — традиционную терапию, а в качестве наружной терапии они применяли момометазон крем один раз в день, утром.

Результаты лечения показали, что в процессе терапии клиническое разрешение высыпаний и исчезновение субъективных ощущений происходили приблизительно в одинаковый период.

Следовательно, наши клинические наблюдения свидетельствует, что момометазон фуроат кроме глюкокортикостероидного обладает фотозащитным свойством и может быть применен в терапии фотодерматозов.

ПУТИ РЕШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕС ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

С.С. АРИФОВ[1], А.А. ЯКУБОВ[2], М.Х. АРИФОВА[3], А.С. ЯКУБОВА[3]

[1]Ташкентский институт усовершенствования врачей;
[2]Республиканский научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
[3]Частная клиника «ООО Дерматолог SA»

В настоящее время одной из наиболее актуальных проблем клинической медицины, в частности дерматовенерологии, являются вирусные заболевания, так как отмечается их неуклонный рост. Лечение этих инфекции в некоторых случаях вызывает определенные трудности.

Цель исследования — оценка клинической эффективности перорального валацикловира «Гиповин» (300 мг) и местного 1% крема «Герпестоп» в терапии больных герпесвирусными ифекциями.

Материал и методы исследования. Из 26 наблюдаемых больных мужчин — 14, женщин — 12. Из них простым пузырьковым лишаем (ППЛ) страдали 16 больных, опоясывающим лишаем (ОЛ) — 8.

Всем больным в качестве системного лечения назначили гиповин (валоцикловир) и местно — 1%

крем пенцикловира («Герпес-Стоп»). Больным ППЛ гиповин назначали по 300 мг 2 раза в день в течение 7 дней, больным ОЛ — по 2 таблетки 2 раза в сутки в течение 10–12 дней. Наружно больные применяли анилиновые красители (бриллиантовую зелень, фукорцин) и 1% крем пенцикловира («Герпес-Стоп»), который назначали каждые 2 часа в период бодрствования. Кроме вышеуказанных специфических препаратов, больным были назначены болеутоляющие, витаминные и др. средства согласно стандартам обследования и лечения по дерматовенерологии.

Результаты терапии показали, что в процессе лечения у большинства больных ППЛ на 4–5 сутки значительно уменьшились боли и жжение, пузырьки подсохли, образовались корки, которые через неделю отпали. На месте очагов остались гипо и -гиперпигментированные пятна. У больных опоясывающим лишаем, несмотря на улучшение клинической картины заболевания (пузырьки подсохли, эритема уменьшилась) на 9–10 дни терапии, больные жаловались на болевой синдром в различной степени выраженности, который уменьшился со временем, но сохранился даже после полного разрешения элементов сыпи.

Вывод. Комбинированное назначение гиповина (валоцикловира) и 1% крема пенцикловира («Герпес-Стоп») является эффективным методом терапии простого пузырькового лишая и опоясывающего лишая.

ЛОНГИДАЗА В ТЕРАПИИ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

С.С. АРИФОВ, Д.А. ИНОЯТОВ, А.И. ИСМАГИЛОВ

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

Лечение и профилактика заболеваний, сопровождающихся гиперплазией соединительной ткани — актуальная и важная задача клинической медицины. Одним из базисных средств для лечения этих болезней являются препараты, содержащие гиалуронидазу.

Основным действующим веществом препарата «Лонгидаза» является бовгиалуронидаза азоксимер. Благодаря уникальной формуле, лонгидаза обладает намного более высокой активностью, чем другие аналогичные препараты с тем же действующим веществом, Лонгидаза способна воздействовать на сформировавшуюся соединительную ткань (действует на «старые» спайки). Кроме того, отмечается снижение вязкости основы соединительной ткани, под воздействием препарата увеличивается эластичность спаек. Лонгидаза увеличивает проницаемость тканей, что способствует повышению биодоступности антибактериальных препаратов при лечении хронических воспалительных и аутоиммунных заболеваний. Действие препарата основано на улучшении микроциркуляции, что приводит к уменьшению отеков, рассасыванию гематом.

Под нашим наблюдением находились 12 больных с ограниченной склеродермией в возрасте от 6 до 59 лет, из них 4 (33%) мужского и 8 (77%) женского пола.

По клинической форме 4 больных страдали с бляшечной склеродермией, 7 имели линейную форму и со склеро-атрофическим лихеном был 1 больной. Лонгидаза применялась в комплексном лечении 5 больных различными формами склеродермии. Согласно инструкции проводились внутримышечные инъекции лонгидазы по 3000 МЕ с интервалом 3 дня, на курс — 10 инъекций. 7 пациентам с ограниченной формой бляшечной склеродермии лонгидазу вводили в виде электрофореза ежедневно по 3000 МЕ на очаги поражения, на курс — 10 процедур.

В 96,1% случаев у пациентов наблюдалось исчезновение или уменьшение венчика гиперемии по периферии очагов, явлений атрофии, чувство стянутости кожи заметно уменьшилось, улучшилась кожная чувствительность, при этом побочных явлений не наблюдалось. У 2 пациентов, получивших лонгидазу внутримышечно, на 2–3 инъекции препарата возникла местная аллергическая реакция в месте введения в виде гиперемии кожи и зуда. Эти явления не требовали отмены курса лечения и успешно купировались назначением антигистаминных препаратов (за 30 мин — до инъекции лонгидазы).

Таким образом, при включении лонгидазы в базисную терапию больных со склеродермией было достигнуто приостановление роста соединительной ткани, рассасывающее действие на рубцовую ткань, особенно в стадии формирования рубца, выравнивание его поверхности по отношению к окружающей ткани, уменьшение гиперемии.

Лонгидаза обладает исключительным набором свойств, позволяющих воздействовать не только на воспалительный процесс, но и на его грозные последствия — рубцы, спайки, ухудшение кровообращения.

ТРИОВИТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

С.С. АРИФОВ , Т.А. НАБИЕВ, Д.М. КАМАЛОВ

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

Красный плоский лишай относится к хроническим дерматозам и проявляется в виде зудящих папул на кожных покровах, слизистых и, в редких случаях, на ногтях. Разнообразность симптоматики этого заболевания обусловливает количество его разновидностей и иногда существенно затрудняет диагностику. В сложных случаях для точной постановки диагноза больному приходится назначать биопсию.

Распространенность этого дерматоза среди кожных патологий составляет около 1–2,5%, а среди недугов слизистой ротовой полости — около 35%. Примерно у 30–40% больных поражаются и слизистые оболочки, и кожа, а в 12–20% случаев заболевание поражает и ногтевые пластинки. У 25% больных красный плоский лишай поражает только слизистую рта. Чаще он выявляется у людей 40–60 лет (преимущественно у женщин). У детей заболевание наблюдается редко.

Под нашим наблюдением находилиь 49 больных (24 женщины, 25 мужчин) в возрасте 22–35 лет и давностью заболевания от 1 года до 7 лет.

Больные были разделены на две группы. В 1-й группе больные получали традиционную терапию, во 2-й — традиционную терапию и триовит по одной капсуле 2 раза в день 2 недели.

После одного курса терапии в обеих группах больных наблюдалось улучшение, но во 2-й группе процесс регрессировал значительно быстрее. Через 2 месяца после лечения все наблюдаемые больные были подвергнуты контрольному осмотру.

Во 2-й группе за болевание было в периоде ремиссии.

СОСТОЯНИЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ НА КАФЕДРЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ТАШИУВ

С.С. АРИФОВ, А.А. АБДУРАШИДОВ

Кафедра дерматовенеролгии и косметологии ТашИУВ

Повышение квалификации (ПК) врачей, в частности дерматовенерологов, имеет первостепенное значение в их профессиональной деятельности, поскольку быстрыми темпами разрабатываются новые методы диагностики, лечения и профилактики кожных и венерических болезней.

Согласно существующим нормативным документам, касающихся повышения и переквалификации, врачи лечебно-профилактических учреждений республики Узбекистан обязаны проходить учебу на профильных кафедрах в объеме не менее 288 часов с отрывом от основной работы (из них 144 часа по циклу общего усовершенствования) в течение каждой 5 лет.

В связи с этим нами была проанализирована количество обученных дерматовенерологов, на кафедре дерматовенерологии и косметологии ТашИУВ МЗ РУз, в зависимости от регионов Узбекистана.

За данный учебный год прошли обучение 211 курсантов, что составило 24% от всех 862 дерматовенерологов республики. При анализе состава обученных врачей на циклах усовершенствования в зависимости от областей республики отмечено, что 58 врачей курсантов проживали и работали в г. Ташкенте, включая дерматовенерологов кожно-венерологических вендиспансеров, РСНПМЦДВ и РКВБ, 21 — в Ташкентской области, 12 — в Бухарской области, 15 — в Республике Каракалпакстан, 14 — в Ферганской области, 13 — в Хорезмской области, 12 — в Самаркандской области, по 11 — в Сурхандарьинской и Андижанской областях, по 10 — в Наманганской и Кашкадарьинской областях, 8 — в Сырдарьинской области, 6 — в Джизакской области и 5 — в Навоийской области.

При анализе количество врачей, прошедших обучение по циклу общее усовершенствование за 2016–2017 год, по отношению к общему количеству дерматовенерологов, работающих в кожно-венерологических учреждениях области, были установлены следующие сведения: в Сырдарьинской области 8 (42,1%) из 19, в Сурхандарьинской — 11 (31%) из 36, в Бухарской — 17 (31%) из 56, в Республике Каракалпакстан — 15 (30%) из 50 дерматовенерологов успешно прошли обучение. Тогда как из других регионов республики общее усовершенствование, по аналогичному показателю, прошли от 13 до 28% дерматовенерологов.

Таким образом, полученный анализ показал, что один раз в 5 лет общее усовершенствование проходить каждый дерматовенеролог, однако не-

обходимо планомерная регуляция направляемых врачей по отношению к общему количеству дерматовенерологов региона за отдельный учебный год.

ГЕЛЬ «СКИНОРЕН» В ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Ш.К. АХМЕДОВ, Р.А. ОРИПОВ, Ф.Ф. ЖУРАЕВА

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы — изучение клинической эффективности и переносимости скинорена при моно- и комплексной терапии больных угревой болезнью.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 40 больных угревой болезнью (15 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 15 до 30 лет, средний возраст — 22,5 лет. Легкая степень тяжести заболевания отмечалась у 25 человек, средняя — у 15. Из них 30 человек использовали гель «Скинорен» в виде монотерапии, нанося его тонким слоем на предварительно очищенную кожу один раз в день вечером. У 10 пациентов со средней степенью тяжести кожного процесса сочетали наружную терапию с системной. По истечении 2 недель терапии скинореном эти пациенты увеличили кратность нанесения до 2 раз в день.

Результат исследования. Через 4 недели значительное улучшение наблюдалось у 15 пациентов со средней степенью тяжести акне и практически клиническое выздоровление у пациентов с легкой формой. Максимальный эффект терапии был достигнут в течение 5–6 недель, когда у 33 пациентов (82,5%) наступило разрешение папулезных и пустулезных элементов и лишь у 5 больных со средней тяжестью акне еще сохранялись островоспалительные узелки, корочки, комедоны. Отмечена хорошая переносимость препарата. Только у 2 больных в конце первой недели лечения скиноренном наблюдались легкое жжение, эритема и шелушение в месте нанесения, но после 2-дневного перерыва эти симптомы исчезли и больше не появлялись до окончания курса терапии.

Вывод. Гель «Скинорен» является эффективным и безопасным средством для наружной терапии больных угревой болезнью.

ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА

Ш.К. АХМЕДОВ, Х.Д. АБДУЛЛАЕВ, Д.А. БЕГМАТОВА

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы — изучить клиническую эффективность препаратов «Энтерол» и «Стронгернео» у больных псориазом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 28 больных с различными формами псориаза в стадии прогрессирования, из них 17 — с тяжелой распространенной формой и 11 — с пустулезной, включая 5 с ладонно-подошвенным псориазом Барбера. Лечение 18 больных с тяжелой экссудативной и пустулезной формами псориаза начиналось с назначения пробиотика энтерола (по 1 капсуле 2 раза в день) в течение 10 дней. Остальным 10 пациентам в комплексную терапию включался стронгер-нео по 20,0 + физ. раствор 250,0 в/в капельно №5.

Результат исследования. На фоне приема энтерола значительно снизились явления экссудации, псориатический процесс трансформировался в обычную форму. Наилучшие результаты отмечены при пустулезной форме псориаза: в первые дни приема явления экссудации уменьшились, пустулы подсохли, в дальнейшем прекратилось появление новых элементов. У 7 больных удалось полностью купировать обострение патологического процесса на коже. На фоне стронгер-нео уменьшились выраженность эритемы, инфильтрации очагов поражения; псориатический процесс перешел в стадию стабилизации. Отдаленные наблюдения в течение 6–12 месяцев показали хороший терапевтический эффект этих методов. Побочных явлений в процессе лечения не отмечено.

Вывод. Энтерол и стронгер-нео в комплексном лечении псориаза в стадии прогрессирования позволяет добиться регресса высыпаний в более короткие сроки по сравнению с традиционной терапией.

СЛУЧАИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СКЛЕРОДЕРМИИ

Ш.К. АХМЕДОВ, С.М. СОБИРОВ, А.У. РУСТАМОВ

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования — подтвердить эффективность применения лонгидазы при лечении склеродермии.

Материал и методы исследования. Обследованы и пролечены лонгидазой 14 больных (10 женщин и 4 мужчин в возрасте от 30 до 55 лет). Очертания очагов были овальные, полосовидные, анулярные. Вокруг отдельных участков поражения — узкий поясок лилового цвета. Препарат вводили внутримышечно в дозе 3000 МЕ 1 раз в 3 дня, на курс 6–10 инъекций. Продолжительность курса подбирали индивидуально в зависимости от клинического течения, стадии и локализации заболевания.

Результаты исследования. Наблюдения за больными в процессе терапии выявили хорошую эффективность лонгидазы. У 2 больных были местные реакции в виде болезненности, гиперемии и припухлости в месте инъекции, которые разрешались за 36–48 часов и не потребовали отмены препарата. Общих аллергических реакций не наблюдалось. У 8 пациентов было достигнуто клиническое излечение после одного курса терапии: исчезли лиловые ободки, уменьшились уплотнения. 10 пациентам для клинического излечения потребовалось 2 курса. Следует отметить, что лонгидазу мы назначали в составе комплексной терапии.

Вывод. Лонгидаза является эффективным средством лечения склеродермии в составе комплексной терапии. Как препарат с выраженной протеолитической активностью он может быть рекомендован для широкого применения, избавив пациентов от длительного многокурсового лечения болезненными инъекциями лидазы.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Х.Х. АХРОРОВ, Д.Д. НАБИЕВА

Ташкентский педиатрический медицинский институтТашкент

Актуальность. Атопический дерматит (АД) является заболеванием, нередко протекающим в виде тяжелого дерматоза, с кожными гнойными осложнениями (Смирнова Г.И., 2014), и его сочетание от 40 % до 60 % случаев с аллергическим ринитом, коньюнктивитом, бронхиальной астмой, что придаёт еще большую значимость изучаемой проблеме.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 58 детей в возрасте от 2 до 5 лет с АД, получавшие лечение в клинике ТашПМИ. Среди них мальчиков — 30 (51,7 %) и девочек- 28 (48,3 %). Вместе с общеклиническими и биохимическими исследованиями проводили оценку клинических проявлений на основании шкалы SCORAD (1997) — scoring of atopic dermatitis.

Результаты. В ходе исследования было отмечено, зависимость тяжести заболевания от пола. В частности, выявлено, что среднетяжелое и тяжелое течение АД отмечается 2 раза чаще у девочек (от 52,6 % до 63,6 % в разных возрастных группах), по отношению к мальчикам (от 36,4 % до 47,4 %). Диффузные формы атопического дерматита в 1,5 раза чаще встречались у девоче (67,9 %), а ограниченные формы в 1,3 раза чаще у мальчиков (73,3 %). Также, у девочек превалировали площадь поражения (S) в 1,8 раза, интенсивность клинических проявлений в 1,6 раза, зуд в 1,4 раза, степень нарушения сна в 1,8 раза, а индекс SCORAD в 1,6 раза превышали значения перечисленных показателей у мальчиков. Следовательно, сам процесс терапии у девочек требует длительного периода.

Вывод. Отмечается преобладание тяжелого течения АД среди девочек (63,6 %) дошкольного возраста по отношению к мальчикам (36,4 %), с преобладанием диффузной формы заболевания с высокой интенсивностью клинического проявления в 1,6 раза.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL-6 В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА

О.А. БАБАДЖАНОВ[1], С.С. АРИФОВ[2]

[1]Ташкентский педиатрический медицинский институт;
[2]Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель работы — изучение полиморфизма rs1800795 гена IL-6 в детерминации риска развития и клинического течения розацеа.

Материал и методы исследования. Объектом исследований послужила выборка 140 неродственных больных розацеа, проживающих в различных регионах республики, и 145 здоровых неродственных человек (узбекской национальности). Молекулярно-генетические исследования были выполнены в отделе молекулярной медицины и клеточных технологий НИИ гематологии и переливании крови МЗ Руз.

Результаты исследования показали, что в общей группе и подгруппах больных розацеа по полиморфизму rs1800795 гена IL-6 не были выявлены отличия в частоте встречаемости аллелей и генотипов от популяционной выборки ($P > 0,05$). В группе больных наблюдалась тенденция к увеличению доли лиц с неблагоприятным гомозиготным вариантом rs1800795*G/G по сравнению с группой контроля. Наиболее близко к значимым обнаружились отличия при сравнении гомозиготного генотипа rs1800795*G/G между подгруппой больных с папуло-пустулёзной стадией и группой контроля (5,0% против 2,1%; $\chi^2 = 1,0$; $P = 0,3$; OR = 2,5; 95%CI 0,4018, 15,45). Среди общей группы больных и больных с эритематозной стадией носительство данного генотипа составило 4,3% и 4,0% ($\chi^2 = 1,1$; $P = 0,3$; OR = 2,1; 95%CI 0,5196, 8,644 и $\chi^2 = 0,8$; $P = 0,4$; OR = 2,0; 95%CI 0,4317, 9,009) соответственно. Одновременно с этим у пациентов с розацеа было отмечено незначительное снижение частоты встречаемости аллеля rs1800795*C и дикого гомозиготного генотипа rs1800795*C/C по сравнению с контрольной группой. Однако все указанные различия были статистически незначимыми ($P > 0,05$).

Таким образом, полиморфизм rs1800795 гена IL-6 играет не очень значимую роль в развитии розацеа.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-ОСЕТИНСКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

В.Т. БАЗАЕВ, ЦЕБОЕВА М.Б., ЦАРУЕВА М.С.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия минздрава РФ, г. Владикавказ, Россия.

Произведен анализ следующих показателей: структура заболеваемости, рациональность использования коечного фонда, обеспеченность населения койками и медицинскими кадрами за период 2010–2016 гг. В РСО-А имеется профицит врачей дерматовенерологов (1,52 врача на 10 тыс. насел.). Конечный фонд в 2010–2016 гг. уменьшился с 118 до 65. Количество пролеченных в круглосуточном стационаре больных за этот период уменьшилось почти в 4 раза: 2010 г. — 2878, 2016 г. — 731, а количество дней — в 4,8 раза (соответственно 43574 и 9168). Работа койки в году в 2016 г. составила 305,6 дней, а среднее пребывание в стационаре — 12,5 дней, при обороте койки 24,4 пациента в год. В 2010 г. показатель средней занятости койки дневного стационара составил 531 день (2016 г. — 263,9 день), при обороте 35,6 (2016 г. — 20,0) пациентов в год, средней продолжительности пребывания в стационаре 14,9 дней (2016 г. — 12,4 дней). В 2016 г. показатели приблизились к средним по РФ. Уменьшились все параметры в отделении круглосуточного пребывания: занятость койки в 1,5 раза, продолжительности пребывания в 1,3 раза, оборот койки в 1,2 раза. Доля больных аллергодерматозами увеличилась с 25,5% до 33,9%, псориазом — с 11,5% до 17%, инфекционными болезнями кожи снизилась в 2 раза — с 25,9% до 12,3%.

Вывод. Реструктуризация РКВД не отразилась на обеспеченности населения дерматовенерологами; снизился уровень госпитализации больных дерматологического профиля; увеличился объем стационарзамещающей помощи; необходимо повысить эффективность использования коечного фонда за счет внедрения высокотехнологичных методов лечения для пациентов, страдающих тяжелыми формами дерматозов, в условиях круглосуточного пребывания.

ИЗУЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В МИНЕРАЛЬНЫХ И ПРИРОДНЫХ ВОДАХ — ОСНОВА ДЛЯ СОЗДАНИЯ НОВОГО НАУЧНОГО НАПРАВЛЕНИЯ — МЕДИЦИНСКАЯ ГИДРОГЕОЛОГИЯ

С.А. БАКИЕВ, А.С. ИБРАГИМОВ, П.Н. МАВЛЯНОВ

ГП «Институт гидрогеологии и инженерной геологии», г. Ташкент, Узбекистан

Минеральные воды давно и прочно вошли в жизнь современного человека. На сегодняшний день практически нет ни одного санаторно-курортного учреждения, которое бы не использовало их различные типы (сероводородные, железистые, азотно-щелочные, кремневые и др.) в различных целях (лечебные ванны, их использование для лечения желудочно-кишечных и кожных заболеваний и т.д.).

История геологического развития территории Узбекистана и анализ существующей литературы свидетельствуют, что большинство месторождений минеральных вод распространены в структурах и отложениях палеогена, мела и юры, к которым приурочены месторождения нефти и газа (особенно в Ферганской долине). Такая закономерность наряду с положительными (в плане выявления перспективных участков распространения минеральных вод) имеет определенные отрицательные свойства. Как показал предварительный анализ химического состава попутных и сбросных вод нефтегазовых структур, а также минеральных вод, приуроченных к нефтегазовым структурам, в химическом составе этих вод наблюдается наличие тяжелых металлов, содержание которых, как известно, очень жестко регламентируется (особенно для вод, используемых в питьевых целях).

По мнению авторов, при использовании минеральных вод (лечебные ванны, их использование для розлива и т.д.) особое внимание необходимо уделить качеству отбора и проведения химического анализа проб таких вод. Не секрет, что имея информацию о лечебных свойствах (полезных компонентах) тех или иных вод и проводя химический анализ таких вод, основной упор делают на выявление содержания полезных компонентов, ограничиваясь общим химическим анализом воды, результаты которого не всегда объективно отражают их реальный химический состав. Причина, в основном, заключается в том, что при отборе проб воды на химический анализ (особенно анализ на содержание тяжелых металлов), она не консервируется, и проведенный анализ является неполным. Общеизвестно, что пробы воды, отобранные из источников на химический анализ для определения в них тяжелых металлов, должны отбираться с консервацией, т.к. длительность проведения анализа может составлять от нескольких дней до месяца и более. За это время часть тяжелых металлов, содержащихся в воде, может быть сорбирована стенками посуды (особенно учитывая тот факт, что пробы отбираются в последнее время в пластиковые бутылки), а также выпадать в осадок, взаимодействуя с другими элементами, содержащимися в воде, что несомненно скажется на качестве (результатах) химического анализа, исказив реальную картину.

Как показал предварительный анализ, содержание некоторых элементов в пробах одной и той же воды, определенной без консервации и с консервацией, может существенно отличаться. Так, если сравнить результаты химического анализа, то в пробах воды, отобранной без консервации, и с консервацией содержание свинца отличается от 3,5 до 13,5 раз. Учитывая факт жесткой регламентации содержания свинца в питьевых (в т.ч. и минеральных) водах, возникает необходимость более корректного проведения отбора проб воды, предназначенных для дальнейшего проведения химического анализа. Если содержание свинца в воде составляет величину в 10 раз меньше ПДК по данным химического анализа воды, (отобранной без консервации), то реальное его содержание будет превышать ПДК. Аналогичная картина наблюдается при изучении содержания кадмия, разница в содержании между пробами, отобранными с консервацией и без таковой, составляет от 2,5 до 31 раза. Отметим, что такая закономерность наблюдается при изучении ряда других металлов. Например, содержание лития превышает ПДК от 20 до 50 раз, марганца — от 5 до 7,5 раз, ртути, хрома и кадмия — до 1,3 раз, а стронция, бериллия и свинца могут превышать ПДК в сотни раз.

Поэтому считаем, что при отборе проб воды и проведении полного химического анализа на содержание тяжелых металлов (в соответствии с действующим ГОСТом по отбору, хранению и консервации проб) целесообразно проводить консервацию на тяжелые металлы. Методика консервации разработана одним из авторов данной статьи (Бакиев, 1991), которая предполагает проводить консервацию проб воды (с доведением pH до 2,0–2,5) следующими кислотами: 1) при определения железа, алюминия, меди и цинка — соляной кислотой; 2) при определении бериллия, марганца, свинца, стронция, серебра, кадмия — азотной кислотой.

Так, неправильно отобранная проба воды и, следовательно, неверно выданное заключение ее пригодности для использования на основе по-

лученных результатов химического анализа, могут иметь самые непредсказуемые последствия. Для оценки влияния тяжелых металлов на организм человека необходимо усилить работы в данном направлении, сделав упор на изучении вопросов, связанных с распространением тяжелых металлов в питьевых и минеральных водах, а также в оценке их влияния на организм человека совместно с медиками.

ОЦЕНКА СКАРИФИКАЦИОННЫХ ПРОБ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Д.А. БЕЛЯНИНА[1], Д.В. ДЕМИНА[2], Ю.М. КРИНИЦЫНА[1], И.Г. СЕРГЕЕВА[1,2], А.И. ЯКУБОВИЧ[3]

[1]Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск,
[2]Клиника иммунопатологии НИИФКИ, г. Новосибирск,
[3]ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ, г. Иркутск

Псориаз и атопический дерматит — распространенные в популяции воспалительные заболевания кожи. У ряда пациентов дифференциальный диагноз между ними представляет определенные трудности, так как кожный процесс имеет черты обоих заболеваний. Такая тенденция наблюдается у больных псориазом, имеющих атопические заболевания в личном или семейном анамнезе.

Цель исследования — выявить состояние атопии у больных псориазом, с указанием атопических заболеваний в личном или семейном анамнезе.

Материал и методы исследования. Методом случайной выборки было отобрано 14 пациентов с установленным диагнозом псориаз (возраст 24–51 год). Для оценки наличия состояния атопии пациентам проводили кожные скарификационные пробы.

Результаты исследования. Из 14 пациентов у 9 (64,3 %) выявлен положительный ответ на проведенные скарификационные пробы, из них на аллергены домашней пыли, клещей и сорных трав — у 5 (35,7 %), кошачью шерсть — у 4 (28,6 %), аллергены смеси злаковых трав и библиотечной пыли — у 3 (21,4 %), перо подушки, шерсть собаки и смесь деревьев — у 2 (14,3 %). У одного пациента наблюдалась сенсибилизация к антигенам перхоти лошади.

Вывод. У 64,3 % пациентов с псориазом, имеющих атопические заболевания в личном или семейном анамнезе, по результатам оценки, проведенных кожных скарификационных проб выявлено состояние атопии.

МЮНХГАУЗЕН СИНДРОМИ

К.З. БОТИРОВ, А.Б. ПАКИРДИНОВ, А.А. КУЧКАРОВ

Андижон давлат тиббиёт институти, дерматовенерология кафедраси

Руҳий беморлар ўзини идроксиз ўзига етказган жароҳатидан қониқиш оладилар ва асаб таранглиги камайиб, енгиллашадилар, бу дерматоз Мюнхгаузен синдроми деб юритилади. Дерматозатли бред синдроми ёки юзаки галюциноз синдромини, биринчи бўлиб 1938 йили швед олими Экбом ёзган бўлиб, бу синдром ички (эндоген) психозда, яъни шизофрения ипохондрик шакли, маникал-дерессив босқичида учрайди. Ушбу синдромда кўриш ва эшитиш галюцинацияларсиз тактил галюцинациялар учрайди. Беморлар тери ичида чумоли (ҳашаротлар чақиши) ўрмалашини сезиб, терида кучли қичишиш ва чукур терида тўқималар ўлишини айтадилар.

Тактил галюциноз тарқалган ёки чекланган бўлади. Баъзан тактил галюциноз туфайли беморлар ўзини дўзахга тушган ёки чумолилар инига киргандек ҳис килиб, ўринларидан сакраб турадилар, кийимлари ва чойшабларини қарайдилар, ҳеч қандай хашарот топа олмай яна утирадилар. Беморлар характерида ҳам тактил галюциноз туфайли ўзгаришлар бўлиб, ҳар куни қўлларини кўп марта ювиб, чойшабларини такрор қайнатадилар ёки териларига керосин, баъзи инсекцид воситалар суркайдилар — (4–5).

Бизнинг кузатувимизда 2 та бемор бўлди: Бемор К.У. 1968 йил тўғилган ишчи-қурувчи, Андижон В.Т.Т.К.Д. диспансер бўлимига куйидаги шикоятлар билан тушди: териси ичида кана доимий ўрмалайди ва чақади, беморга тинчлик бермайди. Бемор охирги 2 йилдан буён шизофрения (ипохондрик шакли, маникал-дифрессив босқичи) билан Андижон руҳий ҳолатни тиклаш диспансерида ҳисобда туради.

Объектив: умумий аҳволи ўртача, лимфа тугунлари катталашмаган. Қорин, кўкрак терисида қўл-оёқларида омбур билан тишланган яралар бўлиб, уларнинг шакли нотўғри, чуқур, баъзи яралар юзаси қатқалоқ билан қопланган ва йирингли-қонли ажратма ажраб чиқаяпти, бетартиб жойлашган.

Клиник қон ва сийдик тахлилида патология йўқ. КСРга қон манфий. Бемор Х.Р 1959 йилда тўғилган, 1972 йилдан буён Бутакора руҳий мурувват уйида шизофрения (шубообраз кечиши) билан 1980 йилдан буён яшайди. Бемор қўл ва оёқ териси остида чувалчанг урмалашини сезади ва ковлаб чувалчангларни олиб ташлайди. Ҳар йили 2–3 марта психотроп даво олади ва доимий назоратда бўлади.

Бемор озғин, териси очпушти рангда, лимфа тугунлари катталашмаган. Қон ва сийдик умумий таҳлили ўзгаришсиз.

Объектив: Бемор иххала қўлида, билак олди ва билакда кўплаб кесилган яралар (жароҳат) — (11×10,5 см, 1×1 см, 0,71×10,7 см,) 0,91×10,7 см, баъзи соҳаларида яралар қирғоғи кесилган, тирналган (экскориация), янги эррозиялар, баъзи соҳаларда геморогикқонли билан қопланган.

Лаборатория: Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили ўзгаришсиз.

Юқоридаги 2 та бемордаги ҳолат дерматовенерологлар, магистрлар, ва клиник ординаторлар учун ўрганишга ва дифференциаллашга қизиқиш уйғотади, бу билан беморлик эмас, балки бемор организми борлигини таъкидлайди.

Баъзи руҳий хасталикларга чалинган беморлар дерматовенерологлар маслаҳатига муҳтож бўладилар ва улар руҳий шифоларда тўла даво топадилар.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.У. БУРХОНОВ

Цель исследования — иммунологическая оценка эффективности проводимой терапии больных псориазом пожилого и старческого возраста путем анализа субпопуляционного состава лимфоцитов крови.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 46 больных псориазами (26 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 60 до 85 лет. У 34 больных была распространенная из 12 ограниченная форма заболевания. Все больные получали традиционное лечение.

Результаты исследования. Состояние иммунной системы показало, что у больных псориазом пожилого и старческого возраста до начала лечения количество CD3-клеток было снижено на 15,3%, CD4+ — клеток — на 23,9%, а уровень CD19+ — клеток повышен на 34,1% по отношению к контрольной группе. Содержание CD8+ — клеток оставалось на уровне данных здоровых лиц. У больных наблюдалось уменьшение показателей маркеров активации лимфоцитов CD25+ на 10,9% и увеличение содержания CD95+ на 15,6%.

Также наблюдалось, что у больных псориазом пожилого и старческого возраста до начала лечения отмечается нарушение в работе иммунной системы, выражающееся дефицитом клеточного и активацией гуморального звеньев иммунитета.

По окончании лечения у больных, получавших традиционную терапию наблюдалось повышение количества CD3+ — клеток на 5,2%, CD4+ — клеток — на 9,4% и снижение количества CD19+ — клеток на 10,1% по сравнению с данными до лечения. Показатели маркеров активации лимфоцитов, в частности, CD25+ повысились на 3,3%, а уровень CD95+ снизился на 6,5%.

Вывод. Традиционной метод терапии позитивно влияет на иммунный статус больных псориазом пожилого и старческого возраста, однако не восстанавливает имеющегося иммунодефицитного состояния, что свидетельствует о необходимости включения в комплекс терапии таких больных иммунокорригирующих препаратов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В КРОВИ И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В КОЖЕ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ ИСТИННОЙ

В.В. ГИЛЮК

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

Цель исследования — провести исследование уровня метаболитов эндогенного осида азота (нитратов, нитритов) в периферической крови и микроциркуляции в коже больных экземой истинной, а также определить влияние соответствующих показателей на характер клинического течения этого заболевания.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 48 больных экземой истинной (25 мужчин и 23 женщины) в возрасте от 18 до 67 лет. Для определения содержания метаболитов оксида азота (NO) в плазме крови больных использовался спектрофотометрический метод определения нитрит-ион, на основании реакции нитритов с реактивом Грисса. Определение

состояния микроциркуляторного русла кожи проводилось с помощью лазерной допплеровской флоуметрии.

Результаты исследования. Установлено повышение показателей содержания конечных стабильных метаболитов оксида азота в периферической крови больных экземой истинной. При этом наиболее высокий уровень соответствующих показателей в сравнении с практически здоровыми лицами установлен в крови больных дисгидротической формой экземы, длительность течения которой составляла более 10 лет. При острой и подострой стадиях течения экземы регистрировалось уменьшение показателя микроциркуляции в коже больных, а при хронической стадии — увеличение соответствующего показателя по сравнению с практически здоровыми людьми. Наиболее существенное достоверное нарушение микроциркуляции в коже было установлено у больных экземой со сроком течения дерматоза более 10 лет. Доказано наличие корреляционной взаимосвязи между повышением показателей содержания метаболитов оксида азота и нарушениями микроциркуляции в коже больных экземой истинной.

Вывод. Установлено влияние уровня продукции метаболитов эндогенного оксида азота в крови больных экземой истинной и нарушений микроциркуляции в коже на характер и тяжесть клинического течения этого дерматоза, что необходимо учитывать при разработке тактики индивидуализированной комплексной терапии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРЕМА «ДЕКСЕРИЛ» В ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

М.А. ЕКУБОВА

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Среди пациентов детского и взрослого возраста часто встречаются так называемые дерматозы, под дающиеся наружной глюкокортикостероидной терапии. И правильный выбор средств, применяемых для местного лечения, зависит от знания и опыта врача. Современные условия диктуют разумный подход к назначению лекарственных средств. Препараты должны отвечать в первую очередь требованиям безопасности, удобства в применении, эффективности в использовании.

Цель исследования. Изучение возможности применения крема «Дексерил» в терапии различных дерматозов.

Материал и методы исследования. Кремы серии «Дексерил» содержащие глицерин 15%, вазелин 8%, жидкий парафин 2%, являются мощным ингибитором провоспалительных цитокинов, обладают выраженной противозудной активностью. Наряду с этим препараты имеют низкий уровень абсорбции, разрешены к применению начиная с рождения, возможностью использования на чувствительных участках кожи лица и в складках. Вещества, входящие в состав препарата, способствуют увлажнению и восстановлению функции кожного барьера, отлично подходят для поддержания целостности кожи.

Под наблюдением находились 39 пациентов с различными формами дерматозов. В зависимости от нозологической формы пациенты распределились следующим образом: с атопическим дерматитом — 8, с псориазом — 10, с аллергическим контактным дерматитом — 3, розовым лишаем Жильбера — 1, токсикодермией — 1, ограниченным нейродермитом — 3, фитодерматитом — 1, себорейным дерматитом — 5, экземой — 7 пациентов. Всем пациентам в зависимости от выраженности патологического процесса назначались различные формы крема «Дексерилом». На повторных приемах была возможность оценить эффективность, а также степень выраженности симптомов заболевания.

Результаты исследования. У всех пациентов независимо от формы отмечалось уменьшение зуда, гиперемии, шелушения, инфильтрации, сухости кожи. Пациенты также отмечали хорошую переносимость препарата, удобство в применении (1 раз в сутки), быстрое наступление улучшения состояния кожи. Наряду с общей терапией различных дерматозов успех в лечении зависит от правильности выбора средств, применяемых для наружного лечения.

Вывод. Кремы серии «Дексерил» зарекомендовали себя как современные, высокоэффективные средства. Использование их при различных дерматозах позволяет быстро добиваться желаемого результата и обеспечивать качество жизни пациентов дерматологического профиля.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «РИЗОКСАН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

М.А. ЕКУБОВА

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Псориа (чешуйчатый лишай) — хронически рецидивирующее заболевание, в основе которого лежит усиленная пролиферация и нарушение дифференцировки клеток эпидермиса. Заболевание протекает годами, сопровождается чередованием рецидивов и ремиссий. В настоящее время наиболее признанными теориями возникновения Чешуйчатого лишая является наследственная, иммунная, нейрогенная, эндокринная и теория обменных нарушений. Чешуйчатый лишай обычной (вульгарной) формы начинается у разных больных по-разному.

Учитывая патогенез развития псориаза, терапия должна быть направлена на коррекцию воспаления, гиперпролиферацию эпителиоцитов и нормализацию их дифференцировки. В настоящее время существует множество методов и различных препаратов для лечения псориаза.

Исходя из вышеизложенного мы у 18 больных псориазом вульгарной формы изучали эффективность действия препарата «Ризоксан».

В его составе имеются: экстракт плодов расторопши пятнистой 140 мг, экстракт травы и корня чистотела большого 80 мг, экстракт корневища куркумы яванской 25 мг. выпускается в капсулах.

Больные находились в возрасте от 18 до 35 лет, из них мужчин — 11, женшин — 7. Очаги поражения локализовались на нижних и верхних конечностях, туловище, руках. Всем больным назначались препараты кальция, витамины и антигистаминные препараты. Вместе с комплексным лечением больным был назначен ризоксан по 1 капсуле 3 раза в сутки в течение 10 дней. Наружно больные применяли мази и кремовые смеси. После проведенного лечения у всех больных в очагах поражения краснота, инфильтрация уменьшились, бляшки рассосались и наступило клиническое выздоровление. Ризоксан оказывает антиоксидантное, антигипоксическое действие восстанавливает устойчивость организма к стрессу и воздействию различных повреждающих факторов, он снижает активность трансаминаз, стабилизирует мембраны гепатоцитов, оказывает антифибротический эффект, препятствует проникновению токсинов внутрь гепатоцитов, снижает насыщенность желчи холестерином, предотвращая холилитиаз.

Таким образом, ризоксан при лечении больных псориазом обычной (вульгарной) формы оказался эффективным препаратом, его можно рекомендовать для лечения больных.

«РИЗОКСАН» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РОЗОВЫМ ЛИШАЕМ ЖИБЕРА

М.А. ЕКУБОВА

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Болезнь Жибера, характеризующаяся пятнистыми высыпаниями, является распространенным эритематозно-сквамозным дерматозом предположительно инфекционно-аллергического, вирусного происхождения. Развивается после инфекционных лихорадочных болезней, кишечных расстройств, вакцинации. Течение дерматоза сезонное (чаще в весенне-зимний или осенне-зимний период), цикличное, длительностью 4–6, реже 8 недель с развитием пигментации и длительным иммунитетом.

«Ризоксан» — лекарственный препарат (производства ROTOPHARM PHARMACEUTICAL), в составе которого имеется экстракт плодов расторопши пятнистой, 140 мг, экстракт травы и корня чистотела большого, 80 мг, экстракт корневища куркумы яванской, 25 мг. выпускается в капсулах, №30.

Нами проведено лечение 14 больных розовым лишаем, из них мужчины — 8, женшин — 6 возрасте от 17 до 46 лет. Всем больным были назначены препараты кальция, витамины и антигистаминные препараты, а также в комплексное лечение был включен по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 10 дней. Он снижает активность трансаминаз, стабилизирует мембраны гепатоцитов, оказывает антифибротический эффект, препятствует проникновению токсинов внутрь гепатоцитов, снижает насыщенность желчи холестерином, предотвращая холилитиаз. Наружно применяли масляные и водные взбалтываемые смеси. После проведенного лечения у всех больных в очагах поражения краснота инфильтрация уменьшились, бляшки рассосались, наступило клиническое выздоровление в пределах от 22 дней до одного месяца.

Таким образом, ризоксан при лечении больных розовым лишаем оказался эффективным препаратом, его можно рекомендовать для лечения больных.

«ДИБАЗОЛ» В ЛЕЧЕНИИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ

М.А. ЕКУБОВА

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Многоформная экссудативная эритема характеризуется сезонным течением, нередко рецидивирующим, с вовлечением в процесс кожи слизистых оболочек. В настоящее время установлены две формы болезни: идиопатическая и симптоматическая. Идиопатическая экссудативная многоформная эритема считается заболеванием вирусной этиологии.

Продромальный период характеризуется болями в костях, суставах, мышцах и субфебрилитетом. Спустя 2–3 дня остро появляются симметрично ограниченные пятна или уплощенные отечные папулы округлой либо овальной формы, розово-красного или ярко-красного цвета, увеличивающиеся по периферии. На поверхности элементов или на неизмененной коже возникают разнокалиберные пузырьки, пузыри с серозным или геморрагическим содержимым, окруженные узким воспалительным ободком.

Принимаемые болеутоляющие лекарственные препараты (баральгин, этодин-форте, кетотифен, долекс и др.) терапевтического эффекта не дают. Поэтому перед врачами стоит проблема, применения новых, более эффективных болеутоляющих препаратов при лечении больных. Учитывая вышеуказанные нами применен препарат «Дибазол».

Дибазол — 2-бензилбензимидазола гидрохлорид — белый или слегка с сероватым или желтоватым оттенком кристаллический порошок горько-соленого вкуса, трудно растворим в воде, легко в спирте.

На фоне противовирусных препаратов 11 больным препарат назанчался дибазол по 1 таблетке (0,005) 2 раза в сутки (за 2 часа до еды) в течение 7 дней. При применении дибазола по указанной схеме боли и элементы в очагах поражении уменьшились у 6 больных на 4–5 день лечения, у остальных больных — на 6–7 день.

Таким образом, дибазол является эффективным средством и рекомендуется применению при лечении больных многоформной экссудативной эритемой.

КОСМЕТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КОЖИ

М.А. ЕКУБОВА

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Вульгарные угри распространенное косметическое заболевание кожи. Развитию заболевания способствует себорея с соответствующим нарушением деятельности симпатического диэнцефального центра и изменением состава кожного сала. В результате после лечения угревой сыпи на коже отмечается сухость, снижается эластичность, появляются морщины, камедоны и другие косметологические недостатки. Для устранения и уменьшения этих явлений у пациентов мы применяли крем-маску «Формула 308» фирмы «Floresan». Крем-маска эффективна борется со старением кожи, способствуя сокращению морщин, питает кожу и повышает ее упругость и эластичность, выравнивает поверхность кожи, обладает ярко выраженными увлажняющими и смягчающими свойствами. Содержание в маске ДНК-комплекса, экстракта зеленого чая, витамина Е и эфирного масла итальянского бессмертника позволяет восстанавливать, омолаживать кожу, стимулировать естественные функции клеток. При регулярном применении крем-маски текстура кожи омолаживается, уменьшается глубина морщин, подтягивается кожа лица в области скул, линии подбородка и шеи. Кожа становится свежей и упругой, без следов усталости и дряблости, приобретает здоровый сияющий цвет и молодость.

Под наблюдением находились 18 больных от 18 до 35 лет, из них мужчин — 11, женшин — 7. Очаги поражения локализовались на коже лица, шеи. Всем больным были назначены препараты кальция, витамины и антигистаминные препараты. Помимо с комплексного лечения больным наносили крем-маску «Формула 308» 2–3 раза в неделю, на курс 10–15 процедур. К концу курса отмечалось улучшение косметических свойств кожи в той или иной степени, выражавшееся в осветлении кожи, освежении и исчезновении сухости, появлении естественного блеска и упругости кожи, уменьшении и исчезновении камедон.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА

М.А. ЕКУБОВА, Л.А. МУХАММАДЖАНОВА

Андижанский государственный медицинский институт;
кафедра дерматовенерологии

Цель исследования — изучение клинической эффективности препаратов «Валацикловира» и «Ацикловира» в терапии больных опоясывающим герпесом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 18 больных с опоясывающим герпесом, 11 из них в возрасте старше 50 лет. Обследование пациентов включало осмотр, клинико-лабораторные исследования, консультации смежных специалистов. Локализация высыпаний в зоне иннервации тройничного и лицевого нерва наблюдалась у 4, по ходу межреберных нервов — у 11, по ходу седалищного нерва — у 3 пациентов. Симптомы интоксикации и болевой синдром отмечали все пациенты. На фоне комплексной терапии (нестероидные противовоспалительные препараты, витамины группы В, анилиновые красители наружно) 10 пациентов получали валацикловир (валтрекс) (1,0 г 3 раза в сутки в течение 7 дней), 8 человек — ацикловир (0,8 г 5 раз в сутки в течение 7 дней).

Результаты исследования. Все пациенты переносили терапию валацикловиром и ацикловиром хорошо, нежелательных эффектов (в том числе и при исследовании биохимических показателей крови) выявлено не было. На фоне терапии валацикловиром у всех 10 пациентов интоксикационный синдром купировался к 3-му дню терапии, что не наблюдалось у пациентов, получавших ацикловир. Гипертермия, слабость, утомляемость сохранялись у 5 больных в течение 4 дней терапии, у 3 — в течение всего периода терапии. Начало эпителизации на фоне приема валацикловира наблюдалось у всех пациентов к 4–5 дню терапии, а при применении ацикловира — к 6–7 дню. Средняя продолжительность болевого синдрома на фоне терапии валацикловиром у 10 человек составила, 24 суток, в то время как на фоне применения ацикловира болевой синдром купировался в течение 7 дней только у 8 пациентов (средняя продолжительность его составила 5–19 суток). Постгерпетическая невралгия отмечалась у 2 пациентов, получавших валацикловир, и у 7 пациентов, получавших ацикловир. Через 2–4 месяца после проведения противовирусного лечения всем 3 пациентам был назначен Валацикловир повторно по 1,0 г 3 раза в сутки в течение 7 дней. Постгерпетическая невралгия была купирована у 6 пациентов. Болевой синдром сохранился после проведенной терапии у 3 пациентов: старше 70 лет, с наличием 5–7 — дневного болевого синдрома в продромальном периоде и генерализованной формой опоясывающего герпеса.

Вывод. Терапия валацикловиром значительно улучшает качество жизни пациентов с опоясывающим герпесом, позволяя в короткие сроки купировать кожные проявления заболевания, а также интоксикационный и болевой синдромы. Валацикловир является препаратом выбора для профилактики развития и уменьшения продолжительности постгерпетической невралгии.

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ.

Г.Р. ИБРАГИМОВА

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

В последние годы в ходе стремительного развития современной медицины растет интерес к новому и молодому разделу науки — психодерматологии. Важную роль при проведении совместных исследований дерматологов и психиатров играет клинический анализ наблюдаемой патологии в современной концепции психосоматических расстройств. Каждый дерматовенеролог в своей практике часто сталкивается с расстройствами психологического характера, спровоцированными дерматологической патологией, возникающей при хронических рецидивирующих дерматозах. Согласно исследованиям европейских дерматологов около 20% всех страдающих пациентов с хроническими дерматологическими заболеваниями имеют те или иные психологические нарушения. Согласно статистике у пациентов с хроническими дерматозами, такими как псориаз, витилиго, атопический дерматит, экзема сочетание дерматологической и психической патологии составляет около 30–40%.

Цель исследования. Изучить уровень психоэмоционального состояния у пациентов с хроническими рецидивирующими дерматозами.

Материал и методы исследования. Проведено письменное тестирование больных, находящихся на стационарном лечении в РСНПМЦ ДиВ с различными хроническими дерматозами (псориаз, атопический дерматит, витилиго), по методике определения уровня депрессивности по шкале Зунга.

Результаты исследования. Так, среди 70 протестированных пациентов с хроническими рецидивирующими дерматозами было выявлено, что у 8% пациентов наблюдается высокий уровень депрессивности, что указывает на снижение фона настроения, уровня активности, работоспособности, побуждений и способности к адекватному эмоциональному реагированию, сопровождающейся переживанием по поводу недостаточной ценности собственной личности. У 37% пациентов наблюдалась ипохондрическая депрессия, выражавшаяся в виде склонности к драматизации ситуации, многообразии жалоб, тревожными опасениями по поводу исхода заболевания и страхом пожизненного уродства. 55% пациентов страдают депрессией легкого уровня, выражающейся быстрой переменчивостью настроения, плаксивостью, раздражительностью и плохим сном, которые сопряжены с идеями физического недостатка — косметического дефекта. В результате проведенного исследования было установлено, что пациенты, страдающие хроническими дерматологическими заболеваниями, переживают различные ощущения психологического дискомфорта, такие как депрессия, замкнутость, комплекс неполноценности, пониженная самооценка, недостаточная уверенность в себе при осуществлении межличностных контактов и в ситуациях принятия решений, неуверенность в будущем.

Вывод. При лечении больных с хроническими дерматологическими заболеваниями необходимо уделять особое внимание не только лечению основного заболевания, но и проводить профилактику появления различных неблагоприятных психоэмоциональных состояний.

ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЯ КАК МОЛОДОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Г.Р. ИБРАГИМОВА

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

На сегодняшний день психодерматология является одной из молодых, актуальных и малоизученных направлений в современной медицине. Психодиагностика является неотъемлемой частью при проведении лечебных мероприятий у пациентов с дерматологическими заболеваниями. Кожа чаще чем другие системы организма становится «соучастницей» психологических изменений, предрасполагающих к депрессивным состояниям, так как обладает высокой чувствительностью к психогенным и ситуационным воздействиям. Систематизировав психические расстройства при дерматологических заболеваниях, выделяют следующие:

— психические расстройства с преимущественной проекцией симптомов в сферу кожного покрова:

а) дерматозойный (зоопатический) бред;

б) ипохондрии с аутодеструктивными тенденциями (патомимия, невротические экскориации, экскорированные акне, трихотилломания, онихофагия и онихотилломания, хейлофагия);

в) дисморфофобия (доминирование идеи мнимого физического недостатка, связанного с кожными покровами);

— психические расстройства, вызванные дерматологической патологией, в том числе выделяется особая группа дерматозов — хронических психосоматических заболеваний, таких как псориаз, экзема, угревая болезнь, атопический дерматит, течение которых и последующие рецидивы опосредованы травматизацией психики.

При дерматозойны (зоопатических) состояниях воображаемые паразиты ведут к субъективным тактильным обманам. Большинство пациентов описывают морфологические признаки несуществующих паразитов собирая, презентируя и требуя микроскопического исследования «вещественных доказательств», в виде частиц эпителия и ворсинок, которые больные предоставляют в лаборатории как личинки, яйца или продукты жизнедеятельности паразитов, сообщают о путях их передвижения, цикле размножения, а также идет усиленная борьба с «несуществующими паразитами» в виде вытравливания насекомых различными химическими препаратами, «защита окружающих» от возможного заражения.

Таким образом, при лечении больных с дерматозойными бредовыми состояниями необходимо уделять внимание не только лечению основного заболевания, но и проводить консультации психотерапевта.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МЕЛАТОНИНА И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С КОЖНЫМ ЗУДОМ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Н.С. ИБРАГИМОВА

Кафедра кожных и венерических болезней ТМА центральная поликлиника №2 МСО г. Ташкента

Цель исследования. Изучить взаимосвязь уровня мелатонина (МТ) и вегетативного статуса у лиц пожилого и старческого возраста с кожным зудом.

Материал и методы исследования. Среди 60 лиц пожилого и старческого возраста, из них 33 больных с кожным зудом без сыпи (основная группа) и у 27 лиц без зуда (группа сравнения). Продукцию МТ изучали на основании экскреции с мочой в вечернее (за 1 час до сна) и ночное время его основного метаболита — 6-Сульфаоксимелатонина (6-СОМТ) иммуноферментным методом с помощью тест-системы «Buhlmann 6-Sulfatoxymelatonin ELISA» (Швейцария). Метод основан на прямом количественном определении 6-СОМТ в моче человека. Свойства нервной системы определяли по по методике Ильина Е. П. (1972) «Теппинг тест». Для определения вегетативного статуса больным было проведено холтеровское мониторирование.

Результаты. Согласно полученным данным, у больных с зудом, как с возрастом, так и относительно группы сравнения, отмечается выраженное снижение экскреции 6-СОМТ. При изучении взаимосвязи степени зуда и содержания 6-СОМТ установлены следующие изменения. Чем выраженнее зуд, тем ниже уровень МТ в моче, так при сильном и нестерпимом зуде он снижался в 3,9 раз (128 ± 10 нг/час; $P < 0,05$) и достоверно отличался от показателей как при слабом зуде (496 ± 28 нг/час), так и при среднем (321 ± 18 нг/час). Корреляционный анализ так же показал сильную обратную связь между выраженностью зуда и показателями 6-СОМТ в моче ($r \pm 0,869$). Нами был проведен анализ взаимосвязи уровня МТ и вегетативного статуса больных с зудом. При этом по результатам однофакторного дисперсионного анализа выявлена статистически значимая корреляция между уровнем экскреции 6-СОМТ и степени выраженности силы процессов возбуждения: при слабой степени уровень МТ был выше, чем у пациентов с сильной степенью степени ($p < 0,05$). Выявлена достоверная отрицательная корреляция между симпатико-парасимпатическим дисбалансом и продукцией МТ, которая сопровождалась повышением уровня экскреции 6-СОМТ у большинства обследованных больных с зудом с уравновешенным балансом (МТ 543,6 ± 59,0 нг/час) по сравнению с пациентами с симпатико-парасимпатическим дисбалансом (МТ 355,8 ± 53,8 нг/час) ($p < 0,05$).

Темпы снижения секреции МТ у больных с зудом были более выражены по сравнению с людьми аналогичного возраста без зуда.

Мы полагаем, что увеличение в старости доли синтезируемого МТ, обладающего цитостатическими и антиоксидантными свойствами, возможно, является эндогенным протекторным фактором, снижающим риск возникновения зуда и нарушений вегетативного статуса у людей пожилого и старческого возраста. Это диктует необходимость корректировки лечебных мероприятий с учетом изменений ВНС

ПОКАЗАТЕЛИ МЕЛАТОНИНА У БОЛЬНЫХ С КОЖНЫМ ЗУДОМ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Н.С. ИБРАГИМОВА

Кафедра кожных и венерических болезней ТМА, центральная поликлиника №2 МСО г. Ташкента.

Цель исследования: изучить показатели мелатонина (МТ) у лиц пожилого и старческого возраста с зудом.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось среди 60 лиц пожилого и старческого возраста, из них 33 больных с кожным зудом без сыпи (основная группа) и у 27 лиц без зуда (группа сравнения). Продукцию эпифизарного гормона — мелатонина изучали на основании экскреции с мочой в вечернее (за 1 час до сна) и ночное время его основного метаболита — 6-Сульфаоксимелатонина (6-СОМТ) иммуноферментным методом с помощью тест-системы «Buhlmann 6-Sulfatoxymelatonin ELISA» (Швейцария). Метод основан на прямом количественном определении 6-СОМТ в моче человека.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали изменение динамики секреции МТ в процессе старения организма. При

анализе полученных данных можно отметить, что с возрастом установлено достоверное снижение МТ. Так, в возрастной группе 60-75 лет экскреция 6-СОМТ в группе сравнения составила 735±56 нг/час, тогда как у людей старческого возраста она уменьшилась в 1,45 (P<0,01) раза относительно значений лиц пожилого возраста и составила 505±44 нг/час. У долгожителей уровень экскреции 6-СОМТ продолжал снижаться: в 1,85 (P<0,001) и 1,27 (P<0,05) раза соответственно значениям людей пожилого и старческого возраста, составляя 398±35 нг/час. Согласно полученным данным, у больных с зудом, как с возрастом, так и относительно группы сравнения, отмечается выраженное снижение экскреции 6-СОМТ. Так, у лиц пожилого возраста основной группы экскреция 6-СОМТ статистически значимо снизилась в 1,3 (P<0,05) раза по сравнению с показателями группы сравнения. У больных старческого возраста данный показатель снизился в 1,38 (P<0,05) раза, а у долгожителей — резко в 3,06 (P<0,001) раза, относительно значений больных группы сравнения соответственно возрастам. Анализируя степень снижения экскреции 6-СОМТ в основной группе по возрасту показало следующие результаты: в старческом возрасте снижение в 1,55 раза относительно значений лиц пожилого возраста, у долгожителей — в 4,35 и 2,81 раза соответственно значениям больных пожилого и старческого возраста. Как видно из приведенных данных, выраженность снижения экскреции 6-СОМТ с возрастом у больных основной группы проявляется более выражено, чем в группе сравнения. При изучении взаимосвязи степени зуда и содержания 6-СОМТ установлены следующие изменения. Чем выраженнее зуд, тем ниже уровень МТ в моче, так при сильном и нестерпимом зуде он снижался в 3,9 раз (128±10 нг/час; P<0,05) и достоверно отличался от показателей как при слабом зуде (496±28 нг/час), так и при среднем (321±18 нг/час). Корреляционный анализ так же показал сильную обратную связь между выраженностью зуда и показателями 6-СОМТ в моче (r±0,869).

При возрастной инволюции пинеальной железы происходит снижение концентрации МТ в организме, что, в свою очередь, влечет изменение каскада многих метаболических процессов и негативно отражается на функции многих органов и систем. Однако при этом сведения о возрастных структурно-функциональных изменениях МТ при старении отсутствуют, что ограничивает понимание роли и значения МТ, в частности при кожном зуде и свидетельствует о необходимости исследований в этом направлении.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ТИМОГЕЛЬ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНЫХ И РОЗОВЫХ УГРЕЙ

О.С. ИМАМОВ, Н.С. САИПОВА, И.Н. АБДУВАХИТОВА

Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

Угревая болезнь и розацеа характеризуются высокой частотой обращаемости за медицинской помощью и имеют общие черты клинических проявлений в виде эритематозно-папуло-пустулезных высыпаний. Гиперпродукция качественно измененного секрета сальных желез сопровождается снижением бактерицидных свойств кожного сала, его депонированием в блокированных сальных железах, гидролизацией с формированием питательной среды для разнообразных микроорганизмов, в том числе пропионобактерий, а также для активации облигатного, моноксенного внутриклеточного паразита человека D. Folliculorum. Клещи действуют как векторы для транспорта бактерий в кожу: своими хелицерами вызывают механическое разрушение эпителиальных клеток, выстилающих фолликул, инициируют формирование в дерме гранулем и воспалительных лимфогистиоцитарных инфильтратов, а также продуцируют B. oleronius и усиливают рост бактерий Streptococcusu Staphylococcus. В результате развиваются иммунные реакции, приводящие к формированию гранулем, где присутствуют активированные Т-лимфоциты. В связи с этим важное значение имеют наружные препараты, нормализующие микрофлору на фоне снижения воспалительной реакции кожи.

Цель исследования — оценка клинической эффективности топического препарата «Тимогель» у больных с вульгарными угрями и розацеа.

Под наблюдением находились 60 человек возрасте от 19 до 45 лет, получавших стационарное лечение в ТОКВД в 2017 г., из них 30 с вульгарными угрями и 30 с розацеа. У всех пациентов была папуло-пустулезная форма в сочетании с демодекозом. Больные получали терапию в соответствии со стандартами МЗ РУз (2014), наружно был назначен гель «Тимогель» 2 раза в день в течение 10 дней. «Тимогель» — отечественный антимикробный, противовоспалительный и ранозаживляющий гель на основе синтетического полимера карбопола, содержащий хлогексидин (0,025%), метронидазол (0,25%) и тимпотин (0,001%). «Тимогель» разработан ИБОХ АН РУз и разрешен к применению в медицине ГУКЛСиМТ

МЗ РУз (05–11 от 01.08.2011 г., (ВФС 42 Уз-1844–2011). Группу контроля составили 60 пациентов, сопоставимые по возрасту, с аналогичными формами данных дерматозов, получавшие стандартное лечение, наружно — гель «Метрогил».

Результаты исследования показали, что у всех пациентов были обнаружены клещи Demodex folliculorum, высокая частота выявления стафилострептококковой и сапрофитной микрофлоры, а также дрожжевых грибов. В процессе лечения «Тимогелем» клинический эффект в виде снижения симптомов воспаления, эритемы, зуда, жжения, разрешения папуло-пустулезных высыпаний отмечался уже на 2–4 день лечения, а в группе контроля — на 6–7 день лечения. Клиническое выздоровление и значительное улучшение были достигнуты у 90% пациентов 1-й группы у 60% 2-й группы. Нормализовался микробный пейзаж кожи в очагах поражения. Частота обнаружения D. folliculorum у пациентов 1-й группы достоверно снизилась на 7-й день лечения. Побочные реакции при применении «Тимогеля» наблюдались у пациентов в виде гиперемии лица. Они были исключены из дальнейшего исследования. У остальных больных побочных реакций не наблюдалось.

Тимогель обладает антимикробными и антипаразитарными свойствами и оказывает выраженный противовоспалительный эффект.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СПЕКТРА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ АЛОПЕЦИЕЙ

Г.А. ИСМАИЛОВА, И.И. ЛАТИПОВ

Ташкентская медицинская академия

Под наблюдением находились 62 больных гнездной алопецией — 35 мужчин и 27 женщин в возрасте от 16 до 47 лет, т.е. в основном лица молодого возраста. У 36 больных отмечалась очаговая форма гнездной алопеции, у 16 — субтотальная, у 6 — тотальная, у 4 — универсальная. Давность заболевания варьировала от 6 месяцев до 10 лет. У 20 больных заболеванию предшествовали стрессовые факторы, у 4 — воздействие средств бытовой химии, у 8 — наличие кишечных паразитов, 30 больных не смогли назвать провоцирующие факторы. Исследования показали достоверное снижение Т-лимфоцитов, изменения со стороны показателей СД4, СД8, СД16 и СД95. Со стороны показателей гуморального звена иммунитета выявлено недостоверное повышение содержания иммуноглобулинов G и M. В зависимости от клинической формы у больных выявлена диспропорция про- и противовоспалительных цитокинов, которая проявлялась гиперпродукцией ИЛ-1, ИЛ-8, ИЛ-18 (в 1,8–4,5 раза) и снижением образования противовоспалительного цитокина ИЛ-10, что способствовало частым рецидивам и торпидному течению болезни. При изучении показателей гормонов отмечено увеличение содержания кортизола, ТТГ при уменьшении уровня тироксина и трийодтиронина. Показаны особенности клиники болезни в зависимости от уровня антитиреоидных антител (Ат-ТГ, Ат-ТПО).

Отмечено, что степень выраженности клинической симптоматики зависит от исходного состояния иммунного статуса, продукции ТТГ, Т3, Т4, кортизола и концентрации Ат-ТГ Ат-ТПО.

Выявленные клинико-иммунологические особенности и нарушения со стороны функции щитовидной железы у больных алопецией диктуют необходимость проведения коррекции гормонального и иммунного статуса.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

М.К. КАРИМОВА, Ж.К. РУСТАМОВ

Ташкентская медицинская академия;
Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

Акантолитическая пузырчатка (АП) — это тяжелое аутоиммунное заболевание кожи и слизистых оболочек с различной эпидемиологической характеристикой в разных странах и регионах. Заболеваемость в большинстве стран варьирует в пределах 0,08–1,6 на 100 000 населения, однако в ряде стран достигает 0,5–3,2 в год. Это обуславливает актуальность изучения эпидемиологических тенденций, факторов риска, а также клинико-патогенетических аспектов проблемы.

Цель исследования — оценить эпидемиологическую характеристику АП в Ташкентской области за последние 8 лет.

Материал и методы исследования. В этом кросс-секционное исследование были включены все пациенты с АП, прошедшие госпитализацию в отделении дерматологии ТОКВД с июня 2008 г. по июнь 2016 г.. Данные получены из архивных материалов госпитализированных больных включая возраст, пол, сезонность заболевания.

Результаты исследования. За рассматриваемый период в диспансере пролечен 61 пациент. Интенсивный показатель новых случаев в год равен 6,7±3,8 новых случаев. Пациенты были в возрасте от 18 до 89 лет, из них мужчин — 30, женщин — 31. Соотношение между женщинами и мужчинами составляло 1,4: 1. Средний возраст женщин составил 53,9±35,9, мужчин 57±32 лет. Выявлена выраженная сезонность обострений заболевания, в 60,2% случаев дебют заболевания отмечался в весенне-летний период.

Вывод. Результаты изучения заболеваемости показали, что АП является редким аутоиммунным тяжелым хроническим дерматозом. Несмотря на сравнительно низкие показатели заболеваемости АП, отмечается ежегодное увеличение числа новых случаев, в том числе среди лиц трудоспособного и молодого возраста, что указывает на неблагоприятные эпидемиологические тенденции.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

О.И. КАСЫМОВ, А.О. КАСЫМОВ

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения, Душанбе

Цель исследования — изучение эффективности комплексного лечения больных ГА дипроспаном и пигментином.

Материал и методы исследования. Пролечено 96 больных (58 мужчин, 38 женщин) в возрасте от 16 до 45 лет, в среднем — 27,1±1,6 лет. Длительность болезни составила от 1 месяца до 5 и более лет. Легкая форма заболевания (площадь выпадения волос до 25%) выявлена у 36 (37,5%) больных, средняя степень тяжести (площадь облысения — 25–49%) — у 39 (40,6%), тяжелая (площадь алопеции свыше 50%) — у 21 (21,9%). В зависимости от использованного метода лечения больные были разделены на 3 группы. Первой группе (30 больных, 12 с легкой формой ГА, 13 — со средней тяжестью и 5 — с тяжелой) проведено лечение дипроспаном п/к в очаги, 1 раз в 8–10 дней, 6–7 раз. Больным с тяжелой формой ГА дипроспан назначался в/м 1 раз 10–12 дней, всего 5–6 инъекций.

Второй группе (30 больных, соответственно 12, 13 и 5) был использован препарат пигментин (КНР), внутрь и наружно.

Третьей группе (36 больных, соответственно 12, 13 и 11) — сочетанное применение дипроспана и пигментина

Результаты исследования. Критериями эффективности использованных методов лечения больных ГА были исчезновение клинических симптомов ГА (непосредственные результаты лечения) и продолжительность ремиссии в течение 2 лет диспансерного наблюдения (отдаленные результаты лечения).

После лечения (через 4–6 месяцев от его начала) из 36 больных 3 группы клиническое выздоровление достигнуто было у 17 (47,2%) значительное улучшение — у 13 (36,1%), улучшение — у 4 (11,1%), без эффекта — у 2 (5,6%), в первой и второй группах — соответственно у 8 (26,7%) и 9 (30%), у 10 (33,3%) и 8 (26,7%), у 9 (30%) и 9 (30%), у 3 (10%) и 4 (13,3%).

Непосредственная эффективность комплексного (дипрспан+пигментин) метода лечения больных ГА составило 83,3%, что намного выше, чем результаты монотерапии дипроспаном (60%, $p<0,05$) и пигментином (56,7%, $p<0,05$).

Отдаленные результаты лечения показали значительное преимущество комплексного метода лечения: клиническая ремиссия дерматоза в течение 2 лет диспансерного наблюдения отмечена у 66,7% больных, что достоверно больше, чем при монотерапии дипроспаном (у 38,9% больных, $p<0,01$) и пигментином (у 47,1%, $p<0,02$).

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

О.И. КАСЫМОВ, С.Х. МУНИЕВА, Х. РАЗЗОКОВ

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения, г. Душанбе

Цель исследования — исследовать эффективность препарата «Витиш» при лечении больных витилиго.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 42 больных витилиго (25 мужчин и 17 женщин). Средний возраст больных составил 27,5+1,4 лет. Продолжительность

заболевания колебалась от 2 месяцев до 20 и более лет. У 23 (54,8 %) больных наблюдалась вульгарная клиническая форма дерматоза, у 8 (19 %) — акрофациальная, у 9 (21,4 %) — сегментарная, у 2 (4,8 %) — невус Сеттона. Площадь поражения у 4 (9,6 %) больных составила 1–2 % поверхности тела, у 13 (25 %) — от 3 до 10 %, у 22 (52,4 %) — 11–40 %, у 3 (7,1 %) — от 41 до 70 %.

Больным было проведено лечение препаратами, улучшающими микроциркуляцию, содержащими цинк, комплекс витаминов. Очаги поражения 2–3 раза в день смазывались водно-спиртовым раствором «Витиш», который изготавливается из растения ишим (Дудник–Angelica), произрастающим в горах Таджикистана и содержащим большое количество кумаринов и оксикумаринов. Через 1–2 часа на очаги поражения 1 раз в день сегментарно применялось ультрафиолетовое облучение, в дальнейшем солнечные ванны.

Результаты исследования. Клиническое выздоровление (100 % репигментация очагов витилиго) достигнуто у 12 (28,6 %) больных в сроки от 3 до 6 месяцев лечения, значительное улучшение (репигментация более 75 % площади поражения) — у 14 (33,3 %), улучшение (репигментация до 50–75 % площади депигментированных пятен) — у 8 (19 %), без эффекта (репигментация до 30 %) — у 8 (19 %).

Полная клиническая ремиссия и значительное улучшение достигнуто у всех 17 (100 %) больных с площадью поражения от 1 до 10 % поверхности кожного покрова и у 9 (41 %) из 22 — с площадью депигментации от 11 до 40 %. У 8 (36,4 %) больных с площадью поражения до 40 % поверхности тела достигнуты удовлетворительные результаты. Неудовлетворительные результаты наблюдались у всех больных с площадью поражения свыше 40 % поверхности тела и у 5 (22,7 %) — с площадью депигментации до 40 %.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

О.И. КАСЫМОВ, С.Х. МУНИЕВА, Х. РАЗЗОКОВ

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения, г. Душанбе

Цель исследования — исследовать эффективность препарата «Витиш» при лечении больных витилиго.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 42 больных витилиго (25 мужчин и 17 женщин). Средний возраст больных составил 27,5 + 1,4 лет. Продолжительность заболевания колебалась от 2 месяцев до 20 и более лет. У 23 (54,8 %) больных наблюдалась вульгарная клиническая форма дерматоза, у 8 (19 %) — акрофациальная, у 9 (21,4 %) — сегментарная, у 2 (4,8 %) — невус Сеттона. Площадь поражения у 4 (9,6 %) больных составила 1–2 % поверхности тела, у 13 (25 %) — от 3 до 10 %, у 22 (52,4 %) — 11–40 %, у 3 (7,1 %) — от 41 до 70 %.

Больным было проведено лечение препаратами, улучшающими микроциркуляцию, содержащими цинк, комплекс витаминов. Очаги поражения 2–3 раза в день смазывались водно-спиртовым раствором «Витиш», который изготавливается из растения ишим (Дудник–Angelica), произрастающим в горах Таджикистана и содержащим большое количество кумаринов и оксикумаринов. Через 1–2 часа на очаги поражения 1 раз в день сегментарно применялось ультрафиолетовое облучение, в дальнейшем солнечные ванны.

Результаты исследования. Клиническое выздоровление (100 % репигментация очагов витилиго) достигнуто у 12 (28,6 %) больных в сроки от 3 до 6 месяцев лечения, значительное улучшение (репигментация более 75 % площади поражения) — у 14 (33,3 %), улучшение (репигментация до 50–75 % площади депигментированных пятен) — у 8 (19 %), без эффекта (репигментация до 30 %) — у 8 (19 %).

Полная клиническая ремиссия и значительное улучшение достигнуто у всех 17 (100 %) больных с площадью поражения от 1 до 10 % поверхности кожного покрова и у 9 (41 %) из 22 — с площадью депигментации от 11 до 40 %. У 8 (36,4 %) больных с площадью поражения до 40 % поверхности тела достигнуты удовлетворительные результаты. Неудовлетворительные результаты наблюдались у всех больных с площадью поражения свыше 40 % поверхности тела и у 5 (22,7 %) — с площадью депигментации до 40 %.

ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ МАХАЛЛИЙ ШИФОБАХШ «ШИРИНМИЯ» ВА «ИТТИКАНАК» ГИЁҲЛАРИ АРАЛАШМАСИНИ ВАННА УСУЛИДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ САМАРАДОРЛИГИ

Ш.М. ҚОБУЛОВ, Ш.М. ТУРСУНОВ, Б.С. ИНОЯТОВ

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва венерлогия илмий амалий тиббиёт маркази; Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази

Псориаз тери касалликлари орасида 5–8 фоизни ташкил этади.

Хозирги кунда псориаз касаллигининг даволаш борасида янги маҳалий дори воситаларини яратилиши ва уларни қўлланилиши долзарб масала бўлиб ҳисобланади.

Мамлакатимизда ўсадиган мингдан зиёд турдаги ўсимликда дориворлик хусусияти мавжуд.

Шифобахш гиёҳлардан тайёрланган дориларнинг экологик жихатдан тоза, комплекс таъсир қувватининг кучлилиги, инсон танасига зарар келтирмаслиги, таёрлаш жараёнининг осонроқ кечиши, иқтисодий жихатдан арзонроқ бўлиши билан боғлиқ.

Бу борада РИД ва ВИА тиббиёт марказининг бир гурух олмилари томонидан махаллий шифобахш гиёҳлардан «Ширинмия» илдизини ва «Иттиканак» танасини аралашмасидан тайёрланган шарбат билан клиникада псориаз касаллиги билан даволанаётган беморларга ванна қабул қилиш йўли билан комплекс даволаш усули қўлланилди.

Текширув натижалари шуни кўрсатадики, ушбу шифобахш гиёҳлардан тайёрланган шарбат билан псориаз касаллигида ванна қабул қилиш усулини қўлланилганда, ўтказилган 5–6 сеансдан сўнг 5–7 кунлари деярли барча беморларда тери яллиғланиши, оғриқ ва қичимани камайгани аниқланди.

9–10 кунлари эса беморнинг умумий ахволини яхшиланган, шунингдек оғриқ ва қичимани бутқул қолгани кузатилди.

Шундай қилиб «Ширинмия» ва «Иттиканак» гиёҳлари аралашмасидан тайёрланган шарбатни псориаз касаллигида ванна қабул қилиш усулида комплекс даволашда ишлатилиши нафақат беморларнинг тезроқ соғайишига, балки касалликни ремиссия даврининг узайишига ва рецидив холатини камайишига ҳам олиб келди.

СУБЭПИДЕРМАЛЬНАЯ ГИПОЭХОГЕННАЯ ПОЛОСА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ КОЖИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Ю.А. КРАХАЛЁВА[1], Ю.М. КРИНИЦЫНА[1], И.Г. СЕРГЕЕВА[1], А.И. ЯКУБОВИЧ[2]

[1]Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск, [2]ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ, г. Иркутск

Ультразвуковое исследование (УЗИ) кожи — неинвазивный, безболезненный метод, позволяющим визуализировать слои кожи с измерением их толщины и эхоплотности и патологические процессы, происходящие в ней.

Цель исследования — данной работы являлось определение возможности УЗ исследования кожи в ведении пациентов с атопическим дерматитом (АтД).

Материалы и методы исследования. методом случайной выборки сформированы две группы пациентов (возраст от 0 до 8 лет) с АтД. 1 группа — дети с АтД (n=11), 2 группа — дети без атопических заболеваний (n=6). УЗИ кожи проводили в области щек, локтевых сгибов и коленных ямок в обеих группах, и в очагах поражения при АтД с использованием аппарата Skinscanner DUB TPM (75 МГц). Визуализировали эпидермис и дерму, для сравнительной оценки использовали коэффициент соотношения (КС) показателей сканограммы на прилегающем здоровом участке кожи к показателям в области очагов.

Результаты исследования. в 64 % случаях у детей с АтД при SCORAD > 15 на здоровой коже визуализировалась субэпидермальная гипоэхогенная полоса. При SCORAD = 15–40 толщина ее была меньше толщины эпидермиса (КС = 1,27), тогда как при SCORAD > 40 толщина полосы превышала толщину эпидермиса (КС = 0,89). Эхогенность субэпидермальной полосы при SCORAD > 40 была больше (КС = 38,08 ± 19,48), по сравнению с показателями при SCORAD = 15–40 (КС = 46,14 ± 15,90). В очагах поражения АтД визуализировался утолщенный эпидермис (КС = 0,68 ± 0,13), со сниженной эхоплотностью при SCORAD > 15 (КС = 1,67 ± 0.78), и незначительно повышенной (КС = 0,92 ± 0,18) при SCORAD < 15. Толщина дермы была увеличена (КС = 0,68 ± 0.13). Уровень эхогенности дермы при SCORAD > 15 был снижен (КС = 2,34 ± 1,07), а при SCORAD < 15 не отличался от показателей здоровой кожи.

Выводы. Наличие субэпидермальной гипоэхогенной полосы в области здоровой кожи при АтД говорит о наличие субклинического воспаления.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКСКОРИИРОВАННЫМИ АКНЕ

Ю.М. КРИНИЦЫНА[1], Е.А. ИЛЬЧЕВСКАЯ[1], И.Г. СЕРГЕЕВА[1], А.И. ЯКУБОВИЧ[2]

[1]Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск,
[2]ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ, г. Иркутск

Экскориированные акне — особая форма заболевания, при которой в отличие от патомимии на коже присутствуют элементы акне. Является разновидностью аутодеструктивных заболеваний кожи.

Цель исследования — изучение психопатологических особенностей у пациентов с экскориированными акне.

Материалы и методы исследования. Методом случайной последовательной выборки было отобрано 43 пациента с акне, склонностью к экскориированию, в возрасте от 12 до 42 лет: женщин 36 (83,7 %), мужчин 7 (16,3 %); средний возраст 24,7 ± 7,15 лет. У 31 (72 %) пациента наблюдали легкую степень акне, у 12 (18 %) — среднюю. Психоэмоциональный статус оценивали, используя интегративный тест тревожности (ИТТ), шкалу депрессии Бека, и симптоматический опросник SCL-90-R.

Результаты исследования. Часто (не реже раза в месяц) или постоянно экскориировали кожу 34 (81,4 %) пациента, 5 — экскориировали кожу у родственников. ИТТ выявил у 20 (46,5 %) пациентов повышенный уровень личностной тревоги, наиболее выражены отклонения по субшкалам: эмоциональный дискомфорт, астения и оценка перспектив. Шкала депрессии Бека выявила у 6 (13,9 %) пациентов депрессию, у 11 (25,6 %) — гипотимию уровня субдепрессии. Опросник SCL-90-R показал наибольшие отклонения от нормы в сферах: межличностная сенситивность у 15 (34,9 %) пациентов; фобическая тревожность у 13 (30,2 %) пациентов; параноальность у 12 (27,9 %) пациентов.

Вывод. Дополнительная психологическая или психиатрическая консультация способствует выявлению скрытого психического расстройства, комплексный подход позволит минимизировать неблагоприятное влияние заболевания на жизнь пациента.

СИСПРЕСС ПРЕПАРАТИНИ НЕЙРОДЕРМАТОЗЛАРНИ ДАВОЛАШДАГИ НАТИЖАЛАРИ

А.А. КУЧКАРОВ, А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БОТИРОВ

Дерматовенерология кафедраси, Андижон давлат тиббиёт институти

Нейродерматоз хасталикларининг охирги йилларда кўп учраши шифокорларни янги даво усулларини излаш ва уларни тадбик этиш долзарб муаммосини хал килишга ундайди.

Клиникамизда 37 та нейродерматоз билан огриган бемор янги антедепрасант-депресс препарати билан даволанди. Улардан нейродермитни диффуз тури 12 (32,4 %) та, 8(21,6 %) та таркалган нейродермит, 6 (16,2 %) та чекланган нейродермит ва 9 (24,3 %) та атопик дерматит, 2 (5,4 %) та катталар тери кичимасини ташкил қилади.

Нейродерматозлар билан хасталанган беморларда кузатилган умумий теридаги тошмалар билан, жуда кўп психовегетатив бузилишлар купинча (нафас олиш тезлашиши, терлаш, куздан ёш окиши, сулак окиши, ичи котиб ёки утиб кетиши) борлиги билан бир пайтда кучли кузгалиши — депрессив ҳолат — (бемор кайфияти йўқлиги, безовталик, йиглокилик, ипохондрик куринишлар) кузатилди. Юкоридаги ўзгаришлар бемор терисидаги таркалган тугунчалар, чизиқли тирналишлар ва конли калоклар доимий кичишиш билан бир вактда кузатилди. Беморлардаги ок дермографизм симпатик иннервацияни бузилишидан далолат беради.

Бундай ҳолатларда асосий антиоксидантлар, махалий даводан ташкари охирги йилларда антидепресантлар ва транквилизаторлардан кенг кўлланилмокда.

Юкоридагиларни назарда тутиб беморларга антидепрессант препарат — Депресс (флуоксетин) препаратини «NOBEL» фармасаноат компанияси махсулотни ишлатиб курдик, бошка антидепрессантлардан фарки жуда кучли седатив таъсир килмайди ва ва махаллий даво (Дипросалик, Адвантан, Элаком кремлари) 2 махал суртиш учун буюрилди.

Беморларга депресс 20 мг суткасига бир капсуладан 2 марта икки хафта хотирани бузмайди,

дорига урганиб колиш ҳолати кузатилмайди. Беморлар депрес билан антиоксидантлар (Тиосулфат натрий 30% 10 мл №10 та, никотин кислотаси 1%–1 мл №30) давомида берилди. Депресс қабул қилган беморларда 2-кунидан бошлаб кичишиш камайди ва йиглокилик утиб кетди, лекин безовталик яна 1–2 кун сакланди ва аста-секин 4–5 кунлардан бошлаб йўқолди. Теридаги тошмалар (тугунчалар, инфилтрация-лихенификациялар) 10–13 кунлари сурила бошлади.

Нейродермит, атопик дерматит билан хасталанган беморларда депресс — антидепрессант дори воситаси жуда кулай бўлиб, асосий дори воситалари билан бирга шифохонада ётиб ёки амбулатор катнаб даволанган беморларга кўллаш яхши натижа беради.

К ЭКОЛОГО-МЕДИЦИНСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ «КРЕМНИЕВОЙ ВОДЫ»

П.Н. МАВЛЯНОВ, Р.Г. ЮСУПОВ, Г.Н. МАВЛЯНОВ

ГП Гидрогеологии и инженерной геологии, г. Ташкент

На сегодняшний день проблема охраны здоровья человечества и охрана природных ресурсов страны являются одним из главнейших приоритетных направлений Государственной Программы Республики Узбекистан. Так, согласно третьему Невскому международному экологическому конгрессу (2010) «Экологизация природопользования — основа модернизации экономики в равновесии с природой» активно рассмотрены вопросы содействия изучению и распространению успешных практических наработок в области экологизации экономики и природосбережения, реализованных в странах Содружества.

Бальнеотерапия (водолечение) — один, из наиболее распространенных методов в медицине. Имеется богатый вклад ученых-геологов в разработку бальнеотерапии в медицине.

Вода — самое распространенное на Земле соединение, составляющие 71% океанической (водной) поверхности. До 2% вод гидросферы составляют пресные воды. В реках, озерах, болотах и водохранилищах содержится 2×104 т H_2O.

Вода входит в состав минералов и почв, является обязательным составляющим компонентом живых организмов. [Щербо А.П., Антонов В.Б., 2008] Молекулы воды легко взаимодействует между собой, образуя межмолекулярные водородные связи. Для твердой воды (льда) известно не менее 10 модификаций, в которых молекулы воды соединены водородными связями.

Кремнии (SiO_2), халцедоны, сердолики, агаты, кахолонги и др. — группа тонко- скрытокристаллических (низкотемпературных) разновидностей природного кварца. Собственно кремни — это природные минеральные продукты, образованные из тонко-кристаллических халцедонов, а также аморфных опалов и альфа-кварца.

Кремниевая вода состоит из действующего вещества — «биоактивного кремния» (SiO_2 — 0,10–0,12 мг/дм^2), сепарированного водой из природных образцов кремня. Установлено, что кремниевые природные воды (источники) или приготовленные на кремниях (кондиционированные воды) восполняют энергетические ресурсы клетки организма, восстанавливают иммунный статус, повышают устойчивость организма к стрессовым нагрузкам.

Согласно литературным источникам кремний Si участвует в обмене Са в организме, стимулирует работу иммунной системы и рост костей, улучшает состояние волос, ногтей, кожного покрова, также уменьшает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и др.

Фундаментальные научно-исследовательские работы являются одним из таких направлений не только в геологии, но и в медицине, при совместных работах которых становится возможным разрабатывать основополагающие принципы исследования физико-химических, биологических свойств природных ресурсов (воды, минералов и др.) с дальнейшим использованием их в инновационных идеях в медицинской практике.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.

Ш.З. МАВЛЯНОВА, С.Р. МУМИНОВА

В развитии и клиническом течении атопических заболеваний немаловажную роль играют гены рецепторов данных цитокинов. В связи с этим целесообразно проанализировать аллельный полиморфизм генов цитокинов и их рецепторов, принимающих непосредственное участие в развитии атопического дерматита. α-цепь рецептора цитокина интерлейкина 4–IL4RA играет важную роль в развитии атопических заболеваний. Авторами были описаны различные полиморфизмы в гене IL4RA.

Цель исследования — изучить вклад полиморфизма Gln551Arg гена IL4RA в развитие атопического дерматита.

Материал и методы исследования. Материалами для исследования стали образцы ДНК, выделенные из периферической крови больных АД и условно здоровых доноров без каких-либо признаков атопических заболеваний. Общее количество изученных Gln551 и Arg551 аллелей составило 150 (100 хромосом больных и 50 хромосом здоровых лиц).

Выделение ДНК проводили по стандартной методике с некоторыми модификациями. Амплификация полиморфных локусов проводилась с использованием полимеразной цепной реакции на программируемом термоциклере фирмы «Applied Biosysteems» (США). Специфичность синтезированного фрагмента и количество амплификата проверяли методом электрофореза в 2% агарозном геле и затем проводили гидролиз полученного фрагмента с помощью рестриктазы «Avail».

Результаты и исследования. В результате ПЦР-анализа маркер мутантного аллеля Arg/Arg синтезировался в виде фрагмента с размером 116 п.н. После рестрикции у пациентов с нормальным генотипом Gln/Gln образуются фрагменты 116+9 п.н., но отсутствует фрагмент 125 п.н., а у гетерозиготных носителей амплифицируются все три фрагмента (125 п.н. и 116+9 п.н.). При анализе распределения аллелей и генотипов полиморфизма Gln551Arg гена IL4RA было выявлено достоверное преобладание частоты мутантного аллеля — Arg551 в группе больных АД по сравнению с группой контроля. В исследованных основной и контрольной группах мутантный аллель Arg551 был обнаружен в 42/100 (42%) и в 14/50 (28%) случаях соответственно. Частота дикого аллеля Gln551 в этих группах составила 58/100 (58%) и 36/50 (72%) соответственно. При этом рассчитанная вероятность риска развития (OR) АД у носителей данного полиморфизма оказалась в 2,8 раза выше, чем у носителей дикого аллеля Gln551. Полученные данные являются статистически достоверными ($X^2=2,79$; P=0,09; OR=1,86; 95%CI 0,89–3,88). Сравнительный анализ распределения генотипов показал, что доля лиц с гетеро+гомозиготными мутантными генотипами «Gln/Arg и Arg/Arg» среди больных и здоровых лиц составляет 36/100 (36%) против 12/50 (24%) соответственно. Рассчитанная вероятность развития АД среди носителей данных генотипов в 2,79 раза достоверно выше по сравнению с группой контроля ($X^2=4,17$; P=0,04; OR=2,79; 95%CI 1,03–7,56). Достоверное преобладание числа носителей мутантных аллелей и генотипов в группе больных может свидетельствовать о наличии патогенетической связи, т.е. ассоциации между полиморфизмом Gln551Arg гена IL4RA и формированием АД.

Вывод. В результате проведенного исследования полиморфизма Gln551Arg гена IL4RA установлено, что данный ДНК-локус ассоциирован с АД в Узбекистане.

К ФАКТОРАМ РИСКА СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Н.Н. МАВЛЯНОВА, А.Б. САПАРОВ, М.Ф. АБДУСАМАДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии МЗ РУз;
Ташкентская медицинская академия

Состояние эндогенной интоксикации (СЭИ) представляет собой полиэтиологичный и полипатогенетичный синдром. Среди факторов риска эндогенной интоксикации при беременности являются инфекционные заболевания, обусловленные условно-патогенными микроорганизмами. Патогенная флора, даже в виде бессимптомного носительства, может активизироваться при беременности; имеют значение инфекции, передающиеся половым путем, активность вирусных инфекций.

Цель исследования — изучение состояния эндогенной интоксикации при беременности с учетом состояния микробиоты биосубстратов организма.

Материал и методы исследования. Обследовались 54 беременные в возрасте от 21 до 36 лет. Всем беременным проводились общеклинические, биохимические и микологические исследования биобсубтратов (слизистая влагалища, кишечник), функциональные (УЗИ) исследования согласно стандарту диагностики и лечения (2014).

Результаты исследования. Клинико-лабораторные и функциональные исследования показали, что среди 54 беременных, 16 беременных с ФПН находились во II триместре и в III триместре 37. Динамическое наблюдение за течением беременности выявило наличие ФПН у 30 женщин (55,5%). По степени тяжести у 22 беременных выявлена I степень тяжести ФПН (73,3%), а II степень тяжести — у 8 (26,6%).

Результаты биохимического исследования окиси азота (NOx) в сыворотке крови показало увеличение ее концентрации в 1,6 раза по сравнению с показателями нитрогена у беременных

без ФПН, что составило 3,9+0,09 ммоль/л против 6,34 + 0,3 ммоль/л у беременных с ФПН (P < 0,05).

Результаты клинико-микологических исследований слизистой влагалища, выявили наличие грибковых поражений урогенитальной системы у 29 женщин, (53,7 %). Видовая идентификация Candida spp. показала рост C. tropicalis — в 37,9 % (11), C. famata — в 24,1 % (7), C. parapsilosis — в 17,2 % (5) и C. glabrata — в 17,2 % (5) случаев. По локализации у 24 (82,7 %) беременных отмечен кандидозный вульвовагинит, у 5 (17,2 %) — уретрит. ИФА крови выявил высокую концентрацию Ig G к Candida — 11,7 ± 0,9 пг/мл (P < 0,05), что в 23,4 раза превышало показатели контрольной здоровой группы.

Вывод. У беременных с ФПН отмечается явление эндогенной интоксикации, характеризующей повышением окиси азота в сыворотке крови в 1,6 раза (P < 0,05). На наш взгляд, одной из причин развития эндогенной интоксикации у беременных являются кандидозные поражения урогенитальной системы, что обусловлено высокой концентрацией IgG к Candida — в 23,4 раза (P < 0,05).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИНУКЛЕАРНЫХ АНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Х.Р. ХАЛИДОВА, А.Ш. ИНОЯТОВ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА, Н. ЭРНАЗАРОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МзРУз

Антинуклеарные антитела — аутоантитела к компонентам ядра клеток –– взаимодействуют с нуклеиновыми кислотами и белками ядра, антигенами цитоплазмы, что проявляется воспалительными изменениями в тканях и органах, болями в суставах и мышцах, выраженным утомлением, потерей веса, кожными изменениями. Антинуклеарные антитела (АНА) обнаруживаются при многих аутоиммунных заболеваниях, но наиболее характерны для системной красной волчанки (СКВ). АНА встречаются более чем у 90 % больных системными заболеваниями соединительной ткани. В настоящее время описано около 200 разновидностей, которые объединены единым названием — антинуклеарный фактор (АНФ).

АНА повышаются и при эндокринных заболеваниях (сахарном диабете 1-го типа, тиреоидите, тиреотоксикозе, полиэндокринном синдроме), кожных заболеваниях (псориазе, пузырчатке), при беременности, после трансплантации органов и тканей, у больных на гемодиализе.

Одними из представителей АНА являются dsДНК-IgG и ssДНК-IgG. Это антинуклеарные антитела (а/т), предназначенные для определения аутоиммунных антител класса G (IgG) к двухцепочечной (неденатурированной) ДНК (ds-ДНК) и одноцепочечной (денатурированной) ДНК (ss-ДНК) в сыворотке крови человека.

Цель исследования — определение уровня антинуклеарных антител dsДНК-IgG и ssДНК-IgG у больных псориазом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 68 пациентов с псориазом: 25 (36,8 %) — женщины, 43 пациента (63,2 %) — мужчины. В возрастном аспекте пациенты были разделены следующим образом: до 14 лет — 1 (1,47 %), от 15 до 25 лет — 11 (16,7 %), от 26 до 40 лет — 26 (38,23 %), от 41 до 60 лет — 23 (33,82 %), старше 61 года — 7 человек (10,29 %).

Для определения антинуклеарных антител dsДНК-IgG и ssДНК-IgG был применен ИФА с использованием тест-систем «Векто-dsДНК-IgG» и Векто-ssДНК-IgG (Новосибирск, Россия).

Результаты исследования. Как показали исследования, АНА были обнаружены у 26 пациентов (38,24 %). При этом показатели dsДНК-IgG выше нормы наблюдались у 8 (11,76 %) пациентов (1-я группа), ssДНК-IgG были повышенными у 18 (26,47 %) пациентов (2-я группа), у 2 (7,69 %) пациентов (3-я группа) были завышены оба показателя.

Увеличение показателей dsДНК-IgG и ssДНК-IgG в зависимости от возраста встречалось у 1 (3,85 %) пациента до 14 лет, у 2 (7,69 %) от 15 до 25 лет, у 9 пациентов (34,61 %) от 26 до 40 лет, у 11 (42,30 %) от 41 до 60 лет, у 2 (7,69 %) старше 61 года.

Известно, что метаболический синдром (МС) представляет собой комплекс обменных нарушений, который у каждого пациента в зависимости от индивидуальной генетической предрасположенности может проявиться ожирением, гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2-го типа (СД 2 типа).

В 1-й и 2 группах в 17 % случаев, констатирован избыточный вес или ожирение; тенденция к повышению кровяного давления или установленный диагноз «гипертоническая болезнь» наблюдались у 35 % больных; диабет или преддиабет установлен у 23 % пациентов. В 3-й группе пациентов была диагностирована псориатическая артропатия. Симптоматическая степень выраженности этих коморбидных состояний находилась в прямой зависимости от тяжести клинической картины псориаза и резистентности к проводимой терапии.

Вывод. Полученные данные указывают на высокую частоту встречаемости антинуклеарных антител dsДНК-IgG и ssДНК-IgG у больных псориазом с различной степенью позитивности, зависящей от активности, распространенности процесса, наличия осложнений, выраженности метаболического синдрома и присутствия другой сопутствующей патологии.

К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ STAPHYLOCOCCUSSPP, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Н.И. БОЙМИРЗАЕВ, А.И. ИСМАГИЛОВ

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

В последнее время наряду с изучением состояния микробиоты кожи важное значение придается оценки антибактериальной чувствительности условно-патогенных микроорганизмов. Они участвуют в патогенезе заболевания путем индукции аллерген-специфических IgE, развития сенсибилизации и дополнительной активации дермальных лимфоцитов. При этом длительная колонизация и их персистенция в биосубстратах организма у больных аллергодерматозами способствуют развитию сенсибилизации организма, что способствует хроническому и рецидивирующему течению дерматоза.

Цель исследования — изучение антибактериальной чувствительности условно-патогенных микроорганизмов, высеянных с очагов поражения кожи у больных аллергодерматорзами, проживающих в различных регионах республики.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 306 больных с аллергодерматозами, контрольную группу составили 96 здоровых лиц соответствующего возраста. Всем больным проводены клинические, микробиологические и статистические исследования. Микробиологические методы исследования проводились на питательных средах Эндо, Мюллера-Хентона, солевом агаре с маннитом, Клегра, статистическая обработка результатов — с помощью программы StatistikaV.55A с использованием критерия Шапиро-Уилка (2006).

Результаты исследования. Микробиологическиеисследования кожи показали, что у 252 пациентов в очагах поражения были высеяны грамм+ хемоорганотропные факультативно-анаэробные бактерии из семейства Mycrococcaceae — Staphylococcusspp., в 82,4 % случаев.

По видовой идентификации Staphylococcusspp. в наибольшем количестве высевались Staph. Aureus — у 118 из 252 больных (46,8 %). В 27,7 % случаев (у 70) больных культивированы St. Saprophyticus, в 16,3 % (у 41) St. Haemoliticus и в 12,3 % (у 31) St. Epidermidis. В контрольной здоровой группе наиболее часто высевалась условно-патогенная флора St. Epidermidi в 21,8 % (у 21 из 96 больных) и St. Saprophyticus — в 17,7 % (у 17 больных), тогда как St. Aureus — у 9 из 96 больных (9,4 %). Дискодиффузионным методом была изучена антибактериальная чувствительность Staphylococcusspp., выделенных с очагов поражения кожи у больных АлД.

Вывод. Результаты исследования антибактериальной чувствительности показали, что условно-патогенная флора Staphylococcusspp., выделенная из очагов поражения у больных аллергодерматозами, наиболее чувствительна к антибиотикам фторхинолонового и цефалоспоринового ряда (74,5 %), аминогликозидам (65,4 %) и макролидам (46,9 %).

МОНИТОРИНГ АНТИНУКЛЕАРНЫХ АНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Х.Р. ХАЛИДОВА, А.Ш. ИНОЯТОВ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА, Н. ЭРНАЗАРОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МзРУз

Антинуклеарные антитела (а/т) dsДНК-IgG и ssДНК-IgG предназначен для количественного и качественного определения аутоиммунных антител класса G (IgG) к двухцепочечной (неденатурированной) ДНК (ds-ДНК) и одноцепочечной (денатурированной) ДНК (ss-ДНК) в сыворотке крови человека. Количественное определение ds-ДНК IgG а/т необходимо для мониторинга состояния, прогноза и контроля терапии у пациентов СКВ. В более низкой концентрации они встречаются при других диффузных болезнях соединительной ткани, инфекциях, вызванных различными виру-

сами. Предполагается непосредственное участие анти-ds ДНК IgG антител в развитии васкулитов. А/т к двухцепочечной ДНК можно обнаружить у 20–70 % людей с СКВ, в зависимости от используемой тест-системы, генетического фона и состава исследуемой группы пациентов. У здоровых лиц анти-ds-ДНК выявляются в 2,5–5 % случаев.

Антитела к ss-ДНК менее специфичны чем антитела к dsДНК. Однако в связи с тем, что ss-ДНК более, иммуногенна, определение антител только к ss-ДНК позволяет выявить возникновение заболевания в более ранние сроки. Их обнаруживают в ряде случаев склеродермии, ревматоидного артрита, дерматомиозита, хронического гепатита, онкозаболеваний, при опредеделенной медикаментозной терапии. Ежемесячный мониторинг их концентрации в крови позволяет предсказать надвигающийся рецидив заболевания, определить долгосрочный прогноз.

Комплексное использование определения антител к ss-ДНК увеличивает чувствительность лабораторного обследования.

Цель исследования — изучение антинуклеарных антител dsДНК IgG и ssДНК IgG у пациентов с различными хроническими дерматозами.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 150 пациентов — женщин — 64, мужчин — 86. В возрастном аспекте пациенты были разделены следующим образом: до 14 лет — 7 пациентов (5 %), от 15 до 25 лет — 30 пациентов (20 %), от 26 до 40 лет — 49 пациентов (33 %) и старше 41 года — 64 пациента (43 %). Для обследования были использован ИФА тест-систем «Векто-dsДНК-IgG» и «Векто-ssДНК-IgG».

Результаты исследования. Как показали исследования из 150 пациентов показатели dsДНК-IgG и ssДНК-IgG были выше нормы у 47 пациентов (31,3 %): ssДНК-IgG — в 31 случае (65,9 %), dsДНК-IgG — в 16 случаях (34,04 %). Повышенные показатели dsДНК-IgG и ssДНК-IgG по нозологиям были распределены следующим образом: при васкулите — у 5 (3,3 %), алтергодерматитах — 3 (2 %), алопеции — у 6 (4 %), витилиго — у 18 (12 %), лимфомах — у 3 (2 %), нейродермите — у 3 (2 %), псориазе — у 28 (18,7 %), розацеа — у 3 (2 %), склеродермией — у 17 (11,3 %), угрях — у 3 (2 %), экземе — у 8 (5,3 %) больных. Остальные нозологии (крапивница, пиодермия, фотодерматоз и другие) в совокупности составили 13 пациентов (8,7 %). У 3 пациентов (2 %) с диагнозами экзема и псориаз обнаружено повышение обоих показателей.

Вывод. Полученные данные указывают на высокую частоту встречаемости dsДНК-IgG и ssДНК-IgG у больных склеродермией в различной степени позитивности, зависящей от активности, распространенности процесса и применения гормональной терапии. Показатель dsДНК-IgG и ssДНК-IgG у больных псориазом превысили норму не более чем в 1,2 раза. По видимому, присутствие антинуклеарных антител у больных псориазом может быть расценено наличием выраженной сопутствующей соматической патологии и метаболическим синдромом.

Антинуклеарные антитела являются маркером аутоиммунных заболеваний и определяются для диагностики, оценки активности и контроля за лечением. Положительный результат у пациента без симптомов аутоиммунного процесса необходимо интерпретировать с учетом анамнестических, клинических и лабораторных данных.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, К.Т. БОБОЕВ, Г.Ш. ГУЛЯМОВА, Ш.Ю. АТАДЖАНОВ, М.М. ДЖАББАРОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии Мз РУз;
Научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови МЗ РУз

Аллергодерматозы занимают одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости кожи и подкожной клетчатки и составляют 56,2 % среди кожных заболеваний. (Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., 2000, Hanifin J.,Turston M., 2001, Короткий Н.Г., 2003, Мачарадзе Д.Ш., 2007, Мавлянова Ш.З., 2014) В основе формирования аллергодерматозов лежит взаимодействие различных генетических факторов с факторами внешней среды.

Цель исследования — изучение полиморфизма генов ферментов биотрансформации ксенобиотиков у больных с аллергодерматозами.

Материал и методы исследования. Объектом и предметом исследования явились больные с аллергодерматозами (АлД), образцы ДНК больных и здоровых доноров, гены глютатионтрасфераз GSTM1 (1p13.3), GSTT1 (22q11,2).

В исследование были включены 88 пациентов с АлД в возрасте от 5 до 67 лет, наблюдавшихся на базе клиники РСНПМЦ ДиВ МЗ РУз. Из них женщин — 41, мужчин — 50. Диагноз у больных был подтвержден результатами клинического обследования (СКОРАД, ДИШС) и лабораторными исследованиями. Больные обследовались,

наблюдались и проходили лечение в отделении дерматологии РСНПМЦ ДиВ. Молекулярно-генетическое обследование биоматериалов (ДНК) выполняли на базе отдела молекулярной медицины и клеточных технологий НИИ гематологии и переливания крови МЗ РУз.

Результаты исследования. Молекулярно-генетическое исследования показали, что у больных аллергодерматозами отмечается повышенная частота сочетанных нефункциональных генотипов (GSTM 10/0 + GSTT 10/0) по сравнению с контрольной здоровой группой. (6,8% и 4,1% соответственно). Полученные данные свидетельствует, что у индивидуумов с нулевыми генотипами генов ферментов ксенобиотиков GSTM1 и GSTT1 имеется тенденция к риску развития аллергодерматозов тяжелой степени тяжести. Также, риск развития АлД у носителей делеционного генотипа GSTM1 (0/0) оказался в 1,1 раза выше по сравнению с индивидуумами, имеющими функциональный GSTM1 «+» генотип. (OR=1,1; 95% CI 0,5563, 2.02).

ОЦЕНКА УМЕНЬШЕНИЯ ЯВЛЕНИЙ АКНЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДСТВ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ, Д.Р. ХАКИМОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МзРУз

Нормальная кожа лишена изъянов, присущих коже других видов. Не слишком жирная или сухая на вид и на ощупь кожа нормально реагирует на любые температурные изменения, употребление мыла и косметических средств, различные водные процедуры.

Однако в последнее время все чаще возникает вопрос: как ухаживать за проблемной кожей лица? Для этого в первую очередь необходимо своевременно убирать излишки кожного сала, во-вторых, постараться снизить его выделение, в-третьих, предотвратить образование комедонов и угрей.

Цель исследования — оценка клинической эффективности и безопасности антибактериального мыла «Bellora».

Материал и методы исследования. Назначением антибактериального мыла «Bellora» стали признаки акне на лице и в зоне декольте. В его состав входят: мыльная гранула (из пальмы кокосовых жиров или оливкового масла), отдушки, глицерин, ланолин, экстракты ромашки и шалфея, ЭТДА тринатрий, титан диоксид, лимонная, борная и 2% салициловая кислота, 2% левомецитин. Мыла предназначено для личной гигиены и антиакне.

В исследовании учавствовали 30 пробандов мужского и женского пола в возрасте от 18 до 45 лет, не участвующие в аналогичных исследованиях за последние четыре недели, давшие письменное информированное согласие, соблюдавшие режим согласно протоколам и рекомендациям апробации. Антибактериальное мыло использовали два раза в день в течение месяца. Результаты оценивались по критерию свой результат; уменьшения проявлений акне на лице по визуально-аналоговой шкале от 0 до 4: 0 — нуль: 1 — плохой, 2 — умеренный, 3 — хороший, 4 — отличный. Выставление баллов соотносилось с результатами лечения, следующим образом:

— плохой результат — менее <25% уменьшения;

— умеренный результат — 25–49%;

— средний результат — 50–74%;

— отличный результат — более >75%.

Результат исследования. При оценке состояния кожи на лице в зоне декольте в период клинического наблюдения были выявлены следующие показатели: в 1-й день у 3 пробандов (10%) оценка составила 3 балла, у 8 (26,6%) — балла 2, у 17 (56,6%) — балла 1, у 2 (6,6%) была равна 0.

На 5-й день у 1 пробанда оценка составила 3 (50% от показателя первичного осмотра), у 3 — 2 (37% от показателя первичного осмотра), у 10 — 37% от показателя первичного осмотра, у 16 — 0. Это свидетельствует об улучшении состояния кожи по сравнению с первичным осмотром в 4 раза.

На 10-й день клинического наблюдения свидетельствует об у 1 пробанда оценка составила 2, (12% показателя от первичного осмотра), у 3 — 1 (18% от показателя от первичного осмотра), у 24 пробандов — 0, что показывает улучшение состояния кожи по сравнению с первичным осмотром в 6 раз.

Таким образом, антибактериальное мыло «Bellora» благодаря своему составу является безопасным и эффективным. Учитывая уменьшение проявлений акне в процессе испытания можно рекомендовать его для ежедневного использования.

ВЛИЯНИЕ ОБСЕМЕНЕННОСТИ КАЛА CANDIDA SPP. НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, А.И. ИСМАГИЛОВ, Е.В. ЕСИОНОВА, Р. АСАДОВ

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

Воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) играют важную роль в формировании АД. Это связано с тем, что ЖКТ является основным резервуаром грибов рода Candida. В желудке и кишечнике больных, инфицированных дрожжевыми грибами, формируется эндогенный очаг, оказывающий сенсибилизирующее действие на организм.

Присоединение грибковой инфекции при АД может не только усложнять клиническое течение, но также вызывать и поддерживать аллергическое воспаление кожи по IgE — зависимому типу аллергических реакций.

Цель исследования — изучить состояние микофлоры кишечника и содержание общего Ig E у больных АД с разными клиническими формами.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 167 больных АД в острой стадии в возрасте от 8 до 65 лет (был средний возраст — 37 лет). Из них мужчин — 71 (42,5 %), женщин — 96 (57,5 %). Клинические формы заболевания распределены следующим образом: эритематозно-сквамозная — у 33 (19,7 %), эритематозно-сквамозная с лихенификацией — у 37 (22,2 %), экссудативная — у 45 (26,9 %), пруригинозная — у 24 (14,4 %), лихеноидная — у 28 (16,7 %) пациентов.

Из сопутствующей патологии превалировали заболевания — ЖКТ у 79 больных (47,3 %) и анемия — у 71 (42,5 %). Все больные отмечали диспепсические явления в области живота, метеоризм (64 %), болезненность в живот (46 %).

Степень тяжести определяли на основании индекса SCORAD (легкая степень iSc < 50 баллов, средняя степень iSc — от 50 до 80 баллов, тяжелая степень iSc > 80 баллов). Контрольную группу составили 24 практически здоровых лиц того же возраста и пола. Культуральное исследование биосубстратов кишечника на грибы рода Candida проводили на среде Сабуро. Содержание общего Ig E в крови — иммуноферментным анализом тест-системы ООО «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия).

Результаты исследования. Согласно индексу SCORAD было выявлено наибольшее количество больных со средней степенью течения заболевания — 89 (53,3 %), тяжелая степень была отмечена у 48 (28,7 %) больных и легкая — у 30 (18 %) больных. У всех больных при культуральном исследовании биосубстратов кишечника на среде Сабуро был зафиксирован рост Candida spp. В результате исследований было показано увеличение обсеменения в 4,5 раза Candida spp. в кишечнике у группы больных и здоровых лиц 3900 ± 53,2 КОЕ/мл против 872 ± 38,2 КОЕ/мл ($P<0,05$).

Повышенная колонизация грибами рода Candida отмечалась у больных с тяжелой и средней степенью тяжести заболевания — 4800 ± 87,1 КОЕ/мл и 3950 ± 35,9 КОЕ/мл, при этом показатели общего Ig E были на одинаково высоком уровне — 230,5 ± 12,4 и 230,7 ± 7,7 МЕ/мл соответственно. У больных с тяжелой степенью заболевания уровень колонизации был превышен в 9,3 раза по сравнению с контрольной группой, со средней степенью — в 7,6 раза и с легкой — в 5,7 раза ($P<0,05$). Уровень колонизации Candida spp. в кишечнике коррелировал со степенью тяжести заболевания ($r = 0,5$, $P < 0,001$), хотя содержание сывороточного Ig E носила выраженный характер во всех клинических формах. Достоверное его повышение наблюдалось независимо от степени тяжести процесса. При этом высокая колонизация в кишечнике была определена у больных с лихеноидной и пруригинозной формами АД 5100 ± 93,52 КОЕ/мл и 4800 ± 52,08 КОЕ/мл соответственно. Наименьшая колонизация определена у больных с эритематозно-сквамозной (3100 ± 35,42 КОЕ/мл) и экссудативной (2700 ± 44,57 КОЕ/мл) формами.

Вывод. Результаты исследования показали, что на степень тяжести АД влияет колонизация кишечника Candida spp., а не уровень общего Ig E, который достоверно повышен в каждой из них. Поэтому своевременная микодиагностика биосубстратов кишечника будет способствовать успешной терапии и уменьшению тяжелых рецидивирующих форм заболевания.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ ПОЛУЧАВШИХ ВЛОК ТЕРАПИЮ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, А.Ш. ИНОЯТОВ, Д.А. ТЕШАБАЕВА, А.У. БУРХОНОВ, Б.Т. САТОВ

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

За последние годы по данным ВОЗ среди актуальных заболеваний четвёртое место занимают аллергодерматозы среди населения экономически развитыхстран, что составляет около 30%. При этом за последние десятилетия по данным отечественных и зарубежных ученых клиническое течение аллергодерматозов характеризуется усугублением тяжести течения, хронизацией и частым рецидивированием процесса, резистентностью к проводимой традиционной терапии.

Цель исследования — оценка клинического течения аллергодерматозов у больных, получавших ВЛОК терапию

Материал и методы исследования. Набран клинический материал у 35 больных различными формами аллергодерматозов в возрасте от 7 до 62 лет. Мужчин было — 13, женщин — 22.

Результаты исследования. Среди 35 пациентов с диагнозом аллергический дерматит было 3 больных, крапивницей — 5, токсикодермии — 2,многоформная экссудативная эритема — 3, атопический дерматит — 22. Изучение анамнестических данных выявило: давность аллергодерматозов до 1 года у 8 больных, от 1 до 5 лет — у 12 больных, более 5 лет у 15 больных. Все исследуемые больные были обследованы в стадии клинического обострения. Изучение рецидивирования заболевания показало частоту более 2 раз в год у 28 больных, а впервые выявленные проявления дерматоза были у 7 больных аллергодермтозами.

Изучение возрастного показателя больных различными формами аллергодерматозами выявило распределение следующего характера: до 14 лет — 6 больных, 15–20 лет — 4 больных, 21–30 лет — 11 больных, 31–40 лет — 9 больных, 41–50 лет — 1, 50 лет и более — 4 больных.

У 35 больных аллергодерматозами проведены расчеты ДИШС, где показатель индексировался по 9 основным клиническим проявлениям: эритема, отек, мокнутие, лихенификация, папулы, сухость кожи, шелушение, эрозии (трещины), зуд.

Все больные провидено клинические исследование до и после лечение. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа (n=16), получавшая ВЛОК — терапию, 2 группа (n=19) контрольная, получавшая традиционную терапию. В первой группе ДИШС составил до лечения 14,56±1,12 баллов, после лечения — 5±0,56 балла. Во второй группе до лечения 13,95±0,71 баллов, после лечения — 5,2±0,47 балла.

Выводы. Таким образом, изучение клинического течения у больных аллергодерматозами, получавших ВЛОК терапию показало эффективность, по сравнению с группой больных, получавших традиционное лечение. Оценка исходной тяжести кожного процесса по показателю ДИШС, показала снижение показателя во 2 группе больных до 5,2±0,47 баллов, что соответствует легкому течению процесса.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ

Н.Н. МАЛИКОВА[1], С.С. АРИФОВ[2]

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница МЗ РУз, Ташкентский институт усовершенствования врачей

Вульгарные угри (ВУ) — хроническое, мультифакториальное заболевание сальных желез и волосяных фолликулов остается актуальной проблемой дерматокосметологии.

Несмотря на многочисленные исследования, патогенез этого дерматоза остается до конца не изученным. Проводимая терапия во многом зависит от клинической манифестации и течения заболевания.

Цель исследования — изучение клинического течения угревой болезни.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением были 44 больных с вульгарными угрями в возрасте 12–35 лет, средний возраст составил 18 лет. Из них лиц мужского пола было 23, женского — 21. Больные страдали вульгарными угрями от года до 6 лет: до года — 11 (25%), от года до 3 лет — 21 (47,7%), от 3 до 6 лет — 12 (27,3%) больных. По степени тяжести заболевания согласно общепризнанной классификации G. Plewig и Kligman A.M. (1994), у 30 (68,2%) больных диагностирована легкая, у 9 (20,5%) — средняя, у 5 (11,3%) — тяжелая

степень тяжести заболевания. Причиной возникновения заболевания 27 (61,3 %) больных назвали наследственность, 16 (36,3 %) — гормональные изменения, 9 (20,4 %) — погрешности в диете, 12 (27,2 %) больных не смогли указать причину заболевания. Так, из 27 больных, с наследственным фактором, в 13 случаях. ВУ юношеском возрасте страдал один из родителей, в 7 случаях — старший брат, в 5 случаях — старшая сестра и в 2 случаях — младший брат. Всем больным проводилось общее лабораторное обследование. Общий анализ крови у всех больных был в пределах нормы, в биохимическом анализе крови у 2 больных отмечен верхний предел трансаминаз крови.

Вывод. Наши клинические наблюдения показали, что ВУ чаще диагностируются у лиц с давностью заболевания от года до 3 лет, с легкой степенью тяжести и большинство из них причиной заболевания назвали наследственный фактор.

К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ

Н.Н. МАЛИКОВА, С.С. АРИФОВ, И.Б. НУРМАТОВА

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница, г. Ташкент,
Ташкентский институт усовершенствования врачей. г. Ташкент,
Ташкентская медицинская академия. г. Ташкент

Несмотря на большое количество современных методов лечения вульгарных угрей (ВУ), особенно тяжелых форм, их результаты полностью не удовлетворяют как больных, так и врачей.

Цель исследования — анализ эффективности ранее полученной терапии больными с вульгарными угрями по данным РКВКБ МЗ РУз.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 44 больных с ВУ в возраст 12–35 лет (23 — мужского 21 — женского пола) и давностью болезни от года до 6 лет. У 30 (68,2 %) больных диагностирована легкая степень тяжести, у 9 (20,5 %) — средняя, у 5 (11,3 %) — тяжелая степень заболевания. У 11 (20,5 %) больных наряду с клинической картиной ВУ с различной степенью выраженности, имелись постакне — гиперпигментные пятна, атрофические и рубцовые изменения. Местную терапию против акне получили 25 (56,8 %), системную — 11 (25 %) и комбинированную — 8 (18,2 %) больных. При местной терапии антибиотики получили 9, эритромицин-цинковый комплекс — 8, ретиноиды — 3, другие виды лечения (сера, ихтиол, салициловая кислота), в том числе комбинацию с выщеприведенными топическими средствами — 8 пациентов. При системной терапии 7 больным назначались антибиотики, 2 — системные ретиноиды и 2 — комбинация системных антибиотиков и ретиноида. 3 больных получили комбинацию системного антибиотика с эритромицин-цинковым комплексом, 2 — системного и местного антибиотика, 1 — системного антибиотика и топического ретиноида и 2 — системного антибиотика с другими видами лечения (сера, ихтиол, салициловая кислота). Больными с клиническими проявлениями постакне дополнительно назначались косметологические процедуры — механическая, ультразвуковая чистка лица, криомассаж, энзимные пилинги, лечебные аппликации.

Выраженная клиническая эффективность от лечения была отмечена у больных, получавших местную терапию, при легкой степени тяжести течения и комбинированную терапию — при тяжелой и очень тяжелой степени течения.

Вывод. Больные с вульгарными угрями в качестве местной и системной терапии часто использовали антибиотики. Наиболее эффективным является комбинированный метод лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

А.М. МАННАНОВ, В.С. ХУСНУТДИНОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Врожденный буллезный эпидермолиз (наследственная пузырчатка) — характеризуется склонностью кожи и слизистых оболочек к развитию пузырей, преимущественно на местах незначительной механической травмы.

Hallopean в 1986 г выделил две его формы: простую и дистрофическую. В настоящее время выделяют три формы заболевания: простой буллезный эпидермолиз (аутосомно-доминантный), пограничный буллезный эпидермолиз (рециссивный) и дистрофический буллезный эпидермолиз (аутосомно-рецессивный). При простом буллезном эпидермолизе образуются пузыри на уровне кератиноцитов базального слоя, так как

происходит лизис кератиноцитов в результате активации цитолитических ферментов под влиянием травмы. При пограничной форме заболевания происходит образование пузырей в зоне светлой пластинки базальной мембраны в результате гипоплазии или отсуствия полудесмосом. При дистрофической форме пузыри образуются между базальной мембраной и дермой из-за отсутствия или слабого развития фибрилл и возможно, за счет лизиса основного вещества и волокон дермы. В патогенезе буллезного эпидермолиза лежит врожденный дефицит синергизма тканевых энзимов и ингибиторов.

В последнее время в практике дерматовенеролов отмечается тенденция к увеличению частоты встречаемости врожденного буллёзный эпидермолиза. В связи с этим наше клиническое наблюдение представляет практический интерес для молодых специалистов и научных работников, ведущих научные исследования в этой области.

Приводим наблюдение. Больной Б. 2014 г. р., житель Шахрисабзкого района Кашкадарьинской области, обратился в приемное отделение клиники ТашПМИ 18 апреля 2017 г.

Со слов матери, ребенок болен с рождения. Начало заболевания мать ни с чем не связывает. По поводу заболевания обращалась в КВД по месту жительства, где ребенок получал амбулаторное лечение но эффекта не было. Из анамнеза выяснено, что ребенок от третьей беременности, родился в срок, от кровнородственного брака. Во время беременности у матери была анемия II степени и тяжелый токсикоз.

При осмотре общее состояние ребенка средней тяжести, отмечалось беспокойство, неохотно реагировал на окружающих. Кожно-патологический процесс носил распространенный характер. Высыпания располагалось на разгибательных поверхностях кожи локтевых, коленных суставов, тыльной поверхности кистей рук, а также ладоней и подошв. Содержимое пузырей имело серозный характер, кожа вокруг была не воспалена. На местах заживших эрозий, наблюдалась рубцовая атрофия легкой степени выраженности, отмечались дистрофические изменения отдельных ногтевых пластинок кистей рук и ног. Субъективно болезненность и беспокойство.

На основании анамнестических данных, клинического наблюдения и лабораторных исследований был установлен диагноз — «дистрофический врожденный буллезный эпидермолиз, локализованная форма». Ребенок был направлен на стационарное лечение в детское дерматологическое отделение клиники ТашПМИ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА

А.М. МАННАНОВ, С.З. ОБИДОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Энтеропатический акродерматит (ЭА), или синдром Данболта–Клосса, является тяжелым наследственным аутосомно–рецессивным заболеванием с нарушением мутации гена ZIP-1, что приводит к дефектной абсорбции цинка в тонком кишечнике. На наследственную природу заболевания указывают факты его возникновения у детей, рожденных от кровнородственных браков. В патогенезе заболевания основополагающую роль играет мутация гена, расположенного на участке хромосомы 8q24, которая приводит к нарушению абсорбции цинка из тонкого кишечника. Имеются также изменения у больных с ЭА гена SLC39A4, локализующегося в хромосоме 15q15-q2, который является ответственным за синтез цинк–регулирующего металлопротеина hZIP4. Это приводит к нарушению метаболизма цинка и дефициту его содержания в организме.

Манифестация заболевания наблюдается в раннем детском возрасте. В большинстве случаев начало заболевания проявляется в первые недели после прекращения грудного кормления. Течение ЭА сопровождается периодами ремиссии и обострения, частота и тяжесть последних зависит от своевременности диагностики и адекватности лечения. При достижении больными детьми пубертатного возраста болезнь обычно стабилизируется, в отдельных случаях наблюдается полная ремиссия. Клиническая картина энтеропатического акродерматита характеризуется триадой основных проявлений: алопецией, диареей и поражением кожи.

В практике дерматологов, педиатров и инфекционистов болезнь иногда ошибочно диагностируется как синдром мальабсорбции, кишечной инфекции, экссудативного диатеза, пиодермии и других заболеваний, имеющих сходные проявления, в результате чего нередко наблюдаются летальные исходы. В связи с этим наше клиническое наблюдение представляет важный практический интерес.

Приводим наблюдение. Больной С., 7 месяцев, поступил в детское дерматологическое отделение клиники ТашПМИ 18 апреля 2017 г. из г. Термеза Сурхандарьинской области. Жалобы со слов матери были на высыпания вокруг кожи

естественных отверстий, жидкий стул, выпадение волос на голове и на беспокойство.

Первые признаки заболевания начались на 3 месяце после рождения ребенка. По поводу болезни к врачам не обращались и не лечились. Когда высыпания стали распространяться и состояние ребенка ухудшалось, вынуждены были обратиться в детскую консультативную поликлинику ТашПМИ и были госпитализированы в отделение детской дерматологии.

Ребенок родился в срок, доношенным, третьим ребенком от кровнородственного брака. При осмотре общее состояние ребенка было средней тяжести, отмечалось некоторое беспокойство. Кожно-патологический процесс носил распространенный характер, симметричное расположение очагов с четкими границами, фестончатыми краями. Основными элементами сыпи были эритемато-сквамозные пятна, имеющие тенденцию к слиянию, особенно вокруг полости рта, в шейных складках и на ягодицах отмечались обширные эрозии с отслаивающимся эпидермисом по краям. Единичные ногтевые фаланги пальцев кистей рук и стоп были утолщены, застойноть синюшно-багрового цвета, отмечались явления паронихии. Наблюдалось поредение волос на голове и жидкий стул.

На основании анамнестических данных, клинического наблюдения и лабораторных исследований ребенку был установлен диагноз «энтеропатический акродерматит» назначена патогенетическая терапия с включением препаратов цинка в стационарных условиях.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «ВИРЖИНДЕРМ» ПРИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ПЕЛЕНОЧНОГО ДЕРМАТИТА И ПОТНИЦЫ У ДЕТЕЙ

А.М. МАННАНОВ, У.Ш. РИХСИЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Как известно, пеленочный дерматит и потница являются чрезвычайно распространенными заболеваниями у детей грудного возраста. При несвоевременном и неадекватном лечении заболевание осложняются вторичной бактериальной и грибковой инфекцией, приводящей к дальнейшему распространению и усугублению общего состояния ребенка. Беспорядочное использование педиатрами и дерматологами местных кортикостероидовв свою очередь способствует возникновению побочных эффектов и формирует рецидивы, атакже развитие резистентности к проводимой терапии. В связи с этим поиск эффективных и безопасных препаратов местного применение является актуальным.

Цель исследования. Оценка эффективности местного применения препарата «Виржиндерм» у детей грудного возраста с явлением пеленочного дерматита и потницы.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 87 детей в возрасте от 5 дней до 12 месяцев, страдающих пеленочным дерматитом и потницей. У больных детей очаги поражения располагались симметрично в основном в области крупных складок, спины и ягодиц в виде папул, везикул, эрозий с явлениями мокнутия на эритематозном основании. Больные дети были беспокойные, плаксивые, плохо спали и мало прибавляли в весе. В 49 случаях при бактериологическом исследовании с очагов поражения были высеяны Candida albicans и Staph. aureus. С матерями больных детей была проведена разъяснительная работа по правильному уходу за детьми. Местно была применена монотерапия раствором «Виржиндерм» в разведении дистиллированной водой 1:5. Препарат применялся местно 3 раза в день в виде примочек.

Результаты исследования. В результате проводимой терапии у детей на 2-е сутки после начала местного лечения раствором «Виржиндерм» в очагах поражения начиналось высыхание мокнущих элементов, везикулы и фликтены ссыхались в корочки, а на 4–5 сутки эрозии полностью эпителизировались. Также отмечалось заметное снижение беспокойства и нормализация сна у детей. От применения препарата побочных явлений не отмечалось.

Вывод. Препарат «Виржиндерм» оказался эффективным для местного применения в лечении пеленочного дерматита и потницы у грудных детей в условиях жаркого климата. Он обладает быстрым противовоспалительным и эпителизирующим действием, удобен в применении и экономичен в использовании.

ХАРАКТЕР ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

МИРАХМЕДОВА Х.Т., РАХМАТОВ А.Б., ДАДАБАЕВА Н.А.

Ташкентская медицинская академия, РСНПМЦДиВ

Ключевую роль в патогенезе ПсА играют гиперплазия и клеточная инфильтрация синовиальной оболочки суставов (образуются паннус, эрозии хряща), формирующиеся под влиянием цитотоксических Т-клеток, повышения уровня TNFα, оказывающего провоспалительный эффект и стимулирующего систему протеаз и наличия сопутствующих энтезитов. Участие иммунологических факторов в патогенезе ПсА подтверждается фактами обнаружения клеточных инфильтратов как в коже, так и ткани пораженных суставов больных, отложения иммуноглобулинов в эпидермисе и синовиальной мембране таких пациентов. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные этой теме, вопрос о роли иммунных нарушений на ранних этапах развития ПсА до конца не решен.

Материал и методы исследования: обследовано 50 больных псориатическим артритом. Из них мужчин было 43,1%, женщин — 56,9% в возрасте от 18 до 65 лет, средний возраст (M+m) 42+1,5 года. У больных было изучено состояние клеточного и гуморального звеньев иммунитета в зависимости от длительности ПсА. По длительности заболевания больных разделили на раннюю стадию до 2-лет и позднюю по аналогии ревматоидного артрита. Таким образом: 1 группу — составили 43,4% с длительностью заболевания ПсА до 2-х лет (ранний ПсА) и 2 группу с длительностью заболевания более 2-х лет (поздний ПсА)- 56,6%. Определение содержания цитокинов в сыворотке произведено с использованием тест-систем. Контрольную группу составили 28 практически здоровых лиц в возрасте 20–53 года.

Результаты исследования: в обеих группах отмечалось снижение уровня количество Т-лимфоцитов наиболее выражено у больных поздним ПсА. При раннем ПсА данный показатель составил 50,2±2,1, при позднем 48,0±1,0 против 60,7±2,36% в контрольной группе ($p<0,05$). Процентное содержания CD4+ лимфоцитов у больных ранним артритом имело тенденцию к уменьшению, у больных поздним отмечалось его достоверное снижение. По современным представлениям, CD4+ Т-хелперные (Th) клетки занимают центральное место в инициировании, регуляции и поддержании разнообразия иммунного ответа в патогенезе широкого спектра ревматических заболеваний. Показатели уровня CD8+у больных ранним ПсА определялась на верхней границы нормы 27,7±0,6. Иммунорегуляторный индекс был достоверно снижен в обеих группах 0,78±0,02 и 0,67±0,07 по сравнению с контролем 1,62±0,15, так и между группами. Данный факт указывает на значительное угнетение Т-клеточного звена иммунитета, особенно при тяжелых формах псориатического артрита. У всех больных ПсА наблюдался В-лимфоцитоз, превышающий норму в 2–3 раза. У больных поздним ПсА выявлялся достоверное повышение содержания В-лимфоцитов 27,2±1,26, против 22,6±1,19 у больных ранним артритом и по сравнению с данными контрольной группы. Одновременно с указанными изменениями параметров клеточного иммунитета, у больных ПсА изучены показатели гуморального звеньев иммунитета у больных ранним и поздним течением. Уровень IgA было повышено при раннем (19,9±0,6* против 3,4±0,08 в контрольной группе) и позднем (23,27±0,8 против 3,4±0,08 в контрольной группы). Содержание IgG было достоверно повышено у больных поздним артритом по сравнению с пациентами с ранним ПсА. Содержание Ig M у больных ранним и поздним ПсА не отличалось от аналогичного показателя контрольной группы. Что касается иммуноглобулина G, то его концентрация в сыворотке крови было достоверно повышено в обеих группах, особенно при позднем ПсА.

Т.О. все это подтверждает снижение ответа Т-лимфоцитов, уменьшение супрессорной клеточной функции и наличие напряженного гуморального иммунитета при этом заболевании.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ HELICOBACTER PYLORI

Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МзРУз

Крапивница является гетерогенным, аллерготоксическим заболеванием, которое развивается в результате воздействия аллергенов, поступающих извне или образующихся в самом организме. Крапивница может возникать при употреблении определенных пищевых продуктов (яйца,

морепродукты, копчености и др.), применении лекарственных препаратов, контакте с пыльцой растений, при воздействии холода или солнечных лучей и т.д. Предрасполагающими факторами возникновения крапивницы являются нервно-эндокринные расстройства, болезни, очаги хронической инфекции и др.

В последние годы достигнуты большие успехи в раскрытии механизма развития крапивницы, однако патогенез и этиология все еще не до конца изучены. Согласно литературным данным в развитии крапивницы отмечают инфицированность Helicobacter pylori, которая является самой распространенной бактериальной инфекцией у человека.

Цель исследования — изучение частоты выявления Helicobacter pyloriy у больных крапивницей в зависимости от клинической формы.

Материал и методы исследования. Обследованы 62 больных крапивницей в возрасте от 12 до 57 лет, мужчин — 23 (37%), женщин — 39 (63%). Контрольную группу составили 20 здоровых лиц.

Всем больным крапивницей и лицам контрольной группы были проведены общеклинические методы обследования, а также иммунологические методы, которые заключались в определении антител к Helicobacter pylori IgG методом ИФА.

Результаты исследования. По клинической форме крапивницы острая форма крапивницы диагностирована у 27 (43,5%) и хроническая — у 35 (56,5%) больных. Результаты ИФА-исследования крови у больных крапивницей на концентрацию H. Pylori выявили повышенную концентрацию H. pylori у 42 больных (67,7%). В числе положительных результатов 26 больных имели хроническую форму крапивницы (61,9%) и 16 — острую (38,1%). В контрольной группе повышенный титр наблюдался у 5 (25%) лиц.

С увеличением давности заболевания в крови у больных крапивницей титр H. pylori повышался в 5,4 раза по сравнению с острой формой крапивницы ($P < 0,05$).

Таким образом, на наш взгляд высокая концентрация H. pylori в крови у больных крапивницей является одним из критериев хронического течения заболевания, что необходимо учитывать в разработке дополнительных патогенетических методов терапии. Исследования продолжаются.

К РЕТРОСПЕКТИВНОМУ АНАЛИЗУ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ, А.А. НАЗАРОВ, Ш.З. МАВЛЯНОВА, З.А. ТАДЖИБАЕВА

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

В последние годы отмечается неуклонный рост аллергических заболеваний кожи, в частности, крапивницы. По данным многочисленных исследований, частота встречаемости заболевания достигает до 5% в популяции.

Цель исследования — дать оценка распространенности и клинического течения крапивницы у больных, проживающих в условиях жаркого климата Республики Узбекистан.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 1396 историй болезни и амбулаторных карт пациентов с крапивницей, находившихся на лечении в РСНПМЦ ДиВ и РЦА в период с 2006 г. по 2016 г. Диагноз крапивницы ставился на основании анамнестических, клинических и общеклинических анализов.

Результаты исследования. Изучение возрастных аспектов проявления крапивницы показало, что заболеваемость встречается в любом возрасте, но чаще регистрируется в подростковом в возрасте от 11 до 15 лет (28,8%, и молодом и активном трудоспособном возрасте (16,5%), что представляет социальную значимость заболевания. По половому аспекту у лиц женского пола заболевание зарегистрировано в 61,5% случаев, у лиц мужского — в 38,5%. По клиническому течению в большинстве случаев диагностирована острая форма крапивницы (54,3%), а хроническая форма составила 45,6%. Непрерывное течение хронической крапивницы наблюдалось у 52,7% больных, рецидивирующее течение — у 46,8%. Количество рецидивов колебалось от 0,1 до 10 раз в год.

При анализе обращаемости пациентов к врачам по клинической форме дерматоза было выяснено, что к аллергологам обращалось больше больных с острой формой крапивницы, а к дерматологам с хронической.

Изучение провоцирующих факторов развития крапивницы выявило, что основным триггером являются лекарственные препараты (61,5%) и пищевой фактор (23,07%). Среди лекарственных препаратов ведущее место занимали НПВС, антибиотики. У 61,5% больных отмечалась наследственная отягощенность. Среди сопутствующей патологии у 53,8% больных выявлены заболевания желудочно-кишечного тракта, у 15,4% — нервной системы, у 23% — заболева-

ния эндокринной системы, у 7,8% — гипохромная анемия и др. У больных с хронической крапивницей в 22,3% случаев выявлена паразитарная инфекция (лямблиоз, аскаридоз, гименолепидоз).

Резюмируя полученные результаты, можно отметить, что проблема крапивницы приобретает большой научно-практической интерес для медицинской дерматологической практики и требует глубокого подхода к раскрытию молекулярно-генетических аспектов развития заболеваемости.

ВЛИЯНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ НА РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Д.Д. НАБИЕВА, Х.Х. АХРОРОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент

Актуальность. Атопический дерматит (АД) является одним из наиболее распространенных аллергических заболеваний среди детей различных возрастных групп. Встречаемость атопического дерматита в различных странах колеблется и составляет от 10 до 28% (Мачарадзе Д.Ш., 2013).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 58 детей в возрасте от 2 до 5 лет с АД. Проводили клинический осмотр ребенка, общеклинические лабораторные исследования, бактериологическое исследование кала на дисбактериоз. Определение специфических иммуноглобулинов класса Е к пищевым, бытовым, эпидермальным, пыльцевым аллергенам в сыворотке крови ИФА методом.

Результаты исследования. При изучении наследственной отягощенности по аллергическим заболеваниям было определено, что отягощенность по линии матери отмечается у 18 (41,9%) детей из 43 больных с наследственной отягощённостью в анамнезе, у 12 (27,9%) больных — по линии отца, у 13 (30,2%) пациентов и по линии матери, и по линии отца. В зависимости от тяжести течения АД встречаемость наследственной отягощенности по аллергическим заболеваниям была различна. В частности, при легком течении АД наследственная предрасположенность встречалась у 57,1% (n=16) больных, а при среднетяжелом и тяжелом течении АД был характерен высокий процент наследственной предрасположенности (89,5% и 90,9% соответственно). Следовательно, наследственная отягощенность может повлиять на клиническую тяжесть АД у детей.

Вывод. Полученные данные показали, что у детей дошкольного возраста с АД, одним из основных факторов, способствующего к обострению заболевания, является наследственной отягощенности по аллергическим заболеваниям (74,1%), как со стороны матери (41,9%), так и отца (27,9%), или с обеих линий.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ОБОСТРЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Д.Д. НАБИЕВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Актуальность. В ряде эпидемиологических исследований показано, что особенности течения атопического дерматита (АД) во многом связаны с возрастом, особенностями питания, климатогеографическими факторами, условиями жизни семьи и т.д. (Торопова Н.П., 2014). При этом открытым остается вопрос изучения патогенетических особенностей формирования АД у детей дошкольного возраста в зависимости от тяжести заболевания.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 58 детей в возрасте от 2 до 5 лет с АД, получавшие лечение в клинике ТашПМИ. Обследование проводилось с использованием общее клинических, лабораторных, а также бактериологическое исследование кала на дисбактериоз, определение специфических IgE к пищевым, бытовым, пыльцевым аллергенам, в сыворотке крови ИФА методом.

Результаты исследования. Как показали исследования, главным факторов способствующие обострению АД у детей дошкольного возраста является пищевой фактор (71,4%), а также контакт с растительной пылью (43,1%) и стрессовые ситуации (17,2%), в частности переезды, неблагоприятный психологический климат в семье. Немаловажным фактором является контакт с синтетическими моющими и гигиеническими средствами 6,9%, у 7,8% больных отмечали обострение на фоне употребления или использование (мазей, супозитории и др.) лекарственных средств. При этом, при легком течение

АД — пищевой фактор встречается у 60,3 %, при тяжелом у 72,7 % больных детей, что указывает о высокой роли пищевого фактора на обострение АД у детей, что следует учитывать в лечебном процессе.

Вывод. Основным фактором способствующие обострению АД у детей дошкольного возраста является пищевой фактор (71,4 %), который превалирует от 60,3 % до 72,7 % в зависимости от тяжести заболевания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Р.М. НАРЗИКУЛОВ, С.П. СОБИРОВ, И.Ш. КАМОЛОВ

Самаркандский государственный медицинский институт

В последние годы существенно возросло внимание к проблемам психического благополучия и психосоциальной адаптации пациентов, страдающих псориазом. Наименее изученными остаются вопросы, касающиеся роли психического состояния больных псориазом в развитии заболевания. Между тем, лечение больных псориазом с учетом сложных психосоматических взаимоотношений может способствовать повышению эффективности терапии псориатической болезни.

Цель исследования — оптимизация лечения больных псориазом с использованием современных антидепрессантов на основании клинической оценки тяжести течения заболевания и динамики экспрессии провоспалительных цитокинов.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 48 больных с вульгарным псориазом (26 мужчин, 22 женщины в возрасте от 18 до 65 лет). Давность заболевания варьировала от 6 месяцев до 14 лет. Все больные ранее получали лечение в кожно-венерологических диспансерах с переменным успехом. Период ремиссии заболевания длился от 3 месяцев до 2–3 лет. Больные получали традиционное десенсибилизирующее, антигистаминное, антидепрессантное и др. лечение. Все больные отмечали нервозность, вспыльчивость, быструю смену настроения, бессонницу. В связи с этим мы считаем целесообразными применять на фоне общей терапии современные антидепрессанты. Таким препаратом является «Рексетин» пароксетин — антидепрессант III поколения из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Применяется при генерализованных тревожных расстройствах, бессоннице, гипервозбудимости. Рексетин назначали по 1 таблетке 1 раз в сутки, по утрам, в течение 15–30 дней в зависимости от возраста, давности заболевания и регресса папул. У 24 больных субъективные ощущения значительно уменьшились или исчезли полностью на 7–10-е сутки, 20 больных отметили улучшение на 11–20 сутки, 4 больных отмечали незначительное улучшение на 25–30 сутки. У всех больных на фоне комплексного лечения отмечался регресс папул в течение 7–15 дней.

Вывод. Традиционное лечение псориаза в сочетании с современным антидепрессантом «Рексетин» привело к более быстрому излечению пациентов, что может служить посылом к активному его применению в практическом здравоохранении.

СОСТОЯНИЕ ЦИНКА В КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ СЕПСИСОМ

Ш.С. НАСИРОВА, С.А. ПАЗИЛОВА, Р.З. ПУЛАТОВА, Ш.Б. ТУРСУНОВ, М.Ф. ТАХТАБЕКОВА, Ш.А. ЖАЛИЛОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, МЗ РУз

Проблема микроэлементозов, т.е. болезней, синдромов и состояний, связанных с нарушением обмена макро- и микроэлементов в организме, на сегодняшний день представляется весьма важной и актуальной как для научной медицины, так и для практического здравоохранения. На этом фоне особый интерес вызывают цинкдефицитные состояния у детей.

Цель исследования — изучение состояния цинка в сыворотке крови у детей раннего возраста, с гнойно-воспалительным заболеванием (ГВЗ).

Материал и методы исследования. Нами определено состояние микроэлемента Zn (цинка) в сыворотке крови фотометрическим методом с использованием тест системы фирмы Рендекс (Ирландия) на автоматическом анализаторе у 38 детей раннего возраста с ГВЗ.

Результаты исследования показали, что в период клинического выздоровления средний уровень цинка в сыворотке у всех детей был снижен, достоверно отличаясь от показателей здоровых детей 88,97±4,8 ммоль/л, (P<0,001). Это зависело от формы и тяжести сепсиса, а также от вида вскармливания.

Таким образом, анализируя микроэлементный состав крови детей раннего возраста, перенесших сепсис, установлен выраженный у них дефицит цинка на протяжении всего заболевания. Это трактует необходимость введения препаратов цинка в терапию сепсиса у детей раннего возраста.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ, С.Л. КУРБАНОВА, Н.Л. КУРБАНОВА

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования — оценить состояние микроциркуляции в динамике у больных атопическим дерматитом (АД), получивших комплексное лечение с включением плазмафереза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО).

Материал и методы исследования. У 15 больных АД (9 мужчин, 6 женщин) в возрасте от 16 до 42 лет исследовали показатели микроциркуляции. Был использован метод биомикроскопии сосудов конъюнктивы с последующим фотографированием. Качественно-количественную оценку состояния микроциркуляции осуществляли по бальной системе, разработанной В.С. Волковым с соавт. Кроме общей оценки конъюнктивальной микроциркуляции ($КИ_{общ}$), оценивались периваскулярные ($КИ_1$), сосудистые ($КИ_2$) и внутрисосудистые ($КИ_3$) изменения. Контролем служили результаты конъюнктивальной биомикроскопии 8 здоровых лиц.

Результаты исследования. У больных АД чаще всего встречались внутрисосудистые изменения в виде агрегации эритроцитов и сладж-феномена, а также морфологические изменения сосудов — неравномерность калибра, меандрическая извилистость венул. До лечения у больных $КИ_1$ равнялась 0,22±0,01 балла; $КИ_2$ — 4,54±0,01 балла; $КИ_3$ — 4,11±0,01 балла; $КИ_{общ}$ — 8,21±0,04 балла. После лечения соответственно — 0,17±0,04; 3,22±0,03; 2,30±0,02; 5,20±0,02 балла.

Под воздействием комплексной терапии у больных АД без изменений оставались морфологические нарушения (изменения архитектоники, меандрическая извилистость сосудов, венулярные саккуляции и клубочки), а динамические показатели (внутрисосудистая агрегация эритроцитов, сладж-феномен, периваскулярный отек) претерпевали положительные изменения.

ДИНАМИКА ТРАНСКУТАННОГО ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ, С.Л. КУРБАНОВА, Н.Л. КУРБАНОВА

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Цель исследования — изучить состояние кислородного баланса в организме больных атопическим дерматитом (АД) в процессе комплексного лечения плазмафереза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО).

Материал и методы исследования. У 20 больных (12 мужчин, 8 женщин) АД в возрасте от 14 до 48 лет была изучена динамика парциального давления кислорода ($РткО_2$) в очагах поражения кожи. Измерение напряжения кислорода производили методом транскутанного измерения $РткО_2$ оксимонитором TCM/2/20 фирмы «Radiometer» (Дания). Контролем служили $РткО_2$ на коже у 10 здоровых лиц.

Результаты исследования. До сеанса ГБО $РткО_2$ на пораженных участках кожи больных АД было достоверно ниже (55,16±0,74 мм/рт.ст.) чем у лиц контрольной группы — 70,56±0,62 мм/рт.ст; (P<0,05). Во время сеанса ГБО происходило повышение $РткО_2$ более чем в 10 раз, достигнув максимума на 40–45 минутах, т. е. к концу сеанса ГБО (591,83±2,23 мм/рт.ст.). После сеанса ГБО $РткО_2$ возвращалась к исходным данным, но все же была выше (60,85±0,29 мм./рт.ст.), чем до начала сеанса. К концу курса лечения $РткО_2$ равнялась 71,23±0,36 мм/рт.ст. Перед последним сеансом ГБО $РткО_2$ равнялась 64,23±0,35 мм/рт.ст., что являлось косвенным свидетельством улучшения микроциркуляции в этих участках кожного покрова.

Вывод. Транскутанное измерение $РткО_2$ в коже является эффективным методом контроля не только за состоянием оксигенации тканей, но и микроциркуляторных изменений в них под воздействием ГБО.

ДИНАМИКА ТЕРМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ, С.Л. КУРБАНОВА, Н.Л. КУРБАНОВА

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан

Цель исследования. Оценка термографических данных у больных атопическим дерматитом (АД) на фоне комплексного лечения с включением плазмафереза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы исследования. У 16 больных АД были изучены термографические данные, основанные на регистрации теплового излучения тела человека в инфракрасной области спектра проведенные с помощью аппарата «AGA-661» рядомное (Швеция). Результаты оценивали, сравнивая температур в очагах поражения и с расположенными не пораженными участками кожного покрова. До начала обследования больные адаптировались. Изображение прибором тепловых полей регистрировали путем фотографирования на черно-белую негативную пленку светочувствительностью 65 ЕД.

Результаты исследования. У больных АД до лечения в пределах одного очага поражения определялась пятнистая картина в виде чередования зон с повышенным и пониженным свечением. Температурный градиент между ними составлял от 0,5 до 2,0°С. После курса комплексной терапии у больных с клинической ремиссией на термограммах определялось выравнивание температуры в очаге поражения и рядом расположенными участками кожного покрова или температурный градиент достигал 0,5°С с уменьшением выраженности пятнистости на термограмме.

Вывод. У больных АД по данным термографии определялись температурные изменения в очагах поражения, которые нивелировались после курса комплексной терапии.

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛЕФНО»

А.Б. ПАКИРДИНОВ, А.А. КУЧКАРОВ, К.З. БОТИРОВ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Цель исследования — оценить состояние микроциркуляции в динамике у больных с артропатической формой псориаза, получивших комплексное лечение с применением препарата «Лефно».

Материал и методы исследования. У 15 больных (9 мужчин, 6 женщин) в возрасте от 25 до 45 лет исследовали показатели микроциркуляции. Был использован метод биомикроскопии сосудов конъюнктивы с последующим фотографированием. Качественно-количественную оценку состояния микроциркуляции осуществляли по балльной системе, разработанной В.С. Волковым с соавт. Кроме общей оценки конъюнктивальной микроциркуляции (КИобщ.), оценивались периваскулярные (КИ1), сосудистые (КИ2) и внутрисосудистые (КИ3) изменения. Контролем служили результаты конъюнктивальной биомикроскопии 8 здоровых лиц.

Результат исследования. У больных с артропатической формой псориаза чаще всего встречались внутрисосудистие изменения в виде агрегации эритроцитов и сладж-феномена, а также морфологические изменения сосудов – неравномерность калибра, меандрическая извилистость венул. До лечения у больных КИ1 равнялась 0,22±0,01 балла; КИ2 — 4,54±0,01 балла; КИ3 — 4,11±0,01 балла; КИобщ — 8,21±0,04 балл. После лечения соответственно 0,17±0,04; 3,22±0,03; 2,30±0,02; 5,20±0,02 балла.

Вывод. Под воздействием комплексной терапии у больных с артропатической формой псориаза без изменений оставались морфологические нарушения (изменения архитектоники, меандрическая извилистость сосудов, венулярные саккуляции и клубочки), а динамические показатели (внутрисосудистая агрегация эритроцитов, сладж-феномен, периваскулярный отек) претерпевали положительные изменения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИЯ И МАЗИ «ЧИСТОТЕЛ» У БОЛЬНЫХ С АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Метод лазерной терапии является относительно простым и безопасным, позволяющим существенно улучшить результаты лечения и прогноз при ряде заболеваний. Многие вопросы клинического применения лазерной терапии нуждаются в дальнейшем изучении и уточнении, в частности выработка более четких показаний, оценка эффективности в условиях проведения контролируемых исследований, сочетание с другими методами лечения.

Мазь «Чистотел» — одни из самых активных природных компонентов, оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное и быстрое ранозаживляющее действие.

Цель исследования — изучить эффективность метода лазерной терапии и мази «Чистотел» у больных с артропатической формой псориаза.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 20 больных с артропатической формой псориаза в возрасте от 17 до 56 лет, из них мужчин — 13, женщин — 7. У всех больных кожный процесс носил распространенный характер. Больные получали лазерную терапию, процедуры проводились ежедневно, на курс 12–14 процедур. Кроме этого, комплексное лечение включало гепатотропные (овесол), антигистаминные препараты витаминотерапию и наружно утром и вечером смазывание очагов поражения.

Результаты исследования. К концу курса лечения у 7 больных элементы поражения регрессировали полностью, у 9 больных остались уплощенные элементы в небольшом количестве, у 4 больных отмечалось незначительное улучшение.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют об клинической эффективности применения лазерной терапии и мази «Чистотел» у больных артропатической формой псориаза при комплексной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЗИ «ЭПЛАН» И ПРЕПАРАТА «ОВЕСОЛ» В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БОТИРО, А.А. КУЧКАРОВ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Артропатическая форма псориаза — хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся многообразными проявлениями и способная поражать нервную систему. Лечение вульгарного псориаза назначается с учетом распространенности процесса. Показано назначение гепатопротекторов. Однако основными из которых являются препараты урсодезоксихолевой кислоты, в частности, овесол — комбинированный препарат, содержащий урсодезоксихолевую кислоту и лактулозу; помимо нормализации работы печени, он восстанавливает нормофлору кишечника, желчегонное, холелитолическое, гиполипидемическое, гипохолестеринемическое и некоторое иммуномодулирующее действие.

Цель исследования — изучить клиническую эффективность мази «Эплан» и препарата «Овесол» у больных с артропатической формой псориаза.

Материал и методы исследования. Под наблюдением было 23 больных (12 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 20 до 39 лет. С артропатической формой псориаза. Из них 16 пациентов также холангит, холециститом. У всех больных очаги поражения наблюдались в области лица, груди в верхних и нижних конечностях. В очагах поражения наблюдались папулы красного цвета, бляшки и чешуйки. Симптом Поспелова был положителен у всех больных. Из 23 больных у 17 отмечен феномен Кебнера на месте раздражений, травм, инъекций. Овесол больные принимали внутрь по 1 столовой ложке 3 раза в день, в течение 14 дней, а очаги поражения смазывали мазью.

Результаты исследования. На 8 день комплексного лечения у больных в очагах поражения наблюдались рассасывание папул и уменьшение боли в суставах. Регресс воспалительных явлений отмечался к концу лечения, период выздоровления сократился на 4–5 дней. Побочных явлений не наблюдалось.

Вывод. Мазь «Эплан» и препарат «Овесол» в комплексном применении эффективными средствами при лечении артропатической формы псориаза и не оказывают побочных явлений.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕЛЯ «ЧИСТОТЕЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБЫКНОВЕННЫХ БОРОДАВОК

ПАКИРДИНОВ А.Б., БОТИРОВ К.З.

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Цель исследования — оценить эффективность и безопасность геля «Чистотел» у больных с обыкновенными бородавками.

Материал и методы исследования. 25 больных с диагнозом «обыкновеные бородавки» (13 женщины, 12 мужчин, средний возраст 28,5) использовали гель «Чистотел» наружно 2 раз в день в течение 3 дней 4-дневным перерывом и повторным 3-дневным курсом. Перед лечением больные были осмотрены дерматологом и онкологом, проведены необходимые лабораторные исследования (общий анализ 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 исследования. У двух пациентов (8%) отмечались побочные явления, проявляющиеся 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 (76%) наблюдались явления регресса кондилом (уменьшение в размере), у 1 (4%) отсутствовала положительная динамика клинической картины. Через 3 месяца у 10 пациентов (40%) отмечено выздоровление, у остальных 15 пациентов (60%) — регресс высыпаний.

Через 6 месяцев наблюдения у 20 пациентов (80%) бородавки полностью исчезли.

У 4 пациентов (16%) отмечался дальнейший регресс высыпаний, а 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. Гель «Чистотел» является эффективным средством для лечения больных с обыкновеными бородавками, о чем свидетельствует динамика процесса. В подавляющем большинстве (92 %) гель хорошо переносится больными.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМА-БАЛЬЗАМА «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «БРОНХОМУНАЛ» У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, А.А. КУЧКАРОВ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Терапия больных атопическим дерматитом остается одной из наиболее актуальных и важных в современной дерматологии. Несмотря на то, что выявляются новые стороны патогенеза атопического дерматита и разрабатываются соответствующие методы терапии, неуклонно растет заболеваемость. Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных атопическим дерматитом. Для устранения изменения в гепатобилиарной системе применялся крем-бальзам «Облепиха и мумиё» в сочетании с препаратом «Бронхомунал».

Крем-бальзам «Облепиха и мумиё» фирмы «Природная формула» (Россия) — одни из самых активных природных компонентов, оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие.

Цель исследования. Изучить эффективность комплексного метода лечения с применением препарата «Бронхомунал» и крема-бальзама «Облепиховое масло и мумиё» у больных атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 30 больных атопическим дерматитом в возрасте от 18 до 40 лет, из них мужчин — 22, женщин — 8. У всех больных кожный процесс носил распространенный характер. Все больные принимали бронхомунал и наружно использовали крем-бальзам «Облепиха и мумиё» в течение 2 недель. Кроме этого комплексное лечение включало витами-

нотерапия, антигистаминные препараты в общепринятых дозах. «Бронхомунал» назначали по 1 капсуле 1 раз в день, бальзамом утром и вечером смазывали очаги поражения тонким слоем.

Вывод. Применение указанных препаратов у 15 больных атопическим дерматитом дало положительный результат. Кожный процесс начал регрессировать через 12–14 дней от начала лечения, заметно уменьшились шелушение и зуд, затем папулы начали уплощаться. К концу 3 недели лечения папулы заметно уплощились у большинства больных, элементы поражения рассасались, исчез зуд.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ IGE В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА НА ФОНЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З.БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ, Х. ОБИДОВ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Проблема терапии больных аутоиммуными дерматозами является достаточно актуальной, что связано со значительным распространением и тяжелым течением дерматоза. Особенно широко разрабатываются немедикаментозные методы терапии, так как лекарственные средства далеко не всегда эффективны и их назначение подчас сопряжено с различными побочными действиями и осложнениями, порой весьма тяжелыми. Одним из таких воздействий является лазерная терапия.

Лазерная терапия все шире внедряется в клиническую практику, так как является относительно безопасным и довольно действенным методом лечения. В последние годы использование лазерной терапии в терапевтических целях находит все большее применение при многих патологических состояниях. Основной ее задачей является модулирование адренергических и холинергических механизмов регуляции метаболических и энергетических процессов.

Цель исследования — изучение механизма терапевтического действия лазерной терапии на иммунологические показатели у больных розацеа.

Материал и методы исследования. С учетом изменений некоторых параметров иммунной системы.

Под наблюдением находились 20 больных (6 мужчин, и 14 женщин в возрасте от 22 до 40 лет).

Заболевание отличалось очагами поражения, длительным и упорным течением, стойкостью к проводимой ранее терапии.

Были выбраны следующие режимы лазерной терапии:

Зона облучения	Терминал	Частота, Гц	Мощность светодиодов, мВт (лазеров, Вт)	Насадка	Экспозиция, минуты
Надвенное лазерное облучение	КТ1	1500	30	№7	4–6
Кожа, зона поражения	КТ1-2	1500	50	№7/МН	2–6

Процедура лазерной терапии длилась около 2–6 минут. Процедуры проводились ежедневно, за исключением воскресенья. Частоту и количество процедур определяли динамикой клинической эффективности в среднем, от 12 до 14 процедур.

Дополнительно больные смазывали очаги поражения мазью «Розекс».

Уровень IgE определяли с помощью иммуноферментного метода. В контролю, полученном на 10 донорах, уровень IgE не превышал 120 МЕ/мл. Этот метод разработан фирмой «АВВОТТ» (США) и основан на способе экзиматического иммунологического связывания на твёрдой фазе для определения IgE.

Результаты исследования. В процессе лазерной терапии у больных Розацеа уже после 8–10 процедуры резко снизились интенсивность зуда, уменьшились папулёзные элементы. После 10–14 процедур рассосались папулёзные высыпания, ликвидировались экссудативные компоненты, было отмечено прекращение субъективных ощущений.

Учитывая тот факт, что IgE играет существенную роль в патогенезе розацеа, было целесообразным проследить за изменением его концентрации в крови у 20 больных до начала лазерной терапии уровень IgE составлял в среднем 469,7±36,1 МЕ/мл, после лечения составил 227,9±40,2 МЕ/мл.

Вывод. Проведение процедур лазерной терапии показано больным розацеа, у которых кожный процесс сопровождается выраженными субъективными ощущениями, с наличием папулезных элементов и инфильтрацией и заболевание сопровождается изменением со стороны иммунной системы.

НАРКОМАНЛАРДА НЕЙРОДЕРМИТ БЕМОРЛАРДА АСОРАТЛИ КЕЧИШИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. КЎЧКАРОВ

Андижон давлат тиббиёт институти, дерматовенерология кафедраси

Ўзбекистон республикасида псориаз кенг таркалганлиги, баъзан огир асоратли кечиши сурункали (ремиссиясиз) утиши, айрим ҳолатларда ёмон окибатлар билан тугаши, согликни саклаш амалиёти учун долзарб муаммолардан бири бўлиб келмокда.

Нейродермит патогенезида иммун тизим хал килувчи омиллардан ҳисобланади. Маълумки иммун тизими наркоманларда пасайганлиги туфайли псориаз ҳам асоратли, огир, тез-тез кайталанувчи кечади. Шуни ҳисобга олиб наркоманларда нейродермит 2007–2012 йилларда Андижон вилояти тери таносил касалликлари диспансери ҳисобида бўлган 32 беморни олиб ургандик уларнинг ёшши 19–37 ёшда аксарияти 29 (90,6 %) эркаклар ташкил этади.

Касаллик асосан текширилганда 14 (44 %) наркотик мода чеккандан аввал, 18 (56 %) наркотик қабул қилгандан кейин нейродермит билан огриганлиги аникланди. Касаллик аста секин бошланиб 6 та (18,8 %) чекланган тури ва 3 (9,4 %) тарқоқ тури куринишида кечган.

Беморларнинг умумий ахволи иштахаси пастлиги, кунгил айниши, кайт килиш, камкувватлик купчилик 24 (75 %) беморда кузатилган, аксарият 26 (81,2 %) беморда уйку бузилган, асаб тизимидаги ўзгариш яккол бўлади. Касаллик кечишини курадиган булсак 9 (28,2 %) огир, 9 (28,2 %) уртача огир ва 14 (43,6 %) енгил кечган. Тахлилий текширишларда конда полидефецит камконлик 13 (40,6 %), 1 (3,1 %) ВИЧга мусбат ИФА да аникланди.

Хулоса. Шундай килиб нейродермит наркоманлик хамрохлигида огиррок, интоксикация аломатлари билан, астено-вегетатив белгилар яккол намоен булиши ва нейродермитдаги папулар ва пилакчаларни узок вактда сурилиши билан конда камконлик ва ВИЧ инфекциясига (айрим беморлар) мубтало булиш хавфи билан кечди.

КОНЦЕНТРАЦИИ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, З.Н. УБАЙДУЛАЕВА

*Андижанский государственный медицинский институт;
андижанский кожно-венерологический диспансер*

Цель исследования — изучить изменение концентрации фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) гипофиза в плазме крови женщин, больных нейродермитом под воздействием лазерной терапии.

Материал и методы исследования. У 32 женщин, больных нейродермитом в возрасте от 20 до 30 лет в плазме крови определили концентрацию фолликулостимулирующего гормона гипофиза в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновой и лютеиновой) 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 мМЕ/мл и 14,2 ± 5,1 мМЕ/мл.) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20–30 лет.

Результаты исследования. Концентрация ФСГ в фолликулиновой фазе менструального цикла при обострении нейродермита у всех больных не отличалась от нормы — 18,25 ± 1,39 мМЕ/мл, в контроле — 14,2 ± 5,1 мМЕ/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 мМЕ/мл, в контроле — 14,2 ± 5,1 мМЕ/мл. В лютеиновой фазе уровень ФСГ в период обострения нейродермита достоверно превышал норму — 11,6 ± 0,84, а после лечения возрос, мМЕ/мл до 13,36 ± 0,75 мМЕ/мл, в контроле — 7,5 ± 1,5 мМЕ/мл.

Вывод. У женщин, больных нейродермитом, в период обострения заболевания имеется дисфункция гипофизарной системы, выражающаяся повышением концентрации ФСГ в плазме крови в лютеиновой фазе менструального цикла, которая не корригирует после лечения.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ПОЛИСОРБ» НА ЭНДОГЕННУЮ ИНТОКСИКАЦИЮ У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, З.Н. УБАЙДУЛАЕВА

Андижанский государственный медицинский институт; андижанский кожно-венерологический диспансер

Эффективная терапия больных вульгарным псориазом остается одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Несмотря на то, что выявляются новые стороны патогенеза дерматоза и разрабатываются соответствующие методы терапии, неуклонно растет заболеваемость, учащаются случаи тяжелых форм псориаза. Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе и явление эндогенной интоксикации у больных псориазом, для устранения которой применялся препарат «Полисорб» производство фирмы ЗАО «Полисорб», Россия. Это легкий, белый или с голубоватым оттенком порошок, без запаха; при взбалтывании с водой образует взвесь. Полисорб обладает собционным, дезинтоксикационным, антиоксидантным и мембраностабилизирующим свойствами. Мы также предлагаем включать в комплексную терапию больных псориазам полисорб. Препарат применяют внутрь только в виде водной суспензии. Средняя суточная доза для взрослых — 0,1–0,2 г/кг массы тела (6–12 гр.), курс лечения для устранения эндогенной интоксикации — до 10–14 дней.

Предварительное применение этого препарата у 6 больных вульгарным псориазом дало положительный результат. Кожный процесс начал регрессировать через 6–8 дней от начала лечения: сначала заметно уменьшилось шелушение, затем папулы начали уплощаться. К концу 2-й недели от начала лечения папулы и бляшки заметно уплощились, а через 3 недели у большинства больных элементы поражения рассасались. У 21 (65,6 %) через месяц от начала лечения остались лишь единичные уплощенные папулы и бляшки, у 7 (21,9 %) отмечалось заметное улучшение, у 4 (12,5 %) больных наблюдалось незначительное улучшение кожного процесса.

ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ И СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ, С.Л. КУРБАНОВА, Н.Л. КУРБАНОВА

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования — изучить перекисное окисление липидов (ПОЛ) путем определения содержания малонового диальдегида (МДА) в плазме крови и состояние ферментативного звена антиоксидантной системы по активности каталазы крови у больных атопическим дерматитом (АД).

Материал и методы исследования. У 16 больных АД (9 мужчин, 7 женщин) АД в возрасте от 16 до 42 лет исследовали содержание МДА и активность каталазы в плазме крови в процессе комплексной терапии с включением плазмафереза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО). Содержание МДА определяли по Ю.А. Владимирову и А.И. Арчакову, определяем концентрацию на спектрофотометре «Gilford»-260 (США). Активность каталазы определяли по Bergmeuer H. V. контролем служили результатом исследования 8 здоровых лиц.

Результаты исследования. До лечения у больных АД отмечалось повышения содержания МДА (4,4 ± 0,04 ммоль/мл) по сравнению с группой контроля (3,2 ± 0,006 нмоль/мл). После окончания курса лечения МДА снизилась до 4,07 ± 0,04 нмоль/мл. Другая тенденция наблюдалась со стороны активности каталазы. До лечения у всех больных активность каталазы было значительно снижено (191,46 ± 1,17 ед. экстинкции) по сравнению с контролем (313,04 ± 0,5 г ед. экстинкции). После 5-й процедуры ПА и ГБО у всех больных отмечалось нарастание активности каталазы (236,33 ± 1,20 ед. экстинкции), после 10-й процедуры ПА и ГБО, т.е. к концу курса комплексного лечения, она вновь снизилась до исходных данных (189,34 ± 2,52 ед. экстинкции), что, по-видимому, связано с избыточной элиминацией (удаление с плазмой) фермента.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВОЛОС С ТЕЛА (BHT-МЕТОД)

И.Р. РАХИМОВ, Д.К. ПУЛАТОВА, А.С. ВАЛИКУЛОВ

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

BHT-метод (Body Hair Transplant) представляет собой инновационную технологию трансплантации волос с различных участков тела (груди, спины, паха, подбородка). Этот метод пересадки волос является оптимальным в тех случаях, когда у пациента имеется крайне скудный донорский запас материала на затылочной части головы, либо при необходимости проведения трансплантации большого количества графтов за одну сессию. По своей сути это бесшовный метод трансплантации (FUE), предполагающий экстракцию изолированных фолликулярных объединений. Применение данной инновационной техники позволяет получать наиболее оптимальный косметический эффект.

Цель исследования — оценить степень приживаемости графтов при пересадке волос методом BHT.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 18 пациентов, мужчины в возрасте от 24 до 41 года, с диагнозом андрогенетической алопеции (V степень по Норвурду-Гамильтону). Для исследования были отобраны пациенты, которые имели скудный донорский запас в затылочной зоне и достаточно густой в области груди, спины и бороды. Экстракция графтов проводилась при помощи мануального панча под местной анестезией. У 8 пациентов в качестве донорской зоны была представлена борода, у 7 — область груди, у 3 — спина. При V степени облысения у всех пациентов локализация процесса наблюдалась в лобно-теменной и макушечной зонах. В связи с анатомо-физиологическими особенностями роста волос на бороде, груди и спине, в качестве реципиентной зоны была определена макушечная. Экстрагированные графты из донорских областей были имплантированы в заранее подготовленные микроотверстия реципиентной зоны. Пересадка волосяных фолликул всем 18-ти пациентам прошла благополучно, послеоперационных осложнений не отмечалось, пациенты чувствовали себя удовлетворительно.

Результаты исследования. Период реабилитации после трансплантации волос сопровождался коротким периодом заживления. Регенерация донорской области длилась 7–10 дней, зоны с пересаженными фолликулярными группами — 2–3 недели. В течении 1–2 месяцев у всех пациентов наблюдалось постепенное выпадение пересаженных волос, обусловленное жизненным циклом каждого волосяного фолликула. И, уже на 3-й месяц отмечался рост терминальных волос , которые окончательно покрыли макушечную область в течении 12 месяцев.

Вывод. Таким образом, волосы с различных участков туловища являются оптимальным донорским материалом при скудных запасах затылочной зоны и именно BHT-метод является единственным оптимальным решением для многих пациентов с высокой степенью андрогенетической алопеции.

ПРИНЦИПЫ ТОПИЧЕСКОЙ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

А.Б. РАХМАТОВ, С.А. ШУРАЕВА, И.Б. НУРМАТОВА

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

Витилиго — приобретенное заболевание кожи, которое характеризуется четко ограниченными участками депигментации различных размеров и форм, причем имеющих тенденцию к распространению и формированию универсальных форм. Согласно отчетным данным заболеваемость витилиго в республике увеличивается, несмотря на ряд проводимых лечебно-профилактических мероприятий и разработки новых методов терапии. Не последнюю роль играют наружные лекарственные средства, в частности, ингибиторы кальциневрина (такролимус и пимекролимус).

Под нашим наблюдением находились 216 больных (мужчин — 84, женщин — 132) в возрасте от 20 до 50 лет и давностью заболевания от 1 года до 10 лет. Выборка больных была представлена 130 (60,2 %) больными акрофациальной и 86 (39,8 %) фокальной формами витилиго.

Лечение больных витилиго заключалось в использовании 1 % крема «Элидел», который втирался в очаги депигментации кожи 2 раза в день в течение 2–3 месяцев. Следует отметить, что в первые дни использования крема возможно появление умеренного жжения и зуда кожи, а также гиперемия очагов, что не является противопоказанием для дальнейшего его использования. Специально каких-либо физиотерапевтических процедур не проводилось, и в то же время не

ограничивалось пребывание пациентов под воздействием естественной инсоляции.

Первые признаки репигментации (появление краевой и фолликулярной репигментации) витилигинозных очагов отмечались примерно на 15–20 сутки использования крема. Результаты проведенного лечения (1 курс) были следующими: клиническое выздоровление отмечалось у 4 (1,8%) больных (фокальная форма на коже век); значительное улучшение — у 34 (15,7%); улучшение — у 62 (28,7%); без эффекта — у 116 (55,6%) больных. Обострение витилигинозного процесса при использовании крема не отмечалось.

Нами была изучена морфологическая картина витилигинозных очагов в динамике наружной терапии, которая позволила установить увеличение количества меланоцитов в базальном и шиповидном слоях, их ориентация по сравнению с кератиноцитами, уменьшение лимфоидной инфильтрации, что напрямую связано с иммунодепрессивным действием пимекролимуса.

Таким образом, разработанный метод терапии больных витилиго иммуномодулирующим средством (пимекролимус) является патогенетически обоснованным, отличается простотой применения и не требует каких-либо физиотерапевтических процедур, а, следовательно, может широко использоваться в амбулаторной практике.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

А.Б. РАХМАТОВ, Х.Т. МИРАХМЕДОВА

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

Ранняя диагностика псориатического артрита (ПсА) остается одной из главных и сложных задач. Запоздалая диагностика ПсА в целом приводит к более неблагоприятному прогнозу и отсроченный даже на 6 месяцев диагноз ведет к достоверно более частому формированию эрозий на суставных оболочках и функциональным нарушениям. В связи с этим нужно знать особенности клинической диагностики ПсА с применением лучевой диагностики.

Под нашим наблюдением находились 62 больных (мужчин — 28, женщин — 34), средний возраст составлял 42,5±11,2 лет. Диагноз ПсА устанавливался на основании критериев CASPAR (2014). Больным проводилась лабораторная диагностика ряда показателей, включающих СРБ, СОЭ, HLA-B27, и лучевая (рентгенография, УДД суставов и энтезисов). Рентгенологическую стадию поражения суставов оценивали по Штейнброкеру. Эхография суставов выполнена на аппарате Mylab-40 (Италия).

Суставной синдром развился у 88% больных на фоне кожных проявлений дерматоза. Чаще всего он имел асимметричный характер. Энтезит — воспаление в месте прикрепления сухожилий и связок к кости — является важным клиническим признаком раннего ПсА. Он был диагностирован у 40% пациентов. Характерное для ПсА осевое поражение, т.е. одновременное поражение трех суставов одного пальца (дактилит), было выявленно у 44% пациентов. Псориатический спондилит (поражение позвоночника) наблюдался у 17,4% больных. Детальная оценка клинических вариантов суставного синдрома оказывает решающее значение для верификации диагноза и выбора терапии.

Все больные были с II степенью активности суставного синдрома. В зависимости от метода терапии больные были распределены на три сопоставимые группы: 1-я группа (20 больных) получала метотрексат (стандарт); 2-я группа (22 больных) — сочетание метотрексата и овомина; 3-я группа (20 больных) — только овомин. Всего пациенты получали по 5 инъекций овомина.

Для оценки эффективности терапии нами были использованы критерии Американской коллегии ревматологов (ACR). В качестве критерия эффективности был принят ответ ACR 20, 50, 70 и через 24 недели. Число пациентов, достигших 50%-го улучшения, было существенно выше во 2-й группе. После 6 месяцев терапии ACR 70 зарегистрирован у 25% пациентов в 1-й группе, 45,5% во 2-й группе и всего 10% у больных 3-й группы.

Таким образом, применение комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования сокращает время диагностики раннего ПсА и улучшает прогноз заболевания в связи с ранним назначением базисных препаратов. Все изученные варианты терапии больных ПсА продемонстрировали свою клиническую эффективность. Поэтому каждая из использованных схем может применяться для лечения пациентов с ПсА. Было отмечено выраженное противовоспалительное действие овомина в отношении кожного и суставного синдромов. Комбинированная терапия метотрексатом и овомином обладает быстрым (3–4 недели) и выраженным клиническим эффектом. Включение ингибитора протеолиза «Овомина» в схему лечения больных ПсА повышает результативность терапии данного заболевания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМНЫХ РЕТИНОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА

А.Б. РАХМАТОВ, И.Б. НУРМАТОВА

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

Розацеа — хроническое рецидивирующее заболевание сальных желез и волосяных фолликулов кожи в сочетании с повышенной чувствительностью капилляров дермы к различным триггерным факторам. Сложность патогенетических механизмов розацеа отображается на эффективности существующих методов терапии.

Цель исследования — изучить терапевтическую эффективность изотретиноина у больных розацеа. Всем больным разъясняли пути минимизации побочных явлений от приема изотретиноина, особое внимание уделяя профилактики тератогенного эффекта. Всем больным проводили комплексное обследование: крови, мочи, печеночные пробы, показатели липидного обмена, уровень половых гормонов до и после проведенного лечения.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 23 пациента (мужчин — 6, женщин — 17) в возрасте от 29 до 50 лет и давностью заболевания от года до 10 лет. Из сопутствующих заболеваний были установлены: у 3 больных — сахарный диабет II типа, желудочно-кишечные заболевания — у 16, сердечно-сосудистые заболевания — у 8 пациентов. С очагов поражений у 19 пациентов микроскопически был выявлен клещ Demodex folliculorum. Кожно-патологический процесс был представлен папуло-пустулезными элементами на фоне воспалительной эритемы и гипертрофическими очагами. Папуло-пустулезные высыпания имели округлые очертания полусферической формы со слабо контурированными границами. При гипертрофической форме отмечалась выраженная инфильтрация на фоне застойной гиперемии, преимущественно в области носа, лба и щек. Всем больным проводилось комплексное лечение с использованием изотретионина в суточной дозировке 0,3–0,5 мг/кг, которую снижали после 2–3 месяцев применения до поддерживающей дозы препарата. Комплексная терапия с использованием изотретиноина оказывала выраженный терапевтический эффект примерно на 20–30 сутки лечения, что выражалось значительным разрешением папуло-пустулезных высыпаний, уменьшением и исчезновением застойной эритемы. Положительнрая динамика со стороны инфильтрации кожи отмечалась на 2 месяце лечения и сохранялась дольше всех проявлений розацеа.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют об эффективности применения изотретиноина у больных розацеа.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОБ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПСОРИАЗОМ: ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА

А.Б. РАХМАТОВ, Д.В. РАХМАТОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Ташкентский городской кожно-венерологический диспансер

Псориаз является распространенным заболеванием, популяционная частота которого составляет в среднем 1–3 %. Заболевание характеризуется выраженным клиническим полиморфизмом, обусловленным различными факторами, включая и функциональные нарушения печени, которые выявляются примерно у 24–31 % пациентов. При лечении больных псориазом продолжается использование фотохимиотерапии, метотрексата и других средств, которые сами по себе могут оказывать отрицательное воздействие на печеночную ткань.

Под наблюдением находились 120 больных (мужчин — 74, женщин — 46) в возрасте от 29 до 55 лет и давностью заболевания от года до 16 лет. Больные были представлены различными формами псориаза. Среди этих больных изучались социально-демографические показатели, методы лечения, оценивался индекс PASI, определялись наличие гепатита (B, C), употребление алкоголя (> 20 г/день для женщин и > 30 г/день для мужчин), курение, ожирение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Для оценки функционального состояния печени определялись следующие ферменты: АЛТ, АСТ и γ-глютамилтрансфераза. В зависимости от уровня этих ферментов больные были разделены на две группы: с наличием (1-я группа) или отсутствием (2-я группа) патологии печени, что позволило выделить конкретные факторы риска развития различных форм псориаза, включая и псориатический артрит,

причем у больных 1-й группы индекс PASI составлял 25,9±1,5 балла, у больных 2-й группы — 20,4±3,3 балла.

Были выявлены сопутствующие заболевания: которые были связаны с частотой патологии печени гипертоническая болезнь (30,8%), сахарный диабет (17,5%), сердечно-сосудистая патология (15,4%), ожирение (16,7%).

Таким образом, проведение изучения различных факторов предрасположенности и факторов риска псориаза позволяет выявлять некоторые особенности клинического полиморфизма дерматоза и определять значимость и необходимость использования в комплексной терапии больных разнообразных гепатотропных препаратов независимо от наличия или отсутствия нарушений гепатобилиарной системы.

ТЕРАПИЯ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ

А.Б. РАХМАТОВ, С.Б. АХМАДИЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Ташкентский городской кожно-венерологический диспансер

При опоясывающем лишае может наблюдаться клинический полиморфизм и иммунологические нарушения, связанные с прямым повреждающим действием вируса герпеса, а также накоплением продуктов воспаления и тканевой деструкции, которые в основном и предопределяют возможность развития постгерпетической невралгии.

Под нашим наблюдением находились 28 больных в возрасте от 20 до 55 лет с разными формами опоясывающего лишая. При опоясывающем лишае могут возникать как местные (присоединение вторичной инфекции, некроз мягких тканей, рубцовые изменения и др.), так и общие (постгерпетическая невралгия, парезы, синдром Горнера и др.) осложнения, а также не только неврологические, но и психосоматические нарушения, приводящие к социальной дезадаптации пациентов. В большинстве случаев больных (у 18 из 28) беспокоит развивающийся болевой синдром на фоне постгерпетической невралгии (ПГН), который во многом зависит от правильного выбора тактики лечения на ранних стадиях заболевания. Специфические противовирусные средства при своевременном использовании снижают интенсивность и продолжительность болевого синдрома. Наиболее высокой биодоступностью обладают препараты, содержащие валацикловир, суточная дозировка которых составляет 2–3 г и продолжительность применения 7–10 дней. Кроме того, необходимо назначать антидепрессанты (аминотриптилин по 10 мг 2 раза в день в течение 1,5–2 месяцев). Из физиотерапевтических процедур необходимо указать УВЧ-терапию, магнито-лазерную терапию, а также ВЛОК-терапию (внутривенное лазерное облучение крови). Наши исследования указывают, что скорость эпителизации герпетических высыпаний и частота постгерпетической невралгии прямо пропорционально зависят от срока начала комбинированной терапии.

Таким образом, лечение больных с опоясывающим лишаем валациклорсодержащим средством оказывается эффективнее стандартных методов терапии, что объясняется высокой биологической доступностью валацикловира. Предлагаемый комплексный метод лечения опоясывающего лишая позволяет примерно в 2 раза уменьшить риск развития постгерпетической невралгии.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, С.Ф. АЛЯВИ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Ташкентский городской кожно-венерологический диспансер

Псориаз относят к иммуноопосредованным заболеваниям с наследственными и средовыми составляющими. Иммунопатогенетические механизмы псориаза инициируются активацией Т-лимфоцитов дендритными эпидермальными и тучными клетками, фибробластами, кератиноцитами с последующей активацией и пролиферацией СД4+ лимфоцитов. Активированные, таким образом, иммунокомпетентные клетки начинают вырабатывать TNF-α, который индуцирует выработку различных провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-8, ИЛ-23). В настоящее время доказано, что все процессы гиперпролицерации и воспаления связаны с нарушениями иммунорегу-

ляторных процессов, проявляющихся гиперпродукцией цитокинов клетками Т1 типа и Т2 типа иммунного ответа.

Цель исследования — изучение иммунных нарушений с учетом цитокинового статуса у больных бляшечным псориазом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 102 больных (мужчин — 60, женщин — 42) в возрасте от 20 до 55 лет и давностью заболевания от 6 месяцев до 20 лет. Кожный процесс характеризовался наличием папул, крупно- и средне-инфильтрированных сливных бляшек с крупнопластинчатым шелушением от яркого до сине-багрового цвета различной локализации (индекс PASI составлял 19,5 ± 0,9). У 69 (67,6 %) больных процесс носил распространенный характер, у 5 (4,9 %) был ладонно-подошвенный псориаз, у 28 (27,5 %) — псориаз волосистой части головы. У всех больных был изучен индекс DLQI, который составлял 18,2 ± 0,2 балла, что соответствовало средней степени влияния дерматоза на качество жизни самих пациентов. Больные псориазом были распределены на две группы: 1-я группа (38 больных) с легкой степенью тяжести — индекс PASI равен 10,7 ± 0,8; 2-я группа (64 больных) со средней степенью тяжести — индекс PASI равен 25,5 ± 1,1. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 40 лет.

У больных бляшечным псориазом был установлен дисбаланс Т-клеточного звена иммунитета, который характеризовался количественными изменениями субпопуляции Т-лимфоцитов, причем достоверно различающимися между двумя изученными группами больных. Выраженные изменения были установлены и со стороны В-клеточного звена иммунитета, причем уменьшение концентрации IgA, IgM, IgG у больных со средней тяжестью псориаза имело достоверный характер по сравнению не только с контрольной группой, но и с больными с легкой степенью тяжести дерматоза.

Необходимо указать, что цитокины являются основными медиаторами иммунного воспаления, которые регулируют направленность и силу иммунного ответа. У больных псориазом было установлено изменение цитокинового статуса, более выраженное во 2-й группе, когда отмечалась прямая корреляция средней силы (коэффициент Спирмена) между индексом PASI и концентрацией цитокинов ИЛ-1α, ИЛ-2, ИЛ-8, TNF-α, ИЛ-10.

Таким образом, у больных псориазом выявляется дефицит Т-клеточного звена иммунитета, выражающийся уменьшением числа хелперно-индукторной и цитотоксической субпопуляций Т-лимфоцитов, а также достоверным снижением концентрации IgA, IgM, IgG. Показатели про- и противовоспалительных цитокинов наиболее повышены у больных со средней тяжестью течения псориаза, что является доказательством участия иммунорегуляторных систем организма в клиническом течении дерматоза. Указанные цитокины могут быть использованы в качестве клеточно-молекулярных маркеров тяжести течения, эффективности лечения и прогноза псориаза. Полученные данные являются основой применения иммуномодулирующей терапии (лакто-флор, полиоксидоний, ликопид и др.) у больных бляшечным псориазом.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОНИХОЛИЗИСА

А.Б. РАХМАТОВ, Д.Т. РАВШАНОВА, О.А. ХУЖАМБЕРДЫЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Самаркандский областной кожно-венерологический диспансер

В последние годы отмечается высокая обращаемость пациентов с патологией ногтей, причем нередко в виде онихолизиса, обусловленного отслоением дистальной части ногтевой пластинки от ногтевого ложа. Причинами возникновения онихолизиса могут быть как местные (травмы, химические вещества, инфекции), так и общие (анемия, опухоли, беременность) факторы, а также некоторые дерматозы (псориаз, экзема). Посттравматический онихолизис (полулунный онихолизис) часто возникает у женщин после маникюра и педикюра или при ношении тесной обуви.

Отсутствие надежных диагностических критериев на практике нередко приводит к диагностическим ошибкам, неадекватной терапии, неоправданным затратам, снижению качества жизни пациента и социальной дезадаптации.

Цель исследования — изучение клинической эффективности «Пантогара» при лечении посттравматического онихолизиса.

Под нашим наблюдением находились 24 больных (мужчин — 5, женщин — 19) в возрасте от 20 до 40 лет и давностью заболевания от 3 месяцев до 5 лет. В 22 случаях была повреждена только одна ногтевая пластинка, в 2 случаях — две. Площадь зоны онихолизиса состав-

ляла не более 1/3 от всей площади ногтевой пластинки (среднее значение индекса NAPSI составляло 2,7±0,2 балла). Отрицательные результаты микроскопичевкого и культурального исследования во всех случаях исключили онихомикозы. Был использован визуализатор-топограф для неинвазивного исследования внутренней структуры поверхностных тканей человека «ВОК» (Россия). Сканирование ногтевой пластинки осуществляли в направлении от проксимального отдела к дистальному с перекрытием предыдущего положения на 1/3 рабочего диаметра зонда. Сканирование здоровой ногтевой пластинки позволяет выделять 5 горизонтальных слоев, которые соответствуют поверхностной, основной частям ногтя и ногтевому ложу. Больные были распределены на две группы: 1-я группа (14 больных) получала лечение с применением Пантогара по 1 капсуле 3 раза в день в течение 2 месяцев; 2-я группа (10 больных) находилась под наблюдением без лечения. В течение всего срока наблюдения пациентам было рекомендовано отказаться от использования косметических лаков, маникюра, педикюра и тесной обуви, а также исключить механические воздействия на ногтевые пластинки.

Проведенные исследования показали, что у больных 1-й группы, получавших пантогар, полный регресс клинических проявлений отмечался через 7–8 недель, причем сканирование отмечало полное восстановление нормальной структуры ногтя по всей ее длине (исчезновение овальной или щелевидной зоны слабого сигнала), когда индекс NAPSI уменьшался на 92%. У больных 2-й группы уменьшение зоны онихолизиса было отмечено только у 2 пациентов с проявлениями на кистях, а индекс NAPSI был снижен на 22%.

Таким образом, применение препарата «Пантогар» способствует быстрому регрессу клинических проявлений посттравматического онихолизиса с восстановлением нормальной структуры самой ногтевой пластинки.

СЛУЧАЙ АКТИНИЧЕСКОГО РЕТИКУЛОИДА

А.Б. РАХМАТОВ, Ф.С. ДЖАЛИЛОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Кашкадарьинский областной кожно-венерологический диспансер

Актинический ретикулоид (АР) рассматривается как хронический дерматоз, включенный в число Т-клеточных псевдолимфом кожи, причем имеющий гистологическое сходство с грибовидным микозом. Данный дерматоз преимущественно встречается у мужчин старше 50 лет и начинается, как правило, в весенне-летний период, локализуясь на открытых участках кожного покрова. Длительно существующий процесс может распространяться и на другие участки, вплоть до развития вторичной эритродермии. Не исключается вероятность трансформации АР в злокачественную лимфому кожи.

Под наблюдением находился пациент С.Р, 62 лет, фермер. Начало своего заболевания связывает с интенсивным ультрафиолетовым воздействием в 2009 г. На коже лица, шее, тыльной поверхности кистей появились эритематозные очаги с незначительным шелушением, которые сопровождались интенсивным зудом кожи. По выставленому диагнозу «фотодерматит» лечение оказалось неэффективным. Постепенно высыпания стали распространяться, появилась инфильтрация очагов, усилились субъективные ощущения.

Кожно-патологический процесс у больного локализовался на открытых участках кожи, на фоне эритемы наблюдались лентикулярные и нуммулярные папулы с тенденцией к слиянию и образованию бляшечных элементов. На коже ладоней отмечался выраженный гиперкератоз, глубокие, болезненные трещины и мелко-пластинчатое шелушение. Выявлена ониходистрофия в виде онихогрифоза, субунгвального гиперкератоза и лейконихии.

При гистологическом исследовании биоптата, взятого с очага поражения, выявлен фолликулярный гиперкератоз, паракератоз, акантоз. Отмечается выраженная вакуольная дистрофия и некробиоз шиповидных клеток. Под эпидермисом выявлены полосовидные и периваскулярные инфильтраты, среди которых обнаруживаются атипичные клетки, напоминающие «микозные» клетки. Результаты гистологического обследования подтверждают диагноз актинического ретикулоида.

Нами было назначено следующее лечение: преднизолон в суточной дозировке 50 мг; метотрексат по 25 мг внутримышечно 1 раз в 7 дней (№3); гепатотропные и седативные препараты. Наружно использовались кортикостероидные мази и фотозащитные кремы (SPF-50), а также ингибиторы кальциневрина. Проведенное лечение привело к выраженному терапевтическому эффекту. Больному были даны рекомендации по

профилактике воздействия ультрафиолетовых лучей, уменьшению инфильтрации очагов поражений и проведению противорецидивного лечения.

Таким образом, актинический ретикулоид необходимо рассматривать как лимфопролиферативное заболевание, при лечении которого необходимо использование комбинации преднизолона, метотрексата, циклоспорина и топических стероидов, такролимуса, фотопротекции. Такой подход позволит предотвратить возможность развития истиной лимфомы кожи.

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

А.Б. РАХМАТОВ, Д.Т. РАВШАНОВА, Х.Р. ХАЛИДОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Самаркандский областной кожно-венерологический диспансер

Онихомикозы (ОМ) относятся к наиболее частым грибковым заболеваниям человека. Патогенетические механизмы ОМ весьма разнообразны: выявляются метаболические нарушения в ногтевых пластинках, снижается сосудистый тонус и развиваются микроциркуляторные нарушения, что приводит к нейротрофическим изменениям ногтевого ложа. При ОМ развивается хроническое воспаление, которое, с одной стороны, протекает как экссудативно-деструктивный процесс, а с другой — в виде мононуклеарной инфильтрации, нередко принимающей характер гранулематозного воспаления.

Цель исследования — изучение концентрации интерлейкинов в сыворотке крови у больных с различными формами ОМ в процессе проводимой терапии.

Под наблюдением находились 106 больных (мужчин — 67, женщин — 39) в возрасте от 20 до 50 лет и давностью заболевания от 1 до 12 лет. Были сформированы следующие группы, рандомизированные по возрасту, полу, давности заболевания и клинической форме ОМ: IA (37) — больные с дистальной формой ОМ, которые получали итраконазол в виде пульс-терапии; IБ (38) — больные с дистальной формой ОМ, получавшие интраконазол в сочетании с глицирамом (препарат глицирризиновой кислоты); IIA (16) — больные с проксимальной формой ОМ, получавшие пульс-терапию итраконазолом; IIБ (15) — больные с проксимальной формой ОМ получали итраконазол в сочетании с глицирамом. III группа (22) — контрольная, (здоровые лица).

Исходное содержание ИЛ-2 в сыворотке крови больных ОМ было однотипным и достоверно пониженным по сравнению с контрольной группой. После лечения у всех больных вне зависимости от метода лечения содержание ИЛ-2 повышалось и достигало значений контрольной группы, за исключением больных IIБ группы. Через 3 месяца после лечения у больных I группы вне зависимости от метода терапии содержание ИЛ-2 не отличалось от контрольной группы. У больных II группы отмечалось повышение содержания ИЛ-2 по сравнению с исходным уровнем: $3,55 \pm 0,02$ пг/мл и $0,66 \pm 0,02$ пг/мл при $p < 0,05$. При использовании глицирама у больных ОМ отмечалось значительное увеличение ИЛ-2 (в 7 раз). При всех формах ОМ было отмечено достоверное снижение концентрации ФНО-α, причем наиболее выраженное при проксимальной форме микоза. Проведение этиотропной терапии приводило к повышению значений ФНО-α, причем через 3 месяца эти данные приблизились к контрольной группе, хотя были отмечены различия в содержании ФНО-α после лечения у больных IIA и IIБ: $2,78 \pm 0,03$ пг/мл и $5,25 \pm 0,09$ пг/мл, соответственно при $p < 0,05$. Содержание противовоспалительного цитокина ИЛ-4 было повышено при всех формах онихомикоза. После проведенной антимикотической терапии значения ИЛ-4 достоверно понизились, особенно в группе пациентов, получавших дополнительно глицирам.

Таким образом, у больных ОМ в процессе проводимой антимикотической терапии отмечалась активация как Th 1, так и Th 2 пути регуляции иммунного ответа. Включение противовоспалительного и иммуномодулирующего препарата способствовало более ранней нормализации про- и противовоспалительных цитокинов, что сказывалось на терапевтической эффективности проводимой терапии.

СЛУЧАЙ ИХТИОЗИФОРМНОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ С АКРОЭРИТРОКЕРАТОДЕРМИЕЙ

А.Б. РАХМАТОВ, Д.В. РАХМАТОВА, С.Б. АХМАДИЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Ташкентский городской кожно-венерологический диспансер

Врожденные ихтиозиформные дерматозы представляют собой группу редких наследственных болезней ороговения, которые отличаются клиническим полиморфизмом своих проявлений. Представленный случай является доказательством того, что проявления ихтиозиформной эритродермии, эритрокератодермии и ладонно-подошвенной кератордермии могут рассматриваться единой группой генодерматозов.

Под нашим наблюдением находились больная А.С., 44 лет и ее 3-летняя дочь, у которых отмечались идентичные высыпания в виде универсального мелкопластинчатого шелушения на фоне эритематозной кожи. Кожа лица отличалась выраженной сухостью, стянутостью и незначительным выворотом век. Кожа туловища имела выраженный складчатый рисунок. Кожа ладоней и подошв была резко гиперемирована, отмечалась диффузная кератодермия с образованием глубоких трещин. Следует отметить, что поражения с кожи ладоней и подошв переходили без четких границ на тыльную поверхность кистей и стоп. Было установлено, что у девочки в анамнезе были указания на отслойку эпидермиса в области голеностопных суставов и тыльной поверхности стоп вследствие травматизации тесной обувью. Кожные покровы отличались сухостью, вследствие нарушения потоотделения. Было установлено, что заболевание в обоих случаях начиналось с момента рождения ребенка, когда появлялась разлитая эритема и мелко-пластинчатое шелушение. Поражение кожи ладоней и подошв характеризовалось также выраженной эритемой, но шелушение было уже крупнопластинчатым. Заболевание имеет непрерывное течение, временами появляется некоторое уменьшение интенсивности эритемы, другие же проявления сохраняются постоянно.

При гистологическом исследовании биоптатов, взятых с кожи спины и в области гипотенара, были выявлены местами схожие изменения в виде гиперкератоза, акантоза с неравномерным расширением и удлинением эпидермальных выростов и выраженного папилломатоза. В сосочковом слое дермы отмечалось расширение сосудов, полнокровие и выявлялись мощные лимфогистиоцитарные инфильтраты, причем расположенные преимущественно периваскулярно. При поражении кожи ладоней отмечалось резкое утолщение рогового слоя с наличием сохраненных контуров клеток. Выводные протоки потовых желез были расширены, в то время как в биоптате с кожи спины они были атрофированы. На основании генетических исследований был установлен аутосомно-доминантный тип наследования дерматоза.

Таким образом, клинические проявления дерматоза указывают на сочетание нескольких близких по своему происхождению заболеваний, которые можно объединить одним фенотипом как ихтиозиформная эритродермия аутосомно-доминантная с акроэритрокератодермией. Соответственно выставленному диагнозу пациентам была назначена симптоматическая терапия в сочетании с ароматическими ретиноидами и негормональными наружными средствами.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА I ТИПА

А.Б. РАХМАТОВ, М.Р. ХОЛДАРБЕКОВ

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

Нейрофиброматоз относится к заболеваниям, свойственным периоду эмбрионального развития или периоду роста. Встречается у членов одной семьи и в ряде поколений. Проявляется сразу после рождения или в детском возрасте. В настоящее время выделяют два типа нейрофиброматоза: нейрофиброматоз I типа (болезнь Реклингаузена) и II типа (2-сторонний акустический). Нейрофиброматоз I типа обусловлен мутантным геном в аутосоме 22, когда основные изменения развиваются в коже и подкожно-жировой клетчатке, однако сущность процесса заключается в патологическом развитии нервной системы с тенденцией к прогрессированию.

На современном этапе пока не существует лекарственных препаратов, позволяющих достигать излечения нейрофиброматоза. Единичные опухолевидные нейрофибромы в зависимости от их размеров подвергают электрокоагуляции и лазеротерапии. При множественных нейрофибромах

больным назначаются цитостатические препараты, ароматические ретиноиды и иммуномодулирующие средства.

Цель исследования — изучение клинических вариантов течения нейрофиброматоза I типа и разработка патогенетической терапии дерматоза.

Под наблюдением находились 16 больных (мужчин — 9, женщин — 7) в возрасте от 16 до 42 лет и давностью заболевания от 5 до 30 лет. Заболевание диагностировали на основании критериев, рекомендованных Международным комитетом экспертов по нейрофиброматозу. Всем больным проводили количественную оценку лейкоцитов и лимфоцитов по стандартной методике гематологического анализа. Фенотипирование лимфоцитов проводили с помощью моноклональных антител к дифференцированным антигенам методом проточной цитометрии. Содержание провоспалительных цитокинов (ФНО-α и ИЛ-8) определяли с помощью твердофазного ИФА.

Пигментные высыпания у больных характеризовались крупными пятнами цвета «кофе с молоком» и мелкими пятнами типа «веснушек», имеющих более темную окраску. У 9 из 16 (56,2 %) больных крупные пигментные пятна существовали с рождения, у остальных (43,8 %) возникли в детском возрасте. Мелкие пятна типа «веснушек» имели преимущественную локализацию в подмышечной области и в пахобедренных складках. У 12 из 16 (75 %) больных наблюдались плексиформные нейрофибромы (дермальные и гиподермальные) диаметром 2–10 см. Количество нейрофибром колебалось от нескольких десятков до нескольких сотен. У всех больных окулистом были выявлены патогмоничные узелки Лиша (пигментные гематомы радужной оболочки глаз). Рентгенологические изменения позвоночника отмечены у 4 из 16 (25 %) больных. У 2 больных установлена дисплазия крыла клиновидной кости, что является дополнительным критерием нейрофиброматоза I типа.

Анализ иммунологических исследований указывает на вторичный иммунодефицит у больных нейрофиброматозом I типа, причем при наличии нейрофибром указанный дефицит нарастает. Аналогичная ситуация наблюдается и со стороны содержания провоспалительных цитокинов, когда достоверные отклонения выявлялись именно при наличии нейрофибром. Обобщенный анализ иммунологических и цитокиновых исследований свидетельствует о прямой взаимосвязи выраженности вторичного иммунодефицита с клиническим течением нейрофиброматоза I типа.

При лечении больных нейрофиброматозом I типа были использованы препараты глицирризиновой кислоты (глицирам, глицирон), обладающие мощным противовоспалительным и иммуномодулирующим свойствами. В результате лечения отмечалось приостановление появлений новых нейрофибром, связанное, по-видимому, с улучшением иммунного и цитокинового статуса пациентов.

Таким образом, при нейрофиброматозе I типа необходимо проводить обследование и лечение еще на стадии пятнистых элементов, когда неоспоримую помощь может оказать проведение правильной дерматоскопии. Учитывая наследственный характер заболевания, необходимо проводить медико-генетическое консультирование.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕРМАТОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, М.Р. ХОЛДАРБЕКОВ

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

До настоящего времени дискутируются вопросы, связанные с развитием новообразований у больных псориазом, которые могут быть обусловлены не только метаболическими нарушениями, но и применяемыми методами терапии (метотрексат, биологические препараты, ПУВА-терапия и др.). Для профилактики развития новообразований кожи при ПУВА-терапии необходимо использовать неинвазивные методы диагностики (дерматоскопия), что позволяет своевременно выявлять первичные признаки злокачественных новообразований кожи.

Цель исследования — изучение дерматоскопической картины невоидных образований у больных псориазом, получавших ПУВА-терапию.

Под наблюдением находились 42 больных (мужчин — 18, женщин — 24) в возрасте от 30 до 50 лет. Все больные прошли анкетированный опрос, был определен тип их кожи, проведена дерматоскопия пигментных образований. У 8 из 42 (19,1 %) больных были обнаружены меланоцитарные невусы диаметром 5 мм и более, для которых дополнительно использовали шкалу ABCD и ABC, включающую следующие критерии: асимметричность, границы, цвет, дерматоскопические признаки.

При проведении анкетирования был установлен факт использования при лечении ПУВА-терапии, а также самостоятельное использование пациентами инсоляций в течение длительного срока. II тип кожи был установлен у 2,

III тип — у 5, IV тип — у 1 больного. При оценке дерматоскопических признаков пигментная сеть была выявлена во всех исследуемых невусах. Типичная пигментная сеть была представлена пигментом, расположенным в виде тонкой сети правильной формы и округлыми ячейками по периферии. У больных выявлялись специфические глобулы, представляющие собой темно-коричневые структуры округлой формы, одинаковых размеров и равномерно располагающиеся в образовании. Один дерматоскопический признак имели 3, два признака — 3, один признак — 2 больных. Наиболее часто наблюдали сочетание сети и бесструктурных зон или глобул. При значениях диагностического индекса ABCD менее 4,75 баллов элемент соответствует доброкачественному образованию, от 4,75 до 5,45 баллов — потенциально злокачественному образованию, более 5,45 баллов — злокачественному образованию. Во всех случаях элементы имели значения менее 4,75 баллов. Изучение показателей по алгоритму ABC также не выявило случаев злокачественного образования (оценка 4 балла и более соответствует злокачественному элементу).

Таким образом, проведение ПУВА-терапии в аридной зоне должно иметь свои ограничения и появление невоидных образований является предупреждением возможных побочных эффектов, когда требуется полный осмотр всех кожных покровов дерматологом с использованием методов дерматоскопии.

ДЕРМАТОСКОПИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

А.Б. РАХМАТОВ, М.К. ХАЛДАРБЕКОВ, М.К. ХАЛДАРБЕКОВА

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

Меланома кожи известна как одна из наиболее агрессивных и непредсказуемых по клиническому течению опухолей. Несмотря на то что меланома составляет 3—5% всех первичных злокачественных опухолей кожи, она является главной причиной смерти больных с этой патологией. В связи с этим одной из актуальных задач онкодерматологии является совершенствование диагностических критериев и методов раннего выявления меланомы кожи. В настоящее время одним из новых эффективных методов, используемых в диагностике меланомы, является эпилюминесцентная микроскопия (дерматоскопия). Дерматоскопия — неинвазивный метод исследования, в ходе которого при помощи оптического прибора — дерматоскопа — можно получить изображение поверхностных и внутрикожных структур размером от 0,2 мкм, что позволяет изучить опухоль при значительном увеличении. Такое увеличение позволяет оценить ряд симптомов, которые невидимы невооруженным глазом, но являются высокоспецифическими для различных образований, и часть из них — высокоспецифическими для меланомы кожи. Использование самого метода основано на применении диагностических алгоритмов, выработанных в процессе многочисленных клинических исследований. В зависимости от опыта специалиста, использующего в своей практике дерматоскопию, разработаны различные правила анализа. Наиболее простые, ориентированные на начинающих специалистов, включают в себя алгоритм трех признаков и усовершенствованный алгоритм ABCDE Штольца. В правиле трех признаков оцениваются три наиболее значимые для меланомы признака — наличие атипичной пигментной сети, наличие бело-голубых структур и наличие асимметрии структуры или пигментации. Усовершенствованный алгоритм Штольца основан на количественной оценке таких признаков меланомы, как асимметрия, неравномерность границ, полихромия, и некоторых дерматоскопических признаков, таких как наличие сети, глобул, бесструктурных участков и т.д. На основании количественного определения наличия этих признаков рассчитывается дерматоскопический индекс, дискриминационным значением которого считается значение в 4,75—5,45 балла. Образования, дерматоскопический индекс которых соответствует данному диапазону значений, в большинстве случаев подлежат удалению с последующим гистологическим исследованием. Существуют и другие алгоритмы, основанные на специфических признаков меланоцитарных и немеланоцитарных образований. Один из них — алгоритм семи признаков Аргезиано. Часть этих признаков, более специфичных для меланомы, имеют весовой коэффициент в 2 балла, к ним относятся атипичная пигментная сеть, атипичные сосуды и бело-голубая вуаль, другие признаки, менее специфичные для меланомы, имеют весовой коэффициент в 1 балл. Сумма в три балла, набранная по совокупности малых и больших признаков, является дискриминационной для подозрения на меланому кожи. Так называемые малые признаки, оцениваемые в 1 балл, сами по себе могут встречаться не только в меланоме, но и в доброкачественных пигментных образованиях. Однако сочетание хотя бы одного малого признака с одним главным признаком — бело-голубой вуалью, атипичной пигментной сетью, атипичными сосудами, делает диагноз ме-

ланомы весьма вероятным, равно как и сочетание нескольких малых признаков, наличествующих в одном образовании. К таким признакам относятся наличие точек и глобул, наличие неравномерных полос, лучистости, участки регрессии, неравномерность пигментации.

Вышесказанное свидетельствует о том, что дерматоскопия в комплексном обследовании пациентов с пигментными образованиями кожи является высокоэффективным методом диагностики, позволяя проводить дифференциальную диагностику на дооперационном этапе у пациентов с неклассическим течением меланомы, и может быть рекомендована для широкой клинической практики.

К ВОПРОСУ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА

А.Б. РАХМАТОВ, А.Ф. АРТЫКОВ, Д.В. РАХМАТОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Ташкентский городской кожно-венерологический диспансер

Энтеропатический акродерматит (болезнь Данбольта-Клосса) относится к редким дерматозам, возникающим в грудном возрасте и имеющим близость к буллезному эпидермолизу. Одной из главных причин возникновения заболевания является дефицит цинка.

Приводим собственное наблюдение. Родители ребенка У., 1,8 года, обратились с с жалобами на обширные эрозивные образования на коже вокруг естественных отверстий (рта, ануса), полное выпадение волос на волосистой части головы, выраженную диарею (педиатры выставили диагноз токсической диспепсии и токсикодермии). Процесс возник внезапно, после смены молока, и описанные проявления образовались буквально в течение 7–10 дней. Вначале на коже вокруг естественных отверстий возникли эритема, пузыри и эрозий, затем стали выпадать ногти и волосы на голове. В этот период отмечалось повышение температуры до субфебрильных величин и развитие диареи. В мазках-отпечатках, взятых с поверхности эрозий, акантолитические клетки не были обнаружены. Ребенку были назначены препараты цинка (внутрь) и эпителизирующие средства на эрозии. Проводимое лечение оказало терапевтический эффект уже на 3–5 сутки лечения, причем в первую очередь исчезли нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, а затем стали эпителизироваться эрозии. Причиной возникновения заболевания явилось изменение состава коровьего молока (ребенок находился на искусственном вскармливании), повлекшее за собой нарушение желудочно-кишечного тракта (диарея) и, как следствие, дефицит цинка.

Следует указать, что энтеропатический акродерматит по своим клиническим проявлениям может напоминать такие дерматозы, как пустулезный акродерматит Аллопо, недержание пигмента, герпетиформный дерматит Дюринга, врожденный буллезный эпидермолиз. При всех указанных заболеваниях, как правило, появляются пузырьки и пузыри на различных участках кожи, в некоторых случаях — на месте травматизации кожи. Изменение характера питания, в особенности молочных продуктов у детей с искусственным вскармливанием, также является патогмоничным фактом при данном дерматозе, т.е. связь кожных проявлений и нарушений желудочно-кишечного тракта. Следует указать, что при энтеропатическом акродерматите необходимо принимать препараты цинка до совершеннолетия, что исключает вероятность повторных рецидивов заболевания.

РАЦИОНАЛЬНАЯ МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕПАРАТОМ ВИРЖИНДЕРМ

У.Ш. РИХСИЕВ, М.А. ЮЛДАШЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Акне новорожденных (acne neonatorum) регистрируется у 20% детей. Заболевание наблюдается при рождении или развивается в первые недели жизни. В большинстве случаев оно разрешается спонтанно, но может протекать тяжело (acne conglobatum infantum), что может бить следствием эндокринных нарушений, а также прогностическим маркером более тяжелой формы заболевания в подростковом периоде. Акне новорожденных, к сожалению, часто принимается педиатрами за аллергический процесс и лечится антигистаминными препаратами общего действия и топическими кортикостероидами, которые при данной патологии малоэффективны,

что приводит к их длительному необоснованному назначению и чревато множеством побочных эффектов для детской кожи и организма в целом. В связи с этим поиск эффективных и безопасных для детской кожи методов лечения является актуальным для практикующих врачей.

Цель исследования — оценка эффективности препарата «Виржиндерм», содержащего в своем составе водно-спиртовый экстракт из растительного сырья местного, экологически чистого производства, обладающего бактереоцидным, противовоспалительным и заживляющим действием.

Материал и методы исследования. Под наблюдением было 38 детей в возрасте от 2 недель до 12 месяцев с различными проявлениями акне новорожденных. Высыпания располагались в основном симметрично на коже лба, обеих щек и подбородка. У некоторых детей элементами сыпи были только белые угри без признаков воспаления и нагноения, но у большинства детей на коже наблюдались множественные пустулы, располагающиеся на инфильтрированном основании с наличием типичных для данной патологии черных комедонов.

Матерям больных детей была назначена соответствующая диета и местная монотерапия раствором «Виржиндерм» в разведении дистиллированной водой 1:4. Препарат применялся 2 раза в день в виде протираний пораженных участков кожи смоченным в разведенном растворе марлевым тампоном.

Восьмерым детям из этой группы страдающим более тяжелой формой акне новорожденных, кроме местной терапии, был дополнительно назначен антибактериальный препарат «Амоксиклав» в суспензионной форме исходя из возраста и веса ребенка.

Результаты исследования. У детей, больных акне новорожденных, на 7–9 сутки после начала местного лечения раствором «Виржиндерм» заметно уменьшились эритема и инфильтрация, а пустулы начали ссыхаться в корочки. К концу 3 недели лечения у большинства больных пустулы полностью отсутствовали и прекратилось появление новых элементов. Ни у одного больного при правильном применении препарата «Виржиндерм» на коже не наблюдалось побочных явлений.

Вывод. Препарат «Виржиндерм» оказался эффективным для местного применения в лечении акне новорожденных, так как обладает хорошим противовоспалительным и антибактериальным действием, удобен в применении и экономически заметно выгоден для родителей.

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ В ДЕРМАТОЛОГИИ НАРУЖНОГО ПРЕПАРАТА «ЛИПОВИТИЛИН»

[1]Б.Т. СААТОВ

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

В настоящее время наружные средства на основе липосом считаются самыми эффективными и в лечении витилиго.

Цель работы — получение липосомной субстанции из природных липидов и ее использование для больных витилиго.

Липосомы представляют собой микроскопические везикулы, формируемые из фосфолипидов и холестерина при воздействии физических и химических факторов. Липосомы служат субстанцией для создания липосомных лечебных препаратов и косметических средств. Они обладают свойством включать в себя самые различные вещества, растворимые как в воде, так и в липидах. Основной функцией липосом является доставка внутрь клеток физиологически активных веществ и лекарственных препаратов. Включив в состав липосом биологически активные вещества, витамины, антиоксиданты, микроэлементы, можно доставить в глубокие слои кожи данные ингредиенты, что приводит к изменению метаболических процессов и улучшению физиологических и патологических состояний в коже. Наружное применение липосомных препаратов является безопасным, не вызывающих раздражающих и аллергических реакций, что чрезвычайно важно для разработки и внедрения данной методики.

В наших исследованиях фосфолипиды и холестерин для приготовления липосом получали из мозга крупного рогатого скота. Были созданы многослойные липосомы традиционным методом путем использования ультразвуковой обработки липидов. В состав липосом инкапсулировали антиоксидант *α*-токоферол, микроэлементы — цинк, медь и аминокислоту тирозин. На основе приготовленной многокомпонентной липосомной субстанции разработали отечественный препарат «Липовитилин» в аэрозольной форме. Токсикологическое исследование данного средства показало полное отсутствие токсичности. Проведенные на лабораторных животных эксперименты установили, что Липовитилин обладает способностью удерживать влагу в коже и являться потенциальным увлажняющим агентом. На данный препарат получено санитарно-эпидемиологическое заключение его о соответствии

требованиям санитарных норм и правил, а также сертификат соответствия, разрешающий серийное производства спрея «Липовитилин» для использования при витилиго. В настоящее время произведен его серийный выпуск в виде спрея, который обладает антиоксидантным, мембраномодифицирующим, транспортирующим, реконстрирующим, меланогенезстимулирующим действием.

Проведенное нами клиническое применение липосомного препарата «Липовитилин» у больных витилиго убедительно показывает, что его использование в сочетании с традиционным методом по терапевтической эффективности значительно превосходит традиционный способ лечения данного дерматоза. Этот факт открывает большую перспективу для широкого применения липосомного препарата «Липовитилин» в терапии витилиго в будущем.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННЫЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

У.Ю. САБИРОВ, А.А. ЯКУБОВ

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

Розацеа — одна из актуальных проблем современной дерматокосметологии, поскольку отмечается рост патогенез недостаточно изучен и отсутствуют эффективные методы лечения.

Цель исследования — изучение эффективности традиционной терапии больных розацеа.

Под клиническим наблюдением находились 33 больных розацеа в возрасте от 26 до 71 года, средний возраст составил 49 лет. 25 (75,7 %) мужчин было 5 (15,1 %) женщин — 28 (84,9 %).

Материал и методы исследования. В зависимости от клинических форм заболевания, согласно классификации G. Plewig и A.M. Kligman больные были распределены следующим образом: первая стадия (эритематозно-телеангиэктатическая) — у 8 (24,2 %), вторая стадия (папулопустулезная) — у 21 (63,6 %) и третья стадия (пустулезноузловатая) — у 5 (15,1 %) больных.

Результаты исследования. При анализе ранее полученной терапии в различные периоды болезни 30 (91 %) из 33 больных получали системную и местную терапию, 3 (9 %) больных — только системную. Из 30 больных,получавших системную и местную терапию, 15 (45,4 %) получали антибиотикотерапию, 25 (75,7 %) десенсибилизирующую терапию, 22 (66,6 %) больных принимали антигистаминные препараты, 28 (84,8 %) — противопротозойный препарат (метронидазол) виде инъекции. 25 (75,7 %) — больных получили местное лечение противопротозойными препаратами (метронидазол, раствор серы), 8 (24,2 %) больных смазывали очаги наружными препаратами, содержащими в составе глюкокортикостероиды (ГКС), антибиотики и противогрибковые средства и 10 (30 %) больных использовали гормональные кремы.

Результаты от полученной традиционной терапии были следующие: у 3 (9 %) было отмечено выздоровление, у 8 (24,2 %) больных — значительное улучшение, у 17 (51,5 %) — улучшение, у 5 больных (33 %) — не было отмечено положительных результатов не отмечено.

Вывод. Клинические исследования показали, что большинство больных получали как местную, так и системную терапию (91 %) и препараты, содержащие ГКС (54,2 %).

КЛИНИЧЕСКИЕ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПРИ РОЗАЦЕА

У.Ю. САБИРОВ, А.А. ЯКУБОВ

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

Поскольку отмечается рост больных, розацеа остается одной из актуальных проблем современной дерматологии.

Цель исследования — изучение клинического течения розацеа.

Под наблюдением находились 33 больных розацеа мужчин — 5 (15,1 %), женщин — 28 (84,9 %). в возрасте от 26 до 71 года, средний возраст варьировал от 30 до 50 лет (75,7 %).

Из анамнестических данных установлено, что до одного месяца болели 2 (6,0 %) больных, от одного до 6 месяцев — 5 (15,1 %), от 6 месяцев до года — 11 (33,3 %) и более года — 15 (45,6 %) больных. При изучении частоты встречаемости клинических форм заболевания по классификации G. Plewig и A.M. Kligman выявлено, что первой стадией (эритематозно-телеангиэктатической) страдали 8 (24,2 %), второй стадией (папулопустулезной) — 21 (63,6 %), третье стадией

(пустулезно-узловатая) — 5 (15,1 %) больных. Фимотозного состояния (ринофима, гнатофима) в нашем наблюдении не зарегистрировано.

Изучение причинных факторов развития процесса показало, что 9 (27,2 %) больных начало или обострение заболевания связывали с влиянием жаркого воздуха, 11 (33,3 %) — со стрессовыми ситуациями, 5 (15,1 %) — с климаксом, 4 (12,1 %) — с алиментарным фактором, 2 (6,0 %) — с использованием косметических средств и 2 (6,0 %) больных указать причину не смогли.

Таким образом, клинические исследования показали, что розацеа часто встречается у женщин (84,9 %) в возрасте от 30 до 50 лет (75,7 %), возникновение заболевания часто связывают жарком климатом, среди клиническом форм часто диагностируется папулопустулезная стадия (63,6 %).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСИМЕРНОГО СВЕТА В ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО.

У.Ю. САБИРОВ, А.Ш. ИНОЯТОВ, Д.Р. ХАКИМОВ

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

В настоящее время появляется множество новых препаратов и методик для лечения витилиго, но актуальность заболевания у дерматологов не оставляет сомнений, особенно у жителей Средней Азии и Казахстана.

Цель сообщения — опубликование наблюдения за 312 пациентами с различными клиническими формами витилиго и применение в лечении эксимерного света «Excimer 308 nm» (Quantel Derma/AlmaLasers», Германия). Пациенты получали традиционную терапию, включающую витамины и минералы, антиоксиданты, гепатопротекторы, топические стероиды и облучение монохромным светом диапазона 308 нм.

Наблюдаемые пациенты были распределены следующим образом: женщин — 172, мужчин — 140, возраст — от 15 до 73 лет, давность заболевания до года — 73 больных (23 %), от года до 5 лет — 85 (27 %), от 5 до 10 лет — 61 (20 %) и более 10 лет — 93 (30 %).

Учитывая клиническую распространенность процесса акрофациальная форма отмечена — 141 (45 %), фокальная форма у — 110 (35 %), сегментарная у — 61 (20 %).

Результаты лечения показали, что клиническое выздоровление наблюдалось у 37 пациентов (12 %), значительное улучшение — у 122 (39 %), улучшение — у 103 (33 %) и репигментация была достигнута менее 15 % от очага поражения у 50 (16 %) больных.

Таким образом, использование эксимерного света 308 нм приводит к более раннему появлению репигментации в очагах витилиго, скорость появления и динамика репигментации зависят от длительности заболевания и локализации процесса. Наибольший эффект отмечен у пациентов с длительностью заболевания до года и ограниченной локализацией. Переносимость терапии эксимерным светом намного легче, не отмечается стойкой гиперпигментации очагов здоровой кожи и не приводит к побочным действиям в сравнении с УФО. Экспозицию эксимерного света устанавливали исходя из минимальной эритемной дозы индивидуально, возможность ее точной корреляции снижает риск развития фотостарения и фотоканцерогенеза.

МЕТАБОЛИЗМ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

А.С. СВИРИД-ДЗЯДИКЕВИЧ

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

Актуальность. Угревая болезнь (вульгарные угри, акне) занимает одну из доминирующих позиций в структуре хронических рецидивирующих дерматозов. На современном этапе угревая болезнь признается мультифакторным патологическим процессом, в развитии которого принимают активное участие андрогенозависимая продукция кожного сала, возросший потенциал фермента 5α-редуктазы, нарушения дифференцирования и гиперпролиферация фолликулярных кератиноцитов, колонизация сально-волосяных фолликулов Propionibacteriumacnes. Однако гораздо меньшее внимание уделено изучению состояния неспецифической резистентности, в частности, клеток периферической крови, ее реализующих.

Цель работы. Определение метаболической активности лейкоцитов периферической крови у пациентов с угревой болезнью.

Материал и методы. Под наблюдением находились 26 пациентов со средней степенью тя-

жести угревой болезни (15 женщин и 11 мужчин в возрасте от 16 до 34 лет). Определяли содержание фосфолипидов и гликогена в нейтрофилах и моноцитах периферической крови. Группу контроля составили 15 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Уровень фосфолипидов определяли при помощи реакции суданофильного окрашивания, а гликогена — путем постановки PAS-реакции. Результаты оценивали при помощи среднего цитохимического коэффициента (СЦК).

Результаты и их обсуждение. Установлено что у наблюдавшихся больных отмечается достоверное уменьшение содержания фосфолипидов в клетках периферической крови, в частности, в нейтрофилах СЦК=1,72±0,10 (у лиц группы контроля СЦК= 2,34±0,07; $p<0,05$), а в моноцитах СЦК=0,87±0,08 (у лиц группы контроля СЦК=1,19±0,06; $p<0,05$). Несколько иным образом изменялись уровни гликогена. В частности, если в нейтрофилах регистрировалось достоверное угнетение содержания метаболита — до СЦК= 1,76±0,12 (у лиц группы контроля СЦК=2,31± 0,08; $p<0,05$), то, в моноцитах, наоборот, возрастание — до СЦК=1,13±005 (у лиц группы контроля СЦК=0,70±0; $p<0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о нарушении структурной целостности и перераспределении энергетических возможностей гемоэлементов периферической крови.

Вывод. У пациентов со средней степенью тяжести угревой болезни отмечается определенный полиморфизм метаболических сдвигов в лейкоцитах периферической крови. Это целесообразно учитывать при выборе тактики комплексного лечения при угревой болезни.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВОЙ ДЕРМАТОСКОПИИ В ПРАКТИКЕ ОНКОДЕРМАТОЛОГИИ

М.Н. СОЛМЕТОВА

Ташкентская медицинская академия, кафедра кожных и венерических заболеваний

Актуальность: необходимость повышения качества диагностики дерматоонкологии с системным подходом в интерпретации визуальных характеристик полученных при помощи современных технологий.

Цель исследования — внедрение достижений современных IT-технологий в практику дерматоонкологии

Материал и методы исследования. Данные группы больных с гистологически подтвержденным диагнозом «новообразование кожи», подвергшихся предварительно дерматоскопии с использованием технологии смартфонов с усовершенствованным механизмом скринингового исследования рака кожи. Общее число больных, обратившихся в кабинеты онкологов Ташкентского горонкодиспансера в 1 полугодие 2016 г. 75. Выбор сделан в рандомизированном порядке, что позволило определить структуру выбранной группы: проведен анализ по этническому, возрастному и гистологическим характеристикам. Дерматоскопические признаки злокачественности пигментных и непигметнированных образований рассчитывались по методике G. Argenziano с соавт. (1998–2016 гг.) по «7 дерматоскопическим критериям Аргенциано»

Вывод. При анализе полученных изображений и их интерпретаций установлен, что при доброкачественных заболеваниях кожи балы составили не более 2–2,3, а при злокачественных патологиях пигментного характера — до 5–7 баллов. В группе пациентов с пограничными балльными данными по Аргенциано 3–5 баллов предполагается провести в будущем динамическое наблюдение с вовлечением для архивирования «облачных» технологий.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

В.Е. СПИРИДОНОВ, В.В. САЛАРЕВ, А.М. МАЙСТРЕНОК

УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии»

Неоплазии кожи относятся к формам визуальной локализации. На базе УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии» методом дерматоскопии за 2015–2016 гг. обследованы 496 пациентов. Опухолевидные образования меланоцитарного генеза исследованы у 296 (59,7%) пациентов, немеланоцитарного генеза — у 61 (12,3%) пациента, неопухолевые доброкачественные образования кожи — у 139 (28%). В 76 случаях наблюдалось сочетание двух видов образований. По дерматоскопическим критериям были установлены диагнозы: простой поверхностный меланоцитарный невус — 235 (79,3%) пациентам;

себорейная кератома — 86 (61,8 %); диспластический (атипичный) пигментный невус — 49 (16,6 %); сосудистые опухоли (гемангиома, ангиокератома) — 31 (22,3 %); меланома кожи — 12 (4,1 %) (подтвержден и данными патогистологического исследования), базально-клеточная карцинома — 41 (67,3 %); кератоакантома (дерматофиброма) — 20 (32,7 %) и кожный рог — 22 (15,9 %) пациентом. Лица с диспластическими пигментными невусами (наиболее меланомоопасными) направлены для наблюдения онкологом.

С помощью метода ультразвуковой диагностики в качестве дополнительного метода для подтверждения диагноза исследовано: 14 случаев липом, 15 случаев базально-клеточной карциномы, 1 случай метастатического (базосквамозный, промежуточный) рака. При липомах отмечались образования в подкожно-жировой клетчатке округлой формы без выраженной капсулы, пониженной эхогенности, нечеткие контуры с нарушением структуры дермы, утолщение дермы по периферии и истончение в центре до гиподермы — при базалиоме. При метастатическом раке отмечались нарушения структуры дермы с нечеткими контурами, с участками повышенной эхогенности фиброзными включениями.

Преимуществами методов дерматоскопии, ультразвукового исследования кожи являются неинвазивность, безвредность и безопасность. В связи с этим обследование пациентов можно проводить многократно в любой стадии процесса, а методика выполнения диагностических процедур не требует специальной подготовки пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ДЛЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЯДЕ СТРАН МИРА

В.И. СТЕПАНЕНКО, В.В. КОРОЛЕНКО

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

Подготовка врачебных кадров является одним из магистральных направлений развития здравоохранения. Важным сегментом этой работы является подготовка кадров для социально-значимых специализированных служб, в том числе дерматовенерологической. В процессе ее обновления и оптимизации целесообразным является изучение и рациональное заимствование опыта зарубежных стран в данной области с целью выработки рекомендаций, адаптированных к условиям отечественного медицинского пространства.

Организация предоставления дерматологической помощи в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии имеет определенные организационно-методические различия по сравнению с большинством других европейских стран. Дерматология в этой стране отделена от венерологии. Все дерматологи должны иметь не менее 3 лет общей медицинской последипломного образования, и стать членом Королевского колледжа врачей путем сдачи письменных, устных и клинических испытаний в этой сфере медицины, прежде чем быть допущенными к подготовке по дерматологии. Обучение дерматологии продолжается в течение 4 лет. Сертификация дерматолога основана на завершении курса обучения на основании текущих испытаний без выпускного экзамена.

Название специальности «венерология» здесь было изменено сначала на «венерология и заболевания, передающиеся половым путем», а в 1970-е годы, чтобы минимизировать психологические стигмы, связанные с пребыванием в клинике — на мочеполовую медицину (genitourinary medicine, GUM), которая в настоящее время является признанной специальностью в рамках Европейского Союза. Обучение в области GUM длится 4 года. Оно может быть начато после не менее 2 лет обучения по общей внутренней медицине или по акушерству и гинекологии. В настоящее время обязательным является сдать экзамен на диплом по мочеполовой медицине к концу второго года обучения, а в дальнейшем, при желании специализироваться по проблемам ВИЧ-инфекции необходимо сдать экзамен на соответствующий диплом .

Подготовка дерматологов в США осуществляется в специализированной резидентуре (residency) после прохождения одногодичной интернатуры (internship) по общей медицине, хирургии или педиатрии. Резидентура по дерматологии в США очень престижна, и отбор к ней чрезвычайно суров, что обеспечивает службу одними из наиболее подготовленных врачебных кадров в стране. Дерматологическая резидентура включает трехлетнее интенсивное обучение по аккредитованным программам. После окончания около 25 % молодых дерматологов продолжают дальнейшее обучение по субспециальность, как, например, хирургия Мооса (хемохирургия), дерматопатология, педиатрическая дерматология, дерматологическая иммунология или процедурная дерматология. После завершения обучения дерматологи проходят сертификацию в Американском Совете дерматологии. После сдачи экзамена по начальной сертификации врачи должны выполнять требования про-

граммы непрерывного образования, заниматься самообразованием и периодически проходить переаттестацию .

Чтобы стать дерматологом в «классических дерматовенерологических странах» Франции и Германии, необходимо закончить резидентуру по дерматологии. Отбираются только лучшие студенты, и дерматология является одной из самых престижных медицинских специальностей. Продолжительность резидентуры составляет минимум 3 года (директива 93/16 / EEC от 5 апреля 1993). Венерология интегрирована с дерматологией в единую специальность. На сегодняшний день она охватывает такие субспециальности, как андрология, аллергодерматология, медицинская косметология, микология, оперативное лечение болезней кожи, флебология и фотодерматология. Такой широкий спектр все чаще приводит к конкуренции с другими медицинскими специальностями.

Подготовка врачей-дерматовенерологов в ряде стран постсоветского пространства (России, Украине, Белоруссии) осуществляется после окончания учебы в медицинских университетах, а также в научно-исследовательских институтах в интернатуре (1,5 года) или клинической ординатуре (2 года), которая дает преимущества при занятии административных должностей. Существует также субспециальность «детская дерматовенерология».

В Японии, где специальность «дерматология» также включает в себя венерологию, последипломное сертификация специалистов осуществляется на основании экзамена претендентов после обучения в течение более 5 лет в определенных институтах. Полученный сертификат обновляется каждые 5 лет. Обновление нуждается в кредитах, полученных от участия в совещаниях или проведения презентаций. Для этого ассоциация дерматовенерологов проводит 9 раз в год «учебные курсы» и «симпозиумы» для непрерывного образования . Для членов ассоциации дерматовенерологов есть также возможность пройти учебные курсы на региональных научных форумах.

Проведенный анализ подготовки кадров для дерматовенерологической службы в ряде ведущих стран мира показывает отсутствие единого подхода, в том числе по структуре специальности, учебных программ и сроков обучения. Наблюдается общая тенденция к увеличению сроков последипломного образования по дерматовенерологии. С целью адаптации к требованиям Евросоюза считаем целесообразным взять за основу модель подготовки, принятую во Франции и Германии, с учетом отечественных потребностей.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ В ДИНАМИКЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И УЗКОПОЛОСНОЙ УФ-В-ФОТОТЕРАПИИ

Р.Л. СТЕПАНЕНКО

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

Цель исследования — оценить клиническую эффективность и проанализировать количественные показатели клеточного и гуморального звеньев иммунной системы организма больных псориазом при проведении курсов системной иммунобиологической терапии и УФ-В-фототерапии.

Материал и методы исследования. Под наблюдением было 52 больных псориазом вульгарным в стадии обострения. Возраст обследованных пациентов колебался от 18 до 79 лет. Всем больным проводилось комбинированное лечение путем применения системной иммунобиологической терапии препаратом этанерцепт в дозе 50 мг подкожно 1 раз в неделю в течение 3 месяцев, а также узкополосной УФ-В-фототерапии через день, на курс — 10 сеансов. Оценку клинической эффективности проводили по скорости регресса кожных псориатических высыпаний и длительности клинической ремиссии дерматоза. Показатели клеточного иммунитета в организме оценивали по изменению относительного и абсолютного количества Т (CD3 +) и В- (CD19 +) лимфоцитов, а также субпопуляций (CD4 +, CD8 +, CD16 +, CD25 + CD71 +, CD30 +, CD95 +). Для идентификации поверхностных структур лимфоцитов использовали метод прямой иммунофлюорисценции, при котором флюорисцентная метка присоединена к анти CD мононуклеарных антител серии Leu фирмы «Becton Dikinson» (США). Вычисления проводились на лазерном проточном цитофлюориметре фирмы «Baston» (США).

Результаты исследования Установлен полный регресс кожных псориатических высыпаний у всех 52 больных после проведения курса системной иммунобиологической терапии и УФ-В-фототерапии. Длительность ремиссии у больных псориазом после проведения этой терапии составляла от года до 3 лет. Установлено также положительное влияние на показатели

клеточного звена иммунной системы организма у больных, получавших иммунобиологическую терапию этанерцептом в сочетании с узкополосной УФ-В- фототерапией. В частности, отмечено существенное снижение продукции ФНО и уровня его концентрации в сыворотке крови. Отмечено также снижение провоспалительных изменений в клеточном звене иммунной системы организма. Установлено снижение количества лимфоцитов с ранним маркером активации, которые инициировали цитокиновый каскад развития псориатического процесса. Кроме того, установлено достоверное снижение количества CD30 + лимфоцитов, что косвенно свидетельствует о переключении Т×2 ответа (аутоиммунные проявления) на Т×1, а значит на достижение клинико-иммунологической ремиссии псориатического процесса. Установлено снижение содержания активированных лимфоцитов, экспрессирующих Fas-рецептор, поскольку вследствие усиленного апоптоза лимфоцитов, а именно Т-цитотоксических лимфоцитов происходят аутоиммунные и пролиферативные изменения, присущие обострению псориатического процесса.

Вывод. Комбинированное применение системной иммунобиологической терапии этанерцептом и УФ-В-фототерапии у больных псориазом позволяет достигать достаточно стойкой клинической ремиссии дерматоза, а также оказывает иммунореабилитующие действия, в частности, способствует уменьшению пролиферативных и воспалительных изменений в коже, уменьшению антигенной нагрузки, снижению уровня ЦИК и аутоиммунных нарушений.

СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ КОЖИ

У.А. ТАШКЕНБАЕВА

Ташкентская медицинская академия

У 226 больных аллергическим васкулитом кожи (100 больных 1 группы и 126 больных 2 группы) при поступлении были исследованы некоторые показатели гемостаза, в частности, АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов (ААТ), фибринолитическая активность эуглобулинового сгустка (ФАЭС), фактор Виллебранда (фВ), антиагрегационная активность сосудистой стенки (ААСС).

Количественное определение содержания фактора Виллебранда в плазме. Его уровень при аллергическом васкулите закономерно повышается в 2,5, причем степень повышения соответствует тяжести и распространенности поражения микрососудов, особенно если учесть, что эндотелий сосудов — единственное место синтеза фактора Виллебранда.

У больных аллергическим васкулитом кожи выявлены значительные изменения показателей гемостаза. Уровень АДФ индуцированной агрегации тромбоцитов в 1 группе был повышен до 3,47±0,10 мкмоль/АДФ и во второй группе до 4,80±0,14 мкмоль/АДФ. Следовательно, уровень агрега-ции тромбоцитов во 2 группе на 27,7% выше показателей 1 группы (P<0,001) и на 54,2% выше данных контрольной группы (P<0,001). Исследование ААСС у больных аллергическим васкулитом в острейшем перио-де заболевания выявило ее снижение у больных 1 группы до 0,96±0,03 у.е. Наиболее низкая ААСС отмечена во 2 группе — среднем 0,71±0,05 у.е. В контрольной группе ААСС составила 1,25±0,04 у.е. Во 2 группе ААСС на 26,0% ниже показателей 1 группы (P<0,001) и на 43,2% ниже уровня группы контроля (P<0,001).

У больных 1 группы ФАЭС была в среднем угнетена до 184,5±1,2 мин. и у больных 2 группы до 219,7±1,6 мин. Таким образом, у больных 2 группы отмечается угнетение фибринолитической активности на 19,1%, чем у больных 1 группы (P<0,001) и на 51,5% ниже уровня контрольной группы (P<0,001). Уровень ФАЭС в контрольной группе в среднем составил 145,0±1,8 мин.

У больных с аллергическим васкулитом кожи происходит массивное тромбирование микроциркуляции и серозное пропитывание сосудистой стенки и периваскулярной ткани под действием циркулирующих иммунных комплексов.

Исследование состояния гемостаза у больных с аллергическим васкулитом показало угнетение фибринолитической системы: низкий процент спонтанного фибринолиза, а также значительное увеличение плотности кровяного сгустка.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ЛИМФОМ КОЖИ

ТИТЕНКО А.В.[1], КРИНИЦЫНА Ю.М.[1, 2], ОНИПЧЕНКО В.В.[2], ПАХОМОВА В.В.[2], СЕРГЕЕВА И.Г.[1], ЯКУБОВИЧ А.И.[3]

[1]Новосибирский государственный университет, г.Новосибирск;
[2]Областной клинический кожно-венерологический диспансер, г. Новосибирск;
[3]ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ, г. Иркутск

Диагностика лимфом кожи затруднена, так как заболевания данной группы способны имитировать доброкачественные дерматозы. Были проанализированы истории болезни 35 пациентов в возрасте от 18 до 83 лет, в круг дифференциальной диагностики которых входили лимфомы кожи.

Среди 9 пациентов с подтвержденным диагнозом лимфомы первым диагнозом в 4 случаях была экзема кожи, в 2 — атопический дерматит, в 1 — системный васкулит. Во всех случаях традиционная терапия глюкокортикостероидами была неэффективной. Гистологическое исследование кожи на ранних этапах лимфомы кожи показало картину хронического дерматита у 3 пациентов.

Структура окончательных диагнозов среди пациентов с наличием лимфомы кожи в круге дифференциальной диагностики: хроническая экзема — 3, атопический дерматит — 2, кольцевидная эритема — 2, очаговая склеродермия — 2, красный плоский лишай — 2, вульгарный псориаз — 2, дискоидная красная волчанка — 1, дерматит Дюринга — 1 чесотка — 1, васкулит — 1. Диагноз лимфомы предполагался в случае неэффективности традиционной терапии, а также в случае атипичного течения заболевания.

У 9 пациентов на момент проведения исследования рабочим диагнозом оставался «дерматит неуточненный». Морфологическое исследование кожи показывало во всех этих случаях картину хронического дерматита.

Вывод. При анализе больных с лимфомами кожи в большинстве случаев экзема являлась первым поставленным диагнозом. Во всех наблюдаемых случаях глюкокортикостероды оказались неэффективными.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ

А.А. ТОЛЫБЕКОВА, Е.А. НЕУМЫВАКИНА

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

Цель исследования — изучение включения курса мезотерапии в комплексное лечение 15 пациентов с акне; 15 пациентов с различными формами розацеа, в возрасте от 15 до 30 лет, длительностью заболевания от 6 месяцев до 10 лет. Из исследования были исключены пациенты, получающие системные глюкокортикостероиды, системные и топические ретиноиды.

В исследование были включены комплексные препараты линии «Гиалрипайер» производства лаборатории ТОСКАНИ (Россия), содержащие гиалуроновую кислоту и витамин С, обладающие противовоспалительным, отбеливающим, улучшающим микроциркуляцию, обновляющим действиями. Метод введения — мезотерапевтический, техника введения — поверхностный и срединный наппаж, классическая, папулы. Курс из 7–12 процедур с интервалом 1 неделя.

Протокол процедуры:

1 этап: сосудистый, для улучшения периферического кровотока и микроциркуляции.

2 этап: собственно сеанс мезотерапии проводился с целью коррекции воспалительных изменений и постакне.

3 этап дополнительная коррекция — техника «папулы».

В результате проведенного клинического исследования отмечено, что включение курса мезотерапии способствует клиническому выздоровлению пациентов, более раннему регрессу заболевания.

ОПЫТ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ В ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ

А.А. ТОЛЫБЕКОВА

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

Цель исследования — изучение целесообразности его включения в комплексную терапию 25 детей, страдающих различными формами атопического дерматита, в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, с длительностью заболевания от 3 месяцев до 14 лет, отмечающих обострения более 3 раз в год. Все пациенты испытывали выраженный зуд, нарушение сна отмечалось у 15 пациентов, большинство пациентов отмечали безэффективность ранее проводимой терапии. Из исследования были исключены пациенты, получающие системные глюкокортикостероиды, цитостатики, другие топические глюкокортикостероиды. В комплексную терапию был включен топический глюкокортикостероид 0,1% метилпреднизолона ацепонат в лекарственной форме крема 1 раз в день вечером на очаги поражения, не более 20% от поверхности тела на одно нанесение, в течение от 2 до 4 недель.

В результате проведенного клинического наблюдения отмечено, что включение топического глюкокортикостероида метилпреднизолона ацепоната способствует быстрому регрессу заболевания — купирование зуда и, соответственно, восстановление сна, регресс кожных высыпаний. Клиническое выздоровление наступило у 10 детей, клиническое улучшение отмечено у 15 детей, которые продолжили наружную терапию в режиме проактивной терапии – нанесение 0,1% метилпреднизолона ацепоната 2 раза в неделю с целью профилактики рецидивов, что соответствует рекомендациям A. Peserico с соавт., 2008 и безопасно в детской дерматологической практике.

ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА БОЛЬНЫХ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

К.Н. ХАИТОВ, Х.А. АБИДОВ, Ш.А. АБИДОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
кафедра кожных и венерических болезней, детских кожных и венерических болезней и СПИД

Гнездная алопеция (ГА) — наиболее частое поражение волос у детей и взрослых, проявляющееся внезапным образованием очага облысения на волосистой части головы, реже выпадением ресниц и бровей, волос на бороде и туловище. По данным различных литературных источников, число людей, страдающих от выпадения волос, достигает до 7–10% населения мира. В настоящее время установлено, что корни волос реагируют на дефицит микроэлементного состава организма и волосы приобретают признаки дистрофии — уменьшается диаметр волоса, заметно снижается скорость роста.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ показателей содержания микроэлементов в крови и волосах у пациентов с гнездной алопецией и здоровых лиц.

Материал и методы исследования. Исследуемым материалом явились образцы крови и волос 35 детей, страдающих гнездной алопецией и 35 здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту. Были определено содержание цинка, железа, меди, кобальта в крови и волосах больных.

Результаты исследования. Проведенный сравнительный анализ выявил снижение концентраций в крови пациентов цинка на 25%, железа на 24,3%, кобальта — на 50% по сравнению с контрольной группой. Содержание цинка в крови пациентов составило 3,0 мг/л (4,0 мг/л в контроле), железа — 126 мг/л (165 мг/л в контроле), кобальта — 0,025 мг/л (0,05 мг/л в контроле). В волосах пациентов концентрация железа превысила содержание этого микроэлемента в биосубстрате здоровых лиц на 110,5% и составила 29,5 мкг/г (14,75 мкг/г в контрольной группе). Уровень меди в волосах пациентов был выше, чем в контроле на 38,56% и составил 7,15 мкг/г (5,16 мкг/г в контроле).

Вывод. При гнездной алопеции происходит изменение микроэлементного состава крови и волос за счет перемещения эссенциальных микроэлементов из крови в ткани, что, в свою очередь, приводит к увеличению абсорбции токсичных микроэлементов. В результате происходящих изменений происходит накопление эссенциальных и токсичных микроэлементов в структуре волос с увеличением их концентрации в волосах пациентов.

ИЗУЧЕНИЕ ТРИХОСКОПИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

К.Н. ХАИТОВ, Х.А. АБИДОВ, Ш.А. АБИДОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
кафедра кожных и венерических болезней, детских кожных и венерических болезней и СПИД

Актуальность. Гнёздная алопеция — круговидное, нерубцовое выпадение волос на волосистой части головы, лице и других участках кожного покрова. В последние годы увеличивается число работ, посвященных влиянию диффузного токсического зоба (ДТЗ) на развитие алопеции. Согласно ВОЗ, имеется классификация зоба по степени увеличения щитовидной железы: 0 степень — ЩЖ пальпируется, размеры долей соответствуют размерам дистальных фаланг пациента; I степень — размеры долей ЩЖ превышают размер дистальных фаланг пациента, II степень — ЩЖ пальпируется и видна.

Цель исследования — исследование трихоскопических особенностей гнездной алопеции у пациентов с диффузно-токсическим зобом (ДТЗ).

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось у 37 детей, больных гнездной алопецией, средний возраст — 7,5±8,0. В 1-ю группу вошли 16 пациентов и ДТЗ I степени; во 2-ю группу — 13 больных с ГА и ДТЗ II степени. Густоту и толщину волос измеряли в височной и затылочной области.

Результаты исследования. Показатели густоты волос в височной области у пациентов 2-й группы оказались ниже, чем в 1-й группе — 108,3±23,0; 111,9±32,9 волос/см² соответственно. Густота волос в затылочной области в 1-й и 2-й группах составила 153,9±39,3 и 138,7±28,8 волос/см² соответственно. В височной и затылочной области толщина волос у пациентов 2-й группы была меньше, чем у I-й группы (в височной области – 38,2±9,1; 49,3±10,0 μm соответственно; в затылочной области – 39,4±7,9; 48,6±9,5 μm соответственно). Поредение волос (в норме свыше 100 волос/см²) чаще наблюдалось у пациентов 2-й группы в височной области – у 8 (50,0%) и в затылочной области – у 7 (43,7%). Истончение волос (в норме более 50 μm) чаще встречалось у пациентов 2-й группы в височной и затылочной областях – по 7 (43,7%) пациентов.

Вывод. Проведенная аппаратная диагностика волос выявила, что трихоскопическая картина при гнездной алопеции характеризуется значительным уменьшением густоты и толщины волос в височной и затылочной области у больных с ДТЗ II степени.

К ВОПРОСУ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ

К.Н. ХАИТОВ, Х.А. АБИДОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
кафедра кожных и венерических болезней, детских кожных и венерических болезней и СПИД

Ихтиозы — генетически обусловленная группа кератозов, характеризующаяся диффузным нарушением ороговения по типу гиперкератоза с образованием на коже чешуек, напоминающих чешую рыбы. Ихтиозы — наиболее распространенная форма кератозов, составляющая, по данным разных авторов, 80–95% от всех форм генодерматозов. В настоящее время различают несколько форм ихтиоза: вульгарный, Х-сцепленный, ламиллярный, эпидермолитический. Каждая из форм имеет свои особенности клинической морфологии, локализации пораженных участков, начала клинических проявлений, течения заболевания, патоморфологических изменений в коже.

Цель исследования — изучение клинико-анамнестических особенностей различных форм ихтиоза, являющегося редким наследственным дерматозом.

Материал и методы исследования. За прошедшие 2 года (2015–2016 гг.) были изучены случаи заболевания 8 больных ихтиозом в возрасте от 3 месяцев до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении дерматовенерологии клиники ТашПМИ. Также были изучены некоторые клинико-анамнестические данные: характер и время дебюта сочетание с другими заболеваниями, а также основные клинические проявления.

Результаты исследования. Из 8 больных (1,15% от общего числа поступивших детей), в 7 случаях клинические проявления заболевания наблюдались уже с рождения, в 1 — с 3-месячного возраста. Вульгарный ихтиоз отмечался у 5 детей, эпидермолитический — у 2. Наиболее часто ихтиоз сочетался с атопическим дерматитом (62,5%) и с дискинезией желчевыводящих путей (50%).

У 6 больных имело место диффузное изменение кожи в виде сухости, мелкопластинчатого шелушения, фолликулярного гиперкератоза, усиления рисунка кожи на ладонях и подошвах. У 2 детей поражение локализовалось преимущественно на шее, в крупных складках, на тыльной поверхности кистей, стоп в виде чешуек темного цвета.

Выводы. На основании результатов исследования можно сказать выводы, что первые признаки заболевания проявляются уже с рождения, данный генодерматоз часто сочетается с атопическим дерматитом и дискинезией желчевыводящих путей. Несмотря на редкость и наличие различных форм ихтиоза, знание характерных клинических проявлений необходимо для дифференциальной диагностики с дерматозами, имеющими схожую клиническую картину.

ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМ ТИПОМ САРКОМЫ КАПОШИ

Х.Р. ХАЛИДОВА, Г.А. ИСМАИЛОВА, Н.А. МАМАТКУЛОВА

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

Ташкентская медицинская академия

Роль иммунных нарушений в развитии СК была подтверждена исследованиями различных авторов. Так, некоторые исследователи, изучая показатели иммунного и интерферонового статуса больных отметили снижение общего количества Т-лимфоцитов с резким угнетением их интерферон-продуцирующей активности. Другие выявляли нарушения иммунного ответа у 88% больных со злокачественным течением СК классического типа. А.В. Резайкина и соавт. (2000 г.) выявили комплекс иммунных нарушений, характеризующихся понижением уровня Т-клеток с различными дифференцировочными антигенами. Продолжая иммунологические исследования других авторов, Новикова Н.В с соавт. установили, что у больных СК изменение количества лимфоцитов с активационными маркерами CD25 и CD95 зависит от характера клинических проявлений. У пациентов с преимущественно пятнистыми высыпаниями наблюдаются признаки активации иммунной системы, что говорит о преобладании пролиферативных процессов в иммунопатологических реакциях.

Прогностическими критериями клинического течения болезни могут быть гематокрит, уровень Т-лимфоцитов и CD4+ клеток, соотношение CD4/CD8, уровень альфа-интерферона. Наряду с клиникой в оценке прогноза течения саркомы Капоши помогает характеристика Т-хелперной субпопуляции лимфоцитов.

Цель исследования — оценить параметры клеточного иммунного статуса у больных идиопатическим типом саркомы Капоши (ИСК).

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели были изучены клеточный иммунный ответ и факторы неспецифической защиты у 72 больных ИСК. Группу контроля составили 42 практически здоровых человека.

Выделение общей фракции лимфоцитов осуществляли по общепринятому методу в градиенте плотности фиколл-верографина. Популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов крови оценивали с помощью метода непрямой иммунофлуоресценции с использованием моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD16, HLA-DR+, для дополнительной характеристики Т-клеточного звена иммунной системы вычисляли иммунорегуляторный (CD4+/CD8+).

Иммунологические исследования проводились в лаборатории иммуноцитокинов Института иммунологии АН РУз в соответствии с методическими рекомендациями, разработанными в Институте иммунологии МЗ РФ и в Институте иммунологии АН РУз (1992, 2001 гг.).

Результаты исследования. При анализе состояния показателей периферической крови было установлено, что у больных СК отмечается недостоверное, по сравнению с контролем, повышение общего количества лейкоцитов (в 1,1 раза), в основном за счет клеток гранулоцитарного ряда. Снижение лимфоцитов, являющихся основными иммунокомпетентными клетками организма, в процентном до $31,4 \pm 1,04$ ($P < 0,05$) и абсолютном до 2018 ± 140 ($P < 0,05$) отношении свидетельствует об угнетении иммунных реакций при данной патологии. Содержание CD3+ (Т-лимфоцитов) как в процентном, так и в абсолютном значениях было достоверно сниженным в 1,3 ($P < 0,05$) и в 1,4 раза ($P < 0,05$) соответственно.

Анализ иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов выявил дисбаланс в результате снижения относительного и абсолютного содержания CD4+ Т-хелперов и увеличение количества CD8+ Т-супрессоров. В результате иммунорегуляторный индекс (ИРИ = CD 4+/CD 8+) оказался сниженным до $1,1 \pm 0,06$ ($P < 0,05$).

Относительное количество нейтрофилов достоверно превышало норму (P<0,05), однако, отмечалось достоверное снижение как числа активных нейтрофилов, способных к фагоцитозу (44,0±0,66 против 59,5±1,61; P<0,05), так и захватываемых ими частиц (ФЧ) (3,9±0,05 против 4,4±0,14 в контроле; P<0,01).

При оценке количества CD16+, выявляемых на клетках-эффекторах, ответственных за противовирусный, противоопухолевый и трансплантационный иммунитет, статистически достоверных различий не отмечалось.

Вывод. Выявлены особенности иммунного реагирования у больных ИСК:

— недостаточность Т-клеточного звена иммунитета, сопряженная дисрегуляцией иммунорегуляторных субпопуляций;

— неполноценность неспецифических факторов защиты;

— интактность естественной цитотоксичности, проявляющейся колебаниями относительного числа CD 16+ в пределах контрольных величин при повышенном количестве цитотоксических Т-лимфоцитов (CD 8+).

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМ ТИПОМ САРКОМЫ КАПОШИ

Х.Р. ХАЛИДОВА, Г.А. ИСМАИЛОВА, Н.А. МАМАТКУЛОВА

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

Большое значение в патогенезе саркомы Капоши придается иммунной системе, которая осуществляет контроль за опухолевым ростом благодаря клеточным механизмам и цитокинам — медиаторам межклеточных взаимодействий. Тот факт, что цитокины способны передавать сигналы пролиферации, дифференцировки и апоптоза, позволяет предположить существенную роль цитокинов, их рецепторов и внутриклеточных сигнальных механизмов в процессах трансформации клеток. В то же время недавно было установлено, что активность некоторых цитокинов используется организмом при осуществлении противоопухолевого надзора. С точки зрения противоопухолевого иммунитета, наиболее важными цитокинами следует считать факторы роста Т-клеток, такие как ИЛ-2, ИЛ-4, иммунорегуляторные цитокины, ассоциированные с типом Т-хелперного (клеточного) ответа (ИФН-γ, ИЛ-4, ИЛ-12, ФНО, ИЛ-10), а также Fas-L, CD-40 и гемопоэтические факторы роста. Поляризация Т-хелперов скорее всего связана с активацией специфического набора транскрипционных факторов, связанных с провоспалительными цитокинами.

Цель исследования — определить состояние провоспалительных цитокинов ФНО-альфа, ИЛ-6 и ИЛ-8 у больных идиопатическим типом саркомы Капоши (ИСК).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 72 больных ИСК, группу контроля составили 42 практически здоровых человека. Уровень цитокинов определяли в сыворотке крови с помощью ИФА с использованием тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия). Чувствительность метода составляет 2 пг/мл.

Результаты исследования. Анализ провоспалительных цитокинов показал достоверное повышение ФНО-альфа, ИЛ-6 и ИЛ-8. Уровень ФНО-альфа в сыворотке крови больных ИСК достоверно отличался от показателей здоровых лиц (110,6±17,5 пг/мл против 25,5±2,1 пг/мл, p>0,05). Колебания концентрации ФНО в сыворотке крови с идиопатической СК в пределах средней ошибки составило 80–130 пг/мл. Концентрация ФНО ниже 60 пг/мл определялась в сыворотке крови у 10 (13,9%) пациентов, выше 100 пг/мл — у 28 (38,9%).

ИЛ-6 играет ключевую роль в развитии воспаления и иммунного ответа на инфекцию или повреждение тканей. Одной из основных функций ИЛ-6 является регуляция процессов созревания антителопродуцирующих клеток из В-лимфоцитов и самой продукции иммуноглобулинов, играет центральную роль в неспецифическом противовирусном иммунитете наряду с ФНО-α и ИЛ-1β. Высокие достоверные концентрации ИЛ-6 (28,9±3,5 пг/мл) коррелируют с высоким содержанием В-лимфоцитов и концентрацией IgG. Наблюдалась и гиперпродукция ИЛ-8: 33,4±4,1 пг/мл против 6,8±1,6 пг/мл.

Вывод. Изменение концентрации цитокинов в сыворотке крови, выявленное на фоне снижения относительных показателей некоторых иммунокомпетентных клеток, корреляция с длительностью заболевания позволяют доказать роль провоспалительных цитокинов в патогенезе СК. Опухолевые клетки могут сами продуцировать такие цитокины, как ИЛ-6 и ФНО-альфа, которые являются ростовыми факторами, обеспечивающими иммунорезистентность опухолевой ткани и ингибицию Т-клеточного звена иммунитета. Очевидно, эти цитокины являются диагностическими критериями злокачественности процесса.

ЛЕВОЦЕТИРИЗИН В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Ф.Ш. ХАМИДОВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ, Л. АЛИЕВ

Проблемы лечения аллергодерматозов в практике врача-дерматолога занимают одно из ведущих мест. Наиболее часто встречаются аллергический дерматит, экзема различной локализации, красный плоский лишай и т. д. Терапия аллергических заболеваний кожи при помощи антигистаминных препаратов является общепризнанным принципом лечения. В начале XXI века появились антигистаминные препараты пролонгированного действия, у которых седативный эффект выражен слабо или полностью отсутствует. Одним из таких препаратов является «Левоцетиризин».

Под нашим наблюдением находились 112 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, страдающих различными воспалительно-аллергическими заболеваниями кожи.

Первую группу составили 49 пациентов, страдающих хронической экземой. У всех пациентов в очагах поражения имелись выраженные папуловезикулезные высыпания, инфильтрация, отечность, мокнутие. Больных беспокоил сильный зуд, на коже отмечались множественные экскориации и корочки. В качестве антигистаминного препарата в комплексную терапию был включен левоцетиризин в дозе 5 мг 1 раз в день, на ночь назначался кетотифен или диазолин per os на 3–5 дней у пациентов с выраженным нарушением сна.

Вторая группа из 63 пациентов находилась на лечении с диагнозом токсидермия и аллергический дерматит, из них у 12 пациентов была буллезная форма токсидермии, у 51 — аллергический дерматит. У больных имели место множественные полиморфные высыпания пятнисто-везикулезные и везикулобуллезные, сопровождающиеся сильным зудом. Левоцетиризин назначался по 5 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней. На 4–5-е сутки от начала терапии отмечалось уменьшение зуда и отсутствие свежих высыпаний. Лечение левоцетиризином проводилось в течение 14–21 дня в зависимости от выраженности и распространенности процесса. После окончания курса терапии левоцетиризином больные отмечали более длительную ремиссию, чем после предыдущих курсов терапии, когда применялись другие антигистаминные препараты.

Можно сделать вывод о возможности использования левоцетиризина при различных заболеваниях кожи аллергического генеза для купирования острых проявлений заболевания и зуда, кроме того, этот препарат удобен для применения в амбулаторной практике в связи с пролонгированным действием и отсутствием седативного воздействия.

ВИТИЛИГОНИ ДАВОЛАШДА ЯНГИ ТЕРАПЕВТИК СТРАТЕГИЯ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ, Л. АЛИЕВ, Н. НАСРИДДИНОВА

Андижон давлат тиббиёт институти

Ҳозирги пайтда витилигони турли хил даволаш усуллари бўлиб, бу терапевтик методикаларнинг катта қисмини даво самарадорлиги пастдир. Тиббиёт соҳасидаги кашфиётлар бу касалликни патогенезига янгича қарашга имкон берди ва даволашдаги сезиларли муваффақиятларни эришилишига сабаб бўлди.

Сегментар витилиго билан оғриган 30 нафар беморларни комплекс текширилган маълумотлари таҳлил қилинди. Беморларни 18 нафари эркак ва 12 нафари аёл киши эди. Касалликни оғирлик даражасини баҳолаш ҳалқаро тестлари VETF (Vitiligo European Task Force) ва VIDA (Vitiligo Disease Activity Score) дан, тузалишни баҳолаш эса икки хил усулга асосланиб — VASI (V — Vitiligo, A — Area, S — Scoring, I — Index) индексини ва репигментация индексини ҳисоблаш (G) орқали ўтказилди.

Барча беморларга даволаш Люкодермин препарати пресоцил + дерматон дори воситалари билан комплекс равишда олиб борилди. Ҳар куни беморлар қуёш нурларида тобланишди. Шунингдек, люкодерминни таъсири натижасида эпидермисда ҳосил бўлган микротравмалар (куйиш, контактли дерматитлар натижасида пуфак ва пуфакчаларнинг ҳосил бўлиши натижасида) ундаги Т-регулятор лимфоцитларни пролиферациясини ва дифференцировкасини стимуляция қилади, меланоцитларни бузувчи цитотоксик Т-лимфоцитларни миқдорини камайтиради. Қуёш нурларини терапевтик самаралари: меланоцитларни пролиферациясини чақириш орқали меланогенезни стимуляция қилиши, тирозиназа синтезини ортиши, меланосомлар фаоллигини шаклланиши ва кучайиши, кератиноцитлар томонга меланоцитлар ҳаракатини

тезлигини ортиши. Қуёш нурлари таркибидаги В спектрдаги ультрабинафша қисқа тўлқинли нурларни таъсирида антигенларни фаоллигини пасайиши, яллиғланишли инфильтратлардаги ҳужайралардаги апоптозни фаоллашуви орқали цитотоксик Т-лимфоцитларни босилиши, яллиғланиш медиаторларини, цитокинларни миқдорини камайиши кузатилади.

Беморлардаги репигментация индекси ўртача коэффицентлари даволашни турли этапларида ҳисобланди ва 11 нафар пациентларда (36,7 %) клиник ўзгаришлар 5–10 ни даволаш тадбирларидан кейин аниқланди. 1 нафар беморда клиник яхшиланиш даволаш тадбирини 3-сидан кейин бошланди. G3 индекси 30 — тадбирдан сўнг 18 (60 %) нафарида қайд қилинди. Клиник яхшиланиш 12 (40 %) нафар беморларда бўлмагани аниқланди. Шу вақтни ўзида G3, G2 ва G1 индексларини 23 (76,7 %) нафар беморда кузатилгани маълум бўлди. VASI, VETF ва VIDA тестларини яхшиланиши беморларни катта қисмида кузатилгани натижаларни таҳлил қилинганида аниқланди.

Демак, витилиго билан оғриган беморларда даволаниш комплекс равишда олиб борилганида пациентларни катта қисмида ижобий ўзгаришлар бўлгани аниқланди. Аммо ўтказилган текшириш даврини қисқалиги касалликни рецидивини ва даволаш алоҳида оқибатларини шаклланишини аниқлашни имкониятини чегаралайди. Керакли маълумотларни олиш учун текширилаётган, назоратдаги пациентлар сонини кўпайтириш, беморларни катамнестик маълумотларини текшириш узоқ вақтли изланиш давомида олиб борилиши лозим.

ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОМ «ДЕРМОБАКТЕР» БОЛЬНЫХ ПАРАТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Л.АЛИЕВ

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования — оценка клинической эффективности препарата «Дермобактер» у больных истинной экземой.

Материал и методы исследования. Под наблюдением были 102 больных паратравматической экземой (60 мужчин и 42 женщин) в возрасте от 22 до 55 лет. У всех больных патологические очаги развились на местах повреждений и вокруг операционных травм. В очагах поражения наблюдались асимметрично расположенные множественные воспалительные пятна с нечеткой границей, на поверхности которых имелись папулы, пустулы, микровезикулы с прозрачной или мутной жидкостью, эрозии, мокнутие, в некоторых местах отмечались образование гнойных и серозных корок, шелушение. Больных беспокоил сильный зуд, а также жжение в области патологического очага.

Больные получили стандартное лечение (антигистаминные, десенсибилизирующие препараты, антибиотики и др.), а также в составе комплексной терапии был применялся охлажденный раствор Дермобактера в разведении 1:2 дистиллированной водой. Раствор прикладывали 5–8 раз в день, в виде влажных повязок в течение 1–3 дней и местно очаги поражения обрабатывались раствором в виде примочек.

Результаты исследования. У больных с паратравматической экземой на следующий день после лечения раствором «Дермобактер» в очагах поражения начиналось высыхание мокнущих очагов поражения, на месте микровезикул и пустул образовались серозные и гнойные корки, снизились зуд и жжение. У 70 больных в среднем через 2,4 ± 0,4 дня прекратилось появление микропузырьков и пустул, начиналось заживление очагов поражения. Сильный зуд уменьшился после применения антигистаминного препарата. Регресс воспалительных явлений усилился и время выздоровления укоратилось. Во время и после применения раствора на коже побочных явлений не наблюдалось.

Вывод. Препарат «Дермобактер» оказался эффективным для местного применения в лечении паратравматической экземы. Он быстро высушивает мокнущий очаг поражения, не окрашивает кожу, удобен в применении и не вызывает побочных явлений.

ЛИПОВИТИЛИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Н. НАСРИТДИНОВА

Цель исследования — оценить клиническую эффективность препарата «Липовитилин» у детей, больных витилиго.

Материал и метод исследования. Под наблюдением находились 20 пациентов в возрасте от 10 до 15 лет с локализованной формой витилиго. Продолжительность исследования в зависимости от группы составила 8 недель. Пациенты были разделены на две группы. В первой группе (10 человек) больные получали 4-недельное лечение липовитилином и люкодермином внутрь по ½ таблетки (10 мг) 1 раз в день утром. Спрей «Липовитилин» наносили на пораженные участки кожи 2 раза в сутки. Во второй группе (10 человек) больным местно обрабатывали липовитилином область поражения в течение 8 недель 2 раза в сутки. Клиническое обследование больных включало оценку жалоб, изучение анамнеза основного заболевания, исследование состояния дерматологического статуса, при этом оценивалась окраска, форма, четкость границ очагов поражения.

Результаты исследования. В итоге проведенного лечения положительный результат был достигнут в 1-й группе у 8 и во 2-й группе у 7 пациентов, проявляя сглаживанием границ участков витилиго. Периферическая репигментация у 6 пациентов 1-й группы, у 5 пациентов 2-й группы характеризовались появлением в очагах вкраплений пигмента от 1/3 до 2/3 площади (перифолликулярная репигментация), у 4 пациентов — потемнением пятна (диффузной репигментации), у 2 пациентов почти полной репигментацией. У одного пациента равномерной репигментации не было. В результате проведенной терапии у 17 больных к концу 8-й недели отмечалась положительная динамика. Значительное улучшение было достигнуто в 1-й группе больных.

Вывод. Спрей «Липовитилин» при монотерапии витилиго показал положительный результат. Анализ проведенной оценки эффективности наружной (липовитилином) и внутренней (люкодермином) терапии детей страдающих витилиго, свидетельствует о хорошей переносимости и эффективности, что позволяет рекомендовать спрей «Липовитилин» в монотерапии в амбулаторных условиях.

ИНЪЕКЦИЯ ҲОЛИДАГИ МЕТОТРЕКСАТ ВА ЛИВСОННИ ТИРНОҚЛАР ПСОРИАЗИНИ ДАВОЛАШДАГИ САМАРАСИ

Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижон давлат тиббиёт институти

Тирноқлар псориази беморларда кўплаб нохушликларни чақиради (бармоқларни вазифасини пасайиши, беркитишни қийинлиги ва б.). Тирноқлар псориазини даволаш учун кўплаб усуллар таклиф қилинган (топик стероидлар, ретиноид кислотаси, 5-фторурацил, тизимли ретиноидлар, циклоспорин, гидроксимочевина, биологик препаратлар, ёруғли ва лазер терапия, тизимли метотрексат ва б.). Аммо фақат тирноқлар жароҳатланган ҳолатларда тизимли терапияда метотрексатни қўллаш уни токсиклиги сабабли номақбул ҳисобланади.

Изланишни мақсади: Тирноқлар псориази билан оғриган беморларда инъекцияли метотрексат ва ливсонни самарадорлигини аниқлаш.

Текширишни материал ва усуллари. Бизни назоратимизда тирноқлари зарарланган 15 нафар бемор бўлиб, уларни 10 нафари эркак ва 5 нафари аёл кишилар, ёши 18 дан 45 ёшгача эди. Барча беморларда зарарланган тирноқларни сони 110 тани ташкил қилди. Тирноқлардаги «ангишвона симптоми» 10 нафар беморда, кўндаланг ва чизиқли ботиқликлар 8 нафарида кузатилди. Псориаздаги тирноқларни жароҳатланиш индексини ўртача кўрсаткичлари (NAPSI) даводан олдин 4,77±0,11 баллни ташкил қилди. Беморлар метатрексатни ҳафтасига 1 маротабадан мускул орасига 1 мл дан курсига №5 олишди. Ҳамма беморлар ливсонни 5 мл дан м/о курсига 10 тадан буюрилди.

Натижалар. Даводан сўнг псориаздаги тирноқларни жароҳатланиш индексини ўртача кўрсаткичлари (NAPSI) 2,13±0,14 баллни ташкил қилди. Тирноқларни ҳолати яхшиланди. Косметик кўринишида ижобий ўзгаришлар кузатилди. Ливсонни даволаниш курсига қўшилиши метатрексатни салбий токсик таъсирларини камайишига ёрдам берди.

Хулоса. Тирноқлар псориази билан оғриган беморларда метатрексат ва ливсон препаратларини инъекция ҳолида қўлланиши яхши самара беради, ливсон дори воситаси метатрексатни салбий токсик таъсирини камайтиради.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ЛЮКОДЕРМИН» ВИТИЛИГО

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Н. НАСРИТДИНОВА

Цель исследования — оценка клинической эффективности препарата «Люкодермин» у детей, больных витилиго.

Материал и метод исследования. Под наблюдением находились 20 пациентов в возрасте от 10 до 15 лет локализованной формой витилиго. Продолжительность исследования в среднем составила 8 недель. Пациенты были разделены на 2 группы по 10 человек. В первой группе больные прошли 2 недельный курс люкодермином внутрь по 1 таблетки 1 раз в день утром, а также в течение 8 недель местно использовали крем «Люкодермин», смазывая участки поражений 2 раза в сутки. Во второй группе больные наносили местно крем «Люкодермин» в течение 8 недель. Клиническое обследование больных включало оценку жалоб, изучение анамнеза основного заболевания, исследование состояния дерматологического статуса, при этом оценивалась окраска, форма, четкость границ очагов поражения.

Результаты исследования. В итоге проведенного лечения положительный результат был достигнут в 1-й группе у 8 и во 2-й группе — у 7 больных, проявляя сглаживанием границ участков поражений. Периферическая репигментация у 6 пациентов 1-й группы, у 5 пациентов 2-й группы отмечена появлением в очагах вкраплений пигмента от 1/3 до 2/3 площади (перифолликулярная репигментация), у 4 пациентов — потемнением пятна (диффузной репигментации), у 2 пациентов наступила почти полная репигментация. У одного пациента равномерной репигментации не было. В результате проведенной терапии у 17 больных к концу 8 недели отмечалась положительная динамика. Значительное улучшение было достигнуто в 1-й группе больных.

Вывод. 1. Препарат «Люкодермин» хорошо переносится больными и достаточно эффективен, что позволяет рекомендовать его при лечении детей страдающих витилига в амбулаторных условиях.

КРЕМ «ФАКТОР ДЕРМИКО» В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ВТОРИЧНО ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Местное лечение вторично инфицированных дерматозов остается трудной и не всегда эффективно решаемой проблемой. Это связано с широко распространенной устойчивостью возбудителей к традиционным антибактериальным средствам и изменениями местных механизмов резистентности кожи при данных состояниях. В связи с этим представляется перспективным применение крема «Фактор дермико», оказывающего противомикробное, противогрибковое, противовоспалительное действие.

Цель исследования — оценка эффективности и переносимости препарата Фактор дермико в лечении дерматозов, осложненных вторичным инфицированием.

Материал и методы исследования. Обследованы 44 пациента в возрасте от 16 до 66 лет. В зависимости от нозологической формы больные распределились следующим образом: стрептостафилодермии выявлены у 24; дерматозы с признаками импетигинизации — у 20 (истинная экзема — у 3, вульгарные угри — у 3, атопический дерматит — у 8; чесотка — у 6). Крем «Фактор дермико» наносили тонким слоем на пораженные участки кожи 2–3 раза в сутки или чаще в зависимости от состояния кожного процесса. На время снятия островоспалительных явлений запрещалось купание.

Результаты исследования. Для оценки терапевтической активности препарата использовали следующие критерии: клиническое выздоровление (полный регресс высыпаний); значительное улучшение (сохранение умеренной инфильтрации и гиперемии при полном разрешении пустул, прекращении мокнутия, отсутствии корок); улучшение (сохранение инфильтрации, гиперемии, единичные пустулы, отсутствие мокнутия и корок); без эффекта (положительной динамики кожного патологического процесса не отмечено). Клиническое выздоровление после 3 дней терапии отметили у 12 пациентов, через 7 дней — еще у 14, спустя 14 дней — еще у 10 больных. Значительное улучшение наблюдалось у всех пациентов с первых дней лечения и к 14-м суткам оно констатировано у 8 пациентов. Как остаточное явление кожного патологического процесса наблюдалась умеренная эритема. Сохранение инфильтрации и умеренной гиперемии к 14-м суткам лечения наблюдалось у 6 больных. Отсутствие эффекта от терапии и побочные эффекты не зарегистрированы.

Вывод. Использование в дерматологической практике крема «Фактор дермико» является перспективным, эффективным и безопасным методом терапии вторично инфицированных дерматозов.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО ПРЕПАРАТА ЛЮКОДЕРМИН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Н. НАСРИДДИНОВА

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования — изучить клиническую эффективность препарата «Люкодермин» (Methoxsalen, метоксипсорален) у больных витилиго в условиях жаркого климата.

Материал и методы исследования. Под наблюдением были 30 больных с ограниченной формой витилиго (14 женщин, 16 мужчин) в возрасте от 18 до 42 лет. Было изучено влияние на кожный процесс и дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) мази «Люкодермин» (0,75% — 30,0).

Причинами развития витилиго были: психическая (стрессы и др.) травма — у 12 пациентов, нарушения вегетативной нервной системы — у 5, наследственная предрасположенность — у 7, физическая и химическая травма — у 3, глисты — у 3 пациентов. Больным в комплексной терапии местно назначался препарат «Люкодермин».

Люкодермин (метоксипсорален) — выделен из семян растения Ammi majus. Относится к псораленам. Применяется в комплексе с контролируемым УФ излучением для симптоматического лечения псориаза, витилиго.

Препарат наносился на область поражения 1 раз в день утром.

Результаты исследования. До лечения ДИКЖ у больных витилиго составлял 28,88±0,18 баллов, после 1 месяца комплексной терапии снизился до 24,77±0,25 балла и через 3 месяца почти не изменился — 21,01±0,67 балла. После 3 месячного комплексного лечения ДИКЖ опять поднялся до 26,66±0,15 балла. В патологических очагах наблюдались пигментные пятна. У 15 больных к концу 3 месяца лечения в депигментированных очагах появились очаги пигментации маленького размера. Первые недели лечения в области применения препарата у 25 больных отмечался контактный дерматит.

Вывод. Мазь «Люкодермин» во время лечения показал себя с положительной стороны. У 50% больных появились депигментированные очаги пигментации. В первые 3 месяца применения препарата наблюдались снижение ДИКЖ. Препарат удобен в применении, но может вызывать ожог и контактный дерматит.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ «МЕТРОНИДАЗОЛ» И «АВЕРМ ПЛЮС» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА, ОСЛОЖНЕННОЙ КЛЕЩЕВОЙ ИНВАЗИЕЙ D. FOLLICULORUM

Ш.А. ХАМИДОВ, Ф.Ш. ХАМИДОВ, А. САТИМОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Розацеа является тяжелой физической и психологической проблемой для больных. Показатель обращаемости в АОКВД имеет стойкую динамику к повышению. Розацеа — полиэтиологичный дерматоз, и особенности его проявлений и течения требуют новых эффективных методов терапии.

Цель исследования — оценить эффективность препаратов «Метронидазол» и «Аверм плюс» в комплексной терапии розацеа, осложненной клещевой инвазией D. folliculorum.

Материал и методы исследования. Группу исследования составили 23 пациента с сосудистой и папулопустулезной розацеа в возрасте от 29 до 49 лет и давностью процесса от 8 месяцев до 5 лет. В соскобе у пациентов суммарно обнаружены множественные (более 10) особи D. folliculorum с поверхности кожи лица. Для оценки воспаления в коже была использована балльная оценка воспаления с учетом выраженности эритемы, воспалительных элементов, телеангиоэктазий. Пациенты получали «Аверм плюс» (ивермектин, альбендазол) 1 раз вечером однократно и крем «Метронидазол» 2 раза в день в виде наружных аппликаций в течение 21 дня. На протяжении всего курса лечения выявлена хорошая переносимость препаратов, побочных явлений (раздражения, жжения, зуда) выявлено не было. Все пациенты отметили выраженное клиническое улучшение. Лабораторное выздоровление отмечалось за счет снижения особей D. folliculorum до 2–3 в соскобе.

Вывод. Применение крема «Метронидазол» в сочетании с антипаразитарным препаратом «Аверм плюс» является высокоэффективной комбинированной схемой лечения для пациентов с розацеа, осложненной клещевой инвазией D. folliculorum.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИ МАХАЛЛИЙ ДАВОСИДА «МОМЕТОКС» МАЛХАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

М.Т. ХАСАНОВА, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ

Андижон давлат тиббиёт институти

Атопик дерматитни (АД) даволашда асосий ўринлардан бири махаллий муолажа ҳисобланади (турли хил малхамлар, кремлар, эмульсия, лосьон ва бошқалар). Буларнинг ичида энг самарали препаратлардан бири топик стероид малхамлардир. Охирги пайтларда фармацевтика саноати томонидан топик таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган кўплаб янги кортикостероид малхамлари ишлаб чиқилмоқда. Шундай малхамлардан бири протопикдир. Протопик малхами таркибига кирувчи флутиказон пропионат ўта фаол топик кортикостероид бўлиб, узоқ даволанувчи дерматозларни қисқа вақтда даволаш учун қўлласа бўладиган препарат Мометокс (малхам) ҳисобланади.

Изланишдан мақсадимиз. Мометокс малхамини Атопик дерматит билан оғриган беморларда қўллаб кўриб самарадорлигини аниқлашдир.

Материал ва текширув услублари. Бизни кузатувимизда АД га чалинган 27 та бемор аел бўлиб, уларни ёши 15 дан 30 ёшгача. Беморларни ушбу касаллик 3 йилдан 8 йилгача бўлган муддатда безовта килиб келган. Бу беморларнинг 16 таси АД нинг пруригиноз шакли, 11 таси лихеноид шакли билан қайд этилган, уларнинг барчасини қичишиш безовта қилади. Уларга комплекс даво сифатида қуйидаги даволаш усули қўлланилди.

Умумий давога антигистамин (кларитин), десенсибилизацияловчи (натрий тиосульфат), гепатопротектор (эссенциале форте Н), антиоксидантлардан аевит, махаллий давога протопик малхами. Давонинг биринчи кунлари терига икки махалдан, патологик ўчоқдаги тошмалар сўрила бошлагач, 1 махалдан суртилди, даволаш муддати касаликнинг турига, тарқоқлигига қараб 3 хафтани 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 бални ташкил қилди.

Олинган натижалар ва уларнинг тахлили: Юқорида кўрсатилган даво амалга оширилгач беморлар терисидаги патологик ўчоғдаги папулаларни ва лихенификацияни 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. Мометкс малхами Атопик дерматит билан оғриган беморларда комплекс қўлланилганда яхши натижа беради. Беморлар бу малхамни даводавомида яхши қабул қилишди, асоратлар кузатилмади.

«ДЖОЙКЛАВ» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЛУБОКИМИ ПИОДЕРМИТАМИ

М.Т. ХАСАНОВА, К.З. БОТИРОВ, А.А.КУЧКАРОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Лечение больных глубокими пиодермитами — трудная задача, так как больные могут обратиться за помощью как к хирургам, так и дерматологам. В обоих случаях обязательна антибиотикотерапия, играющая основную роль в терапии этих больных. Учитывая тот факт, что патогенные стафилококки являются основным этиологическим агентом при глубоких пиодермитах, необходимо применять тот антибиотик, который в первую очередь эффективно действовал бы 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. Джойклав относится к фторхинолонам III поколения, обладает широким спектром действия, механизм его действия связан с подавлением бактериальной ДНК-гиразы.

Мы пролечили 12 больных в возрасте 16–34 лет (5 женщин, 7 мужчин) глубокими пиодермитами препаратом «Джойклав». У 6 из них диагностирован фурункулез, у 4 — гидраденит, у 2 — хроническая язвенная пиодермия. Джойклав применялся в дозе 1000 мг 1 раз в день, в течение 7 дней. Наружно кожа вокруг очага обрабатывалась 2% салициловым спиртом, кам-

форным спиртом, а очаг поражения — анилиновыми красителями с последующим наложением гентамициновой, линкомициновой, куриозиновой мазей или левомиколя, линимента Вишневского. В стадии инфильтрации на инфильтрат накладывали 10% ихтиоловую мазь в виде «лепешки».

После лечения у больных фурункулезом и гидраденитом наступило клиническое выздоровление, у больных хронической язвенной пиодермией процесс значительно улучшился, язва очистилась от гнойных масс, начался процесс регенерации (рубцевания). При наблюдении в течение двух месяцев обострения заболевания не наступило, за исключением одного больного гидраденитом.

Таким образом препарат «Джойклав» является эффективным антибиотиком при лечении больных фурункулезом и гидраденитом в указанных дозах, а при хронической язвенной пиодермии, возможно, необходимо увеличить длительность курса терапии.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ

Л.Э. ХАСАНОВА, С.С. АГЗАМХОДЖАЕВА

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Изучалась клинико-патогенетическая эффективность линимента циклоферона (ЛЦ) в комплексной терапии герпетического стоматита у детей. Было проведено обследование и лечение 40 детей.

Цель исследования — оценка клинико-иммунологической эффективности циклоферона в комплексной терапии герпетического стоматита путем сравнительной оценки ближайших и отдаленных результатов лечения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 детей с ГС в возрасте от нескольких месяцев до 12 лет. В основной группе (20 человек) к традиционному лечению был добавлен линимент циклоферона (ЛЦ) в виде аппликаций. В контрольной группе (20 человек) терапия осуществлялась общепринятыми методами. В обеих группах этиотропное лечение ГС проводилось с использованием таблеточной формы валтрекса 500 мг 2 раза в день.

Результаты исследования. В группах сравнения изучали показатели факторов местной защиты слизистой полости рта. Наиболее выражены были изменения показателей фагоцитоза, которые были снижены по сравнению с нормой почти в два раза. Титр лизоцима и уровень sIgA были снижены по сравнению с нормой в 1,5 раза. В процессе лечения в основной группе больных отмечалась более выраженная положительная динамика показателей местного иммунитета.

Вывод. Установлено, что использование в комплексном лечении у больных герпетическим стоматитом линимента циклоферона позволяет уменьшить выраженность местного воспаления в короткие сроки, нормализовать параметры местного иммунитета, что обеспечивает ускорение процессов выздоровления, снижение частоты рецидивов стоматита.

«АВИЦЕТ» В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ

М.Т. ХАСАНОВА, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на широкий спектр и различные лекарственные формы противоаллергических препаратов, ученые продолжают поиск и разработку средств нового поколения. Перед учеными поставлена задача — создание лекарств, идеально сочетающих в себе антигистаминную, противоаллергическую, противовоспалительную активность, при этом свободных от недостатков своих предшественников. В последние годы на фармацевтическом рынке Узбекистана имеется препарат «Авицет» — оптический изомер левоцитиризин дигидрохлорид 5 мг, селективный обратный агонист Н1-рецепторов.

Цель исследования. Определить клиническую эффективность препарата авицет у больных различными дерматозами (экземой, крапивницей, атопическим дерматитом, нейродермитом, почесухой).

Материал и методы исследования. Нами было проведено лечение 125 больных (78 мужчин, 47 женщин) экземой, крапивницей, атопическим дерматитом, нейродермитом, почесухой в

возрасте от 10 до 56 лет. У 45 из них (25 мужчин, 20 женщин) диагностирована крапивница, у 21 (10 мужчин, 11 женщин) — атопический дерматит, у 22 (12 мужчин, 10 женщин) — нейродермит, у 18 (7 мужчин, 11 женщин) — почесуха, у 19 (8 мужчин, 11 женщин) — экзема.

Авицет — препарат III поколения антигистаминных средств, обладает мощным и длительным антиаллергическим действием. Он начинает действовать уже через 12 минут после приема внутрь, причем независимо от приема пищи и времени суток. Для устранения всех симптомов аллергии достаточно 1 таблетки соответствующей дозировки в сутки как на ранней, так и на поздней стадии аллергической реакции. Препарат может быть показан для длительного применения (в среднем от 1 до 6 недель, существует также клинический опыт его применения препарата до 18 месяцев). Больные принимали авицет по 5 мг 1 раз в день в течение 20 дней.

Результат исследования. У всех больных наблюдался хороший терапевтический эффект (отмечался полный регресс высыпаний, прекращения зуда) и увеличился период ремиссии.

Вывод. Авицет помогает на ранней и поздней стадии аллергической реакции, оказывает антигистаминное и противозудное действие, имеет хороший профиль безопасности, не взаимодействует с пищей и лекарственными препаратами, предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций, оказывает антиэкссудативное, противозудное действие; практически не оказывает антихолинергического и антисеротонинергического действия.

DEMODEX КАНАЛАРИНИНГ ТОПИЛИШ ДАРАЖСИ НИМАГА БОҒЛИҚ?

С.Э. ЭШБОЕВ

(РИД ва ВИАТМ)

Жами дерматозлар ичида пушти ҳуснбузар 3–5 % ни ташкил қилади. Унинг 95–98 % ҳолларида беморнинг юз териси тошмаларидан demodex турига мансуб каналар топилади. Аҳамиятлиси шундаки, барча олимларнинг бу борадаги фикрлари турлича, ҳатто бир-бирини инкор қилади.

Юқоридаги айрим фикр ва мулоҳазаларга ойлдинлик киритиш мақсадида биз беморлар юз терисидан demodex каналарининг топилиш сабабини аниқлашни ўз олдимизга мақсад қилиб қўйдик. Зиммамизда турган вазифани амалга ошириш учун пушти ҳуснбузарга 80 та, оддий ҳуснбузарга 30 та, соғлом талабалардан 50 та ва яна мурувват уйи дам олувчиларидан 60 та — жами 220 та бемор, соғлом одамлардан иборат гуруҳдан таҳлил ишларини олиб бордик. Каналарга текшириш оддий микроскопик услуб билан амалга оширилади. Яъни бемор юз терисида жойлашган тошмалардан патологик материал олинди ва микроскопнинг энг кичик катталигида натив ҳолатида кўздан кечирилди. Текширишлар натижасида пушти ҳуснбузарга чалинганларнинг 97,8 % да, соғлом талабаларнинг 23,5 % да, мурувват уйида дам олувчиларнинг 24,4 % да demodex каналари топилди. Аксинча оддий ҳуснбузарга чалинган беморларнинг, 2–8 ёшдаги болаларнинг бирон-тасида ҳам каналар аниқланмади. Бироқ бизнинг мавсумий йўналишда олиб борган ишларимиз demodex каналарининг қачон ва қай пайтда кўпроқ аниқланиши борасидаги изланишларимизга ойдинлик киритди. Жумладан, ёзда текширилганларнинг 17,8 % да, кузда 19,8 % да, қишда 26,7 % да, баҳорда 35,6 % да demodex каналари аниқланди. Демак, каналарнинг аниқланиш даражаси беморлар қайси фаслда текширилишига боғлиқ. Юқоридаги маълумотларга асосланиб айтиш мумкинки, каналарнинг аниқланиш даражси баҳор фаслида энг юқори даражага етади. Бундан ташқари, эркакларда каналарнинг аниқланиш кўрсаткичи баҳор фаслида 9,9 % га етса, аёлларда эса бу кўрсаткич 25,7 % ни ташкил қилди.

Шундай қилиб тадқиқотларимиздан маълум бўлдики, беморлардан demodex турига мансуб каналарнинг аниқланиши аввалambор фаслга, қолаверса, жинсга ҳам боғлиқ.

ТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

А.И. ЯКУБОВИЧ[1], Л.С. САЛДАМАЕВА[2], Л.С. САЛДАМАЕВА[3], И.Г. СЕРГЕЕВА[4]

[1]ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ,
[2]ГБУЗ «Областной кожно-венерологический диспансер», г. Иркутск,
[3]ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер», г. Иркутск,
[4]Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск

Актуальность. Адекватная терапия невротических расстройств у пациентов с вульгарным псориазом является неотъемлемой частью современного комплексного подхода к лечению данного заболевания.

Цель исследования: оценить эффективность Пантогам актив в комплексной терапии больных вульгарным псориазом.

Материал и методы исследования. Проведено 6 недельное исследование 30 пациентов (18 мужчин и 12 женщин) с вульгарным псориазом, страдающих коморбидными психопатологическим расстройствами легкой и средней степени тяжести. Эффективность препарата изучалась по шкалам для оценки тревоги Гамильтона (HARS), самооценки Спилбергера. Больные получали базовую терапию согласно стандартам оказания медицинской помощи с Д3: Вульгарный псориаз. Пантогам назначался пациентам в дозе 0,6–2,4 г/сутки.

Результаты исследования. у всех больных был зафиксирован высокий уровень личностной тревоги. Пантогам актив действовал постепенно начиная со 2 недели терапии постепенно усиливая эффект к 3–4 неделе терапии, что проявлялось снижением раздражительности, страхов и тревожных опасений. Клинически значимое действие препарата подтверждалось оценкой выраженности терапевтического воздействия по критериям редукции исходных баллов шкалы HARS и самоопросника Спилбергера. Переносимость Пантогам актив была удовлетворительной. Все пациенты завершили исследование.

Вывод. Пантогам актив можно рекомендовать пациентам с вульгарным псориазом с невротическими расстройствами в составе комплексной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

А.И. ЯКУБОВИЧ[1], Л.С. САЛДАМАЕВА[2], Л.С. САЛДАМАЕВА[3], И.Г. СЕРГЕЕВА[4]

[1]ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ,
[2]ГБУЗ «Областной кожно-венерологический диспансер», г. Иркутск,
[3]ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер», г. Иркутск,
[4]Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск

Из анамнеза. Наследственность: отец страдал депрессией, но никогда не лечился. Развелся с матерью, когда пациенту было 2 года. Родился в срок, беременность и роды у матери — без особенностей. Воспитывался в основном дедушкой и бабушкой. В школе учился хорошо, но был неуверенным в себе. Закончил ВУЗ, работает юристом. С детства страдал диатезом, затем был поставлен Д3: Атопический дерматит (АтД). Испытывал дефицит материнской ласки и внимания. Был послушным ребенком. В отношениях с девушками был робок, тревожен, неуверен в себе. В институте в сессию в состоянии подавленности ушел из дома, хотел повеситься, но передумал из жалости к матери. Интимные отношения с девушкой были один раз, но из-за волнения не было эрекции. С девушками перестал встречаться, так как боялся неудач. На работе боится, что не справится с обязанностями, хотя претензий к нему нет. Снизилось настроение, испортились отношения с матерью. Последние месяцы отмечает обострения АтД, беспокоит интенсивный зуд в области локтевых, подколенных сгибов, на коже имеются очаги лихенификации с расчесами.

Психическое состояние: Отмечается сниженное подавленное настроение, считает себя несостоятельным в отношении с окружающими, особенно с девушками. У больного плохой аппетит, нарушен сон, снижена активность, отсутствует инициатива, интерес к жизни. Считает, что его кожное заболевание связано с периодами плохого настроения. Больному рекомендован Вальдоксан по 25 мг 1р вечером. Через 2 недели состояние улучшилось, нормализовался сон, стал

активнее на работе, высыпания значительно уменьшились. Доза Вальдоксана была увеличена до 50 мг. Через 4 недели пациент изменился внешне, повысилась самооценка, успешно справляется с работой, проявления АтД регрессировали. Познакомился с девушкой. Принимал Вальдоксан в течение еще 2 недель, далее в качестве противорецидивной терапии по 1 таб. на ночь. На фоне проведенной терапии состояние нормализовалось.

Комментарий. Случай свидетельствует о рекуррентном депрессивном расстройстве, сформировавшемся у личности с психастеническом типом при соответствующей наследственной предрасположенности, требующем лечения с использованием антидепрессантов.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

М.Ф. ЯХШИЕВА, Н.И. БОЙМИРЗАЕВ, А.М. ДАВУРОВ, И.Б. ШУКУРОВ, Н.Н. МАВЛЯНОВА

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

Себорейный дерматит — хроническое, часто рецидивирующее заболевание кожи. Характеризуется появлением эритематозно-сквамозных высыпаний с четкими границами на коже волосистой части головы и туловища, особенно в местах наибольшей активности сальных желез.

Цель исследования — оценка клинического течения себорейного дерматита с учетом микробиологического статуса организма больных.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 36 больных себорейным дерматитом в возрасте от 12 до 54 лет с давностью заболевания от 2 до 10 лет. Из них лиц мужского пола — 22, женского пола — 14.

У всех больных проводили клинические и микробиологические исследования.

Результаты исследования. Среди 36 больных у 9 (42,8 %) диагностировано легкое течение у 21 (58,3 %) — среднетяжелое, у 6 (16,6 %) — тяжелое. Клиническая картина легкой степени тяжести характеризовалась наличием эритематозно-сквамозных высыпаний на коже волосистой части головы, лица, особенно в области носогубных складок на фоне удовлетворительного общего состояния больного.

Среднетяжелое течение характеризовалось распространенностью кожно-патологического процесса (кожа волосистой части головы, туловища, верхние конечности), выраженной гиперемией, инфильтрацией.

При тяжелой степени тяжести кожно-патологический процесс имел распространенный характер, обусловливаясь скоплением большого количества жирных чешуек, массивных корок. На коже очагов поражения отмечались явления мацерации, мокнутие, местами трещины.

Результаты микробиологических исследований кожи с очагов поражения показали рост условно-патогенной флоры семейства Micrococcaceae в 77,7 % случаев и липофильных дрожжеподобных грибов рода Pityrosporum cpp. в 19,4 % случаев . Среди представителей семейства Micrococcaceae высевалась патогенная флора st. aureus в 38,8 %, st. haemolyticus — в 22,2 %, st. saprophyticus — в 25 % соотвтественно. При этом обсемененность патогенной флоры staphylococcus составила от 325 до 1315 КОЕ/см^2. Среди липофильных дрожжеподобных грибов у 7 больных с кожи очагов поражения волосистой части головы и туловища культивировали Pityrosporum ovale.

Вывод. Таким образом, клиническое течение себорейного дерматита в большинстве случаев (58,3 %) имело средне-тяжелый характер и обусловливалось ростом условно-патогенной флорой представителей семейства Micrococcaceae и липофильных дрожжеподобных грибов рода Pityrosporumovale

EFFECTIVE TREATMENT METHODS OF CUTANEOUS LEISHMANIASIS.

A.Sh. VAISOV, Sh.A. YUSUPOVA, A.V. MUN

Dermatology and laser clinic «Mshifo»

The territory of Uzbekistan, Bukhara, Navoi, Khorezm regions and the Autonomous Republic of Karakalpakstan, in particular, have been considered as one of the historically active zones of skin leishmaniasis. According to WHO, about 1,3 million people fall ill each year, and about 350 million people live in risk areas. Due to the lack of effective treatment methods this problem remains relevant at the present time.

Objective: to study the comparative efficacy of traditional and complex treatment of cutaneous leishmaniasis.

Materials and methods: 15 patients aged 20 to 48 were monitored, there were 7 men (47%) and 8 women (53%) from endemic areas. All patients were divided into 2 groups. Patients from the first group (7 people) received systemic therapy in the form of Doxycycline monohydrate 100 mg twice a day for 20 days. The patients from the second group (8 people) administered the antibiotic and carbon dioxide laser destruction in addition, performed by eCO_2 Lutronic device (South Korea) with a frequency of 140 Hz, a pulse duration of 170 mS and an output power of 1,0 W. A of leishmaniomas was performed completely with the formation of coagulation crust.

Results of the study. Evaluation of the therapy effectiveness was carried out from1 to 6 months. In the first group, the duration of the disease was 5 months with the formation of hypertrophic scars. In the second group, the duration of the course was 2 months, with minimal manifestation of ulceration and without scar formation. Patients in the stage of ulceration regeneration occurred within 1,5 months with the formation of a satisfactory cosmetic defect.

Conclusions. Thus, the stage of healing was much faster in patients who, received traditional therapy and underwent laser destruction in combination. In addition, patients who were performed laser destruction of leishmaniomas demonstrate minimization of scarring.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭРБИНОЛА В ЛЕЧЕНИИ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ

Д.Х. АБДИЕВА, М.А. АБДУЛЛАЕВА

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Разноцветны (отрубевидный) лишай — заболевание грибковой природы. Его возбудитель, липофильный дрожжевой грибок Pityrosporum Orbiculare, также известный как Malassezia Furfur, размножается в роговом слое эпидермиса. Термин «лишай» известен со времен Гиппократа. Ученый объединял различные заболевания кожи, характеризующиеся образованием цветных пятен и шелушением. Впервые возбудитель отрубевидного лишая был описан в 1853 году Г. Робином, а в 1951 году М. Гордон выделил овальные и округлые формы возбудителя, как в местах расположения разноцветного лишая, так и на здоровой коже человека. Характеризуясь малой степенью заразности и не провоцируя развитие воспаления, возбудитель отрубевидного лишая поражает самый верхний, роговой слой эпидермиса и устья фолликулов.

Цель исследования — изучение эффективности 1% эрбинол спрея при отрубевидном лишае.

Под наблюдением находилось 28 пациентов (16 мужчин и 12 женщин) в возрасте 17–30 лет. Давность заболевания колебалась от 2 месяцев до года. Для диагностики заболевания проводилась йодная проба Бальцера (смазывание пораженной кожи 5% раствором йода). Микроскопически у всех пациентов были обнаружены короткие, изогнутые нити мицелия и скопления спор по типу виноградных гроздьев. При люминисцентном исследовании с помощью лампы Вуда наблюдалось буроватое свечение. У 8 пациентов высыпания имели ограниченный характер, локализовались на коже шеи, предплечий, в области крупных складок (под молочными железами, в подмышечных и паховых областях). Эта группа пациентов получала только местное лечение в виде 1%-ного спрея эрбинола. У 20 больных были обширные очаги поражения в виде множественных пятен округлой формы в диаметре 0,3–1,0 см с фестончатыми краями, розового,

желтовато-розового и бурого цвета, с малозаметным отрубевидным шелушением, без воспалительных проявлений на коже шеи, груди и спины. Всем этим пациентам назначался эрбинол спрей 1%-ный и итраконазол 100 мг 2 раза внутрь в сутки в течение 14 дней. После комплексной терапии у пациентов отмечалось клиническое улучшение. Проведены биохимические печеночные пробы и общий анализ крови — отклонений от нормы не выявлено. Нежелательных эффектов не отмечено. Критерием излечения заболевания являлось: исчезновение клинических симптомов заболевания, отрицательная проба Бальцера, отрицательные микроскопические исследования. Все вышеуказанное свидетельствует об эффективности и безопасности терапии препаратом.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗООАНТРОПНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ

З.М. АБИДОВА, О.С. ИМАМОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

Серьезные экологические изменения, происходящие на планете в последние десятилетия, не могли не сказаться на состоянии микроэкологии и иммунореактивности современного человека. Эта одна из глобальных причин роста числа грибковых заболеваний. Кроме того, вспышки зооантропонозных дерматомикозов обусловлены также изменением свойств самих возбудителей — появлением новых штаммов грибов, повышением их патогенности и контагиозности, нарушением структуры и границ нозоареалов. Следует отметить, что на сегодняшний день в Узбекистане практически повсеместно ликвидирован фавус, резко снижена заболеваемость антропонозными дерматомикозами. В то же время зооантропонозная трихофития имеет широкое и повсеместное распространение по всей территории республики. В современных условиях клиническое течение микозов отличается значительным полиморфизмом, возрастанием количества стертых, субклинических и рецидивирующих форм. Несвоевременность диагностики, неадекватная терапия атипичных форм дерматомикозов приводят к дальнейшему изменению клинической симптоматики, диссеминации высыпаний и хронизации процесса, необратимой алопеции и рассеиванию инфекции в окружающей среде.

Цель исследования — изучены характер клинических проявлений больных трихофитии.

Под наблюдением находились 122 больных с различными клиническими формами трихофитии, находившиеся на стационарном лечении в ТашОКВД за период 2017 г. Из них мужчин было 87, женщин — 35. В возрасте от 7 до 14 лет было 41, от 15 до 17 лет — 13 и старше 17 лет — 68 больных. Поражение только волосистой части головы наблюдалось у 25, сочетанное поражение волосистой части головы и гладкой кожи — у 13, только гладкой кожи — у 55 больных, поражение лобковой области — у 13 больных. Количество очагов варьировало от 3 до 5 и более. У всех пациентов диагноз был подтвержден микроскопически. В посеве в 68% случаях получен рост Tr. Verrucosum. Пациентам с поражением волос и при наличии более 3 очагов поражения на гладкой коже назначалось комплексное лечение с включением системных антимикотиков, витаминов, гепатотропных препаратов и наружных фунгицидных средств с ежедневной эпиляцией пораженных волос.

В качестве системного противогрибкового препарата больные получали тербизил. Дозы и схемы назначения препаратов соответствовали рекомендациям фирмы-производителя. В процессе лечения в динамике проводились контрольные анализы на грибы. Первый контрольный анализ проводился через 2 недели от начала противогрибковой терапии. Препараты назначались до получения 1-го отрицательного анализа на грибы.

Результаты показали, что длительность лечения больных, получавших тербизил по непрерывной схеме, составил в среднем 32 дня (от 28 дней до 35 дней).

Таким образом, наблюдения показали, что в настоящее время число больных трихофитией продолжает увеличиваться, причем заболевание встречается не только в детском возрасте, но и у взрослого контингента. Настораживает увеличение числа больных с поражением лобковой области, что диктует необходимость усиления противоэпидемиологических мероприятий по своевременному выявлению и санации больных.

ХАРАКТЕР ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ

З.М. АБИДОВА, О.С. ИМАМОВ, И.Р. РАХИМОВ, О.В. ИЗВЕКОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

Важную роль в патогенезе дерматомикозов многие авторы отводят нарушениям в иммунной системе организма, изменению неспецифической резистентности. В современных условиях клиническое течение микозов отличается значительным полиморфизмом, возрастанием количества стертых, субклинических и рецидивирующих форм. Считают, что несвоевременность диагностики, неадекватная терапия атипичных форм микозов приводят к дальнейшему изменению клинической симптоматики, диссеминации высыпаний, хронизации процесса и рассеиванию инфекции в окружающей среде. Ведущую роль в иммунной защите организма при дерматомикозах играет клеточный иммунитет, угнетенный в той или иной степени при различных клинических формах микоза. Анализируя клиническую картину и течение дерматомикозов, многие авторы связывают особенности течения заболеваний не только с уровнем патогенности штаммов возбудителей, но и с состоянием иммунной системы больного, специфической и неспецифической реактивностью организма. Анализ литературных данных свидетельствует о неоднозначности информации, касающейся определения четких патогенетических критериев, своеобразии клинической картины дерматомикозов в современных условиях.

Учитывая вышеизложенное, нами изучено состояние некоторых цитокинов у 90 больных различными клиническими формами трихофитией, находившихся на стационарном лечении в клинике РСНПМЦ ДиВ и ТашОКВД. Исследования показали, что до начала лечения уровень синтеза ИЛ-2 и ИФН-γ в крови больных значительно возрастал, но в разной степени зависимости от клинической формы заболевания. Накопление IL-2 отмечалось уже на начальных этапах заболевания (0,72±0,24 пг/мл) и продолжалось до окончания лечения (1,10±0,35 пг/мл). Повышенные значения ИЛ-2 рассматриваются нами как благоприятный прогностический критерий, позволяющий усилить защиту организма от инфекции. Концентрация ИФН-γ в начале терапии характеризовать показателями ниже нормы (0,17±0,07 пг/мл), которая в динамике достигла максимума к периоду излечения (1,38±0,53 пг/мл) и формирования приобретенного иммунитета. Так, концентрация ИФН-γ возрастала в течение всего периода заболевания примерно в 8 раз. Синтез лимфоцитами ИФН-γ нарастал плоть до конца лечения и формирования противоинфекционного иммунитета против грибов-возбудителей

Анализ данных показал значимые низкие показатели концентрации ИЛ-4 в начале заболевания с последующей незначительной динамикой к повышению (0,22±0,09 пг/мл). Подобные низкие показатели объясняются тем, что, во-первых, внедрение дерматофитов в организм человека вызывает, прежде всего, активацию Т-лимфоцитарного звена иммунной системы с развитием преимущественно иммунитета «клеточного» типа, ассоциированного с формированием ГЗТ. Во-вторых, ИЛ-2 и ИЛ-4 находятся в антагонистической зависимости и повышенная продукция ИЛ-2 вызывает ингибицию ИЛ-4. В-третьих, повышенная активность ИЛ-4 и накопление специфических антител характерны для длительного хронического течения с большой давностью заболевания. А клиническая картина наших пациентов характеризовать остро протекающей инфекцией с инфильтративными и нагноительными поражениями кожи с развитием у них в первую очередь клеточно-опосредованного иммунитета.

Таким образом, результаты исследования соответствуют имеющимся представлениям о процессах накопления в ходе заболевания и изменения спектра продукции цитокинов на ранних этапах заболевания. Можно полагать, что на начальных этапах основная продукция ИЛ-2, а затем и ИФН-γ обеспечивается накапливающимися антигенраспознающими Т-лимфоцитами, что приводит к запуску формирования у больных клеточно-опосредованного иммунитета.

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ

З.М. АБИДОВА, Т.А. НАБИЕВ, Н.А. АБДУРАХМАНОВА, Ж.А.АЛИМЖАНОВ

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

Лейшманиозы — группа протозойных заболеваний, характеризующихся поражением кожи или внутренних органов и интоксикацией. Возбудители болезни — лейшмании — относятся к простейшим. Их жизненный цикл протекает со сменой хозяина и состоит из двух стадий: промастиготной (жгутиковой) у переносчика и амастиготной (безжгутиковой) у млекопитающих и человека. Лейшманиозы широко распространены по всему миру, главным образом в тропических и субтропических странах. Случаи заболевания растут и предполагается, что опасность заражения угрожает 350 млн людей. Лейшманиоз — одно из шести наиболее значимых инфекционных заболеваний в мире.

По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется около 1,2 млн случаев кожного лейшманиоза и 400 000 тыс. случаев висцерального лейшманиоза.

Анализ статистических данных по кожному лейшманиозу по республике за последние 5 лет (2012–2016 гг.) показал, что число зарегистрированных больных кожным лейшманиозом выросло в 3,7 раза.

Паразитологический диагноз кожного лейшманиоза основывается на обнаружении лейшманий (L. tropica — возбудитель антропонозного, городского кожного лейшманиоза; L. major — возбудитель сельского кожного лейшманиоза) в мазках из соскобов кожных поражений: бугорка или краевого инфильтрата язвы в начальной стадии изъязвления. На стадии заживления язвы лейшмании обнаруживаются реже. Кожные лейшманиозы включают антропонозный, зоонозный тип и большую группу кожно-слизистых лейшманиозов Нового Света.

Нами обследованы и пролечены 23 больных с кожным лейшманиозом, находящихся на стационарном лечении в РСНПМЦ ДиВ. Из них мужчин — 8, женщин — 15. Детей до 14 лет было — 11 (47,8 %). У всех больных количество очагов варьировало от 1 до 5. У 11 больных отмечался сельский тип заболевания, бугорковая форма диагностирована у 9 больных, металейшманиоз у 3 пациентов. Из Кашкадарьинской области были 11 больных, Джизакской — 4, из Сурхандарьинской — 2, Ферганской — 1, Самаркандской — 3, из г. Ташкента — 1 больной и 1 пациент был гражданином Российской Федерации.

При микробиологическом исследовании у 23 больных с очагов поражения найдены тельца Боровского. При культуральном исследовании от 2 до 10 дней инкубирования у 7 больных в посеве получен рост лейшманий. Наблюдения за остальными посевами, взятыми у 18 больных, продолжается. Больным проводилось комплексное лечение с применением «Канамицина, витаминотерапии, гозалидона по схеме и наружно мазь «Мегасин». Наблюдение за больными продолжается.

ТЕРАПИЯ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ АНТИВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ.

З.М. АБИДОВА, Т.А. НАБИЕВ, С. ИСАМУХАМЕДОВА, Б. СУЛТАНОВ

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

Актуальность проблемы вирусных заболеваний обусловлена, прежде всего, широким их распространением, рецидивирующим течением, психоэмоциональным дискомфортом со снижением качества жизни больных, изменением биологических свойств различных типов HSV, невозможностью полной элиминации вируса из организма, выработкой резистентности к существующим противогерпетическим препаратам. Кроме того, изменение образа жизни и адаптационных возможностей организма вследствие глобального изменения климата, загрязнения окружающей среды, активный перенос и широкое распространение патогенных микроорганизмов вследствие возросших международных связей и массового туризма, внедрения модифицированных пищевых продуктов, ежедневного стресса оказывают влияние на распространение вирусных заболеваний.

Вирусные дерматозы — инфекционные болезни кожи, вызываемые внутриклеточными паразитами. Источник инфекции — больной человек или вирусоноситель. Пути передачи заболевания следующие:

— прямой контакт (бытовой, половой);

— непрямой контакт (через предметы быта, посуду, игрушки, медицинские инструменты);

— воздушно-капельный;

— парентеральный (трансплантация органов и тканей, искусственное оплодотворение инфицированной донорской спермой);

— от матери к плоду (трансплацентарный и при прохождении через родовые пути).

Различают: вирус простого герпеса (ВПГ) — herpes simplex: ВПГ 1 типа (ВПГ-1) клинически проявляется в виде герпеса губ, полости рта, глаз, генитального герпеса, ВПГ 2 типа (ВПГ-2) — генитальный герпес и генерализованный герпес новорожденных; V. Varicella Zoster — ветряная оспа и опоясывающий герпес (лишай); вирус Эпштейна-Барра — инфекционный мононуклеоз, лимфому Беркета, цитомегаловирус (ЦМВ).

Клинически простой и генитальный герпес характеризуется появлением на коже и слизистых оболочках сгруппированных пузырьков, расположенных на отечно-гиперемированном фоне. Содержимое пузырьков прозрачное, постепенно мутнеет. Через 2–4 дня пузырьки подсыхают с образованием рыхлых корочек, под которыми постепенно наступает эпителизация. Иногда пузырьки сливаются в многокамерный плоский пузырь, при вскрытии которого выявляются эрозии неправильных очертаний. Постепенно корочки отпадают, эрозии эпителизируются.

Лечение герпетических поражений кожи представляет сложную задачу, особенно при рецидивирующей генитальной форме. Местное лечение заключается в применении противовирусных мазей или кремов, смазывании очагов поражения лейкоцитарным интерфероном и др. Кроме того, широко используются анилиновые красители, пасты. Тактика лечения больных рецидивирующим генитальным герпесом должны учитывать стадию болезни. В острую стадию целесообразно назначать противовирусные препараты. Кроме того, следует назначать аскорбиновую кислоту, иммуномодуляторы (левомизол, тактивин, плазмол и др.) В стадии разрешения рецидива можно рекомендовать иммуноглобулин, аутогемотерапию, герпетическую вакцину, аппликации с 0,5% раствором сульфата цинка, в период ремиссии болезни — герпетическую вакцину, пирогенал. Обязательно нужно лечить всех половых партнеров. Для лечения опоясывающего лишая необходимо назначать этиопатогенетическое лечение, заключающееся в приеме противовирусных препаратов, гамма глобулина, метилурацила, аналгетиков, витаминов группы В (B_1, B_2 и B_{12}). При осложнении вторичной инфекции применяют антибиотики широкого спектра действия. Из физиотерапевтических процедур показаны УФО, соллюкс, косвенная диатермия шейных и поясничных симпатических узлов, рефлексотерапия, ультразвук. Одним из противогерпетических препаратов, используемых в настоящее время является «Улкарил» (ацикловир) (ИП «NOBEL PHARM-SANOAT») — синтетический аналог природного пуринового нуклеозида. Он обладает противовирусной активностью in vitro, направленной на вирусы простого герпеса типов 1 и 2, опоясывающего герпеса. Механизм действия ацикловира трифосфата, который является активной формой улкарила, ингибиция ДНК-полимеразы вируса и тем самым препятствие репликации вирусной ДНК. Сродство улкарила к вирусу простого герпеса, отсутствие влияния на здоровые клетки, возможность длительного применения, приемлемость применения у детей, уменьшение системных и местных симптомов позволяет его использовать в лечении инфекций Varicella Zoster, ВПГ-1, ВПГ-2. Улкарил выпускается в дозах 200, 400 и 800 мг в упаковке по 25 таблеток, что делает его удобным в применении.

В настоящее время накоплен огромный опыт применения Улкарила, так как он зарегистрирован и используется в большинстве странах мира. Улкарил 800 мг рекомендуется применять при опоясывающим герпесе по 1 таблетке 5 раз в день в течение 5 дней, при оролабиальном герпесе — 400 мг по 1 таблетке 5 раз в день в течение 5 дней и при генитальном герпесе — по 1 таблетке 5 раз в день в течение 10 дней, при начальном эпизоде при рецидиве — в течение 5 дней и для профилактики — 400 мг 2 раза в день.

ВЫЯВЛЕНИЕ И ВИДОВАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛЕЙШМАНИИ МЕТОДОМ ПЦР

З.М. АБИДОВА, И.Р. РАХИМОВ, Д.А. ДАЛИМОВА, Ш.У. ТУРДИКУЛОВА, А.А. АБДУРАХИМОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Лаборатория геномики ИБОХ АН РУЗ

Использование полимеразной цепной реакции (ПЦР) постепенно превратилось в предпочтительный способ для диагностики лейшманиоза, так как обычные методы (паразитологические) не являются достаточно чувствительными. Величины, приведенные в различных публикациях для диагностики кожного лейшманиоза методами микроскопии (74%) или культур паразита (62%), имеют широкий разброс по спектру.

Чувствительность микроскопических методов, таких как гистопатологические мазки тканей и экссудаты, по доступным данным лежит в диапазоне от 17 до 83 % для кожного лейшманиоза, в зависимости от клинической картины, вида паразита, технической оснащенности, навыков и других факторов. Чувствительность культивирования паразитов, по данным литературы, варьирует от 27 до 85 %. Кроме того, это может занять несколько дней или недель до момента обнаружения паразита, в зависимости от вида и количества паразитов, посеянных на момент биопсии; культуры могут быть контаминированы паразитами, в некоторых случаях, достигающих 30 % образцов. Метод ПЦР позволяет повысить диагностирование лейшманиоза до 98 %, существенно сокращая время и количество обнаруживаемых паразитов. Нами проведены исследования по разработке молекулярно-генетической тест-системы для диагностики кожного лейшманиоза, а также определение его видоспецифичности, основанной на методе real-time PCR Leishmania major, Leishmania tropica, Leishmania infantum. Было проведено обследование 40 образцов биологического материала (соскоб кожного эпителия) у больных с кожным лейшманиозом из Кашкадарьинской, Бухарской и Джизакской областей. Из кожного эпителия больных выделена суммарная ДНК. Для определения наличия лейшманий проведено 40 ПЦР постановок. С целью определения видоспецифичности лейшмании проведен ПЦР в режиме реального времени (по 40 постановок на каждый вид (L. Infantum, L. Major и L. Tropica)). В общей сложности было проведено 160 постановок. С целью определения видоспецифичности лейшмании проведено по 40 постановок на каждый вид (L. Infantum, L. Major и L. Tropica). Из кожного эпителия больных выделена суммарная ДНК. Наличие ДНК проверено при помощи постановки на 1 % агарозном гель-электрофорезе. Выявлено наличие ДНК человека и ДНК лейшмании. Во всех исследованных 40 образцах L. Major и L. tropica не выявлены. Из 40 образцов в образцах №1–37 обнаружены L. Infantum.

Разработанная методика позволит создать более точный тест — отечественную панель диагностикумов для обнаружения лейшмании и ее видов. В отличие от других методов диагностики ДНК-тест позволит своевременно выявлять острые поражения. Разработанный метод ПЦР-диагностики в реальном времени может быть также использован в скрининговых обследованиях населения эндемических зон республики.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ С ПРОВЕДЕНИЕМ АППАРАТНОЙ ЧИСТКИ НОГТЕЙ

З.М. АБИДОВА, И.Р. РАХИМОВ, Н.А. АБДУРАХМАНОВА, Ж.А. АЛИМЖАНОВ

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

Микозы стоп являются одними из самых распространенных заболеваний среди грибковых поражений кожи. Уровень инфицированности населения в разных регионах Европы составляет от 20 до 70 %, в России — около 40 %, Украине — 30 %, Казахстане — до 45 %. Отмечается увеличение частоты онихомикозов до 25–30 % среди больных микозами стоп и до 15 % в общей популяции. Ногтевые пластинки могут изменяться не только при грибковых поражениях, но и при других заболеваниях кожи (псориаз, красный плоский лишай, экзема, генодерматозы), а также при состояниях, связанных с общими заболеваниями внутренних органов (эндокринных, онкологических, хронических инфекционных и т.п.), а также при длительном приеме лекарственных средств (антибиотики, кортикостероиды, цитостатики), так называемые ониходистрофии. В РСНПМЦ ДиВ с 2016 г. функционирует кабинет подологии. Подология — наука, стоящая на грани между дерматологией и хирургией, занимающаяся заболеваниями кожи стоп.

За прошедшие 6 месяцев 2017 г. в кабинете подологии пролечены 30 больных с онихомикозом стоп и кистей, не имеющих серьезных сопутствующих заболеваний из них мужчин — 12, женщин — 18 в возрасте от 20 до 68 лет. При микроскопическом исследовании чешуек с очагов поражения и частичек ногтей грибы были обнаружены у всех больных. Больным назначена аппаратная чистка ногтевых пластинок аппаратом «Герлах» с дальнейшим наружным применением антимикотиков на фоне базисной терапии. Базисная терапия больных включала витамины группы В, иммуномодулирующие препараты, ангиопротекторы и гепатотропные препараты.

Аппаратная чистка ногтей заключалась в полном или частичном удалении пораженной грибом части ногтевой пластинки. Оценка клинической эффективности комбинированной терапии проводилась по такому клиническому признаку, как начало роста здоровых ногтей. Результаты наблюдения за больными, получавшими комбинированную терапию с чисткой ногтевой пластинки показал, что в среднем рост здоровых ногтей на-

чинался к 30–32 дню лечения. Важным критерием эффективности противогрибковых препаратов является показатель микологической негативации. Для получения достоверных результатов сравнение повторных микологических анализов проводилось через 2, 4 недели после начала антимикотической терапии. При проведении аппаратной чистки с удалением подногтевого гиперкератоза и назначения наружного противогрибкового средства микологическая негативация начиналась уже на 4 неделе в зависимости от степени поражения ногтевой пластинки. Наблюдения за больными продолжаются для изучения отдаленных результатов лечения.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗА 2015–2017 ГОДА ПО РСНПМЦДИВ

З.М. АБИДОВА, Н.Д. ИКРАМОВА

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

Дерматомикозы в настоящее время являются одной из актуальных проблем здравоохранения. При статистическом анализе заболеваемости дерматомикозами за последнее десятилетие выявили, что число грибковых заболеваний во всем мире ежегодно возрастает. Распространенность этих заболеваний в популяции, по различным данным, колеблется от 10 % до 20 %.

Нами были изучены истории болезни 101 пациента с различными дерматомикозами, находившиеся на стационарном лечении в РСНПМЦ ДиВ с 2015–2017 гг. Из них мужчин было 66 (66,7 %), а женщин 33 (33,3 %). С микроспорией было 42 человек (42,4 %), а с трихофитией — 57 чел. (57,6 %). В основу клинической классификации микозов, принятой в международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), положен принцип локализации, предложенный Н.Д. Шеклаковым (1976) и основанный на патогенных свойствах возбудителя, клинических формах и эпидемиологии заболевания. Основными анализируемыми параметрами были пол, возраст больного, сезонность, этиология возбудителя, источники заражения и клинические особенности течения заболеваний.

Результаты и обсуждение. Анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости дерматофитиями показал, что основным контингентом больных дерматомикозами являются жители сельской местности, что составило 57,4 % (58), тогда как городские жители составили 42,6 % (43).

Все больные были дети до 18 лет. Наиболее часто дерматомикозы регистрировались у детей от 7 до 11 лет — у 44 (43,6 %), от 2 до 6 лет у 30 (29,7 %) и от 12 до 18 лет — у 27 (26,7 %) больных.

По клиническим формам преобладала микроспория волосистой части головы — у 29 человек (69 %), микроспория гладкой кожи — у 6 (14,3 %), микроспория гладкой кожи и волосистой части головы — у 7 (16,7 %). Количество патологических очагов варьировало: от 1 до 30. При поражении волосистой части головы процесс локализовался в височных, теменной и затылочной области, волосы в них обломаны на высоте 3–7 мм. При поражении гладкой кожи процесс локализовался на лице, шеи, туловище, верхних и нижних конечностях.

В структуре заболеваемости трихофитией поражение волосистой части головы наблюдалось у 26 (45,6 %) больных, гладкой кожи у 19 (33,3 %), волосистой части головы и гладкой кожи у 7 (12,3 %) больных и трихофития лобковой облати и гладкой кожи у 3 (5,3 %). При этом преобладала инфильтративно-нагноительная форма — у 29 человек (51 %), поверхностно-пятнистая форма у 13 (22,7 %) и у 15 (26,3 %) наблюдалась инфильтративная форма трихофитии.

Всем больным были проведены микроскопические анализы на грибы и культуральный посев с очагов поражения. У всех больных при микроскопических исследованиях грибы найдены. При культуральном исследовании в этиологии микроспории превалировал зоофильный возбудитель –Microsporum canis, выявленный у 32 человек (76,2 %), у 10 (23,8 %) больных высеян антропонозный гриб M. Ferrugineum. В этиологии же зооантропонозной трихофитии — Tr. verrucosum высеян у 25 человек (43,9 %), Trichophyton mentagrophytes var. gypseum у 12 человек (21,1 %). В этиологии антропонозной трихофитии высеян Tr. Tonsurans у 5 (8,8 %) и у 11 пациентов (19,3 %) обнаружен Tr. Violaceum, в остальных случаях (7 %) роста гриба не отмечается.

Определение посезонного распределения заболеваемости микроспорией и трихофитией в исследуемом периоде выявило пик роста заболевания в апреле-мае, а также в сентябре-ноябре.

Основным источником заражения микроспорией явились бродячие и домашние кошки, реже послужили внутрисемейные контакты. При трихофитии источником заражения являлись крупный и мелкий рогаты скот, реже источником зараже-

ния явились люди, страдающие аналогичной болезнью.

Анализируя общую заболеваемость дерматофитиями, можно сделать вывод, что наибольший удельный вес в структуре заболеваемости принадлежит трихофитии — 57 чел. (57,6 %). по сравнению с микроспорией — 42 человек (42,4 %). Среди больных преобладали лица мужского пола–66 (66,7 %). Чаще болеют дети в возрасте от 7 до 11 лет — 44 (43,6 %). Основным контингентом больных дерматомикозами являются жители сельской местности 57,4 % (58). Основными источниками заражения при микроспории являлись бродячие и домашние кошки, а при трихофитии — крупный и мелкий рогатый скот. Основной спектр возбудителей для микроспории — M. canis, для трихофитии — Tr. Verrucosum.

КОЖНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ И ИММУННАЯ СИСТЕМА

З.М. АБИДОВА, И.Р. РАХИМОВ, Т.А. НАБИЕВ, О.В. ИЗВЕКОВА

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

Лейшманиоз — паразитарное заболевание, вызываемое различными видами жгутиковых простейших рода Leishmania. Они являются одной из основных проблем общественного здравоохранения во всем мире. Терапия кожного лейшманиоза затруднена из-за резистентности к существующей традиционной лекарственной терапии и высокой частоты побочных эффектов к противолейшманиозным препаратам.

Общепризнанным является то, что контроль *Leishmania* в пределах организма хозяина опосредован врожденными и адаптивными иммунными реакциями. Взаимодействие Leishmania и иммунные реакции человека-хозяина определяют не только клинический исход инфекции, но также скорость спонтанного излечения и частоту рецидивов.

Известно что, нейтрофилы — первые клетки, противостоящие Leishmania в месте укуса москитов. Было показано, что клетки врожденной системы иммунитета, включая природные клетки-киллеры, влияют на течение процесса инфицирования и болезни. Избыточность или дефицит иммунной реакции могут привести к хроническим, требующим терапевтического вмешательства, проявлениям болезни. По данным некоторых исследователей, широко варьируемые профили Th1 и Th2 цитокинов, обнаруживаются при кожном лейшманиозе и выявляются в качестве иммунного ответа на антигены Leishmania. При этом, лимфоциты, продуцирующие CD4+ и CD8+ Т-клетки, γ-интерферон и TNF-α, макрофаги и В-клетки, составляют большую часть инфильтрирующих клеток. Известно, что большое значение в регуляции противоинфекционной и противовоспалительной резистентности принадлежит про- и противовоспалительным цитокинам, в первую очередь — медиаторам, оказывающим влияние на функцию нейтрофилов и макрофагов.

В этой связи исследование состояния цитокинов у больных кожным лейшманиозом на сегодняшний день представляет большой интерес.

Нами у 112 больных кожным лейшманиозом изучены показатели цитокинов. Из них у 38 больных была диагностирована бугорковая форма кожного лейшманиоза, у 52 — изъязвленные лейшманиомы и у 22 — изъязвленные лейшманиомы с бугорками обсеменения с лимфангоитами. Контрольную группу составили данные 20 практически здоровых лиц.

Результаты исследования показали что в сыворотке крови у больных общей группы с кожным лейшманиозом до начала лечения отмечалось достоверное повышение уровня ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО-α по сравнению с показателями контрольной группы ($p < 0,001$) Напротив, у этих больных выявлено достоверное снижение концентрации противовоспалительного цитокина ИЛ-4 ($1,57 \pm 0,05$ пг/мл) по отношению к показателю группы контроля ($1,86 \pm 0,13$ пг/мл) ($p < 0,05$). При изучении уровня цитокинов в зависимости от клинической формы выявлено, что во всех клинических формах заболевания в сыворотке крови концентрация цитокина ИЛ-6, ИЛ-8 достоверно увеличилась по отношению к данным группы контроля ($p < 0,001$) и одновременное наблюдалось достоверное снижение уровня цитокина ИЛ-4 по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). Таким образом, установлено, что в общей группе больных отмечается значимое повышение провоспалительных цитокинов ИЛ-6 и -8 по сравнению с показателями контрольной группы. Аналогичная ситуация отмечалась по уровню цитокина — ФНО-альфа, который был повышен примерно в 5,7 раза по сравнению с контрольной группы. Одновременно отмечается повышение уровня α-ИФН ($3,6 \pm 0,56$ пг/мл против $1,42 \pm 0,16$ пг/мл в контроле; $p < 0,05$). при значимом снижении γ-ИФН

(0,4±0,12 пг/мл против 2,63±1,27 пг/мл в контроле $p<0,05$).

Значения гуморального звена иммунитета имели также неоднородный характер и были представлены увеличением содержания IgA (3,92±0,08 г/л против 2,3±0,05 г/л в контроле, $P<0,001$), достоверным повышением значения IgG (27,01±0,37 г/л против 12,1±0,28 г/л в контроле, $P<0,001$) и показателя IgM (1,72±0,08 г/л против 1,4±0,03 г/л в контроле при $P<0,001$). Выявленные изменения привели соответственно к снижению показателя иммунорегуляторного индекса (ИРИ), который у больных составлял 1,46±0,01 против 2,03±0,03 в контроле, что является доказательством достоверного угнетения иммунной системы у больных кожным лейшмиозом.

Таким образом, современное течение зоонозного кожного лейшманиоза характеризуется учащением осложненных форм заболевания, что связанно с функционированием иммунной системы (состояние вторичного иммунодефицита), включением в воспалительный процесс целого каскада цитокиновых нарушений, что необходимо учитывать при разработке патогенетически обоснованного метода терапии данного заболевания.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ДЕРМАТОМИКОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ (2007–2016 ГГ)

З.М. АБИДОВА, И.Р. РАХИМОВ, Д.Х. ЖУМАНОВ, С.Ш. БЕГИМКУЛОВ

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

Дерматомикозы в современных условиях являются одной из значимых медико-социальных проблем, что обусловлено, в первую очередь, прогрессирующим ростом числа больных во всем мире. По данным ВОЗ, до 25% населения Земли, т.е каждый пятый житель нашей планеты страдает различными микозами; однако полных сведений о распространенности грибковых болезней нет. При этом отмечена тенденция их роста, появления генерализованных, атипичных и аллергических форм, устойчивых к терапии. Среди других инфекционных заболеваний микозы занимают одно из первых мест, хотя и недостаточно еще выявляются и не всегда четко регистрируются. В большинстве случаев грибковые поражения (в частности, кожи и ее придатков) не являются особо опасными инфекциями, но вместе с тем урон, наносимый ими здоровью детей и взрослых, весьма значителен.

Анализ заболеваемости дерматомикозами в Республике Узбекистан за последние 10 лет показал повышение регистрации заболеваемости в 1,5 раза. Так, если интенсивный показатель заболеваемости за 2007 составил 9,4, то за 2016 г. он был равен 14,4. Однако эти изменения носят неравномерный и нестабильный скачущий характер. Наиболее высокая регистрация заболеваемости наблюдалась в г. Ташкенте (25,8%), Ташкентской (22,2%), Навоийской (20,3%), Хорезмкой (18,9%), Сурхандарьинской (17,3%) и Ферганской (15,5%) областях при Республиканском показателе 14,4 на 100 тысяч населения. В то же время интенсивный показатель ниже республиканских значений отмечен в Бухарской (6,8%), Кашкадарьинской (7,2%), Самаркандской (8,7%) областях и в республике Каракалпакстан (8,2%). Анализ структуры заболеваемости дерматомикозами показал, что лидирующее место занимает тихофития, интенсивный показатель которой по республике в 2007 г. составлял 19,6, а в 2016 г. возрос до 26,6, т.е. в 1,4 раза. Отмечено увеличение регистрации микроспории в 2,3 раза и микозов стоп в 1,5 раза.

Увеличение регистрации больных, по-видимому, связано с усилением контроля за повышением квалификации врачей дерматовенерологов и врачей-лаборантов по клинической и лабораторной диагностике микотических поражений кожи, что привело к улучшению качества клинической и лабораторной диагностики грибковых заболеваний.

Таким образом, сложившаяся ситуация диктует четкого определения факторов, влияющих на достоверность и информативность результатов исследования, необходимость формирования определенного алгоритма лабораторных исследований при подозрении на наличие грибковых заболеваний, внедрения в повседневную практику дерматовенерологов новых современных методов диагностики микозов.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ.

З.М. АБИДОВА, Ж.А. АЛИМЖАНОВ, Б. СУЛТАНОВ

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

Микозы — инфекционные заболевания человека, вызываемые грибами, характеризуют поражением кожи и ее придатков (волос, ногтей), реже, слизистых оболочек полости рта и половых органов (изолированно или наряду с кожными изменениями). Заболеваемость микозами за последние 10 лет выросла более чем в 2 раза. По данным ВОЗ, каждый четвертый житель планеты страдает каким-либо грибковым заболеванием. В России уровень инфицированности населения различными видами грибков составляет более 40 %. Число больных микозами, невзирая на очевидные достижения медицины, продолжает увеличиваться. В настоящее время в список потенциальных возбудителей микозов включено более 500 видов грибков.

Одними из часто регистрируемых грибковых заболеваний являются зооантропонозная трихофития и микоз стоп (МС). Выделяют 2 разновидности трихофитии: поверхностную, вызываемую антропофильными грибами T. violaceum и T. tonsurans, и инфильтративно-нагноительную (керион), вызываемую зоофильными грибами T. mentagrophytes и T. verrucosum. Клиническими формами микоза стоп являются сквамозная, интертригинозная и дисгидротическая. Клинические проявления МС характеризуются зудом, жжением, покраснением, обильным шелушением, сухостью и уплотнением кожи, омозолостью и трещинами, отечностью, мокнутием, эрозированием, поражением ногтевых пластин, развитием осложнений (присоединение вторичной инфекции).

Диагностика микозов основывается на результатах микроскопических исследований патологического материала и выделения культуры гриба.

Несмотря на наличие большого арсенала противогрибковых препаратов, проблема терапии микозов остается до конца неразрешенной. Прежде всего это обусловлено выраженным полиморфизмом клинических проявлений, широким этиологическим спектром возбудителей, резистентностью к проводимой терапии и высоким процентом рецидивов заболеваний. В настоящее время существует более десяти системных и не менее 100 местных противогрибковых препаратов. Количество новых противогрибковых средств, производимых фармацевтическими компаниями, продолжает увеличиваться. Одним из таких препаратов является «Термикон» (тербинафин) — антимикотический препарат из группы аллиламинов. Выпускается в виде таблеток по 250 мг №7, 14, 28 и спрея 1 %, во флаконах по 15 и 30 г. Производителем является «Фармстандарт-Лексредства», «Фармстандарт-Томскхимфарм». Сперй оказывает освежающий и подсушивающий эффект (оптимален для применения в складках и на очагах с мокнущей поверхностью), наносится бесконтактно и равномерно, сохраняет «функцию дыхания кожи» (не забивает поры, не нарушает обменных процессов, работы сальных и потовых желез). Преимуществами спрея являются обширные по площади очаги микоза, грибковое поражение крупных складок сопровождающиеся мокнутием, где использование лекарственных форм на жировой основе нежелательно, поражения волосистой части головы и лобковой области, профилактика микоза при гипергидрозе и профилактика грибковой инфекции у лиц, посещающих бассейны, сауны, бани, фитнесс-центры и иные общественные места.

Показаниями для назначения препарата в таблетках являются онихомикозы, микозы волосистой части головы (трихофития, микроспория) и гладкой кожи, кандидозы кожи и слизистых оболочек, вызванные грибами рода Candida в тех случаях, когда локализация и распространенность поражения требуют системной терапии.

Схема назначения термикона: при онихомикозах — 1 табл. 250 мг/сут. 6–12 недель микозах стоп и кистей — 2–6 недель; при дерматомикозе гладкой кожи туловища, паховой эпидермофитии, кандидозе кожи слизистых оболочек — 2–4 недели; трихомикозах — 4 недели.

Таким образом «Термикон» является препаратом выбора при терапии микотических поражений кожи. Его форма в виде спрея является удобной и безопасной в применении.

ЛЕЙШМАНИОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ БУХОРО ВИЛОЯТИДАГИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИ

З.М. АБИДОВА, Ф.Ф. УМУРОВ, А.М. ЭШОНКУЛОВ

РИДваВИАТМ, Бухоро ВТТД

Тери лейшмаиози — трансмиссив, празитар касаллик бўлиб тропик ва субтропик иқлимли мамлакатлар аҳолиси ўртасида кенг таркалган. Касаллик терида дўмбокча ва яра ҳосил қилиши, аста-секин чандиқли битиши билан характерланади. Узбекистонда тери лейшманиозининг кенг тарқалган табиий ўчоқлари мавжуд ва у республикада учрайдиган ўлка касалликлари ичида юқори ўринни эгаллайди. Узбекистоннинг эндемик худудлари (Бухоро, Қашқадарё, Сурхандарё, Жиззах, Навои, Қорақалпоғистон, Хоразм)да ҳар йили юзлаб зооноз тери лейшманиози билан касалланганлар қайд қилинади.

Касалликнинг қўзғатувчиси — Leishmania tropica бўлиб, уни ташувчиси Phlebotovus pappatasii чивинлари ҳисобланади. Касалликнинг икки (зооноз ва антропоноз) типлари мавжуд. Зооноз лейшманиоз (қишлоқ типи) — ўткир некротик типининг қўзғатувчиси — L. tropica minor. Касаллик манбаи: катта ва қизил думли қум сичқони ва бошқа кемирувчилар дир. Инкубацион давр — 1–4 ҳафтагача, баъзан 1,5–2 ойгача давом этади. Касалликдан сўнг мустаҳкам иммунитет пайдо бўлиб, бир умрга сақланади. Антропоноз лейшманиоз (шаҳар типи) — кеч яраланувчи тери лейшманиозининг қўзғатувчиси — L. tropica major. Инфекция манбаи — бемор одам, баъзан итлар ҳам бўлиши мумкин. Касалликнинг инкубацион даври 2–3 ой ва 1,5 йилгача давом этиши мумкин.

Статистик маълумотларга қараганда охирги 5 йил ичида (2012–2016) республикамизда тери лейшманиози билан рўйхатга олинган касаллср сони 3,7 маротаба ошган ва 2012 йилда 213 тадан 1016 йилда 800 тага етган. Интенсив кўрсаткич 2,5 га тенг бўлди Тери лейшманиози энг кўп учрайдиган эндемик ўчоқлардан бири Бухоро вилояти ҳисобланади. Сўнгги 2016 давомида Бухоро вилоятида тери лейшманиозининг учраши 1,5 баробарга ошиши кузатилди ва интенсив кўрсаткич 5,8 ни ташкил қилди ва бу республика кўрсаткичидан 2 баробардан кўплигини (Республикада 2,5) кўрсатди. 2014 чи йилда рўйхатга олинган касаллар сони 50 тани, 2015 йилда 66 тани ташкил этган булса 2016 йилга келиб 105 бемор рўйхатга олинди, яъни касалланиш 39 тага кшпайган. 2016 йилнинг ўзида касалликнинг энг юқори интенсив кўрсаткичи Қоровулбозор туманида кузатилиб у 29,2 га, Вобкент туманида 13,8 га, Шофирконда — 9 га, Когонда — 8,5 га, Пешкуда — 7,9 га, Жондорда — 7,5 га, Жондорга — 7,4 ва Олотда — 6,5 га тенг бўлди. Қолган туманларда бу курсаткич 1,7 дан 4,6 гача тенг, яъни бу туманларда вилоят бўйича кўрсаткичдан паст бўлди. Вилоятда асосан зооноз тери лейшманиози кузатилган. Касалланганларнинг асосий қисмини (53%) 14 ёшгача бўлган болалар ташкил этди. Тери лейшманиозининг дўмбоқча шакли 32%. Ярали шакли — 48%, лимфангоит билан асоратланган шакли — 20% беморларда кузатилди. Беморларнинг 60% да ўчоқларнинг иккиламчи йирингли инфекция билан асоратланганлиги қайд қилинди.

АЛКОГОЛИЗМГА МУБТАЛО БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЗАМБУРУГ КАСАЛЛИГИНИ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ

К.З. БОТИРОВ, А.Б. ПАКИРДИНОВ, Л.М. АЛИЕВ

Андижон давлат тиббиёт институти, дерматовенерология кафедраси

Алкоголизм инсон умрининг кушандаси бўлибгина колмай, жуда кўп хасталикларни келтириб чиқарувчи ва кўзгатувчи кучли омил ҳисобланади. Замбуруг касаллиги билан огриган, спиртли ичимлик истеъмол қилувчи кишиларнинг урганиб чиқдик. 17 ёшдан — 62 ёшгача бўлган шундай беморлардан 135 таси вилоят тери-таносил касалликлари диспансерида стационар даво олишди.

Улар хафтасига 2 маротаба спиртли ичимлик ичса — алкоголни тез-тез қабул қилади, ойига 2–3 маротаба ичса кам қабул қилади ва 1 ойда бир маротаба ичса — жуда кам ичади деб баҳоланди. 135 та замбуруг касаллиги бор беморлардан 64 таси (48,8%) — алкоголни тез-тез қабул қилади, 38 та бемор (26,2%) — алкоголни кам қабул қилади ва 33 таси (25%) жуда кам қабул қиладиган бўлиб чиқди.

Алкоголни тез-тез қабул қиладиган беморларда силлик тери трихофитияси 24 та (17,7%) паразитар сикоз 20 (14,8%) та, чов инфилтратив маддаловчи трихофития 17 (12,6%) руброфития 17 (12,6) та ва чов эпидермофитияси 12 та (8,8%) қолган 45 (33,3%)та беморда товон эпидермофитияси кечган. Шундай қилиб алкоголни кўп истемол қилувчи беморларда силлик тери трихофитияси, товон эпидермофитияси ва паразитар сикоз кўп учраган. Беморларда замбуруг касалликлари огир кечиб эритема ва йирингчаларни сурилиб

кетиши ўзок муддатда сурилган, даволаш самарадорлиги паст бўлган. Беморлар алкогол истеъмол килишни камайтирса ёки алкоголдан воз кечса — беморлар тузалиши ва даво самарадорлиги юқори бўлади. Шунинг учун куйидаги чоратадбирларни кўллаш мухимдир:

— Замбуруг касаллиги бор ичувчиларда касалликни даволашда ҳар бир беморга алоҳида эътибор билан самарадорлиги юқори даво кулаш;

— Замбуруг касаллигини даволашни алкоголизмга қарши даво билан бирга олиб бориш;

— даволаниш тартибини бузувчи сурункали алкоголикларни наркологик диспансер шароитида мажбурий даволаш;

— Беморларга соглом турмуш тарзини таргибот қилиш ва алкоголизм зарарини тушунтириш.

Алкоголизмга қарши кураш давр талабидур, бунда хеч ким четда колиши керак эмас. Соғлом турмуш тарзи бўйича таргибот олиб боришда ичкиликбозликка қарши курашга ургу бериш даркор.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТАКА ХРОМОМИКОЗА

А.М. ДАВУРОВ, И.Р. РАХИМОВ, З.М. АБИДОВА, Н.А. АБДУРАХМАНОВА, М.С. ДАВУРОВА

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

Хромомикоз, Болезнь Пьедро, веррикозный дерматит, хромобластомикоз-это все синонимы глубокого микоза кожи возникающего при заражении черной плесенью.

Болезнь описано Пъедрозой в 1911 году в Бразилии, а в 1928 году впервые обнаружена в европе. Болезнь вызывает темно-окрашиваемые грибы Cladosporium, Fonsecaea, Exophiala, Phialophora. Чаще других глубокий микоз кожи вызывает грибок fonsecaea pedrosi.

Возбудители хромомикоза отличаются высокой жизнеспособнотью, устойчивостью к замораживанию. В природе представители группы грибов обитают в земле, опавшей листве, гниющей древесине. Причиной хромомикоза служит проникновение в организм патогенных грибов при нарушении целостности кожного покрова. Заразится хромомикозом можно при ранении деревянной занозой, загрязнении раны землей.

Болезнь встречается в южной Америке, США, Африке, Индии, Австралии, Азии, отмечаны случае заболевания людей в Польше, Финландии, России.

В группе риска находится лица, страдающие иммунодефицитным состоянием, а также люди, профессионально связанные с обработкой почвы, выращиванием и ухода за растением. Чаще заболевание встречается у лиц занимающихся обработкой дерева — у плотников, у столяров.

В РСНПМЦ ДиВ обратилась поцыентка в возросте 30 лет, работающая на земельных участках ухаживающая за растениями. С жалобами: боли и язвенно некротических образований на нижних конечностях. Болеют в течение 3 лет. С очагов поражения было произведён соскоб для микроскопических исследований грибов. Для культуральных исследований патологических материалов сеяли на питательную среду Сабуро и хромогенный агар.

При микроскопических исследований обнаружено: тканевая форма гриба, крупных округлых (5–15 мкм) клеток, темно-коричневого цвета, многоугольными или неправильной формы расположених среди эритроцитов и лейкоцитов. На среде Сабуро 5–10 сутках образовались колонии темно-зеленового цвета, местами черного. Тесно спаянной с питательной средой.

Таким образом на основании анамнестических данных, микроскопических и культуральных исследовании поставлен окончательный диагноз «хромомикоз кожи». Точное определение вида выделевщего гриба у больного на ногах кожи, позволило установить чувствительность к препаратам чем и в какой дозировке лечить хромомикоз кожи.

РЕСПУБЛИКАМИЗДА КЎП УЧРАЙДИГАН ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ, БОЛАЛАР ЎРТАСИДА ТАРКАЛИШИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ.

А.М. ДАВУРОВ, З.М. АБИДОВА,. И.Р. РАХИМОВ, М.С. ДАВУРОВА

ЎзРССВ РИД ва ВИАТМ

Замбуруғли инфекциялар бугунги кунга келиб бутун жахон соғлиқни сақлаш тизимида асосий муаммолардан бирига айланди. Патоген замбуруғларнинг атроф муҳитга тез мослашиши туфайли замбуруғли касалликларнинг кескин кўпайишига сабаб бўлмоқда.

РИДваВИАТМ микология лабораториясида дерматомикоз касалликларига чалинган 55 та бемор йўлланма орқали қабул қилинди. Беморлар 8 ёшдан

18 ёшгачани ташкил қилиб, шундан 39 (70,9%) тасида бошнинг сочли қисми териси, 14 (25,4%) тасида силлиқ тери ва 2 (3,6%) та беморда қов сохаси териси яллиғланганлиги аниқланди. Касаллик ўчоғида қизариш, кепакланиш, сочларни синиб тукилиши, ва инфильтрат борлиги кузатилди. Яллиғланган ўчоқлардан стерил бир марта ишлатиладиган скальпеллар, пинцетлар ёрдамида патологик материаллар яьни қиринди, соч толалари олиниб, препаратлар тайёрланди. Ўз навбатида Сабуро озиқ мухитига ҳамда параллел холда «ЭД-1» (Ўзбекистон Республикаси фан ва техника давлат комитети. Давлат патент идораси. Гувохнома №1364. Ихтирога берилган 5249 рақамли «урогенитал микоплазмаларни ажратиш учун озиқавий муҳит» номли дастлабки патент 27.07.1998 й.) озик мухитининг модификацияланган вариантидаги озик мухитга, замбуруғ қўзгатувчиларини аниқлаш ва уларни идентификацилаш мақсадида экилди. Тайёрланган препаратларни микроскопик натив текширувлар натижасида замбуруғ мицелийлари аниқланди.

Ҳар иккала озиқ мухитда ҳосил бўлган колониялар культураси идентификация қилинди. Кузатувлар натижасида Tr. verrucosum 15 (27,7%) та беморда, натив препаратда сочлар йирик спорали эктотрикс кўринишида зарарланган, озиқ муҳитларда колонияси оқиш жигарранг четлари бурмали марказий қисми бироз кўтарилган колония ҳосил қилди. Пигмант ҳосил қилмаган, микро ва макро конидийларга эга эмас, сочни перфорациялаш хусусиятига эга эмас. M. canis 23 (41,8%) та беморда, натив препаратда септали мицелийлар, соч майда спорали экторикс кўринишида зарарланган, озиқ мухитларда колонияси момиқли унсифат оқиш кулранг орқа тарафдан сарғиш пигмент ҳосил қилган, туноғичли ёки ноксимон микроконидийлари ва 6–12 та ҳужайрали қалин деворли макроконидийлардан иборат, сочни перфорациялаш хусусиятига эга, озиқ муҳитга талабчан эмас, Вуд лампаси нурида флюоресценцияланди. Tr tonsurans 1 (1,8%) та беморда, микроскопда микроконидийларга бой септали калта мицелийлар, макроконидийлари юпқа деворли эгилган кўринишига эга. Соч йирик спорали эндотрикс кўринишида зарарланган, флюоресценция манфий. Озиқ мухитларда колониялари вариабел, бархатли, унсимон, донадор оқ рангдан жигар рангача ёки сарғиш жигарранг кўриниш ҳосил қилди. 1 (1,8%) та беморда M.ferruggineum, мицелийлари шохланган септали, кам учрайдиган кўп ҳужайрали макроконидийлар кузатилди. Озиқ мухитларда четлари бурмали, кўп қиррали жагарранг қизғиш, тескари тарафи тўқ сариқдан жигарранггача ўзгарган, пигмент ҳосил қилиб, озиқ муҳит ичига чуқир кириб борган культура ҳосил қилди. Колониясини микологик лопаткада кесиб олиш анча қийинчилик туғдиради. Соф колония 24–26 кунга келиб етилди. Сочни перфорациялайди, кичик спорали эктотрикс кўринишида зарарлайди. Флюоресценция мусбат. 1 (1,8%)та беморда M. gypseum, 6 (11%) та беморда Tr. mentogrohpytes var. mentagrofytes қўзғатувчилари, натив препаратда ингичка тўғри септаланган мицелийлар, озиқ мухитларда колонияси секин ўсувчи бурмали, четлари қатламли сиёҳранг кўринишда культура аниқланди. Микроконидийлари тугунчали ва спералсимон 10-12 та ўрамли мицелийлардан иборат кўринишда, микроконидийлари гифлар бўйлаб узум шингилини эслатувчи шарсимон шакилда намоён бўлди. Сочлар перфорацияланган, флюоресценция манфий. 8 (14,5%) та беморда Tr. violaceum натив препаратда септали микро ва макро конидийларсиз мицелийлар, соч эктотрикс кўринишида зарарланган, сочни перфорацияламайди, флюоросценция манфий. Озиқ мухитларда колонияси сиёхранг пигментли, оқиш момиқли культура ҳосил қилди. Кузатувимиздаги 3 та беморнинг силлик терисидан m. canis қўзғатувчилари топилди.

Лаборатор текширувлар натижаси шуни кўрсатдики, амалиётда қўлланилаётган ва маҳаллий «ЭД-1» озиҳ мухити модификациясида олиб борилган культурал усуллар ёрдамида замбуруғларнинг соф культурасини ажратиб олинди. Ажратилган колонияларни идентификацилаш натижасида, замбуруғли касалликларга чалинган болалар ва ўсмирлар ўртасида Tr. verrucosum, M. canis, Tr. mentagrofytes var. mentagrofytes, Tr. violaceum қўзғатувчилари, бошқа турларига нисбатан кўпроқ аниқланиши маълум бўлди ва уларни эрта аниклаш ва даволашда лаборатория даиагностикаси мухим ахамиятга эга.

CANDIDA ЗАМБУРУҒЛАРИНИНГ ЗАМОНАВИЙ АНТИМИКОТИК ПРЕПАРАТЛАРГА СЕЗГИРЛИГИ ТЎҒРИСИДА

М.С. ДАВУРОВА, Р.К. АСАДОВ

РИД ва ВИАТМ

Ҳозирги кунга келиб тиббиёт олимларига ачитқи замбуруғларининг 170 дан ортиқ хили мавжуд. Candida замбуруғлари одатда шартли патоген инфекциялар турига киради. Улар табиатда тирик мавжудотлар билан биргаликда, тирик бўлмаган предметлар устида сапрофит бўлган ҳолатда сақланиб қолиши мумкин. Ачитқи замбуруғлари айниқса одамларнинг териси ва шиллиқ сохасида кўп учрайди.

Ушбу адабиёт маълумотларидан кўриниб турибдики кандидозларни даволашда аввалламбор қўзғатувчининг антимикотик препаратларга таъсирини ўрганиб, кейин тавсия қилиш зарур. Ундан ташқари ажратиб олинган замбуруғлар клиник жиҳатдан аҳамиятли бўлиши керак, яъни патогенлик хусусиятини намоён қилиши лозим.

Ҳозирги пайтда замбуруғларнинг антимикотик ёки химиотерапевтик препаратларга сезгирлигини аниқлашнинг бир нечта жумладан: диско-диффуз, кетма-кет серияли аралаштириш услуби, Е-тест ва нихоят концентрацияси чегараланган услублардир. Билиш жоизки сезгирликни аниқлашда минимал ингибирловчи концентрацияси «МИК» (мкг/мл) миқдорини билиш зарур.

Юқорида берилган фикрлар, услублар ва тадқиқотларга таянган ҳолда биз ўз изланишларимизда сийдик-таносил тизими яллиғланиш касалликларига чалинган репродуктив ёшдаги беморлардан 24 та Candida albicans замбуруғларининг соф культураларини ажратиб олишга муваффақ бўлдик. Шу билан биргаликда уларнинг антимикотик: текназол, флуконазол, дифлюкан ва нистатин каби препаратларга сезгирлиги ўрганилди.

Тадқиқотлардан маълум бўлдики, текназол препаратига жами ажратиб олинган 24 та Candida штаммаларидан 16 таси , дифлюканга эса 15 таси, флуконазолга ва яна 4 таси нистатинга сезгир (S) экан. Ушбу тадқиқотт натижалари кўрсатмоқдаки антимикотик препаратларининг таъсир доираси бир хил эмас. Уларнинг самаралигини белгилашда узоқ ва чуқур изланишлар олиб бориш талаб қилинади. Бу борадаги тадқиқотлар давом эттирилмоқда.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРБИНОЛА ПРИ ГРИБКОВОМ ПОРАЖЕНИИ НОГТЕЙ

М.А. ЁКУБОВА, Л.А. МУХАММАДЖАНОВА

Андижанский гсударственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Введение: В современной дерматологии проблема грибковых поражений ногтевых пластин продолжает занимать одно из ведущих мест. Необходимость поиска новых этиотропных средств терапии онихомикозовобуслов лена высокой распространенностью данной патологии. В последние годы арсенал дерматологов пополнился новыми средствами системной и топической (местной) терапии онихомикозов. Выбор препаратов зависит от выраженности, распространенности поражения, вида возбудителя. Нами накоплен положительный опыт терапии онихомикозов эрбинолом.

Цель исследования — изучить клиническую эффективность Эрбинола. Эрбинол (тербинафин) препарат ROTOPHARM PHARMACEUTICALI — в составе имеется тербинафин таблетки 250 мг, №14. Этот препарат активен в от ношении дерматомицетов, дрожжевых, плесневых и др. грибов. Терапевтическая концентрация в кератине ногтей достигается через одну неделю после начала лечения и сохраняется в течение 6 месяцев после завершения 3-месячного курса лечения. Связывание с белками плазмы составляет 99%. Эрбинол метаболизируется в печени с образованием активных метаболитов, которые выводятся почками и через кишечник, диффундирует через дермальный слой кожи и накапливается в липофильном роговом слое, секретируется в кожный жир, в результате этого создаются высокие концентрации в волосяных фолликулах,ноктях.

Материалы и методы исследования. Нами была изучена клиническая и микологическая эффективность препарата Эрбинол у 16 больных онихомикозом стоп (из них 9 мужчин и 7 женщин), длительность заболевания у которых составляла от 1 года до 5 лет. До лечения у 8 пациентов был обнаружен Trichophytonrubrum, у 2 — Trichophytonmentagrofitisvar. interdigitale. У 4 па циентов диагностирован дистальный тип онихомикоза, у 2 — тотальный. Перед началом терапии Эрбинол ом и по ее окончании исследовали общий анализ крови, мочи, функциональное состояние печени. Эрбинол назначали по 250 мг (2 капсулы) 2 раза в сутки после плотной еды. Применяли методику пульс-терапии (3–4 курса в течение 7 дней с интервалом в 3 недели). 4 больным назначалась дополнительная топическая терапия антимикотическими средствами. Переносимость Эрбинола была хорошей у 11 больных. Один пациент отмечал незначительные диспептические явления, которые не потребовали отмены препарата.

В результате проведенной терапии этиологическое выздоровление наступило у всех больных, страдающих онихомикозом стоп. У пациентов с онихомикозом начали отрастать здоровые ногтевые пластины на 25–30% площади при сроке наблюдения 3–4 месяца. Полное клиническое выздоровление отмечалось спустя 4–7 месяцев после окончания терапии.

Вывод. Таким образом, Эрбинол представляет собой эффективный и хорошо переносимый препарат, который можно использовать как монотерапию, так и в комплексе с наружной терапией онихомикоза.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП

Н.Д. ИКРАМОВА

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

В последние годы все больше внимания стали уделять влиянию кишечной микрофлоры на проявления различных кожных заболеваний. Очень часто источником поддержания различных кожных заболеваний являются индигенные микроорганизмы кишечника. Известно, что кишечная микрофлора является определенным барьером, препятствующим колонизации организма условно-патогенными микроорганизмами. При этом качественные и количественные изменения микрофлоры кишечника сопровождаются созданием отрицательной микроэкологической обстановки для клеток организма хозяина, что способствует усилению воспалительных и аллергических реакций.

Цель исследования — изучить состояние микрофлоры кишечника у больных микозом стоп.

Материал и методы исследования. Обследованы 67 человек в возрасте от 10 до 50 лет. При распределении по нозологическим формам чаще всего наблюдалась сквамозная форма у 18, интертригинозная форма у 14, затем смешанная и дисгидротическая формы у 6 и 3 больных соответственно. У 17 больных микоз стоп сопровождался онихомикозом. Наиболее частыми осложнениями были аллергические высыпания у 10, затем пиодермия у 6 и у 1 больного было отмечено рожистое воспаление. Генерализованный рубромикоз с поражением гладкой кожи, крупных складок, стоп и ногтевых пластинок был выявлен у 6 больных. При выявлении анамнестических данных давность заболевания составила от месяца до 10 лет и более.

Результаты исследования. Микробиологические исследования проведенные у больных микозами стоп показали, что у этих больных отмечается в кишечнике достоверно выраженные дисбиотические изменения как в количественных так и в качественных показателях. Количественные параметры изменяют свое соотношение в противоположную сторону, т.е. факультативная группа микробов превалирует над анаэробами. Общее количество анаэробов составило Lg 8,15 + 0,31 при норме 10,30 + 0,25, в то же время факультативная группа равна Lg 8,30 + 0,41 КОЕ/г при норме она равнялась 6,31 + 0,30 КОЕ/г.

Наиболее выраженный дефицит составляет количественные показатели бифидобактерии, количество которых уменьшилось более чем на 3 порядка, достоверно снижены и количество лактобактерии, так они составили Lg 5,85 ± 0,19 при норме равной 7,47 ± 0,52 КОЕ/г и только количество пептострептококков существенно возросло.

Интересные изменения у больных микозами стоп произошли и в факультативной группе микробов, так наиболее значительные сдвиги в сторону возрастания нами отмечены у лактозонегативных штаммов эшерихии и грибов рода кандида. Однако настораживает то, что в кишечнике у этих больных довольно существенно возрастает количество патогенных кокков таких как золотистый стафилококки и стрептококки группы А, которые обладают широким набором ферментом патогенности. По всей видимости, и это вполне очевидно, именно эти количественные и качественные изменения в микрофлоре кишечника и способствуют образованию различных групп токсических веществ которые приводят или способствуют развитию явления транслокации микроорганизмов из кишечника в другие органы и ткани, тем самым вызывая различные патологические изменения, включая и микозы стоп.

Таким образом, выявленные нарушения требуют проведения комплексной коррекции нарушений микробиоценоза кишечника при лечении больных микозом стоп

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ МИКРОСПОРИИ

И.Т. КАРАБАЕВА

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

Цель исследования — изучение видового состава возбудителей микроспории.

Материал и методы исследования. Был проведен анализ грибковой флоры по данным микологической лаборатории РСНПМЦ ДиВ за последние 6 лет. За этот период сделано 179 623 микроскопических исследования на грибы у 27 284 больных с подозрением на грибковые заболевания кожи, из них в 9 119 случаях микроскопически обнаружены грибы. При посеве 33 771 патологического материала (чешуйки кожи, покрышки пузырей, волосы) на твердую среду Са-

буро при 9 119 положительных результатах микроскопического исследования выделены культуры грибов в 2 902 (31,8 %), не получено роста в 6 217 (68,2 %) случаях.

Результаты исследования. Из выделенных культур в 401 (14 %) случае были грибы рода Microsporum. Основным возбудителем микроспории в 381 (94,8 %) исследованиb был Microsporum canis, у 15 (4 %) — Microsporum ferrugineum и у 5 (1,2 %) больных Microsporum gypseum. Кроме того, всем больным были проведены микроскопические и культуральные исследования.

При микроскопическом исследовании чешуек с очагов поражения с гладкой кожи и волос грибы были обнаружены у всех больных. В посеве в 54 % (162) случаях получен изолированный рост культуры грибов. Microsporum canis выделен у 154 (95 %) больных, Microsporum ferrugineum — у 5 (3 %) и Microsporum gypseum — у 3 (1,9 %) больных.

Вывод. Основным возбудителем микроспории в настоящее время является зооантропонозный гриб Microsporum canis, который составляет 95 % от всех выделенных культур, в 3 % случаях возбудителем микроспории является антропофильный гриб Microsporum ferrugineum и в 1,9 % случаях почвенный гриб Microsporum gypseum, что во многом определяет клиническую картину и течение этого микоза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМНЫХ АНТИМИКОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

И.Т. КАРАБАЕВА, С.С. ИСАМУХАМЕДОВА

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

Микроспория — микотическая инфекция, чаще всего встречающаюся у детей различных возрастных групп. При поражении волосистой части головы и распространенных поражениях гладкой кожи, единичных очагах с поражением пушковых волос необходимо назначение системных противогрибковых препаратов.

В исследование были включены 117 детей в возрасте 4–14 лет с микроспорией. Микроспория волосистой части головы наблюдалась у 48 детей, микроспория волосистой части головы и гладкой кожи — у 43, микроспория гладкой кожи — у 22, бровей и ресниц — у 4 детей. Клинический диагноз микроспории был подтвержден данными микроскопического, люминесцентного и культурального исследований. В период лечения всем больным проводили биохимический и общий анализы крови, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование печени. Переносимость препаратов была хорошей, лабораторные показатели были в норме, побочный эффект в виде крапивницы наблюдался у 2, тошнота — у 1 больного, принимавшего гризеофульвин.

Противогрибковые препараты назначались на фоне базисной терапии, которая включала в себя витамины С, А и группы В в возрастных дозировках, при необходимости антигистаминные и десенсибилизирующие средства. Также проводилась наружная терапия: эпиляция волос, обработка спиртовой настойкой йода, противогрибковыми мазями. В зависимости от проводимого лечения все больные были разделены на две группы: в первую вошли 58 больных, получавших на фоне базисной терапии противогрибковый препарат «Гризеофульвин»; во вторую — 59 больных, которым наряду с базисной терапией назначался антифунгальный препарат «Тербинафин».

Суточную дозу гризеофульвина определяли в зависимости от массы тела больного из расчета 22 мг/кг согласно инструкции. Первый контрольный микроскопический анализ на грибы проводили на 15 день терапии, затем через 5–7 дней до получения первого отрицательного анализа. Контрольные анализы на грибы проводили каждые 5 дней в динамике.

Тербинафин детям назначали в зависимости от массы тела. При массе тела до 20 кг препарат назначался в дозе 93 мг в сутки, от 20 кг до 40 кг — по 187,5 мг в сутки после еды до 2-кратного отрицательного анализа на грибы.

Критериями эффективности проводимой терапии являлись разрешение воспалительных явлений кожи, сроки микологической негативации и длительности пребывания больных в стационаре.

Результаты исследования. Клинические наблюдения показали, что после лечения на фоне базисной терапии гризеофульвином у больных микроспорией волосистой части головы разрешение воспалительных явлений в среднем происходило на 20,5 ± 0,26, при сочетанном поражении волосистой части головы и гладкой кожи — на 21,1 ± 0,28, гладкой кожи — на 13,3 ± 0,23; бровей, ресниц и пушковых волос — на 15,5 ± 0,76 дней лечения.

Микологическая негативация у больных микроспорией волосистой части головы происходила на 27,2 ± 0,23 при сочетанном поражении волосистой части головы и гладкой кожи — на 27,8 ± 0,25, гладкой кожи — на 16,0 ± 0,26 и бровей ресниц и пушковых волос — на 25,5 ± 0,76 дни лечения соответственно. Анализ результатов

действия терапии гризеофульвином на длительность пребывания больных в стационаре показал, что у больных с поражением волосистой части головы этот показатель в среднем равнялся 48,5±0,27 дня, при сочетанном поражении волосистой части головы и гладкой кожи — 48,8±0,30, при поражении гладкой кожи — 19,3±0,31 и при микроспории бровей, ресниц и пушковых волос — 25,0±0,58 дней.

У больных микроспорией волосистой части головы, пролеченных на фоне базисной терапии, разрешение воспалительных явлений в среднем происходило на 16,3±0,32 дня, с сочетанным поражением волосистой части головы и гладкой кожи — на 16,8±0,24, гладкой кожи — на 11,9±0,31 и бровей, ресниц и пушковых волос — на 14,3±0,56 дня лечения. У больных данной группы на фоне проведенной терапии микологическаянегативация происходила в среднем на 27,0±0,29, 27,7±0,28, 18,4±0,25 и 23,5±0,72 дня лечения соответственно.

Изучение сроков пребывания больных в стационаре после данного метода терапии показало, что больныес микроспорией волосистой части головы в среднем находились в стационаре 37,0±0,29, при сочетанном поражении волосистой части головы и гладкой кожи — 37,7±0,28, микроспорией гладкой кожи — 18,4±0,25 и микроспорией бровей, ресниц и пушковых волос — 23,5±0,72 дня.

Вывод. Анализ полученных данных показывает, что независимо от клинической формы микроспории у детей, принимавших тербинафин, разрешение воспалительных явлений и микологическая негативация происходили намного раньше, больные находились в стационаре в меньшие сроки. Побочных явлений при приеме тербинафина не наблюдалось.

Таким образом, системный антимикотик «Тербинафин» является высокоэффективным и безопасным препаратом в лечении микроспории и является препаратом выбора выбора в лечении микроспории.

ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА

Р.М. НАРЗИКУЛОВ, С.П. СОБИРОВ, И.Ш. КАМОЛОВ

Самаркандский ГМИ, г. Самарканд

В настоящее время кандидоз (молочница) вызываемая дрожжеподобным грибом Candida albicans проявляющаяся творожистого вида налетом на слизистой полости рта, является часто выявляемым заболеванием в стоматологической практике, причиной которого является нарушение кислотности (или pH), подавление микрофлоры антибиотиками, некорретное протезирование, поражающая ротовую полость детей, пожилых людей и людей с ослабленным иммунитетом, при различних инфекциях, где грибки начинают интенсивно размножаться поражая клетки слизистой оболочки, развивается кандидоз полости рта.

Поэтому выбор лечебного препарата при лечении кандидоза полости рта совместно с выявлением этиологического фактора, лежащего в основе патогенеза кандидоза и в каждом идивидуальнгом случае являестя одним из факторов эффективной терапии больных.

Для этой цели нами был предложен комплексный метод с использованием препарата «Флюкорем» — противогрипковый препарат из группы производных триазола; активен в отношение Candida, Microsporum, Criptococcus neophormans, Trichophyton и мазь в состав которого входят: нистатин — 5 гр., глицерин — 20 гр. и витамин В12–2000 мкг.

В связи с этим нами было предложен общей группе состоящей из 22 больных, из них 6-детей использовать комплекную терапию с использованием вышеуказанных препаратов, а контрольной группе состоящей из 10-больных из них трое детей использовать трдийионное лечение. При этом эффективность проводимой терапии в основоно группе получающих комплексное лечениепе наблюдалось у 12 — больных из них 2-е детей, которое выражалось исчезновением налетов, прекращением боли и чувством жжения в пролости рта , облегчением приёма пищи, а также, 2-х кратными отрицательными лабораторными данными взятые с полости рта наблюдавшиеся на 7–8-е сутки. В контрольной группе сосотоящей из 8-ми больных использовавших орошение препаратом Фунистатин все вышеуказанные клинические признаки заболевания исчезли по истечении 14–15 дней.

Таким образом нами установлено:

Эффективность лечения с выявлением этиологического фактора в каждом конкретном случае совместно с применением выше указанной комплексной терапией.

Эффективность лечения с применением комплексной терапии с выше указанным препаратом, чем терапия орошением Фунистатина широко используемая в стоматологической практике.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «РУМИКОЗ» У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, З.Н. УБАЙДУЛАЕВА

Андижанский государственный медицинский институт;
андижанский кожно-венерологический диспансер

Проблема лечения микозов кожи всегда являлась актуальной, ибо эти заболевания имеют тенденцию к широкому распространению и занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии кожи.

Цель работы — изучить клинико-бактериологическую эффективность препарата «Румикоз» у больных инфильтративно-нагноительной трихофитией.

Материал и методы исследования. Были изучены истории болезни 78 больных в возрасте от 6 до 42 лет (47 больные мужского пола, 31 женского) лечившихся в грибковом отделении Андижанского обл. КВД по поводу инфильтративно-нагноительной трихофитии. У 58 больных процесс локализовался на гладкой коже, в том числе у 12 взрослых больных в лобковой области; у 14 на волосистой части головы; у 6-сочетанное (волосистой части головы и гладкая кожа) поражение. Все больные подвергнуты к бактериоскопическому исследованию на грибки, у 37 больных был проведен бактериологическое исследование — посев патологического материала в среду Сабуро.

Больным детям в возрасте от 6 до 14 лет «Румикоз» фирмы ОАО «Отечественные лекарства» (РФ) давали по 100 мг 1 раз в сутки, а остальным больным по 200 мг (2 капсулы) 1 раза в день в течение 15 дней. Одновременно проводилось наружное лечение: обработка и санация гнойничковых элементов в очаге поражения с последующим наложением фунгицидных средств: кремы дермазол, экалин, мази тербизил, бинафин, микосист и др.

Результаты исследования. У всех больных при бактериоскопическом исследовании были найдены грибки (при исследовании волос они располагались снаружи), а при бактериологическом исследовании у 37 больных получен рост Tr. Mentagraphytes v. gipseum. На 3–4 день лечения воспалительные явления в очагах поражения заметно уменьшились, инфильтрация начала уплощатся. На 6–7 день гнойнички и инфильтрация значительно уменьшились. На 10–12 день эритема практически исчезла, очаги очищались от гнойничковых элементов, инфильтрация осталась незначительная. На 14–15 день лечения в очагах поражения практически все клинические проявления разрешились.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о высокой клинико-бактериологической эффективности препарата «Румикоз» у больных инфильтративно-нагноительной трихофитией.

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

И.Р. РАХИМОВ, З.М. АБИДОВА, М.Р. МАХСУДОВ

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

В последнее время интерес к синтезу, секреции цитокиновых молекул, их рецепторов, природных антагонистов значительно возрос и представляет высокую значимость вследствие возможностей их использования с целью определения этиопатогенеза, диагностики, монитирования за эффективностью лечения.

В этой связи исследование состояния цитокинов у больных кожным лейшманиозом на сегодняшний день является актуальной проблемой дерматологии.

Цель исследования — оценка уровня некоторых про- и противовоспалительных цитокинов у больных кожным лейшманиозом.

Материал и методы исследования. Показатели цитокинов были изучены у 56 больных кожным лейшманиозом, из них у 19 диагностирована бугорковая форма, у 26 — изъязвленные лейшманиомы и у 11 — изъязвленные лейшманиомы с бугорками обсеменения с лимфангоитами. Контрольную группу составили данные 20 практически здоровых лиц.

Цитокины в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА). Для определения цитокинов использовали тест-системы, разработанные в ГосНИИ ОЧБ (СПб).

Результаты исследования. Для оценки состояния показателей цитокиновов были изучены показатели противовоспалительного цитокина ИЛ-4 и провоспалительных цитокинов ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО-α, так как при данной патологии эти цитокины подвергаются большему изменению и количе-

ственное определение их уровня имеет большое значение при оценке иммунного статуса организма.

При изучении состояния цитокинов у больных кожным лейшманиозом в зависимости от клинической формы выявлено, что при всех клинических формах заболевания в сыворотке крови концентрация цитокинов ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО-α достоверно увеличилась по отношению к данным группы контроля ($p < 0,001$) и при этом отмечалось достоверное снижение уровня цитокина ИЛ-4 по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$).

Следует отметить, что при тяжелых формах кожного лейшманиоза эти изменения были более выражены.

Вывод. Анализ полученных данных свидетельствует, что при кожном лейшманиозе в сыворотке крови выявляются определенные нарушения показателей цитокинов. Это указывает на целесообразностьвключения в комплекс терапии больных кожным лейшманиозом препаратов, корригирующих показатели изученных цитокинов организма.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОКСИДА АЗОТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ПОВРЕЖДЕННОЙ КОЖИ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

И.Р. РАХИМОВ, З.М. АБИДОВА, М.Р. МАХСУДОВ

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

В медицинской практике представляет определенный интерес изучение влияния инфекционного фактора на различные биохимические процессы организма. Оксид азота (NO) является важным фактором, определяющим многие физиологические и патологические процессы, включая вазодилятацию, нейротрансмиссию, противомикробный, противоопухолевый ответ, контролирует пролиферацию клеток. Данный метаболит продуцируется в различных тканях организма человека. Согласно данным литературы как избыток, так недостаток NO могут быть значимыми в патогенезе многих заболеваний. В связи с этим изучения содержания оксида азота в сыворотке крови и поврежденной кожи у больных кожным лейшманиозом является актуальным в дерматологии.

Цель исследования — изучение содержания оксида азота в сыворотке крови и в поврежденной коже у больных кожным лейшманиозом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 15 больных кожным лейшманиозом в возрасте от 2 до 65 лет: лиц мужского пола — 10, женского — 5. Контрольную группу составили данные 12 здоровых лиц. Всем больным проводились клинические и биохимические исследования.

Результат исследования. Изучение клинической формы кожного лейшманиоза показало, что у 8 (53,3 %) больных диагностированы бугорковые лейшманиомы, у 5 (33,3 %) — изъязвленные и у 2 (13,3 %) — изъязвленные лейшманиомы с бугорками обсеменения и лимфангитами.

Анализ содержания оксида азота показал, повышение содержания оксида азота в сыворотке крови у больных в 1,5 раза по сравнению с данными контрольной группы и более выраженное у больных с осложненной формой кожного лейшманиоза.

При изучении метаболита оксида азота у обследуемых больных отмечено достоверное повышение продукции оксида азота в поврежденной кожи по сравнению с данными контрольных значений. Максимальный уровень NO был выявлен у больных с язвенной формой, который в 6,0 раз превышал значения в контроле, а с бугорковой формой — в 4,2 раза.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют, что при лечении больных кожным лейшманиозом необходима целенаправленная коррекция комплексной терапии с учетом показателей оксида азота в сыворотке крови и поврежденной коже.

УРОВЕНЬ ОКСИДА АЗОТА ПРИ КОЖНОМ ЛЕЙШМАНИОЗЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ

И.Р. РАХИМОВ, З.М. АБИДОВА, А.Б. РАХМАТОВ, М.Р. МАКСУДОВ, Н.М. АШРАПХОДЖАЕВА

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

Рост и распространенность кожного лейшманиоза не имеют тенденции к снижению и закономерно увеличивается число хронических, осложненных, трудно поддающихся лечению форм. В настоящее время изучение влияния инфекционного фактора на различные биохимические процессы в организме представляет определенный интерес. Изучению свободнорадикальных про-

цессов и патогенетических механизмов формирования многих инфекционных заболеваний посвящены многочисленные научные исследования последних лет. Показано, что моноцитами, макрофагами, полиморфно-ядерными и эндотелиальными клетками генерируется избыток активированных форм кислорода, что является одной из важных причин деструкций эпидермиса и дермы, а также микроциркуляторных, сосудистых, гемостезиологических и реологических расстройств крови с развитием воспалительного процесса. Одним из представителей свободнорадикального окисления является оксид азота (NO).

Первоначально изучение оксида азота было связано с установлением его роли в воспалении и иммунных реакциях. Бактерицидная, фунгицидная, антипаразитарная, противовирусная и противоопухолевая активность макрофагов также может быть частично обусловлена интенсивной секрецией NO. В то же время NO тормозит пролиферацию лимфоцитов и ослабляет иммунный ответ на чужеродные антигены. Эндогенная интоксикация, сопровождающая инфекционный процесс, в свою очередь, развивается в основном вследствие усиленного распада азотистых соединений. Установлено, что определяемый высокий уровень образования NO у больных с воспалительными и инфекционными процессами коррелирует с тяжестью клинических и лабораторных показателей, активности заболевания. Потому изучение роли оксида азота в патогенезе кожного лейшманиоза, особенно его осложненных форм, наш взгляд, позволило бы разработать эффективные и доступные методы лечения данной патологии.

Цель исследования — изучение содержания оксида азота в сыворотке крови у больных с различными клиническими формами кожного лейшманиоза.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 45 больных (25 женщин и 20 мужчин) в возрасте от 15 до 62 лет с давностью заболевания от 3 до 6 месяцев. Диагноз кожного лейшманиоза в 100% случаев был подтвержден микроскопическим обнаружением телец Боровского в очагах поражения. Среди 45 больных у 25 (55,5%) диагностировали бугорковые лейшманиомы, у 15 (33,3%) — изъязвленные лейшманиомы и у 5 (11,2%) — изъязвленные лейшманиомы с бугорками обсеменения и лимфангитами.

Результаты исследования показали, что в общей выборке больных кожным лейшманиозом отмечается достоверное повышение уровня оксида азота в сыворотке крови по сравнению с данными контрольной группы (в среднем — 14,40±0,33 мкмоль/л против 9,50±0,30 мкмоль/л в контроле, ($p<0,001$). При изучении содержания NO в зависимости от клинических форм выявлено, что в сыворотке крови при бугорковой стадии кожного лейшманиоза уровень оксида азота в среднем равен 13,34±0,13 мкмоль/л, при изъязвленном лейшманиоме — 15,56±0,43 мкмоль/л, при изъязвленном лейшманиоме с бугорками обсеменения и лимфангитами — 20,10±0,81 мкмоль/л против 9,50±0,31 мкмоль/л в группе контроля. То есть у больных с осложненной формой кожного лейшманиоза наблюдаются более достоверно высокие показатели оксида азота, что говорит о развитии эндогенной интоксикации при данной патологии и указывает на необходимости включения в комплекс терапии больных кожным лейшманиозом препаратов с антиоксидантным действием.

Для восстановления нарушений продукции оксида азота в комплекс терапии больных был включен препарат «Мексидол». Мексидол (2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукинат) разработан ИБХФ им. Н.М. Эмануэля, НИИ фармакологии РАМН и ВНЦ БАВ. Мексидол является ингибитором свободнорадикальных процессов, мембранопротектором. Механизм его действия обусловлен антиоксидантным, антигипоксическим и мембранопротекторным действием. Препарат ингибирует перекисное окисление липидов, улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови, уменьшает агрегацию тромбоцитов, обладает антитоксическим эффектом и повышает регенераторный потенциал тканей. Мексидол 5% назначался по 2,0 мл внутримышечно в течение 10 дней на фоне базисной терапии, включающей применение антибиотика канамицина сульфата путем лимфатропного введения в соответствующих дозировках в течение 5–7 дней, а также в качестве энзимного препарата и средства, стимулирующего лимфоток лидазы в дозе 32 ед.

Результаты показали, что использование препарата «Мексидол» в комплексной терапии больных кожным лейшманиозом позволило достичь значительного снижения уровня оксида азота в сыворотке крови у больных бугорковыми лейшманиозом (14,40±033 мкмоль/л против 13,34±0,13 мкмоль/л до лечения), который снизился до контрольного уровня. У больных с изъязвленной стадией лейшманиоза (12,82±0,41 мкмоль/л), изъязвленной лейшманиомой с бугорками обсеменения, осложненной лимфангитами (17,25±0,50 мкмоль/л) содержание оксида азота также снизилось, однако в этих группах больных показатели оставались выше, чем в контрольной группе (15,56±0,43 мкмоль/л и 20,10±0,81 мкмоль/л соответственно). Таким образом, при кожном лейшманиозе выявляется нарушение продукции оксида азота. Применение препарата «Мексидол» в комплексной терапии способствовало достоверной корреляции выявленных нарушений в показателях продукции оксида азота, купированию клинических симптомов, значительному уменьшению воспалительной реакции кожи в очагах поражения, а также позволило ускорить сроки заживления язвенных элементов, повысив качество жизни пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА ТЕРАПИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

И.Р. РАХИМОВ, З.М. АБИДОВА, Н.А. АБДУРАХМАНОВА, Ж.А. АЛИМЖАНОВ

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

В Узбекистане КЛ является одной из распространенных природно-очаговых болезней, имеющих большой удельный вес в краевой патологии республики. В эндемических зонах Узбекистана (Бухара, Кашкадарья, Джизак, Сурхандарья, Каракалпакстан) также отмечается довольно высокое распространение зоонозного кожного лейшманиоза, где ежегодно регистрируются сотни новых случаев данного заболевания. Рост заболеваемости, увеличение частоты осложнений, отсутствие современной диагностики делают эту проблему актуальной. Терапия КЛ является одним из больших разделов проблемы, однако этот вопрос остается практически неразрешенным, так как отсутствуют высокоэффективные методы лечения.

Интерфероны (ИФН) представляют собой цитокины, обладающие антивирусной, антибактериальной, иммуномодулирующей и пртивоопухолевой активностью, что позволяет отнести их к полифункциональным биорегуляторам широкого спектра действия. Индукторы интерферона при введении в организм вызывают ряд неспецифических и специфических эффектов, в том числе оказывают модулирующее действие на различные звенья иммунитета. Специфическое действие индукторов ИФН осуществляется в комплексе с другими медиаторами воспалительных и иммунных ответов (цитокинами), а также с гормонами и нейромедиаторами. Препарат «Гозалидон» — индуктор интерферона с иммуномодулирующим действием — является комплексом иминопроизводного госсипола с N поливинилпирролидином. В раннее проводимых исследованиях нами установлено учащение осложненных форм заболевания, что связано с функционированием иммунной системы с включением в воспалительный процесс целого каскада цитокиновых нарушений. Учитывая это, нами разработана патогенетическая терапия с назначением гозалидона.

Под наблюдением находились 100 больных, которые были распределены на 3 группы в зависимости от метода получаемой антибиотикотерапии. Группы были репрезентативные по возрасту, клиническим формам, длительности заболевания, что позволило получить объективные и достоверные результаты. 1-я группа (35 больных) получала антибиотики (канамицин, цефтриаксон, доксациклин, фуразолидон) в виде внутримышечных инъекций или внутрь в соответствующих дозах в течение 7–10 дней. В наружной терапии использовались дезинфицирующие и противовоспалительные мази. Контрольную группу составили больные с кожным лейшманиозом, получавшие общепринятую терапию в клинике РСНПМЦ ДиВ в 2012 г. 2-я группа (33 больных) на фоне базисной терапии получала антибиотик (канамицин сульфат) путем лимфатропного введения. Кроме того, в качестве энзимного препарата и средства, стимулирующего лимфоток, назначалась лидаза в дозе 32 ЕД. В наружной терапии использовался гель «Куриозин», обладающий противовоспалительным, противоотечным и ранозаживляющим эффектом. Количество курсов лимфатропного введения антибиотиков зависело от остроты воспалительного процесса, количества язв, длительности заболевания, в среднем 5–7 курсов. 3-я группа (32 больных), а наряду с лимфотропной терапией получила гозалидон 0,1 по 1 таблетке 2 раза в день 3-дневными циклами и 3-дневным перерывом. Курс лечения составил 21 день. Критериями эффективности лечения явились: сроки уменьшения инфильтрата, очищения лейшманиом от некротических и гнойных масс, элиминации возбудителя из очагов поражения и полное разрешение лимфаденита.

Установлено, что сроки очищения и заживления лейшаниозных язв зависели от клинической формы заболевания. Результаты показали, что регресс патологического очага у больных с бугорковой лейшманиомой начинается на 2 дня раньше, чем с изъязленной и на 4–7 дней раньше с осложненными формами лейшманиоза. Так, сроки рассасывания воспалительного процесса (рассасывание инфильтрата, очищение язв от некротических и гнойных наслоений) во многом зависят от давности патологического процесса и лечение, начатое до 6 месяцев в бугорковой стадии заболевания значительно укорачивает период выздоровления.

Таким образом, комплексная терапия кожного лейшманиоза с назначением гозалидона в сочетании с введением антибиотиков и энзимных препаратов эндолимфатическим путем, особенно при его осложненных формах, способствует повышению терапевтической эффективности, ускорению сроков заживления язвенных элементов и воспалительных инфильтратов, а также более ранней элиминации возбудителя из очагов поражения.

ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ФАРГАЛС В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

И.Р. РАХИМОВ, З.М. АБИДОВА, Н.А. АБДУРАХМАНОВА, Н.М. АШРАПХОДЖАЕВА

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

В настоящее время терапия кожный лейшманиоз является одним из больших разделов проблемы. Однако, этот вопрос остается практически неразрешённым, т.к. отсутствуют высокоэффективные методы не только амбулаторного, но и стационарного лечения. Как свидетельствуют материалы Всемирной организации здравоохранения из-за относительной токсичности и необходимости длительного назначения, ни один из применявшихся для лечения КЛ препаратов не удовлетворяет практическое здравоохранение. Узбекскими учеными с высокой эффективностью использованы такие наружные средства как «Лейшмакол» и «Лейшмицин», обладающие протистоцидным действием (Ваисов А.Ш., 1977; Аляви С.Ф., 2000). Сегодня в наружной терапии кожного лейшманиоза применяются различные медикаментозные средства. При язвенной стадии применяются дезинфицирующие и ускоряющие эпителизацию средства в виде мазевых повязок, примочек и присыпок. Наиболее часто применяются следующие мази: 5-10 % дерматоловая (вяжущие средства); 5–10 % проторголовая, 1 % риванолевая, 5 % борная, 20 % ихтиоловая мази, мазь Вишневского (антисептические средства). а также анилиновые красители и присыпки (10 % дерматол 1–2 % фурациллин). В ранней стадии бугорка применяются разрушающие (электро-, лазеро-, криодеструкции) процедуры. Но не одна из них не являются специфичными не обладают противолейшмицидным действием. Поэтому разработка различных эффективных методов общей и наружной терапии кожного лейшманиоза остаётся актуальной. Терапия больных кожным лейшманиозом представляет трудную задачу, так как использование любого из предлагаемых, в настоящее время, методов общего и местного лечения не приводит к быстрому и полному выздоровлению, а оказывает лишь незначительный эффект. Нами обследованы и пролечены 60 больных кожным лейшманиозом находящиеся на стационарном лечении в РСНПМЦДиВ МЗ РУз. Из них мужчин — 32, женщин — 28, дети до 14 лет составили — 8 больных. У всех больных количество очагов варьировало от 1–5. У 6 больных отмечался сельский тип заболевания. Бугорковая форма лейшманиоза диагностирована у 26, изъязвленная — у 34. Всем больным проведено микробиологическое исследование на тельца Боровского. Из 60 больных у 52 (86,6 %) с очагов поражения найдены тельца Боровского. Больным проводилось комплексное лечение с применением антибиотика канамицин, витаминотерапии, гепатопртекторов и наружно раствора ФарГалс в разведении 1:1 с дисцилированной водой 2 раза в сутки в виде аппликаций салфетками, пропитанными раствором. Группой авторов Узбекистана разработана и запатентована технология получения нового лекарственного средства ФарГАЛС, не имеющего аналогов в мире. На технологию был объявлен международный приоритет в 110 странах мира в Европейском Патентном Ведомстве (2002 г.). Состав: Водная вытяжка из среды культивирования железоокисляющих автотрофных бактерий. Препарат «ФарГАЛС» антисептические и ранозаживляющие средство. Он активен в отношении грамположительных и грамотрицательных, аэробных и анаэробных, неспорообразующих и спорообразующих бактерий, грибов рода Candida, а так же простейших, в частности — Лейшманий. Результаты наблюдений показали, что у больных получавших в наружной терапии препарат «ФарГАЛС» отмечалось прекращение выделения из язвы серозно-гнойной жидкости, на уже на 7-й день лечения, на 9–10-ые дни рана полностью подсохла и очистилась от гнойного отделяемого, отмечалось полное очищение язвенных элементов от некротических наслоений. При бугорковой форме лейшманиоза, бугорки на 5–6 дни лечения побледнели, уменьшилась гиперемия, заметно упластились. На 18–20-й дни началось заживление язвенных элементов в виде появления островков эпителизации. При контрольном микроскопическом анализе с очагов поражения тельца Боровского не найдены у всех больных уже на 15–18 дни лечения. Больные лечение «ФарГАЛС»ом переносили хорошо, явлений раздражений кожи не отмечались. Таким образом, ФарГАЛС обладает выраженным антимикробным, некролитическим действием. Ускоряет очищение ран и появление более ранней эпителизации тканей. Побочных реакций не наблюдалось.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, А.М. ИШОНКУЛОВ, И.Т. АЗИМОВ, Ф.Ф. УМАРОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Бухарский областной кожно-венерологический диспансер

Проблема кожного лейшманиоза (КЛ) продолжается быть актуальной, так как количество больных ежегодно увеличивается особенно в эндемических регионах, а существующие методы терапии не во всех случаях оказываются эффективными, что приводит к естественной эпителизации язв и формированию иммунитета. Как известно, основным клиническим проявлением КЛ является бугорок, который со временем распадается с образованием специфической лейшманиозной язвы. Следовательно, применяемая терапия должна способствовать рассасыванию бугорки, или ускорять эпителизацию имеющейся язвы.

Цель исследования — применение гирудотерапии у больных кожным лейшманиозом.

Под наблюдением находились 12 больных (мужчин — 8, женщин — 4) в возрасте от 20 до 35 лет и давностью заболевания от года до 3 месяцев. У всех больных был установлен сельский тип кожного лейшманиоза, причем у 4 больных в бугорковой стадии, у 8 — в язвенной. Явлений лимфаденита и лимфангита ни в одном случае не наблюдалось. Во всех случаях диагноз был подтвержден проведением микроскопического обследования пациента.

При лечении больных кожным лейшманиозом была применена гирудотерапия, позволяющая использовать гематропный комплекс биологически активных веществ, входящих в состав секрета слюнных желез медицинских пиявок (МП). Гирудотерапия позволяет воздействовать на причины появления нарушений в системе гемостаза. Уменьшая патологические изменения тканей, обеспечивая нормализацию процессов на микроциркуляторном уровне в патологическом очаге, гирудотерапия обеспечивает непосредственное воздействие на структуры ретикулоэндотелиальной системы, приводя к уменьшению воспаления (ингибитор ФАТ). Следует отметить, что проникшие лейшмании способны изменять барьерные функции эндотелия, приводя к дисбалансу между кровью и интерстициальной тканью, определяющих гемостаз. Поэтому гирудотерапия МП, обладающих различными ферментами (гирудин, калин, саратин и др.) способна уменьшать выраженность воспалительной реакции у больных КЛ.

Вывод. Проведенные исследования показали эффективность гирудотерапии у больных КЛ, так как она значительно ускоряет процессы заживления лейшманиозных язв и может рассматриваться как альтернативный метод лечения этого дерматоза.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНИХОМИКОЗОВ

А.Б. РАХМАТОВ, Д.Т. РАВШАНОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз;
Самаркандский областной кожно-венерологический диспансер

В последние годы отмечается повышенная обращаемость пациентов с измененными ногтевыми пластинками, которые доставляют множество неудобств для самого человека. Измененные ногтевые пластинки должны рассматриваться как косметический дефект, приводящий к снижению качества жизни пациентов. Особо обстоят дела с онихомикозами, также сопровождающимися различными изменениями ногтей, хотя в этих случаях имеется этиологический фактор и микоз имеет свою эпидемиологическую ситуацию.

Под нашим наблюдением находились 122 больных (мужчин — 84, женщин — 38) в возрасте от 20 до 50 лет и давностью заболевания от 1 до 16 лет. У всех больных диагноз онихомикоза был подтвержден обнаружением мицелий гриба при микроскопическом обследовании образцов ногтевых пластинок. Согласно клиническим проявлениям были выставлены следующие формы онихомикозов: дистальная — у 89 (72,9 %) и проксимальная — у 33 (27,1 %) пациентов. Нами была использована стандартная пульс-терапия онихомикозов, когда принимался текназол (итраконазол) по 200 мг 2 раза в день (после еды) в течение 7 дней с последующим 3-недельным перерывом. При поражении ногтевых пластин кистей, как правило, проводилось 2 курса, при поражениях стоп — 3 курса лечения.

Для улучшения трофики ногтевых пластинок нами в исследованиях были использованы разнообразные витаминные комплексы (специальное драже МЕРЦ, пантогар и др.), которые долж-

ны рассматриваться как онихотропные средства. Как показали собственные исследования, эти средства позволяют уменьшать сроки использования антимикотических препаратов примерно на один курс лечения, наряду с уменьшением процента развития вторичной ониходистрофии, которая обычно составляет примерно 10–15%.

Изученные в динамике проведенного лечения биохимические и иммунологические показатели не выявили каких-либо побочных явлений от использованного антимикотического препарата. Переносимость лечения была удовлетворительной.

Таким образом, предлагается высокоэффективный метод лечения больных онихомикозами, который позволяет добиваться клинико-микологического излечения у 105 из 122 (86,1%) больных с минимизацией развития вторичной ониходистрофии.

КОНТРОЛЬ ИНВАЗИВНЫХ МИКОЗОВ У ИММУНОКОМПРОМЕТИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Ш.А. ТИЛАВБЕРДИЕВ[1], Н.Н. КЛИМКО[2]

Республиканский центр по борьбе со СПИДом[1], г. Ташкент, Узбекистан;
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова[2], Санкт-Петербург, Россия

За последние десятилетия инвазивные (глубокие) микозы (ИМ) (кандидоз, криптококкоз, аспергиллез, пневмоцистоз и другие) стали мировой клинической проблемой. Широкое распространение новых медицинских технологий (инвазивных процедур, цитостатической и иммуносупрессивной терапии, трансплантации и пр.), пандемия ВИЧ-инфекции, рост частоты гемобластозов ведут к увеличению популяции иммунокомпрометированных пациентов с высоким риском развития микозов. Недостаточная изученность ИМ, сложность диагностики, неадекватность и, вследствие чего, неэффективность проводимой терапии, обуславливают высокую летальность (до 70–100%). В этой связи, поиск новых подходов к контролю микотических осложнений у иммунокомпрометированных больных, повышению эффективности их лечения и профилактики представляется весьма актуальным.

Одним из таких подходов является заявленная цель UNAIDS (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу) и GAFFI (Глобальный фонд противодействия грибковым инфекциям): сократить ежегодную смертность при СПИДе за счет снижения частоты оппортунистических глубоких микозов ниже 500 000 случаев к 2020 году. Это возможно лишь при обеспечении адекватной диагностики и этиотропном лечении ИМ.

В данном сообщении представлены предварительные результаты изучения ИМ в Узбекистане и сформулированы задачи по участию отечественных специалистов в реализации указанной глобальной цели.

ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДЕРМАТОМИКОЗАХ

Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Высокая распространенность дерматомикозов среди населения Андижанской области требует проведения широких профилактических и дезинфекционных мероприятий на разнообразных объектах: в инфекционных очагах, лечебно-профилактических учреждениях микологического профиля, в душевых, санитарных пропускниках, детских учреждениях, лечебных бальнеологических комплексах, в коммунальных объектах (банях, прачечных, парикмахерских, гостиницах, общежитиях), в спортивных комплексах, бассейнах и пр.). У пациентов с дерматомикозами проводится очаговая (текущая и заключительная) и профилактическая дезинфекция. Проблемы дезинфекции состоят в необходимости обеззараживания широкого круга объектов, контаминированных возбудителями (обувь, нательное и постельное белье, головные уборы, одежда и т.п.), поверхности помещений, санитарно-технического оборудования, предметов туалета и ухода за больными людьми, уборочного инвентаря, перевязочного материала, медицинских отходов и т.д.), а также часто встречающейся устойчивости возбудителей, находящихся внутри патологического материала (волосы, ногтевые пластины, чешуйки кожи).

Наиболее распространенный в настоящее время химический метод дезинфекции предусматривает применение дезинфицирующих средств из различных химических групп способами протирания, орошения, погружения. Наиболее активны в отношении возбудителей дерматомико-

зов препараты на основе надуксусной кислоты, катионные поверхностно-активные вещества, органические хлорактивные средства на основе натриевой соли, дихлоризоциануровой кислоты, хлорпроизводные гидантоина, анолиты.

В Андижанском областном КВД из физических методов дезинфекции для обеззараживания при дерматомикозах широко применяют автоклавирование, особенно в лабораториях, кипячение. Камерной дезинфекции подвергают одежду, обувь, постельные принадлежности и книги. Медицинские отходы сжигают или заливают растворами дезинфицирующих средств, автоклавируют, обеззараживают в установках при сочетанном воздействии агентов.

ОНИХОМИКОЗ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования — оценка клинической эффективности препарата «Эрбинол» в сравнении с лечением антимикотиком другой фармакологической группы.

Материал и методы исследования. Нами обследованы и пролечены по схеме «пульс-терапия» 132 пациента с грибковыми поражениями ногтей препаратом «Итраконазол» (1-я группа) и 81 пациент препаратом «Эрбинол» (тербинафин) (2-я группа). Давность процесса у 68,8% пациентов 1-й группы и 87,7% 2-й группы составила более 5 лет.

Результат исследования. Оценка результатов проводилась по окончании стандартного курса лечения, соответствующего глубине и степени вовлечения в патологический процесс ногтевых пластинок. У лиц в возрасте от 30 до 39 лет в структуре заболеваемости преобладали дистально-латеральный и проксимальный тип поражения ($P<0,05$). Они встречались с одинаковой частотой, что составило соответственно 62,9% и 31,8% в 1-й группе и 59,3% и 34,6% во 2-й группе. Выздоровление и значительное улучшение процесса наблюдались в 1-й, и во 2-й группах: у пациентов 20–29 лет — в 94,4±5,4% и 87,5±11,7%, случаев 30–39 лет — в 92,9±6,9% и 94,4±5,4%; 40–49 лет — в 91,9±4,5% и 92,3±5,2%; 50–59 лет — в 100±3,6% и 90,9±8,0%; 60 и более лет — в 89,6±4,4% и 88,9±7,4%. Всего в группе пациентов, пролеченных интраконазолом, выздоровление или значительное улучшение наступило в 92,4% случаев; в группе, пролеченных эрбинолом (тербинафином), — в 91,4% случаев.

Вывод. В различных возрастных группах пациентов, получавших лечение препаратами интраконазол и эрбинол (тербинафин), достоверной разницы в успешности лечения не выявлено. Эрбинол по клинической эффективности не уступает другим препаратам тербинафинового ряда.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ ТЕРБИНАФИНОМ (ЭРБИНОЛ) В СОЧЕТАНИИ С ГЕПАТОПРОТЕКТОРОМ «ЛИВСОН»

Ш.А. ХАМИДОВ, Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования — изучение эффективности и безопасности применения системного антимикотика «Тербинафина» (эрбинол) в сочетании с гепатопротектором «Ливсон» у больных онихомикозами.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 32 пациента с онихомикозом стоп, среди них 20 мужчин и 12 женщин в возрасте от 50 до 58 лет. Критерием включения в исследование было наличие сопутствующей патологии требующей ежедневного применения базисных лекарственных препаратов: сахарный диабет — у 35% больных, ишемическая болезнь сердца — у 59%, гипертоническая болезнь — у 64%. Методом культуральной диагностики были обнаружены следующие возбудители: tr. rubrum (70% пациентов), tr. interdigity (25%), плесневые грибы (5%), которые были чувствительны к тербинафину (эрбинол).

Всем пациентам было выполнено 2-кратное биохимическое исследование крови (до начала и по окончании терапии), включающее: АЛТ, АСТ, холестерин, триглицериды.

Результаты исследования. При первичном обследовании группы пациентов были получены следующие результаты: у 23% показатели были в пределах нормы; у 65%отмечалось повышение уровня АЛТ на 20–25%, АСТ на 15–20%, триглицеридов на 30–32%. Повышение уровня холестерина на 20–23% отмечалось у 38% пациентов.

Все пациенты в качестве системной этиотропной терапии получали тербинафин (эрбинол) в дозе 250 мг ежедневно в течение 5–6 месяцев непрерывно. В качестве сопроводительной терапии на весь период лечения пациенты получали гепатопротектор ливсон по 1 капсуле 3 раза в сутки.

При повторном обследовании после окончания курса терапии были получены следующие

результаты: у 89% обследуемых (изначально имевших отклонение от нормы в биохимических показателях крови) отмечалось снижение уровня АЛТ на 18–20%, АСТ — на 14–15%, уровня триглицеридов — на 12%. Уровень холестерина остался без существенных изменений.

Вывод. Включение в стандартную монотерапию больных онихомикозами ливсон, дает возможность значительно улучшить лабораторные показатели функций гепатобилиарной системы, что способствует уменьшению токсических свойств этиотропного препарата, его более эффективному действию вследствие непрерывного курса терапии и улучшению качества жизни пациентов.

МОХОВГА ЧАЛИНГАНЛАР НИМА УЧУН КЕЧ АНИҚЛАНАДИ?

Э.Х. ЭШБОЕВ, С.Э. ЭШБОЕВ

РИД ва ВИАТМ

Мохов (лепра) сурункали, юқумли тери касаллиги бўлиб, аксарият ҳолларда беморнинг териси билан биргаликда периферик нерв тизими, мушаклари, ички ва кўриш аъзолари қаттиқ жароҳатланади. Мободо бемор узоқ вақт даволанмайдиган бўлса, унинг репродуктив аъзолари ҳам зарарланади.

Ҳозирги пайтга келиб, Ўзбекистонинг жанубий қисмида 15 та, шимолий қисмида эса (жумладан, Қорақалпоғистон Республикасида) 241 та, 2016 йилнинг ниҳоясига келиб Республикамиз бўйича жами 256 та тирик беморлар қолди. Олиб борган илмий тадқиқотларимизнинг асосий эътиборини моховга чалинган беморлар нима учун кеч аниқланишинига қаратдик.

Биринчи мисол: 2001 йил Андижон вилоятининг Улуғнор туманидан янги лепроматоз лепрага чалинган бемор аниқланди. Маълум бўлишича, бемор 1961 йилда 7 ёшида ўзининг моховга чалинган бувиси билан бор-йўғи 1 ҳафта маиший контактда бўлган. Орадан 37 йил ўтгандан сўнг мазкур касаллик неварасида аниқланди. У узоқ йиллар давомида аралаш мутахассисиларда турли хил ташхис билан даволаниб юрган.

Иккинчи мисол: 2005 йили Сурхондарё вилоятининг Олтинсой туманида 1950 йилда туғилган лепроматоз лепрага чалинган бемор аёл аниқланди. Эпидемиологик тадқоқтлар шуни кўрсатдики, бемор узоқ вақт турли хил мутахассисларда, жумладан, дерматолог, невролог, офтальмолог ва фтизиатрда узоқ йиллар давомида даволанган. Клиник-лаборатор изланишларимиз шуни кўрсатдики, бемор аслида 1972 йил 22 ёшида моховнинг лепроматоз хили билан Булунғур лепразориясида даволанган. Бемор болалигидан моховхонада ўсган. Ҳам отаси, ҳам онаси, кейинчалик биринчи турмуш ўртоғи, ундан кейин иккинчи турмуш ўртоғи ҳам моховга чалинган беморлар бўлган. Эндиликда у рецидив билан мурожаат қилган.

Учинчи мисол: 2007 йили Хоразм вилоятининг Янгиариқ туманида моховнинг лепроматоз хилига чалинган, 1951 йилда туғилган эркак бемор аниқланди. Худди юқоридаги каби бу бемор ҳам аввалари тизимли равишда невролог, аллерголог, дерматолог, офтальмолог каби аралаш мутахассисларда даволаниб юрган. Изланишларимиздан маълум бўлдики, бемор 1970 йилда лепроматоз лепра ташхиси билан лепразорияда даволанган. Онаси ва синглиси ҳам моховга чалинган беморлар бўлган. Аммо тиббий кузатув пайтида юқорида таъкидланган мутахассисларнинг хаёлига мохов ташхиси келмаган.

Шундай қилиб, кўрсатган мисолларимиздан маълум бўлдики, тиббиёт структурасида ишлаётган аралаш мутахассислар, ҳатто дерматологларнинг ўзи ҳам мохов касаллигининг клиник кўриниши тўғрисида ёрқин фикрга эга эмас. Улар касаллик ўчоқларини клиникасини, ҳатто юқиш даражасини оз бўлсада билишмайди. Оқибатда узоқ йиллар беморлар аралаш мутахассислар орасида сарсон бўлиб юраверади. Демак, биз тиббиёт ходимлари орасида ва уларнинг ташкилотчилари билан ҳамкорликда мохов касалигининг ўчоқлари, клиникаси, давоси, прфилактикаси ва лаборатория диагностикасида узлуксиз таълим бериб боришимиз лозим.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕПРЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Э.Х. ЭШБОЕВ, З.Х. НУРАЕДИНОВА

РИД ва ВИАТМ, Каракалпакская республиканская лепрозория

Республика Каракалпакстан явилось эндемической зоной по заболеванию лепрой. Начало распространение лепры в Республике Каракалпакстан неизвестно. Началом борьбы с заболеванием лепры считается 1933 год, т.е. со дня организации Каракалпакского Лепразория (в поселке Джаман-аул). Тогда насчитывалась всего 60 больных. В 1934 году начились (Шубином В.Ф. и Баскаковым М.С) выборочное обследование населенных пунктов, и только в 6 районах выявили

около 400 больных. В 1938 году продолжительная обследовательная работа привела выявлению до 500 больных лепрой.

В 1952 году для лечение больных лепрой стали применять сульфоновые препараты, больные после эпидемиологической негативности, выписывались на амбулаторное лечение. Самая высокая заболеваемость лепрой считалась северный район Муйнак. По мимо выборочных обследований, проводились массовые обследования и выявление новых больных, что привело к повышению численности больных. Большое число больных было обнаружено за 1933–1955 гг. — 105,36 случаев ежегодно, резкая разница заболеваемости лепрой составляет 1966–1975 гг. — 33,9.

1976–1985 годы считаются переходом эндемии лепры в стойкую спородичность — 8,8 случаев годовых, последующие годы характерны убывающей до единичных случаев спородичностью. На сегодняшний день заболеваемость лепрой считается стойкая спородичная. Врачами и эпидемиологами Каракалпакского Лепразория продолжается эпидемиологическая обследовательская работа среди контактных лиц по заболеванию лепрой. Относительно наибольший процент заболеваемости составляет южные районы. В настоящее время на учету состоит 241 больных, из них 11 считается активными. Последний активный больной выявлен 2016 году во время эпидемиологического обследования контактных лиц, с диагнозом — малобациллярная форма лепры. Остальные 231-больных в стадии стойкого регресса. По данным ВОЗ больными лепрой считаются лица:

Нуждающийся специализированной химиотерапии.

Излеченные от заболевания лепрой, но имеющие ее осложнения и нуждающиеся в специализированных видах помощи.

По всем данным можно считать, что заболеваемость лепрой в Республике Каракалпакстан в стадии угасания эндемии:

1. Снижение заболеваемости до спородических случаев.

2. Среди больных единичные случаи рецидива.

3. Среди новых заболевших нет детей, все среднего и старшего возраста, не считая единичных случаев.

Средний возраст больных 72 года.

Зарегистрированных очагов нет новых случаев заболеваемости.

Но для искоренения болезни требуется большая работа. Это связано с инкубационным периодом заболевания лепры, а также сильной миграцией население.

ЭСКИ КАСАЛЛИ КЎЧОҒИ — ЯНГИ КАСАЛЛИК МАНБАИ

ЭШБОЕВ Э.Х., ДРАБИК Р., НУРАЕДИНОВА З.Х.

РИД ва ВИАТМ, DAHW Германия, Қорақалпоғистон республика лепрозорияси

Мохов (лепра) касаллигининг Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудида кенг тарқалганлиги адабиётлардан маълум. 1960 йилда Республикада 1286 та бемор ҳисобда турган: шу йилнинг ўзида 166 та, 1962 йил эса 106 та, 1966 йилга келиб, бир йилда 78 та янги бемор қайд қилинган. 1980 йилдан кейингина касалланиш спорадик ҳолатга туширилган. Беморларни аниқлаш кўрсаткичи Республиканинг шимолий қисмида 95 фоизни ташкил қилган бўлса, жанубид эса бор-йўғи 5 фоизни ташкил қилган холос.

Ҳақиқатан ҳам мустақиллик йилларига келиб, беморларнинг аниқланиши минимал даражага туширилди. Яъни юз минг аҳолига касалланиш 0,7 ни ташкил қилди. Ҳозирги кунга келиб, Республикада беморлар аниқланган ўчоқлар сони 1116 ни, беморлар билан маиший контактда бўлганлар сони 1775 ни ташкил қилади.

Олиб борган ташкилий ва илмий ишларимизнинг мақсади — касаллик аниқланган ўчоқлардаги беморларни ҳамда уларнинг маиший контактларини текширишдан иборат бўлди. Текшириш мобайнида Республика ҳудудида эскидан беморлар аниқланган ўчоқлар, тирик беморлар ва уларнинг маиший мулоқотдорлари қайтадан тиббий кўрикдан ўтказилди. Изланишлар натижасида бутун Республика ҳудудидан яна 8 та янгидан моховга чалинган беморлар аниқланди. Қайд қилинган беморларнинг барчаси аввал улар билан маиший контактда бўлиб юрган ёки оиласида касаллик аниқланганлар одамлар экан.

Шундай қилиб, олиб борилган ҳам ташкилий, ҳам илмий изланишларимиздан маълум бўлдики, моховга чалинган беморларни аниқлаш учун эски эндемик ўчоқлар назоратини унутмаслик керак. Беморларнинг маиший контактларини камида йилида бир маротаба тиббий кўрикдан ўтказилиб турилгандагина янги беморларни аниқлаш кечикиб кетмайди.

ИППП И УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

О ПРОБЛЕМЕ СКРЫТОЙ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

А.М. АБИДОВ, Г.С. БАБАКУЛОВА

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

В последнее десятилетие актуальность проблемы венерических заболеваний, в частности, сифилиса, остается одной из приоритетных. Это обуслjвливается тенденцией роста регистрации стертых форм сифилиса, развитием висцеральной и неврологической патологии, нарастанием скрытых форм сифилиса и увеличением частоты случаев серорезистентности, что значительно влияет на качество жизни.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется более 300 млн новых случаев наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем, из которых около 12 млн приходится на сифилис.

В Узбекистане в период с 2007 по 2012 гг. наблюдалось стабильное снижение регистрации числа больных сифилисом. Так в 2007 г. интенсивный показатель заболеваемости был равен 12,2, а в 2012 г. — 6,9. Однако динамика заболеваемости сифилисом за последние 3 года свидетельствует об учащении регистрации в 1,5 раза.

Статистические показатели последних 10 лет указывают на значительное сокращение числа больных, у которых был диагностирован первичный сифилис, однако регистрация вторичного и скрытого раннего сифилиса возросла, что является эпидемиологически неблагоприятным фактором, а также указывает на определенные проблемы в ранней диагностике сифилиса.

Одним из факторов перехода сифилитической инфекции в скрытую форму может быть нарушение внутреннего гомеостаза организма. Перекисное окисление липидов, эндогенная интоксикация могут быть факторами перехода в хроническую форму любого заболевания. В частности, доказано, что продукты окисления липидов используются в организме для синтеза биологически активных веществ — простагландинов, тромбоксанов, стероидных гормонов и т. д., но при интенсификации процесса окисления, на который может влиять как сифилитическая инфекция, так и антибактериальная терапия, могут приводить к изменению физико-химических свойств мембранных белков и липидов, нарушать проницаемость мембран, ионный транспорт. Также активация перекисного окисления приводит к изменению структуры липопротеинов сыворотки крови и гиперхолистеринемии, нарушает разнообразные процессы клеточного метаболизма на всех уровнях. Повреждение эндотелия сосудов, в ходе бактеримии приводит к синтезу оксида азота, который необходим для регуляции тканевого кровотока, процессов дыхания, выделения и т. д., но его избыточное накопление в организме приводит к эндогенной интоксикации, которая также нарастает под воздействием инфекционного процесса, антибактериальной терапии и накопления продуктов перекисного окисления липидов. В свою очередь, эндогенная интоксикация может приводить к органной или полиорганной недостаточности.

Следовательно, изучение любых биохимических параметров у больных со скрытыми формами сифилиса, могут быть рассмотрены как фактор возможного влияния на течение заболевания.

СЎЗАК КАСАЛЛИГИНИНГ МАНБАИ ВА ЮҚИШ ЙЎЛЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДОШУВ

А.М. АБИДОВ, Э.Х. ЭШБОЕВ, Э.С. ЭШБОЕВ, Х.А. АБИДОВ

РИД ва ВИАТМ

Аксарият ҳолларда касаллик жинсий йўл орқали юқади. Кам белгили ва асимптом хилларига чалинган беморлар касаллик манбаи ҳисобланади. Баъзан шундай бўладики айрим сўзакка чалинган беморлар касалликка умумун эътибор бермайди, бундай ҳолат қўпроқ аёлларда кузатилади. Хасталикнинг сурункали хили билан касалланганлар — эркак ёки аёл бўлсин, улар узоқ вақт ўзларини бемор деб ҳисобламасликлари мумкин.

Сўзак касаллигининг ўткир хилини бошидан кечираётган эркак бемор уретрадан келаётган

йирингли ажралма, ундаги оғриқ ҳамда ачишиш ҳисобига жинсий мулоқотдан ўзини бироз тияди. Аммо бундай ҳолатларда алоқага кирадиганлар ҳам топилади. Бунда биринчи бўлиб, аёлларнинг сийдик йўли зарарланади. Агарда эркак кишининг сийдик йўлидан келаётган йирингли ажралма кам ёки у касалликнинг сурункали хилига чалинган бўлса, у ҳолда дастлаб аёл кишининг бачадон бўйни канали гонококклар билан зарарланади. Аёлларнинг уретраси, қин даҳлизи безлари, кейинчалик тўғри ичак шиллиқ қавати иккиламчи бўлиб касалликка чалинади.

Бизнинг узоқ йиллик тажрибамиз ва амалиётдаги кузатувларимиздан маълум бўлдики, 70–80 % ҳолларда сўзак касаллиги спиртли ичимликлар ичиб, маст бўлганларида ёки гиёҳванд моддаларни қабул қилиб кайфу- сафода жинсий яқинликда юқиб қолади.

Сўзак шахсий гигиенага амал қилмаслик ёки эътиборсизлик туфайли, умумий қилиб айтганда маиший йўл билан ҳам юқиб қолиши мумкин. Тиббиётда эса ишлатиладиган асбоб-анжомлар, текшириш ускуналари орқали юқиб қолиш ҳолатлари кейинги йилларда деярли учрамай қолди.

Умумий ишлатиладиган кўрпа-тўшак, болаларнинг кечки туваги, губкалар орқали касалликнинг айнан болаларга юқиши ҳам кузатилмай қолди. Оилада шахсий гигиенанинг ночор ҳолга тушиб қолиши, ота-онанинг ичкиликка ружу қўйиши, узоқ вақт мобайнида носоғлом муҳитнинг давом этиши сўзакнинг катталардан болаларга фавқулотда юқиб қолишига сабаб бўлиши мумкин. Лекин айрим тажрибали мутахассислар 12–14 ёшдаги болаларга (қизларга) касаллик жинсий йўл орқали ҳам юқиб қолганлигини инкор қилишмайди. Умуман олганда касалликнинг маиший йўл билан юқиб қолиш ҳолатлари жами касалликнинг 0,14–0,36 % ташкил қилади.

Гонококклар юққанидан сўнг эркакларнинг сийдик йўли шиллиқ қаватини, аёлларда эса бачадон бўйни каналини, уретра шиллиқ қаватини, қин даҳлизи безлари асосини зарарлайди. Ёш қизчаларнинг эса вульвасини ва қин шиллиқ қаватини яллиғлантиради. Гомосексуалистларда касалликнинг бирдан бир ўчоғи бўлиб тўғри ичак шиллиқ пардаси ҳисобланади. Лекин аёлларнинг яллиғланган сийдик ёки бачадон бўйни каналидан ажралма йиринг билан гонококклар уларнинг тўғри ичагига тушиб зарарлаши мумкин.

Орогенитал мулоқотда гонококклар бирламчи бўлиб томоқ миндалинларни ва оғиз шиллиқ қаватини зарарлайди. Стоматит, ринит каби касалликларни болалар билиб-билмасдан жинсий аъзолари ажралмаларидан юқтириб олган вазиятлар амалиётда кузатилади. Ҳатто сўзакли фарингит чақалоқларга туғилиш пайтида юқиб қолганлиги қайд қилинган.

Шахсий гигиена қонун-қоидалари қўпол бузилганда гонококклар катталар кўз шиллиқ пардасини яллиғлантириб, гонобленореяга сабаб бўлиши мумкин. Сўзакли конъюнктивит ҳам чақалоқларда учраб туради. Бундай ҳолларда инфекция чақалоқ онасининг туғиш йўлидан гўдакнинг кўзига тушиши оқибатида юз беради. Чақалоқларда яна қағонок сувини ютиш оқибатида ёки бачадон ичида гемотоген равишда гонококкли сепсис, менингит, артрит ҳам кузатилган.

СЎЗАК ПАТОГЕНЕЗИГА ЯНГИЧА ҚАРАШ

А.М. АБИДОВ, Э.Х. ЭШБОЕВ, Э.С. ЭШБОЕВ, Х.А. АБИДОВ

РИД ва ВИАТМ

Сўзак касаллиги ўзининг монтроплиги билан характерланади. Унинг қўзғатувчиси бўлмиш гонококклар аксарият ҳолларда цилиндирик ҳужайралар билан қопланган сийдик-таносил аъзолари шиллиқ қаватини (уретра, бачадон бўйни канали, тўғри ичак пастки қисми шиллиқ қаватини, кўз конъюнктивасини ва б.) ёки эпителиал безларни зарарлайди.

Одатда гонококклар тушган жойларини жароҳатлаб патологик жараённи вужудга келтиради. Шунинг учун ҳам сийдик-таносил аъзолари (генитал) сўзаги, экстрагенитал сўзак (тўғри ичак, томоқ ва кўзлар зарарланганда) ва метастатик (диссеминирланган) сўзак юқорида санаб ўтилган иккита сўзакнинг асорати ҳисобланади.

Гонококклар кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган сийдик-таносил аъзоларининг шиллиқ қаватини зарарлаши билан бир қаторда камдан-кам вазиятларда (механик, химик ва термик травмалардан кейин мацерациялар, табий иммунитет тушган ҳолларда) терини ҳам зарарлаши мумкин.

Гонококклар шиллиқ пардага тушгандан сўнг улар ўзларининг ҳужайра қобиғида жойлашган томчисимон хосиласи, яъни пилакчалари билан эпителиал ҳужайраларнинг юзасига ёпишиб олади. Бу жараён жуда зудлик билан кечади, ҳатто бемор жинсий мулоқотдан сўнг тезда пешоб қилган бўлса ҳам гонококклар эпителиал ҳужайралар деворига ёпишиб бўлади.

Бизнинг тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, гонококкларни 24–48 соат ичида ҳужайралараро бўшлиқда аниқлаш мумкин. Эпителиал ҳужайралар ёш гонококкларни фагоцитоз қилиши мумкин. Аммо гонококклар халокатга учрамайди, аксинча улар базал соҳага ўтиб, суб эпителиал тўқималарга кириб боради. Эндиликда гонококклар ўзининг микроколонияларини ташкил қилади, эпителиал қаватнинг деструкциясини келтириб чиқаради. Юза жойлашган лимфатик ва майда қон томирларига йўл очилади. Хамотаксис ходисаси туфайли нейтрафиллар, лимфоцитлар ва плазматик ҳужайраларнинг гонококклар жойлашган соҳаларига миграцияси бошланади. Натижада сийдик йўлида эксудация, ажралма кела бошлайди, эпителия ости қаватида эса яллиғланиш ўчоғи, яъни инфильтрация вужудга келади. Секин-аста бу жойларни мононукляр элементлар эгаллайди. Ҳатто бу жойларда гонококклар ўлиб кетса ҳам инфильтрация ўчоқлари узоқ вақт сақланиб қолади. Баъзи ҳолларда юмалоқ ҳужайрали инфильтрацияланиш ўрнини чандиқли тўқима эгаллайди ва сийдик йўлининг қисилиши ёки стриктура юзага келади.

Гонококклар микроорганизм сифатида ҳаракатчанлик хусусиятларига эга эмас, аммо улар юзага келтирган яллиғланиш жараёни шунчалик кўп ажралма пайдо қиладики, улар бутунлай сийдик йўлини эгаллаб олади. Натижада гонококклар уретранинг юқори қисмига, тепега қараб ўрнашиб олишига имкон туғилади. Кейинчалик эркакларда зудлик билан орқа уретрит, аёлларда эса аднексит ривожланишига сабаб бўлади. Бу ҳол қўзғатувчининг лимфоген тарқалганлигидан далолат беради.

И.М. Омаров (1981) ўзининг электрон микроскопик тадқиқотларида гонококкларнинг лимфатик капиляр ичига кириб олишини ва лимфатик йўлларда эндотелиал ҳужайралар билан эндоцитобиоз ходисасида иштирок этишини исботлаб берган. Лимфатик капиляр орқали гонококклар қов(чов) соҳаси лимфа безларига етиб бориши мумкин, натижада безлар шишади ва безиллаб оғрийди. Амалиётда 70–80 та сўзакка чалинган беморларнинг 4–5 тасига қов соҳаси лимфоденити кузатилади. Камдан-кам ҳолларда сўзак касаллигига чалинган беморларнинг сийдик йўлидаги яллиғланиш кам бўлиб кўринсада, аммо уларнинг тана ҳарорати кўтарилиб йирингли лимфаденит кузатилади. Бундай беморларда лимфа безларидан олинган пунктантларни бактериологик текширув йўли билан гонококклар аниқланган. Айрим олимлар ўз амалиётида аёлларнинг тухумдони ва қорин бўшлиғидан гонококкларни топишга муваффақ бўлишган. Инфекция лимфатик йўл билан тарқалганлигига яна бир бор ишонч хосил қилганлар.

Сўзак касаллигида асоратланишнинг юқори бўлишида гонококкларларнинг ретрограт кўчишининг аҳамияти жуда каттадир. Уруғ (сперма) йўлларида антиперистал қисқариш ва кенгайиш ҳолатининг табиий равишда юз берганида гонококклар эркакларнинг мояги ичига тушиб қолади. Бу жараён аслида қўзғатадиган моддалардан бири бўлиб, адреналин ҳисобланади. Адреналин жинсий ҳаяжон пайтида жуда кўп ишлаб чиқилади.

Сўзак эпидедимитида яллиғланиш ўчоқларининг тухум ортиғи дум соҳасида жойлашиши ҳам инфекциянинг трансканаликуляр тарқалганлигидан далолат беради.

Сўзак касаллигига чалинган бемор эркак билан жинсий мулоқотда бўлган аёлнинг гонококклар аввал уретрага, кейинчалик эса бачадон бўйни каналига тушади. Тўғри бачадон бўйни канали юза қопламини ёпиб турувчи шиллиқ тиқин, кўп қаршилик қилади. Кейинчалик инфекция бачадон ичига ва ниҳоят антиперистал қисқаришлар эвазига гонококклар бачадон найларига-тухумдонларга, ҳатто қорин бўшлиғига етиб бориши мумкин. Айрим олимлар гонококклар сперматозоидларнинг бўйин қисмига ёпишиб олиб, ичкарига илдам интилади, деган фикрларни ҳам айтишади. Аёлларда бачадоннинг хилпилловчи эпителия ҳужайралари бор ҳаракатлари билан инфекцияни ҳайдашга ёки йўқ қилишга ташланади, аммо гононкокклар ташқи деворидаги липополисахарид ва пептидогликандан тизилган захарли моддалар бу қаршиликни бартараф қилади. Оқибатда адгезия туфайли гонококклар таносил аъзолари шиллиқ қавати эпителия ҳужайраларига маҳкам ёпишиб олади.

Аёлларнинг ойда бир марта кўрадиган ҳайз цикли гонококкларнинг янада кўпроқ тарқалишига имкон яратади. Шунинг учун ҳам ҳайздан кейин, аксарият ҳолларда аёлларда сальпингит авж олади.

Гонококкларнинг метастазли гемотоген диссеминацияси амалиётда жуда камдан-кам ҳолларда учрайди. Harris J.R. ва б., (1984) ўз изланишларида 50,000 дан ортиқ сўзакка чалинган беморларни кузатишган ва бор-йўғи 5 донасида гонококкларли диссеминациянинг энг кўп клиник белгиларидан бу артрит ва тендосиновит эканлиги аниқлашган.

Профессор Солиев Т.С ва бошқа муаллифлардошлар (2000) биргаликда 428 та реактив артритга чалинган беморларни текширишганидан фақатгина 3 тасида гонококкли артрит топишган холос.

Баъзан сийдик-таносил тизими шиллиқ қисми эпителиал ҳужайралари ва гонококклар орасида мутаносиб келишув асосида инфекция капилярларга, яъни қонга тушади. Лекин қон ҳужайралари ва зардобнинг бактериоцид фаол-

лиги туфайли гонококлар тезда нобуд бўлади. Камдан-кам вазиятларда, жумладан қўзғатувчи қон зардобидаги киллинг — омилга чидамли бўлса, организмнинг иммун тизимида камчиликлар юз берса ва ниҳоят ҳужайраларнинг бактериоцит таъсири камайган ҳолларда диссеминациялашиши кузатилиши мумкин.

Тўғри гонококклар қонга тушганда назарий жиҳатдан транзитор бактериемия (гонококкемия) тўғрисида фикр юритиш мумкин, лекин гонококклар қондаги қаршиликни енга олмаганларидан сўнг дарров тўқималар ичига жойлашиб олади. Шунинг учун ҳам гонококкли сепсис деярли амалиётда учрамайди.

СЎЗАКДА ТУХУМ ОРТИҒИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

А.М. АБИДОВ, Э.Х. ЭШБОЕВ, З.Х. УБАЙДУЛЛАЕВ

РИД ва ВИАТМ

Гонококклар лимфа томирлари ёки орқа уретра билан тухум ортиғига ўтиб қолиши мумкин. Бироқ аксарият ҳолларда гонококклар тухум ортиғига уруғ ташувчи йўл орқали антиперистальтик қисқаришлар туфайли ўтади. Гарчанд уруғ ташувчи йўлнинг ўзи яллиғланиши жараёнига унчалик тортилмасада, аммо тухум ортиғи қаттиқ зарарланади.

Шундай қилиб, эпидидимитнинг юзага келишида кўп маротаба жинсий қўзғалиш, жисмоний зўриқиш ёки тиббиёт ходимларининг доривор моддаларни катта босим билан сийдик йўлига жўнатиш каби омиллар сабаб бўлади, яъни шу тариқа гонококклар орқа уретрадан тухум ортиғига тушиб қолади.

Одатда эпидидимитга чалинган беморларнинг тана ҳарорати (39–40°С) кўтарилади. Бўшашиб, лохасликни ҳис қилади, боши оғрийди. Гарчанд сўзакли уретритнинг объектив белгилари кам қолган бўлишига қарамасдан тухум ортиғи шишиб, катталашиб кетади. Моякларнинг тери ранги қизариб, қўл билан ушлаб кўрилганда иссиқ бўлиб туюлади. Бу ҳолатга тушиб қолган беморлар ҳаракат қилишга ёки жисмоний иш бажаришга бироз қийналишади.

Гонококкли эпидидимит ҳар доим ҳам тана ҳароратининг юқори бўлиши билан кечавермайди, баъзан шундай бўладики, беморнинг аҳволи яхшиланади, эпидидимит белгилари сезилмайди, моякклар териси қизариб шишмайди. Аммо бу жараён клиник жиҳатдан ёлғон кўриниш ҳисобланади. Гистологик текширувлар натижаларидан маълум бўлдики, эпидидимит аксарият ҳолларда орхит билан намоён бўлиб, жуда оғир асоратларга олиб келиши мумкин. Лекин шуни ҳам инобатга олиш керакки, кўпинча тухумни ўраб олувчи қобиқ ҳам яллиғланиб, ўткир периорхитга сабаб бўлади. Натижада тухумлар оралиғига яллиғланиш суюқлиги йиғилиб, тери таранглашади, флюктуацияланувчи шиш пайдо бўлади.

СЎЗАКДА УРЕТРАНИНГ ТОРАЙИШИ (СТРИКТУРА)

А.М. АБИДОВ, Э.Х. ЭШБОЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ

РИД ва ВИАТМ

Уретра шиллиқ қавати ва уни ўраб турувчи атрофдаги тўқималарининг чандиқ билан алмашиниши оқибатида маълум бир қисми торайиб қолса, бу уретра стриктураси ёки ички қисмининг торайиши дейилади.

Уретранинг сўзак туфайли торайиши, касалликнинг авж олиши оқибатида, шу билан биргаликда патологанатомик жараён хасталикнинг дастлабки кунлариданоқ сийдик йўлида нақадар ривожланиши билан боғлиқ. Шу билан биргаликда гонококкларнинг вирулентлиги ҳамда касаллик муддати катта аҳамият касб этади. Ундан ташқари, даволаш услуби ва тактикаси ҳам кўп нарсани хал қилади.

Кейинги йилларда антибактериал терапиянинг ривожланиб кетиши, даволаш методларининг такомилашганлиги натижасида уретра стриктураси жуда камдан-кам вазиятларда учрайдиган касалликлар қаторига кириб қолди.

Стриктурани юзага келтирган уретрал инфильтратлар таркибига кўра, майда ҳужайрали қўшимча тўқимали ёки чандиқдан тузилган бўлади. Ундан ташқари, консистенциясига биноан юмшоқ, эластик ва қаттиқ бўлиши мумкин.

Гонореяли стриктура аксарият ҳолларда сийдик йўлининг олд қисмида, яъни закарнинг осилиб турувчи соҳасида жойлашади. Майда-майда бўлакчалардан ташкил топади.

Орқа уретрада струитура деярли учрамайди, сабаби яллиғланиш инфильтратлари биринчидан юза жойлашади, иккинчидан шиллқ қават клетчаткаси юпқа тузилган. Яллиғланиш туфайли пайдо бўлган стриктура, травматик стриктурадан ўзининг ёйилиб жойлашганлиги билан фарқ

қилади, аксинча травматик стриктура маълум бир жойни маҳкам туриб эгаллайди.

Торайиш ўзининг шаклига кўра, узун, қисқа, энли ёки энсиз бўлиши мумкин. Бундай торайишларнинг кўп-камлигига қараб стриктура илон изи кўринишини олади. Сийдик йўлидаги ҳар бир торайишдан кейин аксинча кенгайиши юзага келади, оқибатда бундай кенгайиб қолган жойларда сийдик йиғилади. Бу қолдиқ сийдик ҳисобига шиллиқ қават иккиламчи бўлиб яна яллиғланади. Майда яра-чақалар пайдо бўлади. Грануляцион тўқима ривожланади. Худди шу жойлардан инфекция тўқималарга, атрофга тарқалади ва периуретрит ва абсцессга олиб келади. Абсцесс ёрилиб, сийдик йўлида тирқишлар юзага келади.

Стриктуранинг энг кўп клиник симптомларидан бўлиб, уретрадан ажралма келиши ҳисобланади. Ундан ташқари, сийдик келишининг бузилиши ҳам энг асосий белгиларидандир. Сийдик йўлидаги механик тўғоннинг пайдо бўлганлиги ҳисобига эркин ҳолатда каналдан сийдик келиши қийинлашади, сийдик жуда ингичка бўлиб қийинчилик билан ташқарига чиқади. бемор пешоб пайтида қаттиқ кучанади, қорин деворлари таранг тортади. Пешоб чиқиб бўлгандан сўнг бир неча дақиқа давомида томчи-томчи сийдик яна келади. Сийдик йўлининг торайиб қолиши оқибатида узоқ вақт давомида пешоб қийинчилик билан ташқарига чиқади. Бундай ҳолат сийдик қопининг гипертрофиясига, яъни кенгайиб қолишига сабаб бўлади. Сийдик қопининг силлиқ мушаклари йиллар мобайнида анча бўшашиб қолади, тонуси камайиб сийдикнинг юз фоиз чиқиб кетишининг имкони қолмайди. Оқибатда сийдик қопида сурункали тарзда сийдик қолиб кетади. Бу ҳолат аввалambор, сийдик қопида, кейинчалик эса буйрак жомида инфекциянинг ривожланишига асос бўлади.

Беморга ташхис йиғилган анамнез, шикоятларнинг характери ва уретрани текшириш йўли билан қўйилади. Айниқса, сийдик йўлининг ўтказувчанлигини ўрганиш жуда муҳимдир. Бунинг учун катта бошли эластик резина буждан фойдаланилади. Агарда буж сийдик каналининг дастлабки қисмидан ўтмаса, у ҳолда пешоб торайиш бор деб тушунилади ва кейинги кичикроқ буж олинади. Шу тариқа сийдик йўлидан ўтиб турувчи енг кичик буж аниқланади.

Пешоб каналига тиқиб йўналтирилган бошли буж орқага тортиб олиш пайтида канал бўйлаб жойлашган торайишлар ҳажми ва узунлиги резина буж бошининг силтанишга эътибор бериб ташхис қўйилади. Уретрадаги стриктура тўғрисидаги аниқ маълумотлар рентгенография маълумотларига асосланиб олинади.

Умуман олганда сўзак туфайли юзага келадиган сийдик канали стриктурасини тизимли ва сифатли равишда бемалол даволаса бўлади. Демак, функционал бузилишларнинг олди олинади.

ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫБОРА ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ УРЕТРИТОВ У МУЖЧИН

Ш.К. АХМЕДОВ, Р.А. ОРИПОВ, А.У. РУСТАМОВ

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы — оценить эффективность антибактериальной терапии различными препаратами у больных хроническими уретритами.

Материал и методы исследования. В исследование включены 30 мужчин в возрасте 20–35 лет с хроническим уретритом. У всех пациентов проведены соответствующие исследования, исключающие ИППП. Критерии исключения: положительный результат исследования на ИППП; нейрогенные расстройства мочеиспускания в анамнезе; прием препаратов, влияющих на функцию мочевой и нервной систем; наличие сопутствующих заболеваний, имеющих симптомы, схожие с симптомами уретрита; наличие в анамнезе травм и операций на органах малого таза и мочеполовой системе. Проведен бактериологический посев отделяемого уретры на флору с определением чувствительности к антибиотикам.

Результаты исследования. Видовой состав микрофлоры уретры был представлен следующими микробами в высоких титрах: Enterococcus spp — 24,8 %, Str. agalactiae — 20,7 %, Enterococcus faecalis — 5,5 %, Corynebacterium — 12 %, E.coli — 9 %, Proteus vulgaris — 2 %. Терапия хронических уретритов проводилась в соответствии со стандартами следующими антибактериальными препаратами: азитромицин, доксициклин, левофлоксацин, джозамицин. Микробиологическая эффективность лечения составила при использовании азитромицина — 82,3 %, доксициклина — 90,8 %, левофлоксацина — 93,8 %, джозамицин — 95,6 %.

Вывод. Хронические уретриты в 62 % обусловлены пролиферацией условно-патогенной флоры, устойчивой к традиционным антибиотикам. Джозамицин высокоэффективен в лечении хронических уретритов.

СЎЗАК ВА ҲОМИЛАДОРЛИК

Н.Р. ИСАМУХАМЕДОВА, З.Х. УБАЙДУЛЛАЕВ, З.Ш. ИСРОИЛОВА

РИД ва ВИАТМ

Аёллар бефарзандлигида сўзак касаллигининг аҳамияти катта. Статистик маълумотларни инобатга оладиган бўлсак, бефарзанд жуфтликларнинг 30–50 % да асосий сабаб сўзакдир. Бирламчи бефарзандликда 14–15 %, иккиламчисида эса 23–45 % ҳолатларда сўзак касаллиги асосий ролни ўйнайди. Айниқса, 3–5 йил аввал юқорига кўтарилувчи сўзак билан касалланган аёлларда бефарзандлик 45–56 %ни ташкил қилган. Булардан 87,5 % иккиламчи бефарзандликка мубтало бўлишган. Айрим мутахассисларнинг таъкидлашича, юқорига кўтарилувчи сўзак билан сурункали сўзак туфайли келиб чиққан бефарзандликнинг асоратлари таққосланилганда улардан деярли бир хил натижа олишган.

Туғиш жараёнида ёки абортдан кейинги гонококклар сийдик-таносил аъзоларининг пастки қисмидан юқорига кўтарилади ва бачадон ҳамда найлар ичига тушади. Оқибатда бу соҳада яллиғланиш жараёни вужудга келиб, орқага қайтмас ўзгаришлар рўй беради. Юқори кўтарилувчи сўзакда ҳам ана шундай вазиятни кузатиш мумкин.

Юқори таъсир доирага эга антибиотиклар амалиётга тадбиқ қилинганидан сўнг олимларнинг аксарияти, бу соҳадаги муаммолар энди хал бўлади, деб ўйлашганди. Бироқ бундай бўлмади. Барибир сўзак билан боғлиқ бефарзандлик сон жиҳатидан олдинги ўринларни эгаллаб турибди. Сурункали сўзак чалинган аёлларда эндоцервицит 13–14 % ҳолатларда бефарзандликка олиб келиши мумкин. Уларда аксарият бачадон бўйнининг ёрилиши, эктропионлар, фолликуляр-папилляр эрозиялар кузатилади. Бачадон бўйни каналида гонококкли яллиғланиш жараёни рўй берганда у жойдан йирингли-шилимшиқли ажралма келади. Бу ҳолат сперматозоидларнинг нобуд бўлишига олиб келади. Яна бефарзандликка гонококкли эндометрит ҳам сабаб бўлиши мумкин. Ўткир эндометрит вақтинчалик бефарзандликка олиб келади, лекин 3–4 ой мобайнида бачадон ичи шиллиқ қавати тўлиқ тиклангандан сўнг аёллар бемалол ҳомиладор бўлиши мумкин. Айниқса, сўзакдан сўнг қолган сурункали эндометрит оқибатида эндометрияда чуқур ўзгаришлар юз беради. Унинг шиллиқ қавати децидуал тўқимага айланмай қўяди. Буларнинг ҳаммаси бачадон рецептор аппарати фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ. Дарҳақиқат, гонококк инфекцияси туфайли юзага келган яллиғланиш жараёни эндометрияда доимий равишда бўлиб турадиган гормонал циклик ўзгаришларни издан чиқаради. Кузатувларимиздан маълум бўлдики, гонококклар эндометрияни зарарлантириши билан чекланиб қолмайди, балки келажакда найларга ўтиб кетади.

Сўзакли сальпингит гонококк инфекциясининг аёллар таносил аъзоларига етказган энг ёмон оқибатларидан биридир. Бунда аввалига найларнинг эпителия қавати зарарланади, кейинчалик улар ёпилиб қолади. Найлар бекилиши оқибатида юзага келган бефарзандликда яна найларнинг ичида эрозив ўчоқлар авж олади, кучли яллиғланиш натижасида найларнинг ички соҳаси бир-бирига ёпишиб бурмалар ҳосил қилади. Айниқса, ампуляр қисми тақа-тақ беқилади.

Ачинарлиси шундаки, даво курси тўлиқ ўтказилишига қарамасдан, ҳатто найларнинг ўтказувчанлиги тикланса ҳам аввал сўзак касаллигини бошидан ўтказган аёлларнинг асосий қисми бефарзандликдан қутила олмайди. Дарҳақиқат, бефарзандликка фақатгина найларнинг ўтказувчанлигининг бузилганлиги сабаб бўла олмайди. Айниқса, найлар ичида юзага келган турли хил бурма ва инфильтратлар, яъни яллиғланиш асоратлари найлар бўйлаб тухум ҳужайраларининг эркин ҳаракатига имкон бермайди. Қолаверса, тухумдонлардаги яллиғланиш, фолликуляр аппаратдаги негатив ўзгаришлар натижасида гормонларни ишлаб чиқиш фаоллиги издан чиқади. Оқибатда бачадон найларининг функцияси бузилади. Масалан, гипофолликулинемия даврида бачадон найларининг ҳаракатчанлигини пасаяди, натижада бўшашган найлар тухум ҳужайраларини қабул қила олмайди. Аксинча фолликуляр гормонларнинг кўп ишлаб чиқилиши найларнинг спазматик қисқаришларини оширади, бундай вазиятларда тухум хужайра найининг ичида қолиб кетиш эҳтимоли ошади.

Шундай қилиб, гонококкли яллиғланиш жараёни таносил аъзолари шиллиқ қаватида жуда тез пайдо бўладиган чандиқли ўзгаришларга олиб келади. Натижада бу ҳолат иккиламчи бефарзандликни юзага келтирадиган асосий омиллардан ҳисобланади. Айниқса, кичик чаноқ органларида ривожланган чандиқли бурмалар тухум ҳужайраси ҳаракатини мутлақо чеклаб қўяди.

КРИТЕРИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Н.Р. ИСАМУХАМЕДОВА

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

Различают 2 формы бесплодия — первичное и вторичное бесплодие.

Первичное бесплодие предполагает, что беременность ни разу не наступала у женщин, живущих половой жизнью и не применяющих противозачаточные средства.

Вторичным бесплодием называют форму, при котором в анамнезе отмечалась одна или несколько беременностей, после чего беременность не наступала в течение более 1 лет.

Основное условие фертильности женщины — нормальная овуляция. Существенное значение имеет состояние половых путей, обеспечивающих движение сперматозоонов и ооцитов, а также слияние сперматозоонов и яйцеклетки. Непременными условиями обеспечения этого процесса являются проходимость маточной трубы, возможность имплантации оплодотворенной яйцеклетки в слизистую оболочку матки, условия для роста и развития плода. У женщин должны быть регулярные овуляторные менструальные циклы, а постовулярные эндокринные сдвиги и свойства эндоцервикальной слизи должны находиться в пределах нормы.

К основным причинам бесплодия женщин можно отнести: аномалии и пороки развития женского полового аппарата, воспалительные заболевания органов малого таза, обусловленные чаще всего с ИППП. Также эндокринные нарушения, иммунологические факторы, эндометриоз, туберкулез женских половых органов, психические и неврологические расстройства, генные и хромосомные нарушения, производственные и бытовые интоксикации, применение нерациональной терапии и некоторых лекарств, отрицательно действующих на процесс зачатия или оказывающих тератогенное действие на плод и др.

Установление причины бесплодия обязательно должны проводится при обследовании обоих супругов. Особое внимание следует уделять инфекционным заболеваниям органов малого таза, в частности, возникающим после половых контактов. К таким инфекционным заболеваниям относятся — сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, гарднереллез, кандидоз, а также нужно исключить вирусные заболевания, такие как герпес, цитомегаловирус и т.д.

При восходящей инфекции хламидийной, микоплазменной, гонококковой, вирусной и другой природы в маточных трубах развиваются спаечные и облитерирующие процессы. Они влекут за собой сужение просвета трубы, возникновение перитубарных и яичниковых спаек, уменьшение числа ресничек эндосальпинкса, что приводит к нарушению функций маточных труб, обеспечивающих прием и питание яйцеклетки, сперматозоонов и эмбриона, транспорт гамет и эмбриона. Нервные факторы, стрессовые ситуации оказывают отрицательное влияние на процесс оплодотворение, вызывая нарушение сокращения мышц или движения ресничек маточных труб. Хронические психологические стрессы по поводу бесплодия могут затруднить зачатие и даже вызвать стойкое бесплодие. Приступают к исследованию проходимости маточных труб лишь тогда, когда результаты бактериологического обследования, клинического анализа крови исключают наличие активного воспалительного процесса, а также инфекций и вирусов половой сферы.

Эндокринологические исследования относятся к важнейшим диагностическим тестам, дающим информацию о гормональной и овуляторной функции яичников. Гормональные исследования включают определение в плазме крови лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина, дигидроэпиандостерона (ДЭА), тестостерона и прогестерона во время менструального цикла.

Объективное обследование:

1. Длина и масса тела, индекс массы тела, прибавка массы тела после замужества, стрессовых ситуаций, перемены климата и пр.
2. Кровь на КСР, ВИЧ.
3. Обследование внутренних органов организма.
4. Рентгенограмма черепа и турецкого седла.
5. Глазное дно и поле зрения.
6. Осмотр и данные гинекологического исследования.
7. УЗИ матки и придатков, кольпоскопия.
8. Скрининг крови на половые гормоны.
9. Консультация смежных специалистов (гинеколога, эндокринолога, невропатолога, терапевта).
10. Бактериоскопия и бак.посев отделяемого уретры, вагины, цервикального канала на ИППП.
11. ИФА и ПЦР диагностика на ИППП (кровь, отделяемого половых органов).
12. Исследование проходимости маточных труб.
13. Лапароскопия по показаниям.
14. Взаимодействие цервикальной слизи со спермой.

Профилактика бесплодия представляет собой ныне не только медицинскую, но и важную

социально-экономическую проблему. Для профилактики бесплодия важное значение имеет предупреждение и своевременное лечение заболеваний различных органов и систем организма, оказывающих влияние на процессы определяющие формирование полового аппарата. Эту работу должны осуществлять врачи — акушеры-гинекологи, венерологи, педиатры, психо-невропатологи и, по показаниям, другие специалисты. Особое внимание следует обратить на организацию труда, отдыха, питание женщин, половое воспитание и санитарно-просветительную работу по разъяснению вреда абортов, опасности возникновения инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, так как часто именно они являются причиной бесплодия.

Профилактика бесплодия требует не только общественного внимания и научного анализа причин падения рождаемости, необходимо создавать на государственном уровне такие условия, при которых для женщин возможно гармоничное сочетание материнства с профессиональной деятельностью. От успешного решения этих социально-экономических задач зависит воспроизводство населения в будущем.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА АВИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

Х.Т. ИСРАИЛОВ, Т.А. НАБИЕВ

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

Нами изучалась авидность специфических антител класса G у 187 больных с генитальным герпесом (ГГ). В основе теста на авидность IgG антител лежит метод дифференциации высоко- и низкоавидных антител с помощью обработки комплексов антиген-антитело раствором, вызывающим денатурацию белка. После такого воздействия связь низкоавидных антител с антигеном нарушается, а высокоавидных сохраняется. Исследование авидности антител к Herpes simplex IgG позволяет достаточно точно диагностировать острую или перенесенную инфекцию. Если испытуемая сыворотка содержит менее 37% низкоавидных антител (т. е. индекс авидности менее 37%), это указывает на свежую первичную инфекцию. Авидность от 37 до 66% может говорить о поздней стадии острой инфекции. Показатель авидности, превышающий 66%, свидетельствует о наличии в сыворотке высокоавидных антител — маркеров перенесенной в прошлом инфекции. У 12 (7,5%) и 45 (27,3%) больных в группе сравнения и у 11 (4,3%), 23 (29,9%) — основной группы заражение произошло в сроки от 1 до 1,5 месяцев. У 29 (21,9%) и 26 (15,5%) больных в группе сравнения и у 7 (9,1%), 12 (15,6%) — основной группы свидетельствует о поздней стадии острой инфекции. У 101 (70,6%) и 67 (57,2%) больных ГГ в группе сравнения и у 59 (76,6%), 42 (54,5%) больных основной группы высокий индекс авидности показывает, что в сыворотке крови обнаружена достаточно высокая концентрация высокоавидных антител, что может служить маркером перенесенных в отдаленном прошлом инфекции.

Выявление в сыворотке одновременно IgG- и IgM антител может быть свидетельством недавнего первичного инфицирования, поскольку срок исчезновения IgM антител обычно составляет около 3 месяцев от начала инфекционного процесса. Но период циркуляции IgM антител может значительно варьировать в зависимости от инфекционного возбудителя и индивидуальных особенностей иммунного ответа организма. IgM антитела могут появляться и при реактивации хронической герпесвирусной инфекции. Таким образом, их присутствие в крови больного ГГ не всегда является подтверждением первичного инфицирования. Кроме того, специфичность даже лучших коммерческих тест-систем для обнаружения IgM антител не абсолютна. В некоторых ситуациях, как следствие очень высокой чувствительности тестов, возможны неспецифические ложноположительные результаты (такие интерференции нередки среди беременных). Выявление в крови высокоавидных IgG антител в этой ситуации позволяет исключить недавнее первичное инфицирование. Исследование авидности позволяет отличить первичную инфекцию от реактивации. При реактивации хронической инфекции специфические IgG обладают высокой авидностью. Низкоавидные IgG антитела при герпесвирусной инфекции в среднем выявляются до 3–4 месяцев от начала инфекции, но иногда вырабатываются и в течение более длительного срока. Само по себе выявление низкоавидных IgG антител не является безусловным подтверждением факта свежего инфицирования, но служит дополнительным подтверждающим свидетельством в ряду остальных серологических тестов.

Таким образом, значительно более частое выявление маркеров к хронической ВПГ 2 типа и повышенный показатель их авидности подтверждает рецидивирующий характер инфекции в группах обследованных больных.

СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ВПГ 1 И 2 ТИПОВ У БОЛЬНЫХ С ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

Х.Т. ИСРАИЛОВ, Т.А. НАБИЕВ

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

Для оценки активности вирусного процесса и адекватности противовирусного иммунного ответа наиболее доступным для широкой клинической практики является тест определения уровня специфических IgM и IgG к ВПГ 1 и 2 типов. Имеются особенности интерпретации данного теста. У ряда пациентов без клинических проявлений генитального герпеса встречается повышение только специфических IgG к ВПГ. В случаях для верификации собственно вирусного антигена необходимо дополнительное проведение ПЦР-теста. Отрицательный результат ПЦР к ВПГ 1 и 2 типов при повышении специфического IgG у пациентов без клинических проявлений герпесвирусной инфекции указывает на вирусоносительство и не требует дополнительного обследования и лечения. Считается, что противовирусная терапия показана только пациентам с клиническими проявлениями генитальной герпесвирусной инфекции, а при их отсутствии — только при выявлении репликации вируса герпеса методом ПЦР. Кроме того, при серологическом обследовании у части пациентов с дебютом клинических проявлений герпесвирусной инфекции возможны ложноотрицательные результаты. Нами была выделена из числа больных ГГ группа из 22 больных, с впервые инфицированных ВПГ, с начальными клиническими проявлениями в виде высыпаний на половых органах. В первые недели заболевания мы констатировали формирование первичного раннего гуморального ответа у 19 (86,4 %) больных в виде синтеза специфического IgM. На 14–21-е сутки у 10 (45,4 %) больных был отмечен рост уровня специфического IgG на фоне снижения специфического IgM. Однако к 28-му дню заболевания у 8 (36,4 %) больных не было выявлено сероконверсии, т. е. не повышался уровень специфических IgM и IgG. У 86,4 % этих больных поздний гуморальный иммунный ответ сформировался только через 2 мес.

Полученные результаты показывают, что в период конверсии раннего гуморального ответа в поздний (к 28-му дню) у 36,4 % пациентов с формировалась «серонегативная» зона. Именно в этот период возможны ложноотрицательные результаты исследования специфического гуморального иммунитета, которые не следует расценивать как отсутствие инфицирования ВПГ.

В целом, результаты ПЦР исследования на ВПГ 1 и 2 типов с очагов поражения показали, что у 72,7 % больных группы сравнения и у 77,9 % основной группы идентифицирован ДНК ВПГ 2 типа, у 8,0 % и у 9,1 % больных был выявлен ВПГ 1 типа, у 2,7 % и 5,2 % больных (соответственно по группам) обнаружены оба типа вируса, что подтверждает этиологическую принадлежность вирусной инфекции к семейству Herpesviridae.

Серонегативные результаты были получены у 2,7 % больных группы сравнения и 5,2 % больных основной группы.

Полученные данные свидетельствуют о преобладании в генезе заболевания больных генитальным герпесом ВПГ 2 типа (80,7 % и 87,0 % как моноинфекции, а 2,7 % и 5,1 % и в ассоциации с ВПГ 1 типа, соответственно по группам).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ

О.И. КАСЫМОВ, С.Х. МУНИЕВА, А.О. КАСЫМОВ

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения, г. Душанбе

Цель исследованиея — эффективности инозина пранобекс при лечении больных остроконечными кондиломами (ОК).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 38 мужчин, больных ОК, в возрасте от 18 до 35 лет. У 22 больных наблюдалась генитальная локализация ОК, у 16 — экстрагенитальная (у 13 — в перианальной области, у 3 — в промежности). У 23 (60,5 %) больных наблюдался типичная форма ОК, у 13 (39,5 %) — папулезная. Для диагностики ОК и других ИППП у больных использовались микроскопический и ПЦР методы исследования.

Результаты исследования. ВПЧ в виде моноинфекции наблюдался только у 11 (29 %) больных, в виде миксинфекции с другими ИППП — у 27 (71 %): у 13 (34,2 %) — с уреамикоплазмозом, у 9 (23,7 %) — с хламидиозом, у 3 (7,9 %) — с генитальным герпесом 1 и 2 типа, у 2 (5,3 %) — с гарднереллезом. Сочетание ВПЧ с одной ИППП

выявлено у 9 (23,7%) пациентов, с двумя — у 12 (31,5%), с тремя — у 6 (15,8%).

В зависимости от использованных методов лечения больные были разделены на 2 группы. Первой группе (16 больных) была проведена местная деструктивная терапия солкодермом.

Второй группе (22 больных) — комплексное лечение с применением, помимо наружного лечения, системного препарата инозин пранобекс, по 3 г/сут (2 таблетки 3 раза в сутки) в течение 20 дней.

Больным обеих групп с наличием сопутствующей ИППП инфекцией проведено соответствующее лечение.

Исследования показали, что инозин пранобекс повышает эффективность терапии больных ОК в 1,7 раза: клинико-этиологическое выздоровление в течение 12 месяцев наблюдения сохранялось в 95,5% случаев, при применении только наружного лечения — в 56,2%.

КЎЗ СЎЗАГИ

КУРЯЗОВА З.Х., ЭШБОЕВ.С.Э., АБИДОВ.Х.А.

Стом, РИД ва ВИАТМ

Кўз сўзаги исталган ёшда юқиб қолиши мумкин. Катталарга у шахсий гигиена қўпол равишда бузилганида ёки зарарланган сийдик таносил аъзоларидан билмасдан ифлосланган қўли билан юқтириб олишади. Орадан 3–4 кун ўтгач беморнинг кўзи қизариб қовоқлари шишиб кетади. Ёруғликдан қўрқадиган бўлиб қолади. Конъюнктивал қопчалардан йиринг ажралиб кўз қовоғини ёпиштириб қўяди. Аксарият ҳолларда битта кўз зарарланади. Ўз пайтида адекват даво қўлланилмаса шох пардада яллиғланиш юз беради ва беморни қийин аҳволга солиб қўяди.

Катталардан фарқли равишда ёш гўдакларда туғилиш жараёнида қўзғатувчи уларнинг бир пайтда икки кўзини ҳам зарарлайди. Баъзан яллиғланиш аввал биттасини кейинчалик даво чоралари кўрилмаса иккинчисини ҳам эгаллайди. Чақалоқ туғилганидан кейин 3–4 кун ўтгач конъюнктивит белгилари бошланади. Боланинг қовоқлари қизариб шишиб кетади, ёруғликка қаролмай қолади. Конъюнктива кучли яллиғланади, майда капиллярлар тез–тез қон кетади. Йирингли ажралма шунчалик кўпайиб кетадики, оқибатда чақалоқ кўзларини очолмай қолади. Ушбу жараён ўчоғи 2–3 ҳафта давом этади. Кейин капилляр гипертрафияси бошланади. Эндиликда йирингли ажралма секин — аста камаяди ва шилимшиқли бўлиб қолади. Гиперемия ва шиш ҳам анча камаяди. касалликни энг оғир асорати бўлиб шох парданинг қаттиқ зарарланиши ҳисобланади, оқибатда чақалоқ кўр бўлиб қолиши мумкин.

Биз ўз тадқиқотларимизда Республикамиз шароитида кўз сўзагининг тарқалишини ўргандик. Дарҳақиқат, 2016 йил 0–14 ёшгача бўлган жами 22 та болалар орасида сўзак аниқланган. Уларнинг олтитаси ўғил болалар, 16 таси эса қизлардир. Шу жумладан, Тошкент шаҳридан 1 та кўз сўзагига чалинган чақалоқ аниқланган. Текширишларимиз шуни кўрсатдики, бемор Фарғона вилоятидан Тошкентга вақтинчалик кўчиб келган. 2015 йилда 20 та 0–14 ёшгача бўлган болалар орасида сўзак қайд қилинган. Уларнинг 14 тасини қизлар, 6 тасини ўғил болалар ташкил қилган. 2014 йилда 14 та болалар сўзаги рўйхатга олинган бўлиб, уларнинг 11 тасини қизлар ташкил қилган. Ушбу маълумотлардан кўриниб турибдики, 0–14 ёшгача бўлган болалар орасида сўзак касаллигининг аниқланиши қизлар орасида юқори эканлигини кўрсатмоқда.

СЎЗАКДА БЎҒИМЛАРНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ

Х.Т. МИРАХМЕДОВА, Э.Х. ЭШБОЕВ

ТМА, РИД ва ВИАТМ

Сўзакли артрит гонококкларнинг периартикуляр тўқимага тушиши натижасида юзага келади. Бунинг учун озгина шароит керак; масалан бўғимларнинг ташқаридан жароҳатланиши. Сўзакда артритнинг ўзига хос хусусияти бор. Бу тендосиновитдир. Бундай зарарланиш бошқа артритларда учрамайди. Аввалига бемор ўзини бироз нохуш сезиб юради, бир нечта бўғимларда шиш пайдо бўлади ва ниҳоят кейинчалик катта бўғим, аксарият тизза бўғими зарарланиши авж олади. Кўпчилик беморларда жараён ўткир кечади, тана ҳарорати кўтарилади. Беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади. Айниқса мушаклар бириккан соха, тизза бўғими пайлари санчиб қаттиқ оғрийди. Беморнинг ҳаракатланиши мутлақо чегараланиб қолади.

Касалликнинг токсико аллергик хилида кўплаб майда катта бўғимлар зарарланади ва парартикуляр хасталикларни эслатади. Иккиламчи инфекциялар гонококклар билан биргаликда бўғим бўшлиғига тушиб беморнинг аҳволини ёмонлаштириши мумкин. Асосий ташхис клинико — анамнестик маълумотларга ҳамда лаборатор текширувлар натижаларига таянган ҳолда қўйилади.

Бизнинг тадқиқотимизда сийдик таносил аъзоларининг яллиғланиш касалликларига чалинган 418 та беморлар бўлди. Текширишлар натижасида беморларнинг иккитасида гонококк инфекцияси, 70 тасида хламидия ва яна 79 тасида уреаплазма инфекцияси аниқланди. Текширилганларнинг 15 тасида хламидия ва уреаплазма инфекцияси ҳамкорликда келди. Изланишларимиздан маълум бўлдики, бўғим касалликларига чалинган беморларнинг асосий қисми аввал турли хил антибактериал препаратлар қабул қилганларидан сўнг шифокорга мурожаат қилади. Агарда дастлабки кунлардан бошлаб ушбу гуруҳдаги беморлар гонококк инфекциясига текширилганда эди, унинг аниқланиш даражаси юқори бўлган бўларди.

АЁЛЛАРНИ СЎЗАККА ТЕКШИРИШ УСЛУБЛАРИ

МИРСАИДОВА М.А., ШОДИЕВА Х.Т., ИСАМУҲАМЕДОВА Н.Р.

РИД ва ВИАТМ, ТМА

Асосий ташхисни тўғри қўйиш учун аёлларни сўзакка текширишнинг маълум қоидалари бор.

Касаллик тарихини ёзиш жараёнида мутахассис дастлабки яллиғланиш белгиларининг муддатига эътибор бериши зарур. Аввалambор яллиғланиш жинсий мулоқот билан боғлиқми ёки йўқ, шуни аниқлаш керак. Балки фавқулотда бегона эркак билан жинсий мулоқотда бўлгандан кейин 3–4 кун ўтиб, сийдик таносил аъзоларидан ажралма кела бошлагандир. Кейинчалик қориннинг пастки соҳасида оғриқ юзага келгандир... Агарда ҳайз кўриш даврида ёки ундан сўнг оғриқ кучайган бўлса, бунга алоҳида эътиборни қаратиш зарур. Баъзан шундай бўладики, туққандан ёки абортдан сўнг беморнинг тана ҳарорати кўтарилиб, ЭЧТ ошиб кетади, ациклик қон кетиши кузатилади. Айниқса, беморлар фарзандсиздликдан шикоят қилиб келсалар, бундай вазиятда тўлиқ клиник лаборатор текширувларни бошлаш керак. Текширув пайтида беморнинг аввал ўтказган касалликларига эътибор берилади.

Объектив текшириш қорин деворини пайпаслаб кўриш билан бошланади. Щеткин-Блюмбер симптоми аниқланади, қин даҳлизи шиллиқ қисми, вульва кўздан кечирилади. Эрозия ёки тошмалар бор-йўқлиги аниқланади, қов соҳаси лимфа безлари катталашган ёки катталашмаганлиги, босганда оғриши ёки оғримаслиги ўрганилади. Сийдик каналини кузатиш пайтида қизариш, шиш ёки парауретрал йўл-борлиги назоратдан ўтказилади. Уретрани қин девори орқали пайпаслаб кўрилади. Инфильтратлар бор йўқлигиа эътибор берилади. Аввалига уретра оғзи тоза стерилланган пахта дока билан артиб ташланади. Кейин темир қошиқча 1–1,5 см ичкарига киритилиб, сийдик канали массаж қилинади. Ажралмалар ёғсизлантирилган буюм ойнасига суртилиб, иккита бир хил суртма тайёрланади.

Катта вестибуляр безлар кўрсаткич бармоқ билан босиб кўриб ўрганилади. Айниқса, безлар юзаси қизарган ёки қизармаганлиги синчиклаб кўрилади. Безларнинг катталашганлиги босиб кўриш билан аниқланади. Массаж қилиш билан безлар сатҳидан ажралма олинади, сўнгра суртмалар тайёрланади. Суртмалар аввал уретрадан олинган предмет ойналарига суртилади.

Қин гинекологик ойна орқали кўздан кечирилади. Унинг деворида қизариш, эрозия ва ажралма бор-йўқлиги аниқланади. Айниқса, ажралманинг рангига ва консистенциясига алоҳида эътибор билан қаралади. Ушбу ажралмалар албатта трихомонада ва ачитқи замбуруғларига текширилиши керак.

Клиник кўрикнинг кейинги этапида бачадон бўйни канали кўриги бошланади. Гинекологик ойна орқали бачадон бўйни обдон кўздан кечирилади, унинг шакли, эрозия бор-йўқлиги шиш характери, ажралмалар ранги ва хажмига эътибор қаратилади. Стерилланган пахта ёки докали тампон билан бачадон бўйни канали юза сатҳи тозалаб артилади, сўнгра узун гинекологик пинцет билан канал ичидан (0,5–1 см) ажралма олинади. Суртмаларнинг ҳаммаси иккита буюм ойнасига олинади. Бимануал текшириш йўли билан, бачадоннинг жойлашиши, ҳажми, консистенцияси ва оғриш оғримаслиги аниқланади.

Тўғри ичакни текшириш пайтида аввалига ташқи сфинктер бурмалари яхшилаб кўздан кечирилади, шиш ёки қизариш ва ажралма бор ёки йўқлиги ўрганилади. Катетр 5–6 см ичкарига киритилиб, 50–100 мл тоза сув юборилади. Сўнгра орқага қайтиб чиққан суюқлик қуйқалари ва ипир-ипир ипчаларидан иккита буюм ойнасига суртма тайёрланади. Суртмалар грам услубида бўялади, ажралманинг бир қисми бактериологик анализ учун йўлланади. Касаллик сурункали, атипик ёки яширин келганида қўзғатувчини аниқлаш мақсадида турли хил провакациялардан фойдаланилади.

ҚИЗЛАР СЎЗАГИ

М.А. МИРСАИДОВА, Н.Р. ИСАМУҲАМЕДОВА, З.Ш. ИСРОИЛОВА

РИД ва ВИАТМ

Қизлар сўзаги асосан 2–8 ёшлардаги қизларда кузатилади. Қизлар сўзак билан оғриган оналари, қариндошлари ёки ўзларига қарайдиган аёллардан одатда ножинсий йўл билан касалликни юқтириб оладилар. Шахсий ва умумий санитария қоидалари бузилганда, шунингдек касал билан бир ўринда ётилганда, чиқиндилардан, ифлосланган ванна, тувак, сочиқ орқали ҳам касаллик юқиши мумкин. Касалликнинг шу йўл билан юқиши 85–95% ни ташкил қилади. Сўзак билан оғриган қизларнинг асосий касаллик юқтириш манбаи онаси ҳисобланади. Қизларнинг 80–93% ида сўзак ўткир кечади. Аёллар сўзагидан фарқли ўлароқ қизларда асосан, сийдик таносил аъзоларининг кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган соҳалари зарарланади. Бачадон ва ортиқларнинг зарарланиши, одатда кузатилмайди. Касалликнинг инкубацион даври қисқа, 3–4 кун давом этади. Яллиғланиш кўп ўчоқли бўлиб беморларнинг деярли 100% қин ва қин даҳлизи, 85% уретраси, 50–82% ида тўғри ичакни қуйи қисми шиллиқ қавати зарарланади. Касалликнинг клиник манзараси макроорганизмнинг реактивлиги ҳамда гонококкларнинг вирулентлигига боғлиқ. Сурункали сўзак қизларда камдан — кам кузатилади. Аксарият қизларнинг умумий аҳволи бироз ўзгаради, улар бўшашиб, жиззаки бўлиб, иштахаси йўқолади, сон соҳасини ҳадеб қашлайверадиган бўлиб қолади. Бир қанча ҳолларда қизлар сўзагининг субъектив ва объектив белгилари унча ифодаланмаган, яллиғланиш ходисалари билан суст ўтиши мумкин.

Бизнинг тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, 2016 йилда Республикамизда жами 15–17 ёшгача бўлган ўспиринлар орасида 18 та сўзак аниқланган бўлиб, уларнинг 3 тасини қизлар, 15 тасини ўғил болалар ташкил қилган. 0–14 ёшгача бўлган болалар орасида 22 та сўзакка чалинганлар қайд қилинган бўлиб, уларнинг 16 тасини қизлар, 6 таси ўғил болалардан иборат бўлган. 2015 йилда 15–17 ёшгача бўлагн ўспиринлар орасида 29 та сўзакка чалинганлар қайд қилинган. Уларнинг 11тасини қизлар ташкил қилган. 0–14 ёшдагилар орасида 20 та сўзак аниқланган бўлиб, уларнинг 14 таси қизлар бўлган. Мазкур маълумотлардан кўриниб турибдики, Республикамизда ҳанузгача 0–14 ёшдагилар орасида қизлар сўзаги аниқланиши мавжуд. Шунинг учун акушер гинекологлар, педиатрлар ва дерматологлар орасида ҳамкорликда ишлашни жадаллаштириш лозим.

СОСУДИСТЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА СРЕДИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

М.А. МИРСАИДОВА, Ю.Н. РАДЖАБОВА

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

Болезнь Бехчета представляет собой хроническое рецидивирующее поли системное заболевание, в основе которого лежит васкулит, поражающий артерии и вены разного калибра. Частота сосудистых проявлений при ББ колеблется от 9 до 27%. По мнению каждый четвертый больной ББ имеет тромботических осложнения. В ряде стран процент последних достигает 46. Выделяют 4 типа сосудистых осложнений: артериальные и венозные окклюзии, варикозные расширения вен и аневризмы. Среды указанных выше нарушений наиболее часто встречаются тромбозы поверхностных и глубоких вен.

Цель исследования. Изучение распространения сосудистых проявлений среди представителей узбекской популяции, страдающих болезнью Бехчета.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 32 пациента с болезнью Бехчета, с различными сосудистыми изменениями в анамнезе. Исследование проводилось совместно с ревматологами. Из них женщин было — 19, мужчин — 13, в возрастной группе 20–40 лет. Диагноз ББ ставили на основании критериев Международной группы по изучению ББ

Результаты исследования. Из 32 пациентов сочетанное поражение глаз, поражений слизистой оболочки рта и гениталий наблюдалось у — 6, поражения только слизистой оболочки рта и гениталий у-7, поражение только гениталий у — 12. Сочетанное поражения других органов и систем у — 7. У 5 — мужчин с болезнью ББ диагностирован в прошлом легочной инфаркт, у 8 — окклюзия ретинальных сосудов (может при-

вести к потере зрения), у 7 женщин отмечалось венозное расширение вен ног.

Выводы. Таким образом, частота сосудистых нарушений отмечается у четверти обследованных больных, больше у мужчин, что чревато грозными осложнениями в виде тромбозов, в последующим. Это послужило у делению более пристального внимания к этой проблеме.

МЕТРОНИДАЗОЛ В ЛИЧЕНИЕ ТРИХОМОНИАЗА

Р.М. НАРЗИКУЛОВ, Д.М. АБДУЛЛАЕВ, С.П. СОБИРОВ

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд

Целью эксперимента была изучение концентрации метронидазола в сыворотке крови кроликов при пероральном введении различных доз препарата для выбора в последующем его оптимальных доз для использования в клинике. Для работы было взято 20 кроликов породы «шиншилла». Концентрацию препарата в сыворотке крови эксперементальных животных определяли методом спектрофотометрии. Уровень концентрации метронидазола в сыворотке крови был определен в процессе лечения у 50 женщин больных мочеполовым трихомониазом (374 пробы). В сыворотке крови кроликов выявлены значительные индивидуальные колебания препарата. Так, через час после перорального введения дозы, эквивалентной 0,5 г для человека, колебания концентрации препарата составляли от 6,8 до 10,7 мкг/мл (в среднем 9,2 мкг/мл). При введении дозы, эквивалентной 1 г, колебания были от 12,2 до 23,7 мкг/ ил (в среднем 17,3 мкг/мл). Изучение концентраций метронидазола в сыворотке крови 30 больных мочеполовым трихомониазом женщин, леченных по схеме, показало, что максимальный уровень метронидазола достигается через 1–2 часа после однократного приема 0,5 г препарата и затем наблюдается снижение его концентрации у всех обследуемых. Уже через 4 часа после приема препарата у 10 пациенток концентрация метронидазола была ниже 12,0 мкг/мл, то есть верхного предела минимальной подавляющей концентрации для штаммов влагалищных трихомонад, через 6 часов — 9, через 8–12 часов — у всех обследуемых. На связь недостаточных концентраций метронидазола в крови и неэффективности лечения указывает тот факт, что у 4 пациенток с рецидивом заболевания метронидазол в сыворотке крови определялся в концентрациях, значительно ниже терапевтически эффективных.

Таким образом, показано, что высокая вероятность рецидивов при лечении мочеполового трихомониаза связана с особенностями фармокинетики метронидазола— быстрым падением его уровня в сыворотке крови ниже порога терапевтически эффективных концентраций.

СИФИЛИС ҚАСАЛЛИГИ ГИЁҲВАНДЛАРДА УЧРАШИ.

А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ

Дерматовенерология кафедраси, АДТИ

Гиёҳвандлик инсонлар онгини захарлаётган, XXI асрга ўтиб келган иллат.

Гиёҳвандликнинг зарарли таъсирлари гиёҳванднинг ўзигагина эмас, оилага бутун жамиятга, давлатнинг келажагига зарар етказади, сиёсий тузум ва конунларни издан чикаради.

Ёшлар хозиримизнинг ярми, бирок келажагимизнинг бутун бир яхлит кишиларидир. Гиёҳвандликни улар уртасида таркалиши хатарлидир.

2014 йил Андижон вилояти буйича сифилис касаллиги билан руйхатга олинган беморлар ёши жихатидан куйидагича таксимланган 15–20 ёш 5,9 % , 21–30 ёш 54,4 %, 31–40 ёш 26 %, 41–50 ёш 13,7 %. Бундан аёллар (43,8 %) ни, эркаклар (56,2 %) ни ташкил қилади.

Беморлардан (30,7 %) ни гиёҳванд бўлган. Гиёҳвандлар ёшлари буйича 15–20 ёш 11,6 % ни 21–30 ёш 61,5 %, 31–40 ёш 92 %, 41 ёшдан юкори беморлар фақат 7,7 % ни ташкил қилади. Сифилис билан огриган гиёҳванд аёлларни 90 %, эркакларни 85 % ининг оиласи бузилган.

Хулоса. Демак гиёҳвандлик ва сифилис асосан ёшлар орасида (60,3 %) таркалган бўлиб, соглом турмуш тарзига, оила бузулишига ва авлодлар баркамоллигига таъсир килиб, ахоли орасида сифилис касаллигини купайишига олиб келади.

Шуни ҳисобга олиб оилани мустахкамлаш, баркамол авлодни тарбиялаш, сифилис касаллигини камайтириш максадида, ёшлар орасида гиёҳвандликка қарши кураш, таргибот ишларини янада кучайтириш лозим.

ГИЁҲВАНДЛАРДА ТРИХОМОНИАЗ КАСАЛЛИГИНИ УЧРАШИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, Л.М. АЛИЕВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ

Андижон давлат тиббиёт институти,
дерматовенерология кафедраси

Гиёҳвандлик инсонлар онгини захарлаётган, асрдан асрга утиб келаётган иллат.

Гиёҳвандликнинг зарарли таъсирлари гиёҳванднинг узигагина эмас, оилага бутун жамиятга, давлатнинг келажагига зарар етказади, сиёсий тузум ва конунларни издан чикаради.

Ёшлар хозиримизнинг ярми, бирок келажагимизнинг бутун бир яхлит кишиларидир. Гиёҳвандликни улар ўртасида таркалиши хатарлидир.

2008 йил Андижон вилояти буйича трихомониаз касаллиги билан руйхатга олинганлар 1000 ахоли сонига 36,5 ни ташкил қилади. Беморлар ёши жихатидан куйидагича таксимланган 15–20 ёш 4,8%, 21–30 ёш 55,2%, 31–40 ёш 32,2%, 41–50 ёш 7,8%. Бундан аёллар (38,2%) ни, эркаклар (61,8%) ни ташкил қилади.

Беморлардан (35,7%) ни гиёҳванд бўлган. Гиёҳвандлар ёшлари буйича 15–20 ёш 12,6% ни 21–30 ёш 65,4%, 31–40 ёш 12,6%, 41 ёшдан юкори беморлар фақат 8,4% ни ташкил қилади. Трихомониаз билан огриган гиёҳванд аёлларни 70%, эркакларни 65% ининг оиласи бузилган.

Демак гиёҳвандлик ва трихомониаз асосан ёшлар орасида (60,3%) таркалган бўлиб, соглом турмуш тарзига, оила бузулишига ва авлодлар баркамоллигига таъсир килиб, ахоли орасида трихомониаз касаллигини купайишига олиб ке-лади.

Шуни ҳисобга олиб оилани мустахкамлаш, баркамол авлодни тарбиялаш, трихомониаз касаллигини камайтириш максадида, ёшлар орасида гиёҳвандликка қарши кураш, ёшлар орасида ташаббускорлик ишларини янада купайтиришимиз даркор.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЗИТРОЛИД» У БОЛЬНЫХ НЕГОНОКОККОВЫМИ УРЕТРИТАМИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, З.Н. УБАЙДУЛАЕВА

Андижанский государственный медицинский институт,
Андижанский кожно-венерологический диспансер

В последнее время участились случаи инфекций передаваемых половым путем (ИППП). Отмечается сочетание 2–3 возбудителей урогенитальных инфекций (микста–инфекция): хламидийно-гарднереллезная;хламидийно + анаэробнаяконтаминация; хламидийно + микоплазменная; гонококково + хламидийная; хламидийно + трихомонадная; гонококково + хламидийно + трихомонадная и т. д.

Учитывая вышеизложенное, клиницистам необходимо иметь в арсенале лекарственные препараты, одновременно эффективно влияющие на возбудители нескольких ИППП.

Зитролид (азитромицин) — антибиотик макролидной группы, имеет широкий спектр антимикробной активности, хорошо проникает в клетки и действует на облигатные внутриклеточные паразиты; в терапевтических концентрациях не оказывает видимого токсического действия

Пролечен 21 больной (13 мужчин, 8 женщин) негонококковыми уретритами в возрасте от 18 до 27 лет зитролидом фирмы «Красфарма». Из анамнеза было выяснено, что 12 больных гонореей получили лечение канамицином, спектиномицином, пенициллином, клафораном, а 9 больных с гонорейно-трихомонадной инфекцией цефтриаксоном, клафораном, канамицином в сочетании с метронидазолом или трихополом. У больных после проведенной терапии жалобы на жжение и зуд в мочеиспускательном канале и гнойные выделения из уретры уменьшились, но слизистые выделения не прекратились, особенно по утрам. При лабораторном исследовании у 5 больных найдена уреаплазма, у 7 — хламидии и уреаплазмы, у 4 — микоплазма у 5 — микоплазменно + аэробная инфекция.

Всем больным проведено лечение зитролидом по схеме пульс-терапии: по 1,0 г в 1-й, 7-й и 14-й дни, на курс — 3,0 г.

После лечения при контрольном наблюдении в течение 7 дней жалобы больные не предъявляли, выделения из уретры прекратились, лабораторно в мазках вышеуказанные возбудители не обнаружены. Таким образом, зитролид фирмы «Красфарма» является высокоэффективным антибактериальным препаратом против большинства штаммов возбудителей ИППП, позволяет добиться хороших клинических результатов и этиологического излечения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ВИЛЬПРАФЕН» У БОЛЬНЫХ СВЕЖЕЙ ОСТРОЙ ФОРМЫ ГОНОРЕИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Заболеваемость гонореей остается высоким во всем мире, в том числе и в нашей Республике. Надежное, быстрое и полноценное клинико-бактериологическое излечение гонореи особенно среди лиц группы риска является важной задачей венерологии, так как это приведет к санацию эпидемиологического очага и снижению заболеваемости. Отмечается рост вялотекущих, ассимптомных форм гонореи и осложнений, что связано с развитием резистентности гонококков к антибиотикам, поэтому внедрение в практическое здравоохранение для лечения гонореи новых высокоэффективных антибактериальных препаратов является актуальной задачей. К таким препаратам относится «Вильпрафен» (джозамицин) — антибиотик обладающий широким спектром действия. Препарат применяется для лечения бактериальных инфекций, бактериостатическая активность джозамицина, как и других макролидов, обусловлена ингибированием синтеза белка бактерий. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие.

Цель исследования — изучить клиническую эффективность препарата «Вильпрофен» у больных свежей острой формы гонореи.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 20 больных свежей острой формы гонореи. Возраст больных варьировало от 20 до 40 лет, мужчин было 15, женщин — 5. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно обнаружением на мазках гоноккоки Нейссера. Препарат «Вильпрафен» (джозамицин) — антибиотик обладающий широким спектром действия. Препарат применяется для лечения бактериальных инфекций, бактериостатическая активность джозамицина, как и других макролидов, обусловлена ингибированием синтеза белка бактерий. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие.

Больным со свежей острой гонореей препарат назначался по следующей схеме:

1. В таблетках — по 500 мг 2 раза в день после еды, в течение 3-х дней, на курс лечения 3,0 препарата «Вильпрафен».

Таким образом, комплексный метод лечения, включающий препарат «Вильпрафен» способствует достижению стойкого благоприятного эффекта, положительной динамике клинической картины у больных со свежей формой гонореи, а также оказывает значительное влияние на лабораторные показатели. Учитывая эти данные, можно придти к заключению, что этот метод лечения может быть широко использован, у больных со свежей острой формой гонореи как наиболее благоприятно влияющий на течение патологического процесса.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМИКВИМОДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ ГЕНИТАЛИЙ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, Ю.Н. РАДЖАБОВА, М.Л. РОССТАЛЬНАЯ, Н.Б. КАЛАНОВА

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

Кераворт (имиквимод) относится к классу имидазокумолинаминов с противоопухолевой активностью. Кераворт-рецептурный препарат, который действует в качестве модификатора иммунного ответа и может использоваться для лечения остроконечных кондилом. Кераворт является индуктором иммунной системы, эффективен в отношении ВПЧ и действует как противоопухолевой агент, активируя клетки иммунной системы через toll-likereceptor 7 (TLR7). Под действием кераворта активируются клетки Лангерганса, NK натуральные киллеры), В- клетки. Основным результатом активации клеток керавортом является усиление продукции цитокинов интерферонаальфа, IL6, TNF-a, стимулируя иммунный ответ и противовирусную активность. Кераворт стимулирует экспрессию рецептора опиоидного фактора роста (OGFR) и таким образом останавливает рост злокачественных клеток.

Цель исследования — изучение эффективностикераворта при лечении остроконечных кондилом гениталий (ОК) в виде моно- и комбинированной терапии и оценка частоты рецидивов.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 20 пациенток с ОК в возрасте от 20 до 45 лет. Для ДНК типирования ВПЧ (6,11) использовался метод ПЦР до и после лечения. Крем для наружного применения Кераворт (имиквимод) 5%, 250 мг применялся у 10 больных с ОК в виде монотерапии, и у 10 в составе комбинированной терапии после проведения деструкции кондилом.

Результаты исследования. Таким образом, из 20 больных после монотерапиикеравортом, рецидив заболевания в виде появления новых элементов отмечался у 4-х, и у 10 больных у которых была проведена комбинированная терапия в виде деструкции и дальнейшего использования крема кераворт рецидив отмечался лишь у 2-х пациенток. Частота рецидивов совпадала с отсутствием негативации ВПЧ в ПЦР.

Вывод. Кераворт существенно снижает частоту рецидивов инфекции ВПЧ, предотвращая персистенцию вируса, и может служить альтернативой деструктивным методам лечения.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ БЕЛКОВ ТЕПЛОВОГО ШОКА HSP-60 CHLAMYDIA TRACHOMATIS У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ И ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, Х.Р. ХАЛИДОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Дистрофические и пролиферативные заболевания гениталий, к которым относятся склероатрофический лихен (крауроз), гиперпластическая дистрофия, остроконечные кондиломы (ОК) гениталий, генитальные бородавки и др. являются одной из важных медицинских проблем. Исследования последних лет показали, что на развитие, течение и исход дистрофических и пролиферативных заболеваний гениталий оказывают сопутствующие вирусные и урогенитальные инфекции. Одной из часто встречающихся ИППП является персистирующая хламидийная инфекция, которая вызывает прогрессирующие деструктивные и пролиферативные процессы. Считается, что ведущую роль в патогенезе хламидийной инфекции играют иммунопатологические механизмы. Благодаря разнообразным механизмам ускользания от воздействия иммунной системы хозяина хламидиям удается выживать в инфицированном организме. В этот момент происходит торможение процесса наработки белка MOMP (major outer membrane protein), вместо него идёт беспрерывный и усиленный синтез белка теплового шока HSP60 (heat shock protein). Данный белок запускает вторичный иммунный ответ, что является важным моментом в иммунопатогенезе персистирующей инфекции и поддержании постоянной воспалительной реакции.

Цель исследования — определить видоспецифические иммуноглобулины класса G к белку теплового шока (HSP60) Chlamydia trachomatis в сыворотке крови больных с пролиферативными и дистрофическими заболеваниями гениталий с помощью ИФА.

Материал и методы исследования. Обследованы 42 пациентки в возрасте от 18 до 65 лет, обратившихся по поводу зуда гениталий и роста остроконечных кондилом, из них 29 — с остроконечными кондиломами (ОК) и 13 — с дистрофическими заболеваниями вульвы (ДЗВ). Давность заболевания составила от 3 до 12 лет.

С помощью ИФА-тест-систем в сыворотке крови определяли специфические иммуноглобулины класса G (IgG) к антигену Chlamydia trachomatis и видоспецифические иммуноглобулины класса G к белку теплового шока (HSP60) Chlamydia trachomatis.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что из 42 обследованных пациенток у 12 (28,5%) были выявлены специфические IgG к антигену Chlamydia trachomatis с положительными титрами от 1:10 до 1:180, из них 7 (58%) — с ОК и 5 (41,6%) с — ДЗВ. Из 7 пациенток с ОК у 4 были выявлены видоспецифические иммуноглобулины класса G к белку теплового шока (HSP60) Chlamydia trachomatis. Из 5 пациенток с ДЗВ у 2 были выявлены видоспецифические иммуноглобулины класса G к белку теплового шока (HSP60) Chlamydia trachomatis.

Вывод. Персистирующая хламидийная инфекция является одним из факторов, способствующих и поддерживающих пролиферативные изменения у пациенток с дистрофическими и пролиферативными заболеваниями гениталий.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, М.Р. МУХАМЕДОВА, Р.Р. САДЫКОВ, М.Л. РОССТАЛЬНАЯ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МзРУз,
Республиканский специализированный центр хирургии (РСЦХ) им. акад. В. Вахидова

Актуальность. В последние годы отмечается увеличение числа больных с дистрофическими заболеваниями вульвы до 7–10 % из числа обратившихся за консультативной помощью. У этой категории пациентов риск развития злокачественной опухоли составляет от 9–49 %. На настоящее время нет достоверных данных об эффективности консервативных методов лечения этого заболевания. Хирургическое лечение, несмотря на более высокую эффективность, отличается травматичностью, интенсивными некупирующимися послеоперационными болями, высокой частотой послеоперационных осложнений, неудовлетворительными косметическими и функциональными результатами.

Цель исследования — изучить эффективность фотодинамической терапии (ФДТ) при лечении дистрофических заболеваний вульвы (ДЗВ) в сравнении с традиционными методами.

Материал и методы исследования. Показанием к проведению процедуры ФДТ служил верифицированный диагноз ДЗВ. В основную группу больных вошли 13 женщин с ДЗВ в возрасте от 19 до 67 лет (средний возраст 45,6 ± 3,2 года). Группу сравнения составили 18 женщин с ДЗВ в возрасте от 32 до 65 лет (средний возраст 41,8 ± 4,1 года).

Всем пациенткам было проведено комплексное клиническое обследование, включающее бактериологические, эндовизуальные (кольпоскопия), гистологические и цитологические методы. В предоперационный период пациенткам с инфекцией половых путей была проведена антимикробная терапия и иммунокоррекция, с последующими мероприятиями по нормализации микробиоценоза влагалища.

Квантовое воздействие выполняли через 3 — часов после местной аппликации комбинированного ФС на основе естественных и фенотиазиновых фотосенсибилизаторов в виде 0,5 % геля. Облучение осуществляли с помощью диодного лазерного аппарата «Восток-3» (Узбекистан). Длина волны излучения — 660 + 15 нм, плотность энергии 100–200 Дж/см^2, время воздействия от 10 до 20 мин.

В группе сравнения у больных с ДЗВ применяли деструкцию патологических участков электрокоагулятором с помощью аппарата «ЭХВЧ 100» (Узбекистан).

Результаты исследования. Анализ результатов лечения был проведен у 31 пациентки с ДЗВ. По характеру выявленной патологии вульвы больные распределились таким образом: у 22 пациенток (64,0 %) верифицирован склеротический лишай вульвы и у 6 (20,0 %) — плоскоклеточная гиперплазия вульвы, у 4 (16,0 %) — смешанная дистрофия. Как правило, пациентки страдали данной патологией в сроки от 7 до 22 лет. Длительность периода постменопаузы колебалась от 65 до 27 лет. У 12 (38,7 %) пациенток был выявлен ВПЧ 16,18 типа, у 6(19,4 %) пациенток ВПЧ 31,33 типа, у 3 (9,7 %) пациенток было выявлено носительство низкоонкогенных типов ВПЧ, у 10 (32,3 %) пациенток ВПЧ не выявлен.

В основной группе после лечения исчезновение зуда отмечено у 11 из 13 больных. У всех больных плоскоклеточной гиперплазией и смешанной дистрофией было проведено цитологическое исследование соскоба с вульвы и вульвоскопия, на основании которых было достоверно диагностировано клиническое излечение. У двух больных склеротическим лишаем вульвы потребовалось проведение повторного сеанса ФДТ из-за сохраняющихся клинических симптомов заболевания, после чего был достигнут положительный лечебный эффект. Противовирусный эффект ФДТ оценивали после повторной ПЦР с ДНК-типированием ВПЧ с поверхности вульвы. В результате полученных нами данных ВПЧ не был обнаружен ни у одной пациентки. Побочные реакции заключались лишь в незначительном болевом синдроме после проведения процедуры ФДТ и подъеме температуры тела у трех пациенток в первые 2–3 дня после процедуры, которые купировались приемом нестероидных противовоспалительных средств. Полная клиническая ремиссия в группе патологии вульвы отмечена у 11 пациенток (84,6 %). У 2 (15,4 %) пациенток со склеротическим лишаем вульвы потребовалось проведение повторного сеанса ФДТ, после чего было диагностировано клиническое излечение. Больные наблюдались в течение 12 месяцев после сеанса ФДТ, рецидива не наблюдалось ни в одном случае. При наблюдении за воспалительными процессами слизистой влагалища после ФДТ было отмечено формирование тонкого струпа в зоне облучения через 24 часа после процедуры. Начало краевой эпителизации эрозированной поверхности наблюдалось на 5–8-е сутки

при отсутствии лейкоцитарной инфильтрации. Полная эпителизация выявлена через 4–7 недель, тогда как в группе сравнения средний срок завершения эпителизации составил 5–10 недель. При применении ФДТ у 2 (17%) больных наблюдалась неполная эпителизация слизистой влагалища по истечении 8 недель, что потребовало повторного проведения сеанса ФДТ, в результате чего был достигнут положительный клинический эффект.

У больных, подвергшихся электрокоауляции, отмечались осложнения с большей частотой. 17 пациенток беспокоили выраженные боли в течение 3 недель, потребовавшие приема сильных обезболивающих препаратов. Сукровичные выделения в течение всего периода репарации отмечены у 6 пациенток. Обострение воспалительного процесса придатков матки наблюдалось у 4, обострение кольпита у 6 пациенток, у 5 — неполная эпителизация слизистой влагалища в течение 6 недель.

По данным цитологических исследований клинический эффект был достигнут у 17 (94,4%) пациенток. Противовирусный эффект оказался значимым у 8 пациентов на фоне противовирусной и иммуностимулирующей терапии. Изучение отдаленных результатов после электрокоагуляции (через 6–9 месяцев) выявило, что болевой синдром беспокоил 4 пациенток, рубцовая деформация влагалища у 5, рецидив заболевания отмечен у 3 пациенток.

Заключение. Лечение патологии наружных половых органов неопухолевого генеза методом ФДТ с использованием комбинированных ФС продемонстрировало его высокую лечебную эффективность. Был достигнут положительный противовирусный эффект в отношении ВПЧ. Побочные эффекты и осложнения в ходе лечения были минимальны. Метод ФДТ отличается избирательностью, а также щадящим воздействием на патологические ткани. Процедура ФДТ хорошо переносится, не требует применения сильных обезболивающих препаратов. Послеоперационный период протекает как правило без осложнений с достаточно быстрым восстановлением трудоспособности.

ГОРМОНАЛЬНЫЙ И МИКРОБНЫЙ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, Ю.Н. РАДЖАБОВА, М.Л. РОССТАЛЬНАЯ

Республиканский специализированный научно-практический медицинскийцентр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Дистрофические заболевания вульвы (ДЗВ) представляют собой сложную междисциплинарную проблему, эффективное решение которой вплотную зависит от выявления причинных факторов. Основными разновидностями ДЗВ являются склеротический лишай и лейкоплакия вульвы. Если раньше было принято считать, что данная патология чаще всего встречается у пациенток в перименопаузальном возрасте, то сейчас отмечается значительное «омоложение» заболевания и все чаще им страдают женщины репродуктивного возраста и даже девочки. Заболевание сопровождается сильным зудом, инфильтрацией кожи вульвы с последующим развитием склероатрофических явлений, так называемым белым поражением вульвы. Большое значение в развитии ДЗВ придается хроническому воспалению вульвы, дефициту гормонов и изменению рецепторных реакций, особенно связанных с возрастной инволюцией, инфекциям, передающимся половым путем (ИППП). Однако, если связывать развитие дистрофии только с дефицитом эстрогенов, то ДЗВ должны были бы развиться у всех женщин постменопаузального возраста, но этого не происходит. В связи с этим поиск причин, приводящих к ДЗВ, продолжает оставаться актуальной проблемой.

Цель исследования — изучение содержания эстрадиола и микробного спектра урогенитального тракта у пациенток с ДЗВ.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 20 пациенток с ДЗВ в возрасте от 20 до 65 лет. Наряду с изучением урогенитальной микрофлоры проведено исследование содержания эстрадиола у пациенток с ДЗВ методом ИФА. Показатели сравнивались с контрольными значениями в зависимости от возраста и периода менструального цикла (фолликулярная фаза 30–150 pg/ml, пик овуляции — 130–370 pg/ml, лютеиновая фаза 70–250 pg/ml, менопауза 15–60 pg/ml). Для выявления возможных бактериальных и вирусных агентов были использованы ДНК типирование методом ПЦР, бактериологические и бактериоскопические методы диагностики ИППП и сопутствующей микрофлоры.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что по уровню эстрадиола в сыворотке крови пациенток можно распределить на три группы: с резко сниженным содержанием эстрадиола (ниже 15 pg/ml) — 5 (25%) пациенток, с нормальным содержанием — 13 (65%) пациенток, пациенток с повышенным содержанием эстрадиола — 2 пациентки (10%). При

этом среди пациенток со сниженным содержанием эстрадиола преобладали пациентки с посткастрационным синдромом, либо перенесшие операцию резекции щитовидной железы, и не получившие гормонозаместительную терапию, либо получившие ее только в первые месяцы после операции. Результаты бактериологического исследования и ПЦР-типирования показали, что тот или иной возбудитель из группы ИППП, либо их сочетание присутствовали у всех пациенток без исключения. При исследовании больных методом ПЦР HPV встречался у 12 (60 %) пациенток, в том числе типы 16/18 — у 7, типы 33/36 — у 5, HSVII — у 6 (30 %), CMV — у 5 (25 %). При бактериологическом и бактериоскопическом исследовании выявлены Candida — у 9 (45 %), Ureaplasmaurealyticum — у 7 (35 %), Gardnerellavaginalis — у 5 (25 %), Mycoplasmagenitalium — у 2 (10 %) больных.

Вывод. При анализепричин ДЗВ эстрогенодефицит определялся только в 25 % случаев, у остальных пациенток имело место либо нормальное, либо повышенное содержание эстрадиола, в то время как присутствие инфекции из группы ИППП было выявлено практически у всех пациенток, причем преимущественно выявлялись HPV 16/18, 31/33 (60 %) Candida (45 %) и Ureaplasmaurealyticum (35 %). Следовательно, для выявления причин ДЗВ и подбора правильной этиотропной терапии необходим учет гормональных и в большей степени микробных факторов, а возможно, их сочетание.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОК С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, С.Н. РАХМАТУЛЛАЕВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинскийцентр дерматологии и венерологии МЗ РУз

Качество жизни (КЖ) по общепринятому определению, представляет собой интегральную характеристику физического, психического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на субъективном его восприятии. У пациентов с дистрофическими заболеваниями гениталий некоторые параметры КЖ приобретают определяющее значение, их можно идентифицировать, оценить и использовать для выявления ведущих этиопатогенетических триггеров заболевания.

Цель исследования — оценка КЖ пациенток с дистрофическими заболеваниями вульвы в зависимости от некоторых психофизических характеристик.

Материал и методы исследования. Основным источником информации для исследования послужили результаты анкетного опроса 65 женщин в возрасте от 18 до 62 лет со склероатрофическим лихеном и гиперпластической дистрофией вульвы. Для анализа отобрано 32 основных показателя (признака), которые кодировались по шкало-балльной системе. В основном контингент обследованных был представлен социально адаптированными женщинами, направленными на обследование и лечение в РСНПМЦ ДиВ МЗ РУз.

Результаты исследования. 88 % женщин с ДЗВ относились к социально-адаптированному контингенту и состояли в зарегистрированном браке. 15,4 % — женщин имели высшее образование, 75,4 % — среднее, 9,2 % — неоконченное среднее. Несмотря на то, что большинство женщин имели среднее и высшее образование, 84,6 % из них были домохозяйками. Данное обстоятельство объясняет причины возможной неосведомленности женщин по вопросам происхождения и течения ДЗВ. Частота выполнения гигиенических процедур гениталий у 5 женщин (7,7 %) составила 1 раз в день, у 10 (15,4 %) — 2 раза в день, у 16 (24,6 %) — после каждого акта испражнения/мочеиспускания и у 34 женщин (52,3 %) — 5 и более раз в день. 32 женщины (49,2 %) для подмывания использовали хозяйственное мыло с целью купирования зуда. Известно, что слишком частые подмывания способствуют пересыханию кожных покровов, снижению бактерицидных свойств кожи и возникновению мацерации. В то же время редкое использование гигиенических процедур способствует накоплению секрета сальных и потовых желез и микробной колонизации кожи и слизистой гениталий. 31 (47,6 %) женщина использовала гигиенические средства в виде марлевой прокладки, 21 (32,3 %) — фабричные гигиенические прокладки с дезодорирующим эффектом, 8 (12,3 %) — фабричные гигиенические прокладки без дезодорирующего эффекта и 5 (7,7 %) — не использовали какие-либо средств. Считали состояние своего здоровья удовлетворительным только 7,7 %, и 47,7 % неудовлетворительным. Такой показатель позволяет оценить субъективное самочувствие больных, которое не найдет своего отражения ни в одном из показателей заболеваемости, но отразиться на уровне трудоспособности и жизнедеятельности женщин. У 80 % женщин их заболевание влияло на настроение (в сторону снижения) и образ жизни (снижение трудовой и двигательной

активности). Среди сопутствующих заболеваний преобладала патология нервной системы (40%). 75,3% женщин с ДЗВ постоянно испытывали эмоциональные стрессы социально-бытового характера, что могло послужить усугубляющим фактором формирования зуда.

Вывод. Основываясь на вышеуказанных результатах, можно выделить следующие прямые косвенные факторы, способствующие возникновению и хронизации дистрофических заболеваний вульвы у женщин: использование женщинами гормональных мазей и кремов могло спровоцировать атрофические процессы в ткани вульвы и вызвать привыкание и устойчивость к другим методам лечения. Соблюдение обряда «намаз» женщинами, требующее 5-кратного туалета гениталий в день, могло способствовать нарушению бактерицидных свойств кожи, мацерации и проникновению инфекции, развитию воспалительных изменений кожи, на фоне которых может развиться дистрофия. Использование гигиенических средств в виде марлевых прокладок также могло способствовать развитию термостатического эффекта и нарушению перспирации тканей вульвы, открыть пути микробной колонизации мочеполового тракта, а использование прокладок с дезодорирующим эффектом могло усилить аллергические реакции. Высокий процент сопутствующих заболеваний нервной системы и частые переживания женщинами эмоциональных стрессов социально-бытового характера могли послужить усугубляющим фактором формирования зуда.

ЗАХМДА ВЕРИФИКАЦИЯ ИЗЛАНИШЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

У.Ю. САБИРОВ, Э.Х. ЭШБОЕВ, И.Х. ХОДЖАЕВ

РИД ва ВИАТМ

Кейинги йилларда захм касаллигининг клиник кечишида қатор ўзгаришлар юз бермоқда. Айниқса, яширин кечаётган захмга клиник жиҳатдан аниқ ташхис қўйиш жуда мураккаб. Ҳеч кимга сир эмаски, касалликнинг кечки яширин формаси умумий касалланишнинг 70% дан ортиғини ташкил қилади. Натижада захм билан касалланган беморларни эрта аниқлаш йилдан-йилга мураккаблашиб бормоқда. Ҳозирда биз ўз олдимизга соматик стационарларда даволанаётган ҳамда тиббий кўрикда юқумли касаллик (захм)ка шубҳа қилинган беморларга таносил касалликларнинг верификация услубини қўллаб, ўз пайтида аниқлашни мақсад қилиб қўйдик.

Верификация («Саралаб, аниқлаш», деган маънони билдириб) услубида соматик касалхоналарда ёки тиббий кўрик пайтида текширилган серологик қон таҳлилидан гумонли мусбат (+1; +2; +3; +4) натижалар олинса, ушбу анализларга асосланиб, етук венеролог (верификатор) томонидан бемор қайтадан тўлиқ клиник кўрикдан ўтказилади ва қоннинг махсус серологик текширувлари амалга оширилади. Қоннинг серологик текширувлари МР, КСР, РИФ, РИБТ услубларида бажарилади.

2016 йилги текширувларимиздан маълум бўлдики, Тошкент шаҳрида жойлашган соматик стационарларда даволанаётган беморлар орасидан 51 та беморда захмга гумон қилинадиган (+1; +2; +3) даражада серологик қон таҳлил натижаси олинган. Верификация тадқиқотлари натижасида уларнинг 33 тасида (64,7%) захм касаллиги турли хил клиник кўринишларда қайд қилинган, жумладан, яна 1 тасида иккиламчи — қайталанувчи захм, қолганларида эса (32) эрта яширин захм аниқланди.

Худди шундай 2017 йилда, 6 ой ичида шаҳар ҳудудидаги касалхоналарда даволанаётган беморларнинг 90 тасининг қон таҳлили захмга гумон қилиниб, уларни тўлиқ текширгандан сўнг 52 тасида захм борлиги аниқланди. Эътиборлиси шундаки, ушбу беморларнинг 50 тасин (55,6%) захмнинг яширин хили ташкил қилган.

Шундай қилиб, соматик стационарларда даволанаётган ҳамда тиббий кўрикда захмга шубҳа қилинган беморлар орасида касалликни ўз пайтида аниқлашда верификация услубининг аҳамияти катта. Айниқса, захмнинг кечки яширин хилини аниқлаб топишда у энг мақбул услуб ҳисобланади. Мазкур услубнинг кундалик ҳаётимизга тадбиқ қилиниши клиник ташхис қўйишдаги тортишувларга ва айрим келишмовчиликларга барҳам беради.

СИФИЛИС: ИЗМЕНЕНИЕ ПОДХОДОВ

В.Е. СПИРИДОНОВ, А.М. МАЙСТРЕНОК

УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии»

Сифилис — заболевание, представляющее одну из серьезных медико-социальных проблем медицины. В Витебской области последняя волна роста уровня заболеваемости сифилисом началась в 1993 году (12,4 на 100 тыс. населения), с подъемом до 115,5 в 1995 году и максимумом заболеваемости в 1997–1998 г.г. (196,2, 181,9 на 100 т. населения соответственно). В 2016 году

уровень заболеваемости составил 5,46 на 100 т. населения. На волне подъема заболеваемости 1995–1999 г.г. по Витебской области зарегистрировано 11373 случая сифилиса (3179 (27,9%) — первичного, 5246 (46%)– вторичного, 2936 (25,8) — скрытого сифилиса, 1 — нейросифилис, 11 случаев врожденного сифилиса). С 2000 года на фоне снижения заболеваемости сифилисом преобладали ранние формы заболевания (первичный, вторичный, ранний скрытый сифилис — 99,8%). Доля поздних форм сифилиса составила 0,2% (был установлен у 10 пациентов), 1 случай нейросифилиса, 3 случая врожденного сифилиса. За последние 10 лет в структуре заболеваемости сифилисом преобладали формы скрытого раннего сифилиса (52,1%). Из негативных тенденций можно отметить рост поздних форм сифилиса — рост на 55,3%. Это можно объяснить последствиями эпидемии сифилиса, а также внедрением в практику скринингового обследования специфичных тестов, позволяющих выявить трепонемоцидные антитела и диагностировать поздние формы сифилиса. Приказом управления здравоохранения Витебского облисполкома «Об улучшении диагностики сифилиса», утвержден реверсивный алгоритм обследования, приоритетным диагностическим тестом в котором является метод ИФА, как наиболее специфичный и чувствительный для использования при скрининговом обследовании населения и наиболее диагностически эффективный для выявления скрытых и поздних форм. Проводится активная работа по взаимодействию с врачами-неврологами, кардиологами, офтальмологами и другими специалистами по выявлению поздних форм сифилиса.

TORCH-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН АССОЦИАЦИЯЛАНГАН БАКТЕРИАЛ СЕПСИСДА ИММУН ТИЗИМИ ФАОЛИЯТИ

Ш.Б. ТУРСУНОВ, Ш.С. НАСИРОВА, С.А. ПАЗЫЛОВА, Р.З. ПУЛАТОВА, М.Ф. ТАХТАБЕКОВА

Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази

Болаларда сепсиснинг бола организмида кечадиган турли жараёнларнинг кечиши, айниқса, патологик ҳолатларни бартараф қилиниши, иммун тизимининг юқумли касалликлар қўзғатувчиларига қарши ҳимоя фаолиятини амалга ошириш ниҳоятда муҳим, бунда TORCH-инфекция асосий омиллардан бири бўлиб, сепсиснинг клиник кечишида ва иммунологик ҳолатига янгича йўналишни пайдо бўлишига таъсир кўрсатмоқда.

Ишимиздан мақсад, эрта ёшдаги болаларда TORCH-инфекцияси билан ассоциацияланган бактериал сепсисда болаларнинг қон зардобидаги цитокинлар (ИЛ-1β, ИНФ-α ИНФ-γ) статусининг миқдорларини аниқлаш.

Материал ва услуб: Кузатувларимиз давомида бир ойдан 2 ёшгача бўлган 40 та эрта ёшдаги болаларда турли хилдаги TORCH-инфекция (хламидия 11%, ЦМВ 22%, оддий герпес вируси, оддий герпес вируси + ЦМВ 27%) билан ассоциирланган бактериал сепсиснинг клиник, хамда қон зардобидаги цитокинлар (ИЛ-1β, ИНФ-α ИНФ-γ) статусининг ҳолати иммунофермент тахлил услуби ёрдамида ўрганилди.

Текшириш натижалари: ИЛ-1β и ИНФ-α нинг ишлаб чиқарилиши соғлом болалар кўрсатгичидан 2,5 марта ишончли равишда юқори бўлиб, бу ҳолат уларни ишлаб чиқаришини инфекцион жараён характери билан боғлиқлиги тўғрисида далолат беради. Назорат гуруҳи беморлари ва асосий гуруҳ беморларида ИНФ-γ нинг таркиби меъёрнинг ўрта кўрсатгичидан пастлиги аниқланди ($p<0,01$). TORCH- инфекция (хламидия 11%, ЦМВ 22%, оддий герпес вируси, оддий герпес вируси + ЦМВ 27%) билан ассоциирланган бактериал сепсис билан оғриган беморларнинг қон зардобида яллиғланишга хос ва яллиғланишга қарши цитокин (ИЛ-1β, ИНФ-α) ларнинг ошиши ва ИНФ-γ даражасининг пасайиши иммунитетнинг гуморал механизмларининг бузилиши хақида ахборот беради. Назоратдаги болаларнинг кўп қисмида (90%) сепсисни турли аъзолар ва тизимларнинг шикастланиши билан кечувчи оғир кўриниши — септикопиемик шаклда кечиши кузатилди. Бактериал сепсис билан оғриган болаларнинг 73% оғир рецидивланувчи кечишга эга бўлган бронхопневмония, 68% энтероколит, 22% кардит ва асосан 16% болаларда тромбогеморрагик синдром белгилари билан, диссеминирланган томир ичи қон ивиши ривожланишигача кечувчи, қонда билирубин кўтарилишининг узоқ сақланиши, зардоб аминотрансферазалари фаолиятини узоқ сақланиши билан кечувчи оддий герпес вируси + ЦМВ микст инфекцияси билан зарарланиши кузатилди. Марказий ва вегетатив асаб тизимидаги ўзгаришлар 69% болаларда аниқланиб, бу ўзгаришлар вегетовисцерал дисфункциялар синдроми, гипертензион синдром кўринишида ифодаланди.

Шундай қилиб, сепсис ўтказган эрта ёшдаги болаларнинг қон зардобидаги цитокинлар миқдорининг тахлили уларда гуморал механизмларининг бузилганлиги бутун касаллик давомида кузатилганлигини ва касалликнинг базис терапиясидаги даво воситаларига иммуномодулятор ва вирусга қарши препаратларини киритиш лозимлигини кўрсатади.

ВЛИЯНИЕ ЦЕЛАГРИПА НА СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ УРЕАПЛАЗМОЗОМ И ХЛАМИДИОЗОМ

Б.Ш. ФАТТАХОВ

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

Уретриты различной этиологии относятся к самым распространенным заболеваниям, передающимся в основном половым путем. Установлено преимущественное распространение хламидийной и уреаплазменной инфекций у мужчин и женщин активного полового возраста, чаще всего у лиц 20–45 лет.

Наряду с разнообразием клинического течения, уреаплазменные и хламидийные инфекции урогенитального тракта оказывают определенные влияние на иммунную систему организма. Несмотря на разработку новых лекарственных препаратов и создание на их базе современных подходов к лечению больных инфекциями урогенитального тракта, наблюдаются случаи неэффективной терапии, рецидивов заболевания, побочных действий препаратов.

Цель исследования — изучение влияния отечественного препарата «ЦелАгрипа» на состояние иммунной системы у больных урогенитальным уреаплазмозом и хламидиозом.

Материал и методы исследования. Исследование проводили у 44 больных обоего пола в возрасте от 19–35 лет: у 25 диагностирован урогенитальный уреаплазмоз, у 19 — хламидиоз. Контрольную группу составили данные 17 практически здоровых лиц.

Оценку состояния общего иммунитета проводили с использованием моноклональных антител методом розеткообразования согласно рекомендациям Института иммунологии АН РУз.

Для коррекции выявленных нарушений в иммунной системе использовали отечественный иммунокорригирующий препарат «ЦелАгрип». Основным механизмом его действия является способность индуцировать продукцию интерферона. ЦелАгрип назначали по 2 таблетки 3 раза в день в течение 5 дней.

Результат исследования. Показали, что у больных урогенитальным уреаплазмозом и хламидиозом после традиционной терапии отмечается склонность к увеличению относительного количества CD3-клеток по сравнению с данными до лечения.

При исследовании состояния гуморального звена иммунитета выявлено, что после проведенного лечения у больных данных групп отмечается снижение процентного содержания CD19-клеток, однако это снижение было статистически недостоверным.

Концентрации в крови Ig A, Ig M и Ig G были склонны к снижению по сравнению с данными до лечения. Несмотря на положительные сдвиги в иммунной системе у больных данных групп, показатели гуморального звена иммунитета после лечения остались ниже аналогичных данных практически здоровых лиц.

При использовании разработанного нами метода терапии больных урогенитальным уреаплазмозом и хламидиозом по сравнению с традиционной терапией в иммунной системе больных отмечались более выраженные сдвиги в сторону восстановления выявленного дисбаланса.

Уровень Ig A и Ig G в сыворотке крови был склонен к снижению по сравнению с данными до лечения, а концентрация Ig M оставалась на уровне данных до лечения.

Вывод. Результаты исследования показывают, что разработанный нами комплексный метод терапии больных урогенитальным уреаплазмозом и хламидиозом способствует более выраженному восстановлению выявленных нарушений в иммунной системе организма. Это свидетельствует о том, что отечественный препарат «ЦелАгрип» оказывает положительный терапевтический эффект в терапии таких больных.

МИКРОБНЫЙ СОСТАВ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОК С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ

Х.Р. ХАЛИДОВА, Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, Г.Р. ИБРАГИМОВА

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

Факультативно-анаэробные и облигатно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы (УПМ), составляющие резидентную микробиоту урогенитального тракта, при определенных экзо- и эндогенных факторах риска могут проявлять патогенные потенции и становиться

этиологической причиной инфекционно-воспалительного процесса, нарушения репродуктивной функции; развития спонтанных абортов, внутриутробного инфицирования; причиной продуцирования канцерогенных нитрозаминов, являющихся коферментами канцерогенеза.

Для исследования условно-патогенной микрофлоры в настоящее время используется метод ПЦР как для качественной оценки, так и для количественной. Определение условно-патогенной флоры методом качественной ПЦР может приводить к назначению не оправданно избыточного лечения. В связи с этим количественная диагностика УПМ является более актуальной.

Цель исследования — изучить микробный пейзаж условно-патогенной микрофлоры у пациентов с дистрофическими заболеваниями гениталий.

Материал и методы исследования. Методом ПЦР обследованы 16 образцов пациенток различного возраста с помощью тест-системы «Фемофлор-16» (ДНК-Технология, Россия)

В данном наборе выявляются 25 показателей: 23 группы микроорганизмов, контроль взятия материала и общая бактериальная масса, в одну из пробирок со смесью для амплификации добавлен внутренний контрольный образец, предназначенный для оценки эффективности протекания ПЦР. В качестве материала для исследования использовались соскобы эпителия заднелобкового свода влагалища, цервикального канала.

Результаты исследования. По данным ПЦР-диагностики из 16 пациенток УПФ в низких титрах определена у 7 (43,7 %). У 5 пациенток (31,3 %) в пограничных титрах определялась Ureaplasma (urealiticum + parvum), у 5 (31,3 %) также в пограничных титрах грибы рода Candida spp. Анаэробные микроорганизмы в пограничных титрах выделялись у 6 пациенток (37,5 %). Содержание лактобактерий у половины обследованных женщин было в норме.

Умеренный анаэробный дисбаланс установлен у 4 женщин (25 %). Выделялись Gardnerella vaginalis, Prevotella bivia и Porphyromonas spp., Eubacterium spp., Atopobium vaginae. Кроме того, обнаружены грибы рода Candida, Ureaplasma (urealiticum+parvum).

Умеренный аэробный дисбаланс у 5 (31,3 %). Выделялись следующие группы микроорганизмов: Streptococcus spp, Enterobacteriaceae. У одной пациентки вместе с энтеробактериями выделялась Ureaplasma (urealiticum + parvum) в диагностическом титре.

Умеренный аэробно-анаэробный (смешанный) дисбаланс обнаружен у 7 (43,7 %) пациенток. Обуславливался следующими микроорганизмами: Streptococcus spp., Staphylococcus spp., Enterobacteriaceae, Gardnerella vaginalis/Prevotella bivia/ Porphyromonas spp., а также Eubacterium spp., Atopobium vaginae, Megasphaera spp./ Veilljnella spp./Dialister spp..

Вывод. Для микробного пейзажа урогенитального тракта у пациенток с дистрофическими заболеваниями гениталий в 43,7 % случаев характерен смешанный дисбаланс, вызванный различным сочетанием аэробной, анаэробной флоры и грибами рода Candida. Другие виды дисбалансов анаэробный и аэробный встречались в 25 % и 31,3 % случаев соответственно. Количественная оценка УПМ проведена при помощи ПЦР, который является наиболее надежным методом диагностики.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И НЕКОТОРЫХ ИППП У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ И ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ

Х.Р. ХАЛИДОВА, Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, Г.Р. ИБРАГИМОВА

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

Папилломавирусы, инфицирующие кожу и слизистые оболочки урогенитального тракта, являются одними из самых распространенных сексуально-трансмиссивных инфекций. Для ВПЧ характерен широкий спектр эпителиальных пролиферативных повреждений. Гиперплазия и гиперкератоз как основные патоморфологические и клинические проявления кожной инфекции, вызванной ВПЧ, а также обширность и глубина поражений зависят от типа вируса

Показано, что диспластические и гиперпластические процессы наиболее часто развиваются на фоне персистирующей ВПЧ, наибольшую роль из которых отводят типам 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 и могут быть причиной развития цервикальных интраэпителиальных неоплазий (CIN), вульварных интраэпителиальных неоплазий (VIN), рака шейки матки.

Цель исследования — изучить частоту встречаемости ВПЧ инфекции у пациентов с дистрофическими и пролиферативными заболеваниями гениталий.

Материал и методы исследования. За отчетный период обследованы 45 пациентов, сре-

ди которых 19 пациентов (15 женщин и 4 мужчин) с остроконечными кондиломами (ОК) и 26 пациенток с предварительным диагнозом «Дистрофические заболевания вульвы» (ДЗВ).

В группе пациенток с ДЗВ склероатрофический лихен диагностирован у 16, нейродермит ограниченный — у 9, КПЛ, бородавчатая форма — у 1 пациентки.

Идентификация ВПЧ и некоторых ИППП осуществлялась с использованием метода ПЦР. Клинический материал (соскобы из уретры, эндоцервикального канала и влагалища) исследовали на данные инфекции, детекцию ДНК, которых проводили методом ПЦР real-time, тест-система фирмы «АмплиСенс», Россия).

Результаты исследования. В процессе проведенных исследований у 11 (24%) больных был обнаружен ВПЧ. При типировании во всех случаях идентифицирован ВПЧ 16/18 типа.

Тот или иной возбудитель из группы ИППП или из состава сопутствующей микрофлоры в виде моно-инфекции или в сочетании выявлялся у каждой пациентки. В процессе проведенных исследований из общего числа больных выявлены Ur.urealyticum у 17 больных (38%), у 11 (24%) — Gardnerella vaginalis, грибы рода Candida — у 16 пациентов (36%), ЦМВ и ВПГ — по 1 случаю соответственно (2%).

Вывод. Таким образом, инфицирование половых путей ВПЧ, а также уреаплазмами, грибами, гарднереллами повышает риск возникновения дистрофических и пролиферативных изменений. Длительная персистенция данных видов инфекций может влиять на течение и исход заболевания в исследуемой группе пациентов.

«СЕКНИДОКС» В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРИХОМАНИАЗА

М.Т. ХАСАНОВА, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ

Андижанский государственный медицинский институт

При острой форме трихомониаза больные отмечают сильную боль, жжение, а иногда и зуд. Для снятия этих симптомов венерологи последнее время назначают только специфическое лечение (антибиотики). Антибиотик и антипротозойный препарат нового поколения «Секнидокс» обладает с выраженным селективным действием на мочевыводящие пути.

Цель исследования — изучить клиническую эффективность секнидокса (секнидазол, Labratoire Bailly-Creat, Франция) в лечении больных острой формой трихомониаза.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 23 больных (14 мужчин и 9 женщин) с острой формой трихомониаза. Диагноз был подтвержден лабораторными исследованиями. Больные в составе комплексной терапии принимали секнидокс по 1 таблетке (100 мг 1 раз в день в течение 2 дней. Секнидокс особенно активен в отношении Trichomonasvaginalis.

Результаты исследования. После проведенного комплексного лечения у больных острым трихомониазом такие симптомы болезни, как боль, жжение и зуд исчезали через 30 минут, положительный клинический эффект был отмечен у всех больных. После проведенной стандартной специфической терапии в сочетании с финазопиридином гидрохлоридом в лабораторных анализах больных патологических изменений не было. Из побочных явлений наблюдалось окрашивание мочи в красновато-оранжевый цвет, которое после курса лечения исчезало.

Вывод. Однакратной прием секнидокса удобен для пациентов, значительно облегчает лечение. Препарат эффективен в комплексной терапии за короткий промежуток времени.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ СРЕДИ ЖЕНЩИН, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

М.М. ШАКИРОВ, А.И. БАЕВ, М.Х. ДЖУСУПГАЛИЕВА, И.В. ВУЙКО, Н.В. ТОНКОНОГОВА

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

Клинико-лабораторное обследование на ИППП проведено у 83 молодых женщин, в возрасте от 15 до 30 лет.

Для диагностики ИППП использовали методы иммуноферментного анализа (ИФА) и амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР в режиме реального времени); для диагностики сифилиса — комплекс серологических реакций (КСР) и реакция пассивной гемагглютинации (РПГА).

У подавляющего (67,5%) числа обследованных обнаружены ИППП (у 56 из 83). Отмечен высокий удельный вес ВПГ — 48,2%, уреаплазменной инфекции — 26,8%, по 25% зарегистрированы — ЦМВ, хламидийная и гарднереллез-

ная инфекции; частота микоплазменной инфекции — 21,4 %, по 17,9 % — трихомонадная и кандидозная инфекции. Гонококковая инфекция наблюдалась в 2-х случаях в ассоциации с уреаплазмами, гарднереллами и ВПГ. У одной представительницы реакция на сифилис была положи-тельной, без клинических проявлений. У подавляющего большинства (58,9 %) отмечено смешанное инфицирование, представленное сочетанием 3-х и более ИППП.

Проведенное исследование позволило выявить высокую (67,5 %) частоту ИППП, высокий (66,7 %) удельный вес смешанного инфицирования, представленного сочетанием 3-х и более различных вариантов ИППП.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ СРЕДИ МУЖЩИН, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

М.М. ШАКИРОВ, А.И. БАЕВ, М.Х. ДЖУСУПГАЛИЕВА, И.В. ВУЙКО, Н.В. ТОНКОНОГОВА

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г.Алматы

Клинико-лабораторное обследование на ИППП проведено у 72 лиц мужского пола, в возрасте от 15 до 30 лет.

Для диагностики ИППП использовали методы иммуноферментного анализа (ИФА) и амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР — в режиме реального времени); для диагностики сифилиса — комплекс серологических реакций (КСР) и реакции пассивной гемагглютинации (РПГА).

ИППП обнаружены у подавляющего (81,9 %) числа обследованных мужчин (у 59 из 72). Наиболее чаще и с одинаковой частотой отмечены ВПГ и уреаплазменная инфекция — по 37,3 %, хламидийная инфекция — у 23,7 %, ЦМВ и гарднереллезная инфекции — по 20,3 %, микоплазменная и трихомонадная инфекции — 16,9 % и 13,6 % соответственно, кандидозная — у 5,1 % обследованных. Гонококковая инфекция выявлена у 6,8 %, во всех случаях в сочетании с ЦМВ, хламидиями, уреа-микоплазмами и гарднереллами. Сифилис не выявлен ни в одном случае. Моно- и микст-инфицирование выявлено почти в одинаковых соотношениях — 50,8 % и 49,2 % соответственно.

Таким образом, для лиц мужского пола, обратившихся за медицинской помощью характерен высокий уровень заболеваемости ИППП, для большинства из них характерно скрытое течение.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТНОГО ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАВШИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПОВОДУ ИППП

М.М. ШАКИРОВ, А.И. БАЕВ, М.Х. ДЖУСУПГАЛИЕВА, И.В. ВУЙКО, Н.В. ТОНКОНОГОВА

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

С целью оценки состояния сексуального и репродуктивного здоровья проведено социологическое исследование у 155 (мужчин — 72, женщин — 83) молодых лиц, получавших медицинскую помощь по поводу ИППП.

Результаты исследования показали, что 41,9 % состояло в браке, 23 % из них — в гражданском браке; 13,5 % — разведены. Начало половой жизни в возрасте 12–13 лет отмечено у 26 респондентов, 14–16 лет — у 61 и 17–20 лет — у 68. Средний возраст начала половой жизни — 17,5 лет. Случайные половые связи также характерны для представителей данной группы. Оценка полового поведения показала, что за 12 месяцев только 18 респондентов имели половую связь с постоянным половым партнером, у 25 были 2–3 случайные связи, остальные респонденты имели 3 и более непостоянных партнеров. Уровень знаний о безопасном сексе и ИППП показал, что при занятии сексом большинство (46,9 %) эпизодически применяют средства индивидуальной защиты; 28,6 % — не применяют; постоянно применяют — 24,5 %. Отсутствие каких-либо представлений об ИППП — у 22,3 %, низкий уровень информированности — у 29,1 %, удовлетворительный — у 48,6 %. Информацию о половой жизни большинство (42,3 %) респондентов получали от друзей и знакомых; СМИ в качестве источника указанной информации отмечалось у 27,4 %, только 17,7 % молодых людей получали информацию от медицинских работников, остальные 12,6 % указывали на другие источники информации. 87,5 % правильно ответили на вопрос о половом пути передачи ВИЧ при незащищенном контакте.

Для данной группы населения характерно особенное сексуальное поведение, требующее разработки особых способов профилактики ИППП.

ЧАСТОТА ИНФЕКЦИЙ ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

М.М. ШАКИРОВ, А.И. БАЕВ, М.Х. ДЖУСУПГАЛИЕВА, И.В. ВУЙКО, Н.В. ТОНКОНОГОВА

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

Клинико-лабораторное обследование на ИППП проведено у 63 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) мужского пола, проходящих реабилитацию в Городском наркологическом центре медико-социальной коррекции г. Алматы, в возрасте от 15 до 30 лет.

Лабораторная диагностика ИППП проводилась методами ИФА и амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР — в режиме реального времени); диагностика сифилиса с использованием комплекса серологических реакций (КСР), реакции пассивной гемагглютинации (РПГА).

ИППП зарегистрировано у 46 (73,0 %) обследованных. Наиболее чаще отмечена цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ) — у 22 (47,8 %), с одинаковой частотой выявлены вирус простого герпеса (ВПГ) и кандидозная инфекция — по 32,6 % (у 15 лиц), по 8,7 % — гонококковая, хламидийная, уреаплазменная и гарднереллезная инфекции, в 3-х случаях — микоплазменная инфекция. Сифилис — у 2-х ПИН, в обоих случаях без клинических проявлений. Выявленные микроорганизмы почти в равных процентных соотношениях встречались как в моно-, так и различных вариантах полимикробной ассоциации ИППП — 52,2 % и 47,8 % соответственно (у 24 респондентов — моно-, у 22 — микст-инфицирование).

Полученные результаты показывают высокую частоту выявления ИППП среди данной уязвимой группы, наиболее частую регистрацию вирусной инфекции (ЦМВ, ВПГ 1–2 типа) в различных полимикробных ассоциациях ИППП.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

М.М. ШАКИРОВ, А.И. БАЕВ, М.Х. ДЖУСУПГАЛИЕВА, И.В. ВУЙКО, Н.В. ТОНКОНОГОВА

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

Изучены медико-социальные характеристики у 63 потребителей инъек-ционных наркотиков (ПИН), проходивших реабилитацию в Городском наркологическом центре медико-социальной коррекции г. Алматы, в возрасте от 15 до 30 лет.

Не имеют образования 3 % респондентов; среднее/неполное среднее образование — у 47,5 %; среднеспециальное — у 26,5 %; высшее/незаконченное высшее образование — у 23,0 %. Случайные заработки имели 39 % респондентов; постоянную работу — 32 %. На содержании родителей и других родственников живут 29 % респондентов. В браке состояли лишь 12. Героин (без кокаина) употребляли 32 % респондентов, ханку (суррогат опия домашнего приготовления) — 21 %, кокаин (без героина) — 3 %, героин + кокаин — 1 %, марихуану (анашу) — употребляли 43 % респондентов. Для ПИН характерно раннее начало половой жизни (в возрасте 12–13 лет — у 11, 14–16 лет — у 35 и 17–20 лет — у 17) и случайные половые связи. При занятии сексом не применяют средства индивидуальной защиты — 28,6 %; эпизоди-чески — 46,9 %; постоянно применяют — 24,5 %.Отсутствие каких-либо представлений об ИППП — у 22,3 %; низкий уровень информированности — у 29,1 %; удовлетворительный — у 48,6 %.Информацию о половой жизни 42,3 % ПИН получали от друзей и знакомых; из СМИ — 27,4 %; 17,7 % — от медицинских работников; 12,6 % — из других источников информации.

Таким образом, для ПИН характерно небезопасное сексуальное поведение и распространенность элементов поведения, связанного с риском инфицирования ИППП.

ЧАСТОТА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ У ОСУЖДЕННЫХ МУЖЧИН

М.М. ШАКИРОВ, А.И. БАЕВ, М.Х. ДЖУСУПГАЛИЕВА, И.В. ВУЙКО, Н.В. ТОНКОНОГОВА

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

Клинико-лабораторное обследование на ИППП проведено у 60 муж-чин, отбывающих наказание в исправительно-трудовой колонии Алматин-ской области ЛА-155/6. Средний возраст — 25,6 ± 1,2 лет.

Диагностику ИППП проводили методами ИФА и ПЦР (в режиме реального времени); сифилиса — с помощью комплекса серологических реакций (КСР) и реакции пассивной гемагглютинации (РПГА).

ИППП зарегистрировано у 98,3% (у 59 из 60) осужденных. Отмечен высокий удельный вес цитомегаловирусной инфекции (ЦМВ) и вируса простого герпеса (ВПГ) — по 83,0%, в 52,5% случаев кандидозная инфекция, в 35,6% — гарднереллезная, в 20,3% — хламидийная, в 15,2% и 3,4% уреаплазменная и трихомонадная инфекции. Результаты обследования на сифилис и гонорею — отрицательные. Микст-инфекция преобладала над моно-инфекцией — 96,6% против 3,4%. Сочетание 3-х и более ИППП у 34 (59,6%) обследованных, наиболее часто отмечены ассоциации ЦМВ с ВПГ и кандидозной инфекцией; ЦМВ с ВПГ — по 26,3% и 10,5% — ассоциация ЦМВ, ВПГ, кандидозной и гарднереллезной инфекциями. Хламидийная инфекция во всех случаях (у 12 лиц) встречалась в ассоциации с ЦМВ, уреаплазменной, гарднереллезной, кандидозной инфекциями и ВПГ.

Таким образом, для данной группы населения характерен высокий уровень заболеваемости ИППП, при этом, для подавляющего большинства характерно смешанное инфицирование и скрытое течение.

ЧАСТОТА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ СРЕДИ ОСУЖДЕННЫХ ЖЕНЩИН

М.М. ШАКИРОВ, А.И. БАЕВ, М.Х. ДЖУСУПГАЛИЕВА, И.В. ВУЙКО, Н.В. ТОНКОНОГОВА

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

Клинико-лабораторное обследование на ИППП проведено у 98 женщин, отбывающих наказание в исправительно-трудовой колонии Алматинской области ЛА-155/4. Средний возраст обследованных — 25,6 ± 1,2 лет. Диагностику ИППП проводили методами ИФА и ПЦР (в режиме реального времени); сифилиса — с помощью комплекса серологических реакций (КСР), реакции пассивной гемагглютинации (РПГА).

ИППП выявлено у 100% обследованных. Высокая (72,4%) частота трихомонадной и микоплазменной инфекций — 72,4% и 58,2%, в 42,9% и 39,8% — ВПГ и ЦМВ. Кандидозная инфекция — у 34,7%, гарднереллезная — у 25,5%, хламидийная — у 21,4%, уреаплазменная — у 10,2%. Гонококковая инфекция в 2-х случаях — по 1 случаю в сочетании ВПГ с кандидамикоплазменно-трихомонадной и кандидозной инфекциями. У 6 (5,9%) — сифи-лис без клинических проявлений; у 2 (2,0%) — результаты слабоположительные (из анамнеза — наличие сифилиса в прошлом). В 93 (94,9%) случаях из 98 — смешанное инфицирование, сочетание 3-х и более ИППП — в 84,9% случаев (у 79 обследованной). Наиболее частые ассоцианты: сочетание ЦМВ и ВПГ в различных вариантах с хламидийной, микоплазменной, трихомонадной и гарднереллезной инфекциями.

Таким образом, у осужденных женщин показано 100% выявление ИППП, высокая частота смешанного инфицирования, у подавляющего большинства состоящего из 3-х и более ассоциаций различных вариантов ИППП.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

М.М. ШАКИРОВ, А.И. БАЕВ, М.Х. ДЖУСУПГАЛИЕВА

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт, г. Алматы

В динамике (2015–2016 года) в Республике Казахстан отмечается снижение заболеваемости гонореей — с 23,6 до 20,2 на 100 тыс. населения, соответственно.

В разрезе областей РК: в 2016 году самые высокие показатели заболеваемости гонореей зарегистрированы в Восточно-Казахстанской (46,5 на 100 тыс. населения), Костанайской (30,4), Павлодарской (66,1), Акмолинской (23,5) областях.

Уровень заболеваемости гонореей среди больных, проживающих в сельской местности, в 2016 году составил 506 (мужчин — 374, женщин — 132) случаев против 714 (мужчин — 500, женщин — 214) — в 2015 году.

В 2016 году было выявлено 67 случаев гонококковой инфекции среди беременных против 113 — в 2015 году.

В возрастно-половом аспекте самая высокая заболеваемость гонореей в стране, как и ожидалось, была зарегистрирована в возрастной группе 18–44 лет, как среди мужчин, так и женщин. Мужской пол по заболеваемости гонореей занимал лидирующее положение за этот период времени в трех старших возрастных группах.

В 2016 году по сравнению с 2015 годом в Республике Казахстан в возрастно-половом аспекте отмечается снижение заболеваемости гонореей в возрастных группах 15–17 лет и 18–44 лет.

В 2016 году дерматовенерологами выявлено 945 больных гонореей против 1006 — в 2015 году; акушер-гинекологами — 267 против 380 — в 2015 году; урологами — 240 против 253 — в 2015 году. В стационарах (терапевтический и неврологический профиль) в 2016 году было выявлено 12 случаев гонококковой инфекции против 32 — в 2015 году; при периодических профилактических осмотрах — 125 и 96, соответственно; другими специалистами — 392 и 229, соответственно.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

М.М. ШАКИРОВ, А.И. БАЕВ, М.Х. ДЖУСУПГАЛИЕВА

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт г. Алматы

В 2016 году по сравнению с 2015 годом в Республике Казахстан отмечалось снижение заболеваемости сифилисом — с 28,4 до 26,6 на 100 тыс. населения.

В разрезе областей РК: в 2016 году самые высокие показатели заболеваемости сифилисом зарегистрированы в Акмолинской (32,9 на 100 тыс. населения), Атырауской (38,5), Карагандинской (61,9), Кызылординской (41,1) и г. Астана (39,9).

Уровень заболеваемости сифилисом среди больных, проживающих в сельской местности, в 2016 году составил 1462 (мужчин — 759, женщин — 703) против 1801 (мужчин — 913, женщин — 888) — в 2015 году.

В 2016 году было зарегистрировано 15 случаев врожденного сифилиса против 13 — в 2015 году. В 2016 году сифилитическая инфекция была выявлена у 354 беременных. Аналогичный показатель в 2015 году составил 531 случай.

В структуре сифилиса наибольший удельный вес приходился на сифилис скрытый: 65,4 % — в 2016 году против 64,5 % — в 2015 году.

В возрастно-половом аспекте самая высокая заболеваемость сифилисом в стране, как и ожидалось, была зарегистрирована в возрастной группе 18–44 лет, как среди мужчин, так и женщин.

В 2016 году дерматовенерологами было выявлено 1327 больных сифилисом против 1175 — в 2015 году; акушер-гинекологами — 459 против 520 — в 2015 году; урологами — 53 против 78 — в 2015 году. В стационарах (терапевтический и неврологический профиль) в 2016 году было выявлено 292 случая против 380 — в 2015 году; обследование доноров на станции переливания крови — 118 и 197, соответственно; периодические профилактические осмотры — 628 и 584, соответственно; другими специалистами — 940 и 624, соответственно.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

М.М. ШАКИРОВ, А.И. БАЕВ, М.Х. ДЖУСУПГАЛИЕВА

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт г. Алматы

В динамике (2015–2016 годы) в Республике Казахстан отмечается снижение заболеваемости урогенитальным трихомониазом — с 54,2 до 46,0 на 100 тыс. населения, соответственно.

В разрезе областей РК: в 2016 году самые высокие показатели заболеваемости урогенитальным трихомониазом зарегистрированы в Акмолинской (74,5 на 100 тыс. населения), Актюбинской (62,8), Восточно-Казахстанской (70,8), Кызылординской (130,0), Карагандинской (78,1), Северо-Казахстанской (109,0), Павлодарской (66,9) областях. Самые низкие показатели заболеваемости трихомониазом зарегистрированы в Жамбылской (23,9 на 100 тыс. населения), Атырауской (22,8), Алматинской (17,1), городах Астана (7,7) и Алматы (11,5).

Уровень заболеваемости урогенитальным трихомониазом среди больных, проживающих в сельской местности, в 2016 году составил 1725 (мужчин — 312, женщин — 1413) против 2449 (мужчин — 741, женщин — 1708) — в 2015 году.

В 2016 году было выявлено 507 случаев урогенитальным трихомониазом среди беременных против 596 — в 2015 году.

В возрастно-половом аспекте самая высокая заболеваемость трихомонадной инфекцией в стране была зарегистрирована в возрастной группе 18–44 лет, как среди мужчин, так и женщин. Женский пол по заболеваемости урогенитальным трихомониазом занимал лидирующее положение за этот период времени во всех возрастных группах.

В 2016 году дерматовенерологами выявлено 1867 больных трихомонадной инфекцией против 1781 — в 2015 году; акушер-гинекологами — 2415 против 2330 — в 2015 году; урологами — 313 против 379 — в 2015 году. В стационарах (терапевтический и неврологический профиль) в 2016 году было выявлено 79 против 68 — в 2015 году; периодические профилактические осмотры — 702 и 679, соответственно; другими специалистами — 486 и 519, соответственно.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

М.М. ШАКИРОВ, А.И. БАЕВ, М.Х. ДЖУСУПГАЛИЕВА

Научно-исследовательский кожно-венерологический институт г. Алматы

В 2016 году по сравнению с 2015 годом в Республике Казахстан отмечается снижение заболеваемости урогенитальным хламидиозом — с 25,8 до 19,7 на 100 тыс. населения.

В разрезе областей РК: в 2016 году самые высокие показатели заболеваемости урогенитальным хламидиозом зарегистрированы в Акмолинской (39,8 на 100 тыс. населения), Восточно-Казахстанской (35,3), Северо-Казахстанской (34,7) областях, г. Астана (58,1). А самые низкие показатели заболеваемости хламидийной инфекции зарегистрированы в Жамбылской (3,1 на 100 тыс. населения), Западно-Казахстанской (3,1), Кызылординской (0,9), Костанайской (4,2) областях.

Уровень заболеваемости урогенитальным хламидиозом среди больных, проживающих в сельской местности, в 2016 году составил 750 (мужчин — 212, женщин — 538) против 1209 (мужчин — 374, женщин — 835) — в 2015 году.

В 2016 году из числа беременных было выявлено 743 случая урогенитального хламидиоза против 940 — в 2015 году.

В возрастно-половом аспекте самая высокая заболеваемость хламидийной инфекцией в стране была зарегистрирована в возрастной группе 18–44 лет, как среди мужчин, так и женщин. Женский пол по заболеваемости урогенитальным хламидиозом занимал лидирующее положение за этот период времени во всех возрастных группах.

В 2016 году по сравнению с 2015 годом в Республике Казахстан в возрастно-половом аспекте отмечается существенное снижение заболеваемости хламидиозом в возрастной группе 18–44 лет.

ГОНОКОККЛАРНИНГ ТОКСИГЕНЛИК ВА ЧИДАМЛИЛИК ДАРАЖАСИ ҲАҚИДА

ЭШБОЕВ.Э.Х., АБИДОВ.А.М., ЭШБОЕВ.С.Э., АБИДОВ.Х.А.

РИД ва ВИАТМ

Аввалари қатор олимлар «Гонококкларнинг токсигенлиги уларнинг танаси билан боғлиқ», дейишар эди. Ҳозирда гонокларнинг ҳужайра қобиғида асосий токсин сақланишини айтишмоқда. Бу токсин липополисахаридлар, полисахаридлар, мукополисахаридлар ёки оқсиллар комбинациясидан иборат. Умуман олганда эндотоксинни ташкил қилувчи оқсиллар тузилиши жиҳатдан менингококларникига ўхшаб кетади. Эндотоксиннинг липоид қисми асосий захарни, полисахарид қисми эса антигенлик соҳасига жавоб беради.

Гонококларнинг токсигенлик хусусиятлари, касалликнинг клиник хилларига боғлиқ, масалан, ўткир ва асоратланган хилларида ажратилган токсин анча кучли, аксинча яшириш кўринишда эса бу хусусият анча паст. Худди шундай ҳолат сунъий озиқ муҳитларда ўстирилган гонококк штаммларида ҳам намоён бўлади. Улар қайта-қайта экилганда улар ўзларининг токсигенлик хусусиятини йўқотади.

Гонококкларнинг одам организмидан ташқарида яшаш ёки яшамаслиги (чидамлилик)нинг эпидимиологик жиҳатдан аҳамияти жуда катта. Қатор тадқиқотчиларнинг олган натижаларига қараганда гонококлар одам организмидан ташқарида унчалик чидамли эмас. Масалан, йирингли ажралмалар таркибидаги гонококклар йиринг ҳавода қуриганидан сўнг нобуд бўлади. Демак, уларнинг ташқарида яшаб қолиши ҳаво ҳарорати билан боғлиқ. Гонококклар даволанмаган одам организмида узоқ вақт тирик сақланади ва патогенлигини йўқотади. Лекин бир неча йиллардан сўнг гонококклар одам организмида, аксинча айрим вирулентлик хусусиятларидан ажралади.

Беморлардан олинган йиринг билан зарарланган буюм ойнаси, Петри косачалари, ёғоч шпател-

лари, қоғоз юзаси, пахта тампонлари, дока буюмлар, сочиқ, ликопча юзаси, хожатхона қоғозлари, ниҳоят резина қўлқоплар ва презервативлар юзасида гонококкларнинг тирик сақланиши 3–4 кунгача давом этади. Демак, шахсий гигиенага эътиборсиз бўлиш сўзак касаллигининг маиший йўл билан юқишига олиб келади. Аммо бизнинг тажрибаларимиздан маълум бўлдики, гононкокларнинг оддий буюм ва идишларда тирик сақланиб қолиш даражси ҳавонинг иссиқ ёки қуруқ бўлиши билан бир қаторда намликка ҳам боғлиқ экан.

Ваакумли шароитда музлатилган гонококларнинг соф культураси қуритиб олинса антигенлик ва ҳаётийлик (тириклигини) хусусиятларни бир неча йилгача сақлаб қолиш мумкин. 5 йил давомида музлатилган гонококклар яна қайтадан қуритилганида сунъий озиқ муҳитларда ўсиш қобилиятини ва пенициллинга сезгирлигини тўлиқ сақлаб қолади.

Дистилланган оддий сувда гонококклар физиологик эритмага қараганда тезроқ ўлади. Ванна, душхона, ҳаммом ва бассейнларда юқиб қолишини камдан-кам ҳолатларда кузатилади.

Гонококклар юқори температурага чидамсиз. 41–42°С иссиқликда 2 соат ичида 90%, 42°С да эса қолган гонококклар ҳам нобуд бўлади, аммо анаэроб шароитда гонококларнинг температурга чидамлилиги бироз юқори. Аксинча паст температурада гонококклар узоқ вақт тирик сақланиб қолади. Масалан, 20–30°С ҳароратда йиллаб нобуд бўлмаслиги мумкин. Лекин бир неча бор музлатиб кейин қайта экилса, улар ўсмайди, яъни тирик қолмайди.

Тўғридан-тўғри тушган қуёш нури 25–35 минут давомида, ультрафиолет нурлар узоқ йўналтирилган дагина бактериоцид таъсир қилади.

Кимёвий препаратларнинг асосий қисми гонококкларга нисбатан in vitro шароитда қаттиқ таъсир қилади ва улар бир зумда нобуд бўлади. Аммо асосий кимёвий маҳсулотлар гонококкларни пробиркаларда ўлдиради холос, бироқ in vitro шароитида ўлдириш натижаси кескин пасаяди. Демак, бу борада олиб борилаётган изланишларни ҳали узоқ вақт давом этиришига тўғри келади.

ГОНОКОККЛАРНИНГ ЎЗГАРУВЧАНЛИГИ ТЎҒРИСИДА

Э.Х. ЭШБОЕВ, А.А. РАЗИКОВ, С.Э. ЭШБОЕВ

РИД ва ВИАТМ

Ҳозирги пайтга келиб гонококкларнинг маълум шароитларга қараб ўзгариб туриши, яъни ўзгарувчанлигини мутахассислар инкор қилишмайди. Қайси шароитга келиб, улар ўзгаради, бу ҳолатнинг диагностик ва эпидемиологик жиҳатидан аҳамияти катта. Одатда бўялган препаратларда гонококклар типик диплококкларнинг кўринишини олади. Баъзан лейкоцитлар ичида лейкоцитлардан ташқарида бир хил катталикда ғуж-ғуж бўлиб жойлашади. Грам услубида манфий бўялади. Аммо шундай вазиятлар бўладики, уларнинг юқорида таъкидлаб ўтган хусусиятлари бошқа томонга ўзгаради. Яъни, гонококкларнинг колониялар кўриниши, катта-кичиклиги, ҳажмининг микроскопик шакли мутлақо бошқа кўринишни намоён қилиб қолади. Ўзгариш чуқурлиги гонококкларнинг ўзига ноқулай бўлган шароитда нақадар давом этганлиги билан боғлиқ. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, сунъий озиқ муҳитдаги ишқорийлик ва кислоталик (РН) миқдорининг оз ёки кўп томонга ўзгариши гонококкларнинг ўзгаришиги олиб келади.

Масалан, озиқ муҳитлар РН 8,0–8,2 бўлса атипик колониялар пайдо бўлади. Айниқса, сульфаниламид препаратлар ва пенициллин каби антибиотиклар амалиётга кенг тадбиқ қилина бошлаганидан сўнг гонококклардаги ўзгарувчанлик хусусиятлари тез ривожланиб кетди. Оқибатда L-формадаги гонококлар юзага келади. Шу жойда айтиш жоизки, бактериоскопик жиҳатдан гонококкларнинг L-формадасини бошқа микрорганизмларнинг L-формадасидан фарқлаб олишнинг мутлақо имкони йўқ. Гонококклар L-формасининг катталаги 6–8 мкм баъзан гигант шаклларни юзага келтиради ва 600–800 мкм гача етади. Гонококк ҳужайрасидаги интенсив бўлинишдаги ўзгаришлар ДНК синтезини тезлаштириб, L-трансформациясини кучайтиради.

Гонококк штаммлари сезгирлиги паст бўлган антибактериал препаратлари таъсирида L-шаклидаги бактерияларга айланади ҳамда фагоцитозга тўсқинлик қилувчи микрокапсулалар ҳосил қилиб, касалликнинг кечиши кам симптомли, субъектив белгиларсиз кўринишга ўтади. Касалликнинг бу даври эпидимиологик аҳамиятга эга бўлган клиник кечиш ҳисобланади, чунки бемор бу вақтда гонорея касаллигининг манбаи бўлиб қолади ва жинсий фаолиятини давом эттиради.

Гонорея, унинг нохуш асоратлари ҳамда тарқалишига қарши курашишда, касалликни эрта аниқлаш, ўз вақтида даволашда лаборатория диагностикасининг аҳамияти жуда катта. Касалликнинг торпоид формаси ва сурункали хилларини

ташхислашда, шунингдек, унинг қайти хуружини тўхтатиш, қолаверса, юқори терапевтик самара олиш мақсадида, гонококк штаммларининг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш, дори воситаларини фармодинамик таъсир доирасини ўрганиб боришда культурал услубнинг аҳамияти жуда юқори.

Гонококкларни ўзига хос типлари бўлиши мумкинми ёки йўқми?, деган савол анча вақтдан бери мутахассисларни ўйлантиради. Одамда 3 тадан 6 тагача аниқроғи асосли равишда 4 та тип тафовут қилинади. Гонококлар патогенлиги, вирулентлиги жиҳатидан, қолаверса ундирилган колонияларнинг турига қараб типларга ажратилади. I–II типдаги гонококк колонияларини қайта-қайта экавериш оқибатида III-IV тип гонококкларни ҳосил қилиш мумкин. Яна айтиш керакки, электрон микроскопда ўтказилган тадқиқотларда I тип гонококклар ҳужайра қобиғида томчисимон ҳосилани ва найчаларни кузатиш мумкин, аммо IV типдаги гонококкларда бундай ҳосила бўлмайди. Ундан ташқари, I типдаги вирулентлигини сақлайди. Аммо IV типдаги гонококклар бундай хусусиятга эга эмас.

I–II типдаги гонококклар одамларга юқади ва касаллик чақиради. Аксинча III ва IV типдаги гонококклар одамларга юқмайди. Лекин амалиётда ҳар тўртала типларни назорат қилиб боришнинг имкони йўқ.

ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз,
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №2, г. Ташкент

В венерологии одной из причин в развитии серорезистентности при сифилисе являются патология внутренних органов, которые влияют на серологические показатели крови.

Цель исследования — изучение патологий внутренних органов у больных с серорезистентностью при сифилисе.

Материал и методы исследования. Были исследованы 110 больных с СР (65 мужчин, 45 женщин) возрасте от 19 до 70 лет, из них: до 20 лет — 1 больной, от 21 до 30 лет — 19, от 31 до 40 лет — 33, от 41 до 50 лет — 18, от 51 до 60 лет — 25 и старше 61 года — 14 больных.

В крови больных определяли: реакцию Вассермана (РВ) с кардиолипиновым (К/а) и трепонемным (Т/а) антигенами, микрореакцию (М/Р); из специфических реакций — реакция иммунофлюресценции (РИФ — 200 и РИФ-абс), реакцию преципитации бледных трепонем (РИБТ). Позитивность оценивали после года лечения. Патологии внутренних органов определяли при помощи осмотра специалистов — терапевта, офтальмолога, невролога, ЛОР — врача и данных инструментальных исследований — рентгенографии, УЗИ, ЭКГ ЭхоКС, ЭЭГ, РЭГ и др.

Результаты исследования. Из 110 больных с СР при сифилисе у 73 (66,3 %) выявлены различные патологии вистиральных органов и систем.

Серологические реакции в крови при выявленных патологиях до начала дополнительного лечения были более позитивными, чем у больных без патологических отклонений. Позитивность серореакций крови была следующей: РВ с трепонемным антигеном (Т/а) — в 47,9 % с кардиолипиновым — в 75,1 %, микрореакция — в 88,5 %, случаев, РИФ-200 и РИФ-абс — в 100 %, РИБТ — в 95,6 %. Высокая позитивность отмечена со стороны м/Р и РИФ.

Патологий ЖКТ выявлены — у 52 (72,2 %), ССС — у 25, нервной системы — у 19 (26,3 %) мочеполовой системы — у 28 (38,8 %), ИППП — у 8 (11,1 %); органов зрения — у 13 (3,9 %) больных.

Надо отметить, что по 5 нозологических единиц было у 5 больных, по 4 — у 3, по 3 — у 8, по 2 — у 22, по 4 — у 25 обследованных.

После дополнительного противосифилитического лечения серореакции крови у некоторых больных стали негативными, они были сняты с диспансерного учета.

Вывод. Таким образом у больных выявление сопуствующих заболеваний могут бить причиной формирования серорезистентности при сифилисе и они усиливают позитивность серореакции крови у больных с СР.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ M, G И АНТИГЕН СВЯЗЫВАЮЩИХ ЛИМФОЦИТОВ (АСЛ) В ИФА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз,
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №2, г. Ташкент

Применение различных методов диагностики в дифференциации форм сифилиса имеет большое значение. При этом иммуноферментный анализ (ИФА) в определении содержания Ig M, G, а также АСЛ в крови больных с СР применен нами впервые.

Цель исследования — изучение чувствительности ИФА в определении Jg M, G и АСЛ у больных с СР при сифилисе.

Материал и методы исследования. Вышеуказанные исследования проведены 59 больным с СР при сифилисе. По возрасту больные были разделены на три группы: 1-я группа состояла из 31 больного от 20 до 40 лет; 2-я группа из 19 больных в возрасте от 41 до 50 лет, 3-я — из 9 больных в возрасте от 51 до 60 лет. В ИФА иммуноглобулины M, G и АСЛ определяли по общепринятым методикам.

Результаты исследования. Нужно отметить, что в крови больных с СР при сифилисе экспрессия Jg G была снижена, а синтез Ig M был восстановлен. Jg M в ИФА у всех больных был негативным. Jg G в ИФА имел различную оптическую плотность (ОП): у больных 1-й группы ОП была равна к 2,3, во 2-й группе — 1,1–2,0, в 3-й группе — ниже 1,0. Серореакции крови по позитивности колебаись от (+) до (4+).

АСЛ в ИФА продемонстрировал своеобразную способность лимфоцитов связывать антигены. В 1-й группе больных АСЛ был равен 1,903±0,09 ОП, во 2-й группе — 1,42±0,09 ОП, в 3-й группе — 0,516±0,09 ОП. В группе контроля показатель был равен 0,165±0,011 ОП.

Вывод. ИФА-анализ крови больных с СР при сифилисе при определении иммуноглобулинов M, G и АСЛ показал своеобразную чувствительность, что в дифференциальной диагностике немаловажно.

СОДЕРЖАНИЯ *Y* — ИНТЕРФЕРОНА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ (СР)

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА

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

Интерферона относится к цитокинам. Его содержание в крови у больных сифилисом ССР имеет большое значение, однако остается малоизученным.

Цель исследования — изучить содержание *γ*-интерферона в крови у больных с сероризистентностью при сифилисе до и после дополнительного лечения.

Материал и методы исследования. Количественное содержание *γ*-интерферона определяли в крови 125 больных (70 мужчин и 55 женщин) с сероризистентностью при сифилисе в возрасте от 19 до 74 лет. Средний возраст больных составил от 20 до 40 лет. Содержание *γ*-интерферона с помощью ИФА — тест-системы «Вектор-Бест». Позитивность серологических реакций крови соответствовала литературным данным. Контрольную группу составили 10 человек с показателями *γ*-интерферона 2,9±0,9 ПГ/мл.

Результаты исследования. Содержания *γ*-интерферона в крови у больных с сероризистентностью при сифилисе до начала дополнительного лечения было равно 6,4±8,7 ПГ/мл, контрольной группе — 2,9±0,9 ПГ/мл. После дополнительного лечения количественное содержание *γ*-интерферона в группе больных снизилось — 13,3±0,66 ПГ/мл.

Вывод. Проведенные исследования уровня *γ*-интерферона в крови у больных с сероризистентностью при сифилисе продемонстрировали после дополнительного лечения наличие персистенции T. Pallidum в организме и изменение антиген презентующей функции макрофагов.

СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-2 В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ

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

Серорезистентность при сифилисе в венерологии является важной проблемой. Надо отметить, что содержание интерлейкина-2 (ИЛ-2) в данном случае недостаточно изучено.

Цель исследования — изучение содержания ИЛ-2 в крови у больных с серорезистентностью при сифилисе до и после дополнительного лечения.

Материал и методы исследования. Исследовано кровь 125 больных (70 мужчин, 55 женщин) с серорезистентностью при сифилисе в возрасте от 19 до 74 лет. В среднем больные находились в возрасте от 20 до 40 лет. До дополнительного лечения позитивность серологических реакций крови имеоа соелубшие пркащаиеои: RW с трепонемным антигеном — до 50%, с кардиолипиновым антигеном — до 41%, в микрореакции — 84,6 %, РИФ 200, абс и РИБТ — 100%.

После дополнительного лечения отмечена следующая позитивность серологических реакций: RW с стрепонемным антигеном — до 25%, с кардиолипиновым — до 22%, в микрореакции — до 52%, РИФ и РИТ — до 100%. ИЛ-2 в крови у больных определяли с помощью ИФА тест-системы «Вектор-Бест».

Результаты исследования. У исследуемых больных до дополнительного лечения содержание ИЛ-2 составило 18,4±0,94 ПГ/мл в (контроле 4,2±0,3 ПГ/мл), после проведенной терапии снизилось до 10,7±0,67 ПТ/мл.

Вывод. До проведения дополнительного лечения в крови больных с серорезистентностью при сифилисе уровень ИЛ-2 был завышен, а после лечения снизился, что подтверждает эффективность проведенной терапии.

ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ОРГАНИЗМА В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз,
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №2, г. Ташкент

Эндогенная интоксикация организма у больных с серорезистентностью при сифилисе мало изучена в венерологии.

Цель исследования Изучение эндогенной интоксикации в крови больных с серорезистентностью при сифилисе до и после дополнительного лечения.

Материал и методы исследования. Серорезистентность при сифилисе была определена у 110 больных в возрасте от 19 до 70 лет. Из них 65 мужчин и 45 женщин в возрасте до 20 лет был 1 больной, от 21 до 30 лет — 19, от 31 до 40 лет — 33, от 41 до 50 лет — 18, от 51 до 60 лет — 25 и более 61 лет — 14 больных.

Для изучения эндогенной интоксикации организма в крови больных с серорезистентностью при сифилисе определяли: сорбционную способность эритроцитов (ССЭ), средних молекулярных пептидов (СМП); индекс лейкоцитарной интоксикации (ИЛИ); индекс гематологических интоксикаций (ИГИ). Исследования проведены до и после дополнительной терапии с серорезистентностью при сифилисе. Все показатели до лечения были высокими, а после лечения сниженными, по сравнению с контрольными данными.

Результаты исследования. ССЭ до лечения была выше контрольной (31±0,64) в 1,6 раза и составила 61,6±2,7, а после дополнительной терапии снизилась до 30,43±1,6.

Показатель СМП до начала дополнительного лечения был равен 0,38±0,002 (в контроле — 0,229±0,001), т. е. выше 1,66 раза. После лечения СМП снизилась до 0,31±0,018, но осталась выше контроля (0,229±0,001).

ИЛИ до начала лечения был выше (1,87±0,75) контроля (1,24±0,04) в 1,57 раза, после лечения составил 1,61±0,65, но остался выше контроля и чем до лечения.

ИГИ до начала дополнительного лечения был повышен в 1,5 раза по сравнению с группой контроля (1,24±0,04) и составил 1,87±0,75, после лечения снизился до 1,61±0,005, но остался выше контрольной группы.

Вывод. Изучение показателей эндогенной интоксикации в крови больных с серорезистентностью при сифилисе до начала дополнительного лечения были выше, а после лечения снизились или были равны с контрольными данными.

ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз,
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №2, г. Ташкент

В венерологии проблема серорезистентности при сифилисе (СР) занимает особое место, так как больные на диспансерном учете могут состоять до 10 лет.

Цель исследования — изучение причинных факторов развития серорезистентности при сифилисе.

Материал и метод исследования. Под наблюдением находились 110 больных с серорезистентностью при сифилисе 65 мужчин, 45 женщин в возрасте от 19 до 70 лет, до 20 лет — 1 больной, от 21 до 30 лет — 19, от 31 до 40 лет — 33, от 41 до 50 лет — 18, от 51 до 60 лет — 25 больных и более 61 лет — 14 больных.

В крови больных определяли: реакцию Вассермана с кардиолипиновым и трепоннемным антигенами (к/а, т/а), микрореакцию (м/р) из специфических сероreакций — $РИФ_{200}$, абс и РИТ. После года в крови оценивали положительные результаты серологических реакций.

Результаты исследования. Полученные нами данные позволяют выделить следующие причинные факторы в развитии серорезистентности при сифилисе:

1) по поводу первичного диагноза специфическое лечение не всегда проводится достаточно и качественно;

2) наличие сопутствующих заболеваний со стороны внутренних органов и систем;

3) различные отклонения св иммунной системе;

4) позднее выявление заболевания и в результате поздно начатое специфическое лечение;

5) отсутствие должного внимания на состояние висцеропатологии, особенно во время лечения;

6) ошибки в диагностике заболевания;

7) отсутствие диагностики и лечения микстинфекций со стороны мочеполовой сферы;

8) повышенная эндогенная интоксикация при лечении серорезистентности при сифилисе не учитывается.

Вывод. В развитии серорезистентности при сифилисе имеются причинные факторы, которые необходимо учитывать при проведении лечения, а также для ускорения сроков снятия с диспансерного учета.

К ВОПРОСУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз,
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №2, г. Ташкент

В кожно-венерологических диспансерах (КВД) больные с серорезистентностью при сифилисе под наблюдением состоят на учете до 10 лет, в связи с чем бытует мнение, что сифилис не вылечивается.

Цель исследования — дать рекомендации врачам по ведению больных с серорезистентностью при сифилисе.

Результаты исследования. На основании накопленных клинических материалов в течение долгих лет в стационаре РСНПМЦ ДиВ ведению больных с серорезистентностью при сифилисе считаем необходимым рекомендовать следующие:

1) динамическое изучение картин серологических реакций крови у больных ССР и тщательную их интерпритацию;

2) обращать внимание на возраст больных (в возрасте старше 60 лет можно снять с диспансерного учета автоматически);

3) тщательно обследовать больных на предмет выявления патологии со стороны внутренних органов и систем. При этом, кроме осмотра смежных специалистов, тщательно проводить функциональные исследования (УЗИ, ЭКГ, РЭГ, ЭЭГ, ЭхоКС и др.);

4) определить, было ли проведенное лечение при первично установленном диагнозе каче-

ственным и достаточным, проанализировав и сопоставить данные сероreакции крови до и после лечения;

5) вести надлежащий учет прохождения или регулярного диспансерного наблюдения, получения дополнительного лечения, обратив при этом особое, внимание на качество проведенной терапии.

6) своевременно выявлять клинические осложнения сифилиса, так как существующая длительное время сифилитическая инфекция может способствовать формированию нейросифилиса и различных форм вицеропатологий.

Вывод. Ведение больных ССР требует своеобразного подхода с целью профилактики осложнений сифилиса и развития глубоких и тяжелых изменений в организме.

СОСТОЯНИЕ ЛИКВОРА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз,
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №2, г. Ташкент

Для определения пораженности нервной системы чувствительным методом необходимо провести исследование ликвора. Кроме того, нужно отметить, что изменений в ликворе больных сифилиса указывают на продолжение нервной системы и это является причиной развития СР.

Цель исследования — изучение состояния ликвора у больных с СР, при сифилисе.

Материал и методы исследования. Ликвор исследовали у 38 больных с СР в возрасте от 26 до 45 лет (мужчин — 29, женщин — 9). До формирования СР первичный серопозитивной сифилис был устоновлен — у 4, вторичный свежий — у 4, вторичный рецидивный — у 10, ранний скрытый — у 18, скрытый поздний — у 2 больных.

В ликворе определяли: клеточный состав (цитоз) — общее количество белка, белковый коэффициент; из глобулиновых реакций — Панди, Нонне-Апельта; из сероreакций — Вассермана (0,25, 0,5, 1,0); из специфических реакции — РИФ с цельным ликвором и РИБТ.

Результаты исследования. Чувствительный показатель (количество клеточных элементов, в норме — до 7 мм^3 был увеличен до 66 в 1/мм^3 у 34 больных (89,4 %), общее количество белка было повышенным — у 33 (86,8 %). Из глобулиновых реакций реакция Нонне-Апельта дала положительный результат (2+) в 28 (73,7 %) случаях, а (4+) — в 22 случаях (78,6 %) реакция Панди была положительной в 32 (84,2 %) случаях, из них: по (2+) — у 30 (93,7 %), по (3+) — у 2 больных. Из серологических реакция Вассермана была положительной у 2 (5,2 %), РИБТ — у 2 (31,6 %), РИФц — у 26 (68,4 %) больных.

По классификации Г.В. Робустова, М.П. Фрижмана (1975 г.) патология ликвора у исследуемых больных отнесена к I–II типу. Все больные были пролечены по схеме раннего нейросифилиса.

Вывод. У больных с СР при сифилисе одном из причин является поражение нервной системы, а исследование ликвора при этом — основной метод диагностики.

THE USE OF COMBINATION THERAPY IN THE TREATMENT OF XANTHELASMA PALPEBRARUM

U.Y. SABIROV, A.S. KHUDAYBERGANOVA

Specialized scientific and practical medical center of dermatology and venereology

Introduction. Xanthelasma palpebrarum can be compared with the tip of the iceberg, invisible part of which is dyslipidemia, leading to the development xanthelasma. On the skin of the periorbital region are formed straw-yellow or light orange plaques, with clear boundaries, palpation soft, painless, not accompanied by any subjective sensations. The pathogenesis of development xanthelasma palpebrarum is little studied, in connection with than not developed a precise pathogenetic therapy methods.

The purpose of the research. Improvement of methods of therapy xanthelasma palpebrarum .

Materials and methods. We studied 60 patients suffering from xanthelasma palpebrarum, among them 12 men (19,6 %) and 48 women (80,4 %). Age of the patients was from 22 to 65 years. In our study 68,42 % of the patient amounted aged 35–50 years. Depending on the size of a pathological focus we divided into 3 forms: spotted — 5 (8,9 %) patients, patchy — 46 patient (78,6 %) and papular — 9 (12,5 %) patients. Patients were photographed before the beginning of the first applications and data were compared after 6 months after the last application. In the study of the blood lipid spectrum 54 patients found dyslipidemia. The remaining 6 patients indicators of the level of blood lipids were within normal limits. All 60 patients underwent a local application 20 % trichloroacetic acid. 54 patients with dyslipidemia appointed rozuvastatin 10 mg daily for 1–3 months, depending on the parameters of lipid spectrum.

Results. Five patients made a single application 20 % trichloroacetic acid, 38 patients — twice application. The remaining 17 patients made three application 20 % trichloroacetic acid. Regeneration of tissue at the site of application 20 % trichloroacetic acid was observed within 7–10 days. In the course of our work we achieved 100 % of cosmetic results, 8 (13,4 %) patients had a recurrence, the other 52 (86,6 %) no relapse noted.

Conclusion. Thus, this combination treatment in the form of local software 20 % trichloroacetic acid and combination of lipid lowering drug rozuvastatin showed good results.

АНАЛИЗ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДНК-ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА КОЛЛАГЕНА У ПАЦИЕНТОВ С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ

Т.У. АБДУЛЛАЕВ

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

Заболеваемость УФ индуцированными опухолями кожи неуклонно возрастает во всем мире. В результате реализации кумулятивного эффекта УФ излучения развивается дерматогелиоз (фотостарение), представляющий собой сложный многокаскадный молекулярно-биологический процесс, происходящий на эпидермально-дермальном уровне. В связи с этим нами была проведена исследовательская работа по изучению результатов анализа ДНК гена коллагена типа 1 (COL 1A1 Sp1) у пациентов с ремоделированием коллагена, который кодирует аминокислотную последовательность альфа-1 — цепь белка коллагена 1 типа и является потенциально значимым в формировании генетической предрасположенности к заболеваниям, связанным с нарушением синтеза коллагена. Отбор больных и клиническая часть работы выполнялась на базе РСНПМЦ ДиВ МЗ РУз. Молекулярно-генетические исследования проводились на базе лаборатории медицинской генетики НИИ гематологии и переливания крови МЗ РУз. Среди пациентов с келоидными рубцами мужчин было 21 (58,3 %), женщин — 15 (41,7 %). В возрасте от 16 до 25 лет — 28 пациентов (77,7 %), т.е. заболевание поражало в большей степени категорию молодых людей.

Результаты молекулярно-генетических исследований показали высокий уровень специфичности показателя SP = 0,97 полиморфизма гена COL 1A1 и низкий уровень чувствительности по-

казателей Se = 0,12 (сильное отклонение в сторону специфичности), в связи с чем неправомочно утверждать о самостоятельном эффекте данного полиморфизма гена коллагена на риск развития болезни обоих патологий (фотостарение, келоидные рубцы) в нашей популяции. Данная аллель гена больше значима для больных фотостарением.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА У ПАЦИЕНТОВ С ФОТОСТАРЕНИЕМ И КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ

Т.У. АБДУЛЛАЕВ

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

По мнению ряда авторов, в сохранности кератиноцитов с фотоповрежденными митохондриальными ДНК ключевую роль играет протеин bcl-2. Его локализация на мембране митохондрий вблизи источника свободных радикалов дает основание предполагать, что bcl-2 предотвращает апоптоз клетки, ингибируя выработку радикалов или действуя как антиоксидант.

Цель исследования — изучение концентрации ингибиторов матриксных металлопротеиназ (TIMP1) у пациентов (68 больных) в крови с фотостарением и келоидными рубцами.

Под нашим наблюдением находились 73 больных с фотостарением и 36 — с келоидными рубцами. Исследование концентрации ингибиторов матриксных металлопротеиназ (TIMP1) у пациентов (68 больных) в крови с фотостарением и келоидными рубцами показало достоверное снижение его уровня при фотостарении и повышение — при келоидных рубцах по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы. Так, у пациентов с I типом фотостарения концентрация TIMP1 составила 2,4 ± 0,12 pg/ml (P < 0,001), у пациентов со II типом — 0,9 ± 0,05 pg/ml (P < 0,001) и у пациентов с III типом — 0,7 ± 0,06 pg/ml (P < 0,001). Аналогичный показатель контрольной группы составил 3,7 ± 0,09 pg/ml. Активность TIMP1 коррелировала со степенью тяжести фотостарения: при увеличении степени тяжести концентрация ингибиторов матриксных металлопротеиназ уменьшалась. При келоидных рубцах показатель TIMP1 был достоверно повышен — 5,3 ± 0,18 pg/ml (P < 0,001).

Таким образом, показатели ингибиторов матриксных металлопротеиназ свидетельствуют об увеличении активности матриксных металлопротеиназ, разрушающих соединительную ткань внеклеточного матрикса, что приводят к разрушению коллагена и нарушению функции фибробластов соединительной ткани. Также матриксные металлопротеиназы участвуют в воспалительном процессе, «расчищая» путь нейтрофилов в зону воспаления, и этот факт доказывает низкие показатели TIMP1 у пациентов с фотостарением. При келоидных рубцах наблюдается достоверное повышение концентрации TIMP, что указывает на снижение синтеза матриксных металлопротеиназ, в результате чего увеличивается образование коллагена.

РЕГЕНЕРАТИВНАЯ НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

Ф.В. АЗИМОВА, Ш.Ш. ШОРАХМЕДОВ

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

Несмотря на большое количество проведенных исследований в этиопатогенезеалопеции, многие вопросы терапии заболевания остаются малоизученными. Проводимые в настоящее время иммуногенетические, гистохимические исследования позволили глубже понять патомеханизмы развития различных видов алопеции. В этом плане заслуживает внимание изучение механизмов и факторов межклеточного взаимодействия, главными из которых являются факторы роста, молекулы внеклеточного матрикса, онкогены и цитокины. По последним литературным данным ученых всего мира наблюдается снижение концентрации факторов роста вокруг волосянных фолликулов непосредственно в патологических очагах и в крови пациентов нерубцовымиалопециями.

Цель исследования — определение эффективности растительных факторов роста — VEGF,b-FGF, IGF-1 (PlantStemcellampolle)в терапии андрогенной алопеции.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 161 пациентов с андрогенной алопецией, среди которых мужчин было 129 (80,1 %), женщин — 32 (19,9 %). Согласно классификации Норвурда-Гамильтона, III степень

андрогенной алопеции наблюдалась у 42,6% пациентов; III–IV степени — у 31,8% пациентов; IV–V степени — у 25,6% пациентов. У женщин наблюдалась в большинстве случаев II–III степень по Людвигу (73,7%) и у 26,3% отмечалась I степень заболевания. У всех пациентов были изучены эндотелиальный фактор роста и фактор роста фибробластов в крови иммуноферментным методом, результаты которых показали достоверное снижение их ($P < 0,05$). Пациенты данной группы получали традиционную терапию, согласно утвержденному «Стандарты диагностики и лечения по дерматовенерологии и медицинской косметологии» и наружно «Plant Stemcellampolle», содержащей VEGF, b-FGF, IGF-1 продукции «DR. FORHAIR» (Корея), официальным дистрибьютером в Узбекистане является ООО «Wex Pharm Consults». Факторы росталипофильны, влияют непосредственно на клетки волосянного фолликула, продлевая фазу роста волос — анаген. Кроме факторов роста, в продукции «Plant Stemcellampolle» содержатся витамины группы «В», декспантенол, аллантоин. Такой богатый состав решает проблемы не только выпадения волос, но и балансирует кожу головы, увлажняя в одних случаях, уменьшая жирность и очищая в других, и, безусловно, просто необходимы в проведении профилактики андрогенной алопеции и увеличения диаметра волосянного стержня.

Результаты исследования. Проведенная терапиярастительными факторами роста «Plant Stemcellampolle» в сочетании с традиционной терапией показала увеличение эффективности терапии андрогенной алопеции как у мужчин, так и у женщин. Результаты отражались в росте пушковыхи терминальных волос на более короткие сроки лечения у пациентов андрогенной алопецией, применявших наружно факторы роста — на 15–18 сутки и 19–25 сутки соответственно (контроль 19–28 сутки и 30–45 сутки), увеличение диаметра стержней волос на 3,6% (контроль — на 1,2%).

Вывод. Применение растительных факторов роста «Plant Stemcellampolle» продукции «DR. FORHAIR» (Корея) на фоне традиционной терапии у пациентов андрогенной алопецией показало повышение эффективности проводимой терапии и соответственно, качества жизни пациентов.

СОЧЕТАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ РЕДЕРМАЛИЗАЦИИ И ЛАЗЕРНОГО ОМОЛОЖЕНИЯ

Н.Г. БЕЛАЯ

Новосибирский государственный медицинский университет, кафедра дерматовенерологии и косметологии, г. Новосибирск

В настоящее время идет интенсивное внедрение лазерных методов омоложения в практическую косметологию. Воздействие на мягкие ткани абляционными лазерами (CO_2 и Er:YAG) является классическим методом омоложения кожи. К показаниям для процедуры лазерного омоложения кожи лица относят возрастные изменения кожи, постакне и гиперпигментацию различного этиогенеза. Обоснованием для сочетанного применения методики редермализации в качестве подготовки кожи к лазерному воздействию и после него с целью профилактики осложнений и усиления процессов регенерации кожи служат описанные в литературе механизмы реализации структурной и метаболической роли гиалуроновой и янтарной кислот с целью восстановления физиологического состояния кожи.

Цель исследования — стала оценка эффективности сочетанного использования двух методов — редермализации и фракционного лазерного омоложения.

Материал и методы исследования. В группу исследования были включены 20 женщин в возрасте от 37 до 55 лет с признаками инволюционных изменений кожи лица: атония, сухость, морщины и складки, очаги гиперпигментации. Все пациенты были разбиты на 2 группы (по 10 человек в каждой). В 1-й группе применяли редермализацию и фракционное лазерное омоложение. Редермализация — это интрадермальное введение препарата Hyalual 1,1%, 2,0 мл — комбинированный препарат, содержащий 16 мг/мл сукцината натрия и 11 мг/мл нестабилизированной высокомолекулярной гиалуроновой кислоты. Такое соотношение компонентов идеально обеспечивает повышение качественных характеристик кожи в зоне лазерного воздействия, блокирует развитие воспалительных осложнений и патологического рубцевания, а также уменьшает отечный синдром. Редермализацию проводили дважды: за 2 недели до лазерной обработки кожи и спустя 4 недели после нее. Лазерную процедуру выполняли однократно, с использованием эрбиевого лазера Dermablate (Asclepion Laser Technologies, Германия). Параметры воздействия: длина волны 2940 нм, 12–14 Дж/см^2, один проход.

Во 2-й группе пациентам проводили только фракционное лазерное омоложение однократно, с использованием эрбиевого лазера Dermablate (Asclepion Laser Technologies, Германия). Параметры воздействия: длина волны 2940 нм, 12–14 Дж/см^2, один проход.

Результаты исследования. Оценивали клинически и посредством неинвазивных методов морфофункциональной диагностики кожи на аппарате Aramo SG (Корея) по следующим критериям: увлажненность, эластичность, пигментация, глубина морщин. Всеми волонтерами было подписано информированное согласие на проведение подобных исследований и использование полученных результатов в научных целях.

При сочетанном применении двух методов — редермализации и фракционного лазерного омоложения — через 6 недель отмечено повышение эластичности кожи на 20,87 %, выраженное увеличение гидратации кожи на 43,45 %, уменьшение глубины морщин на 38,73 % и пигментация — на 52,10 %. При применении только фракционного лазерного омоложения — через 6 недель отмечено повышение эластичности кожи на 7,43 %, снижение гидратации кожи на 7,17 %, уменьшение глубины морщин на 17,66 % и. пигментация — на 39,25 % .

Вывод. Метод редермализации прекрасно сочетается с лазерным омоложением кожи. В результате период восстановления кожи после фракционного лазерного омоложения сокращается, повышаются влажность и эластичность кожи, уменьшается гиперпигментация, сглаживаются морщины. Данные процессы с течением времени усиливаются за счет восстановления физиологических процессов в дерме.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ «PURE SKIN» В КОМПЛЕКСНОМ В ЛЕЧЕНИИ УГРЕВАОЙ БОЛЕЗНИ

Г.Ш. ГУЛЯМОВА, А.И. КАСИМОВ

Частная Клиника «KASMED»;
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

В последние годы отмечаются высокие темпы роста угревой болезни. По данным многих авторов, такая тенденция отмечается по всему миру. Кроме того, угревой болезни все чаще стали подвержены люди, старше 30–35 лет, что вызывает их социальную дезадаптацию в обществе. Кроме того, высокая резистентность к антибиотикотерапии, а также участившиеся случаи недостаточной эффективности системных ретиноидов, ставят дерматологов и медицинских косметологов в тупик.

Цель исследования — оценка эффективности применения препарата «Pure Skin — Чистая кожа» в комплексном лечении угревой болезни.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 43 пациента с угревой болезнью в комедонально-папулезной и папулопустулезной формах по классификации Клигмана и Янсена. Из них мужчин — 17, женщин — 26 в возрасте от 19 до 40 лет, давность заболевания составила от года до 10 лет.

Всем больным проводились общеклинические исследования (общий и биохимический анализ крови, УЗИ внутренних органов), анализ на клещи угревой железницы, бак.посев с кожи лица, а также анализ крови на половые гормоны у женщин.

Больные получали комплексное лечение в виде традиционной терапии, включающей антибиотики, витамины, гипосенсибилизирующие препараты, антиоксиданты, микроэлементы согласно стандартным дозировкам, наружно растворы, содержащие антибиотики и антипаразитарные средства. Часть больных (25 человек) использовали препарат «Pure Skin», который применяли на кожу лица в очаги поражения в виде классической мезотерапии по технике депонирования и наппажа, а также в виде микронидлинга 1 раз в 5–7 дней от 6–12 процедур на курс. «Pure Skin» — медицинский коктейль, активными компонентами которого являются экстракт коры черной ивы, ниацинамид (витамин B_3), экстракт корня герани, боярышника, пантенол, мочевина, молочная кислота.

Результаты исследования. Результаты клинических исследований показали, что в обеих группах отмечалось уменьшение воспаления, рассасывание папулезных элементов и подсыхание пустул. В группе, больных получавших дополнительное лечение препаратом «Pure Skin», отмечались исчезновение гиперемии, рассасывание папул, особенно застойных пятен, нормализация выработки сала, сужение пор на 10–12 дней раньше, чем при традиционное лечении. Кроме того, у пациентов, получавших препарат «Pure Skin», выравнивался цвет лица, осветлились вторичные гиперпигментированные пятна, у 10 пациентов отмечалось разглаживание мелких статических и динамических морщин, у 7 отмечался легкий лифтинг тканей.

Побочные действия отмечены у 60 % пациентов, получавших мезотерапию, в виде покраснений, кровоподтеков в местах вколов, которые проходили от 2 часов до 3 суток.

Вывод. Применение препарата «Pure Skin» в комплексе с традиционной терапией способствовало не только ускорению процессов заживления и восстановления кожи лица у больных с акне, а также улучшению эстетических качеств кожи.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ НИТЕЙ АПТОС В КОРРЕКЦИИ ХРОНОСТАРЕНИЯ

Г.Ш. ГУЛЯМОВА, А.И. КАСИМОВ

Частная клиника «KASMED»,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз

За последние годы отмечается значительный прорыв в развитии медицинской косметологии. Все больше и чаще появляются различные сообщения о разработке новых безоперационных методов в коррекции омоложения лица.

Возрастные изменения кожи, как известно, связаны с изменением не только регенерации, но и от смещения жировых компартменов, мышц, резорбции костей черепа и др. В настоящее время нет четкой классификации хроностарения, общепринятой является разделение на 5 типов: деформационный, мелкоморщинистый, мускулистый, усталый и смешанный типы старения.

Цель исследования — изучение эффективности применения нитей «Аптос» в безоперационной подтяжке лица для коррекции хроностарения.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 18 женщин с легкими и средними формами деформационного, мускулистого и смешанного типов хроностарения. Возрастная медиана варьировала от 35 до 47 лет. Давность процесса составила от года до 5 лет. У всех пациенток наблюдались неровный цвет, истончение и местами огрубение, дряблость, морщинистость, избыток лишней кожи в виде брылей, углубление носогубных и губоподбородочных складок — морщины марионетки, смещение скул. Всем пациентамбыли имплантированы нити «Аптос». Нити «Аптос» разработаны из рассасывающего материала — капролака, который более 50 лет используются в хирургии в качестве шовного материала. Отличительной особенностью капролака является биодеградируемость, т.е способность к полному рассасыванию, и эти нити пропитаны полимолочной кислотой, которая способствует выработке собственно коллагена.

Всем пациенткам нити «Аптос» модификации «Excellence» были имплантированы в среднюю треть лица согласно протоколу, разработанному авторами. У всех из них отмечались побочные эффекты в виде отеков, легких парестезий, мелких кровоподтеков, чувство стягивания кожи, которые прошли в течение 2–3 недель, что является естественной реакцией при данном методе. Ощущение покалывания под кожей отмечали 5 пациенток, которое самостоятельно прошло через неделю. Ни у одного пациента аллергическая реакция на препарат не отмечалась.

Результаты исследования. У всех пациенток наблюдалась положительная динамика, которая отмечалась на 3–4 неделе, а значительный результат на 8–9 неделе после имплантирования, который проявлялся в виде лифтинга средней трети лица, поднятия уголков рта, уменьшения глубины и разглаживания контуров носогубной складки и морщин-марионеток, поднятия и формирования скул. Кроме того, отмечалось улучшение качества кожи лица: уменьшение и исчезновение телеангиоэктазий, повышение тургора и плотности кожи, осветление и гидратация ее.

Отдаленные результаты: у 2 женщин эффект лифтинга сохранялся до 3 лет, у 9 — от 1,8 до 2,5 года, за остальными пациентками не удалось наблюдать по разным причинам.

Вывод. Применение нитей «Аптос» является эффективным безоперационным методом омоложения лица при легких и средних формах хроностарения, а также малая травматичность, короткий реабилитационный период и длительный эффект раскрывают все больше возможностей в применении данного метода.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ БОТУЛИНО ТЕРАПИИ У МУЖЧИН

А.Р. КОРЕПАНОВ, А.И. ЯКУБОВИЧ

ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ, г. Иркутск

Актуальность. Для эстетической коррекции возрастных изменений у мужчин применяются различные препараты ботулинического токсина типа А (БТА), отличающиеся технологическими особенностями производства, в том числе, использованием различных штаммов Cl. Botulinum, процессов очищения и стабилизации действующего вещества. Так как, используются разные

биологические тесты и методики измерения активности БТА, у каждого из препаратов применяются различные специфические уникальные единицы активности нейротоксина. Кроме того, при ботулинотерапии у мужчин следует учитывать наличие гендерных особенностей: большей, чем у женщин, мышечной массы, более активного кровообращения и метаболизма, что требует увеличения рекомендуемых доз ботулотоксина на 30–50 %, и соответственно, стоимости процедуры.

Цель исследования — исследование сравнительной эффективности и экономической целесообразности применения препаратов ботулотоксина А в эстетической коррекции возрастных изменений у мужчин.

Материал и методы исследования. В исследовании принимали участие 26 мужчин в возрасте от 36 до 58 лет, которым для эстетической коррекции были последовательно, с интервалами в 6 месяцев, использованы препараты абоботулотоксина А (АБА) и инкоботулотоксина А (ИБА). Дозировки препаратов были индивидуальны, в зависимости от мимической активности и пожеланий пациентов, чаще в соотношении 1 ЕД (ИБА) к 2 ЕД (АБА) или 1 ЕД (ИБА) к 2,5 ЕД (АБА).

Результаты исследования. Установлен более выраженный эффект, как субъективно по оценке пациентов, так и объективно при фотографировании, который был получен при применении АБА. Длительность эффекта от ботулинотерапии была достоверно выше при применении АБА. Кроме того, стоимость процедур при применении АБА была ниже по сравнению с ИБА на 27 %.

Вывод. При использовании ботулинотерапии для коррекции возрастных изменений у мужчин предпочтительно использовать абоботулотоксин А.

«ФЕРМЕНКОЛ» В ТЕРАПИИ ПОСТАКНЕ РУБЦОВ

А.Б. РАХМАТОВ, Д.В. РАХМАТОВА, И.Б. НУРМАТОВА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии МЗ РУз,
Ташкентский городской кожно-венерологический диспансер

Вульгарные угри являются частой причиной формирования рубцов, а также нарушений естественной пигментации кожи. Наиболее частые проявления постакне — гиперпигментация, патологические рубцы, формирование атером и милиумов. Проблема реабилитации таких пациентов остается до конца не решенной.

С целью коррекции постакне рубцов [шкала по D. Goodman et al., 2006] были взяты под наблюдение 22 больных (мужчин — 16, женщин — 6) в возрасте от 20 до 30 лет и давностью заболевания от года до 10 лет. Все пациенты с 12–14 лет страдали различной тяжести вульгарными угрями.

Основным компонентом любых рубцов является избыточное основное вещество соединительной ткани, главным образом патологический, избыточный коллаген. В этой связи был использован препарат «Ферменкол», который представляет собой природный комплекс изоферментов коллагеназы с молекулярной массой от 23 до 36 кДа. Комплекс проявляет не только коллагенолитическую, но и общую протеолитическую и гликолитическую активность. Таким образом, препарат оказывает комплексное воздействие на все компоненты патологического рубца.

Гель, в который входит комплекс коллагеназ «Ферменкол» (0,1 мг/г активного вещества), предназначен для местного применения в виде аппликаций и может быть использован для фонофореза. Аппликации используются для лечения рубцов, имеющих небольшую толщину, а также в терапии угревой сыпи. Аппликации геля на область рубцов проводятся дважды в сутки. Продолжительность курса аппликаций зависит от вида рубца и от особенностей обратного развития рубцового процесса (1–6 месяцев). Каких-либо побочных явлений или аллергических проявлений при использовании геля «Ферменкол» отмечено не было.

Динамика клинических проявлений постакне рубцов характеризовалась приостановлением активного роста, полном или частичным регрессированием рубца, исчезновением локальных субъективных ощущений, разницы в цвете между рубцовой и окружающей тканью, обесцвечиванием ярко-фиолетовой окраски рубцов.

Таким образом, для коррекции постакне рубцов возможно применение неинвазивной методики наружного использования препарата «Ферменкол».

МОЛЕКУЛЫ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ПРИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦАХ

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

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

В настоящее время одной из актуальных проблем дерматокосметологии являются заболевания кожи, сопровождающиеся нарушением синтеза коллагена и проявляющиеся развитием различных дегенеративных поражений кожи, таких как келоидные рубцы. Суммарно из 100 миллионов больных рубцы развиваются только в развитом мире каждый год как результат 55 миллионов плановых операций и 25 миллионов операций после травмы. Проведенные исследования последних лет констатируют увеличение продукции коллагена и сниженное расщепление коллагена, а также ремоделирование коллагена, что является фундаментальным дефектом, лежащим в основе патогенеза келоидов.Ремоделирование коллагена зависит от множества токсических продуктов метаболизма оксидативного стресса (АФК) и молекул внеклеточного матрикса (ММР), разрушающих белки, мембранные липиды, углеводы, нуклеиновые кислоты и являющихся медиаторами клеточного повреждения.

Цель исследования — исследовать молекулы внеклеточного матрикса — ингибиторы матриксных металлопротеиназ (TIMP1) и маркеров АФК — супер оксиддисмутаза (СОД) у пациентов с келоидными рубцами.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 36 пациентов с келоидными рубцами в возрасте от 16 до 25 лет, среди которых мужчин было 21 (58,3%), женщин — 15 (41,7%). Клиническая характеристика келоидных рубцов характеризовалась широкими, шероховатыми на ощупь образований с бугристой поверхностью, неправильной формы, багрово-красного цвета, возвышающиеся над уровнем здоровой кожи. У 10% больных отмечалась боль, повышенная чувствительность, зуд и жжение в области повреждения. У всех пациентов была отобрана венозная кровь в количестве 5 мл для проведения исследования концентрации ингибиторов матриксных металлопротеиназ (TIMP1) и супероксиддисмутазы (СОД) автоматизированным иммуноферментным методом на аппарате «Humareader Single».

Результаты исследования. При келоидных рубцах концентрация TIMP1 достоверно увеличивалась — 5,3±0,18 pg/ml ($P<0,001$) по сравнению с показателями контрольной группы (3,7±0,09 pg/ml), что указывает на снижение синтеза матриксных металлопротеиназ, и результатом последнего является увеличение образования коллагена в зоне повреждения. Результаты концентрации СОД у пациентов с келоидными рубцами показали достоверное снижение — 4,96±2,8 pg/ml, тогда как аналогичный показатель лиц контрольной группы составил 6,9±1,27 pg/ml.

Вывод. У пациентов келоидными рубцами в патогенезе заболевания немаловажную роль играют биологические молекулы оксидативного стресса и внеклеточного матрикса, принимающих активное участие в ремоделировании коллагена. Исследованные данные подтверждаются данными американских ученых, которые отмечали повышение уровня матриксных металлопротеиназ при ингибициисупероксиддисмутазы. Дальнейшие исследования будут направлены на поиск лечебной тактики, нормализующей нарушенные показатели вышеуказанных параметров внеклеточного матрикса и оксидативного стресса.

СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

У.Ю. САБИРОВ, Ш.Ш. ШОРАХМЕДОВ

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

В настоящее время перспективным подходом в терапии андрогенной алопеции является синергизм применения плазмы, обогащенной тромбоцитами с препаратами гиалуроновой кислоты внутридермально. Известно, что гиалуроновая кислота — природный полисахарид, не видоспецифичен, обладает способностью удерживать воду. Учитывая данные о том, что введенные экзогенные материалы имеют способность постепенно замещаться эндогенными структурами, у американских ученых возникла идея создания ниши из искусственного матрикса для миграции и пролиферации собственных клеток реципиента. Такой нишей и обладает введенная гиалуроновая кислота, способная создавать условия для миграции собственных фибробластов, необходимые сосочкам волосянных фолликулов.

Цель исследования — изучить эффективность сочетанного применениягиалуроновой кислоты и плазмой, обогащенной тромбоцитами, в терапии андрогенной алопеции.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 58 мужчин в возрасте от 23 лет до 41 года с III–IV степенью облысения по Гамильтону. Данная группа пациентов не имела сопутствующей патологии. Отбиралась венозная кровь, которая незамедлительно центрифугировалась при помощи Центрифуги EBA-20 в течение 10 мин. Отделялся нижний слой тромбоцитарной массы в количестве 4 мл.и полученный в процессе естественной коагуляции фибрин. Добавляли раствор кальция глюконата 10% 0,2 мл и гиалуроновую кислоту нестабилизированную низкомолекулярную 0,5 мл и вводили папульновнутридермально в зону изрежения волос 1 раз в 14 дней на протяжении 3 месяцев.

Результаты исследования. Субъективно, уже после первой процедуры на 5–6 сутки наблюдалось уменьшение выпадения волос. Динамика морфометрических параметров была определена с помощью видеотриходерматоскопии при помощи видеокамеры Aramo-SG (Корея) с линзами X60 и X200, и диагностической программы Trichoscience через 3 месяца терапии. Так, у данной группы пациентов андрогенной алопецией, получавших внутридермальногиалуроновую кислоту совместно с процедурой плазмы, обогащенной тромбоцитами, в теменной области плотность волос на 1 см^2 увеличилась на 36 единиц (262±3,5 до лечения, 298±1,3 после лечения), количество телогеновых волос снизился на 27% (45±1,1 до лечения, 18±0,7 после лечения). Наблюдалась тенденция в увеличении диаметра волос на 8 мкм (43±1,8 до лечения, 51±2,7 после лечения).

Вывод. Таким образом, сочетанное применение нестабилизированной гиалуроновой кислоты с плазмой, обогащенной тромбоцитами, внутридермально в очаги изрежения волос пациентам андрогенной алопецией на фоне традиционной терапии повышает эффективность терапии данной патологии.

PRP В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ФОТОСТАРЕНИЯ

У.Ю. САБИРОВ, Ф.В. АЗИМОВА, Н.Б. ХОДЖАЕВА

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

Фотостарение кожи — это процесс постоянного повреждения кожи солнечными лучами.

Благодаря бурно развивающейся такой отрасли медицины, как регенеративная терапия, стало возможным нивелировать косметические недостатки кожи путем применения PRP терапии.

Обогащенная тромбоцитами аутологичная плазма (Platelet Riched Plasma — PRP) применяется в разных направлениях медицины. В косметологии она способствует возвращению молодости кожи с помощью полученной у самого пациента плазмы крови, богатой тромбоцитами. Процедура эффективна, безопасна, безболезненна и базируется на полной совместимости с организмом, не вызывая побочных эффектов.

Цель исследования — оценка эффективности PRP терапии у пациентов с фотостарением.

Материал и методы исследования. Применялся метод «Плазмолифтинг», который абсолютно безопасен и не вызывает сильных болевых ощущений. После забора венозной крови в пробирку она помещается в специальную центрифугу, где и разделяется на три фракции: бедная тромбоцитами плазма (БеТП), богатая тромбоцитами плазма (БоТП) и эритроциты. Выбирается фракция, наиболее обогащенная активированными тромбоцитами (БоТП). Особенностью технологии является возможность получения плазмы с концентрацией тромбоцитов до 950–1200 тыс. клеток на 1 мл плазмы при комнатной температуре. После этого обогащенная плазма мезотерапевтическим способом вводится в кожу пациента.

Под нашим наблюдением находились 10 пациенток с признаками фотостарения в возрасте от 30 до 45 лет. Данной группе пациентов была проведена PRP терапия. Инъекции в технике «пикотаж» проводились на всех участках кожи, подверженных воздействию солнечных лучей (лицо, шея, декольте и кисти рук). В каждую зону вводилось по 0,5–0,6 мл препарата. Процедура проводилась 1 раз в неделю, на курс 2–3 процедуры. Для подержания результата процедура проводилась 1 раз в 1 месяц.

Результаты исследования. Эффект от примененного метода был виден сразу после первой процедуры. Все пациенты отмечали чувство «наполненности» кожи и на 3-е сутки эффект лифтинга. На 5-е сутки улучшился цвет лица, на 7-е сутки разгладились мелкие морщины, на 10-е сутки уменьшалась глубина крупных морщин. Случаев непереносимости препарата не было

Вывод. Эффективность применения PRP терапии в лечении фотоповреждения кожи и профилактике фотостарения не оставляет сомнений. PRP терапия улучшает цвет кожи, вы-

равнивает ее рельеф, устраняют морщины и дряблость, кожа подтягивается, выглядит моложе, уменьшается пигментация. Эффект от процедуры сохраняется продолжительный период, поскольку она формирует запас активных компонентов в коже.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЙ КОЖИ С ПОМОЩЬЮ IPL-ТЕРАПИИ

У.Ю. САБИРОВ, Ф.В. АЗИМОВА, И.В. УХВАТОВА

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

IPL-терапия это использование высокоинтенсивного импульсного света в дерматокосметологии, который гарантирует наибольшую эффективность и безопасность процедур, основанных на использовании света, так как позволяет исправить эстетические недостатки без повреждения окружающих тканей и практически без необходимости какой-либо реабилитации. Показаниями к использованию IPL-терапии при возрастных изменениях кожи, купероз, розацеа, гиперпигментация кожи, постакне, фотоэпиляция. Учитывая зону повешенной инсоляции, расовые признаки национальности, генетическую наследственность, заболевание внутренних органов, в частности патология со стороны эндокринной и пищеварительной систем предусматривает возможность развития гиперпигментации кожи, относящейся к общей группе дисхромий кожи. IPL-терапия основана на воздействии широкополосного импульсного света, который проникает в кожу селективно, не повреждая эпидермис; поглощается сосудами, пигментными образованиями, волосяными фолликулами в зависимости от проводимой процедуры и выбранных параметрах лечения.

Цель исследования — использование IPL-терапии у женщин фертильного возраста с гиперпигментацией кожи.

Материал и методы использования. под наблюдением находились 20 пациенток с наличием гиперпигментации кожи лица в возрасте от 25 лет до 45 лет которым была проведена IPL-терапия лазерным аппаратом «MONALIZA» (тип SMQ-NK) с интенсивностью воздействия от 30–45 Дж/см^2. Перед проведением процедуры были произведена оценка фототипа кожи, дерматоскопия гиперпигментированных участков кожи, определение программы воздеиствия IPL-технологией, а также очищение кожи с помощью воды и молочка для умывания и нанесение геля. У пациенток проведено от 6 до 8 процедур IPL-терапии с интервалом 7–10 суток.

Результаты использования. Таким образом после проведенной IPL-терапии у 18 пациенток отмечалось клинически уменьшение количества очагов гиперпигментации, в среднем после проведенных 6–7 процедур. Клинический эффект отмечался за счет выталкивания пигмента на поверхностные слои эпидермиса и постепенного шелушения.

Вывод. Таким образом использование лазерных технологии в дерматокосметологии позволяют в кратчайшие сроки и без медикаментозных вмешательств решать проблемы гиперпигментации кожи, что является актуальным вопросом в нашем регионе.

ОСЛОЖНЕНИЯ IPL-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ КОЖИ

У.Ю. САБИРОВ, Ф.В. АЗИМОВА, И.В. УХВАТОВА

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

IPL-технология основывается на чрезмерном воздеиствии селективного импульсного света на нежелательные образования кожи. Избирательно воздеиствие такого света на васкулярные поражения кожи вызывает повышение температуры доминирующих фромофоров и устранение патологии. При этом не повреждаются поверхностные слои кожи и окружающие ткани. Среди известных осложнений метода отмечают усиление гиперпигментации, перифоликулярный отек и покраснение кожи, сухость кожи, ожоги, фоликулит, аллергические реакции.

Цель исследования — выявить осложнения IPL-терапии у женщин фертильного возраста с гиперпигментацией кожи .

Материал и методы использования. Под наблюдением находилось 25 пациенток с диагнозом- гиперпигментации кожи лица в возрасте от 27 лет до 45 лет которым была проведена IPL-терапия лазерным аппаратом «MONALIZA»

(тип SMQ-NK) с интенсивностью воздействия от 30–45 Дж/см^2. Перед проведением процедуры были произведена оценка фототипа кожи, дерматоскопия гиперпигментированных участков кожи , определение программы воздеиствия IPL-технологией, а также очищение кожи с помощью воды и молочка для умывания и нанесение гидрорегулирующего геля. У пациенток проведено от 6 до 8 процедур IPL-терапии с интервалом 7–10 суток.

Результаты использования. Осложнения были выявлены у 2 пациенток, проявившиеся в виде сухости и отечности кожи у пациентки 43-х лет после третьего сеанса и усиления гиперпигментации и появление новых очагов гиперпигментации у пациентки 25 лет, после шестого сеанса.

Вывод. Таким образом проведенное нами исследование подтвердило наличие минимального процента осложнений IPL-терапии в лечении гиперпигментации кожи. Подтверждена хорошая переносимость процедуры.

РОЛЬ МУТАЦИЙ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРЕТЕИНАЗЫ-1 (MMP1) И МЕТАЛЛОПРЕТЕИНАЗЫ-9 (MMP9) В РАЗВИТИИ ДЕРМАТОЗОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ КОЛЛАГЕНА

У.Ю. САБИРОВ, Ф.В. АЗИМОВА, А.С. ХУДАЙБЕРГАНОВА

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

Матриксные металлопротеиназы относятся к семейству Zn2+ — и Ca2+ — зависимых эндопептидаз, участвующих в ремоделировании соединительной ткани посредством разрушения ее органических компонентов при физиологических значениях pH. Все металлопротеазы обладают относительной субстратной специфичностью: представители подсемейства коллагеназ, главным образом, ответственны за деградацию коллагена I, II и III типа, расщепляют коллаген IV, V типов, а также эластин, фибронектин, ламинин и желатин. ММР-1, — интерлейкин IL-1β. ММП-9, или желатиназа В, имеет высокое сродство к денатурированному коллагену (желатину), но также способна расщеплять нативный коллаген VI, V и XI типов, эластин. В зависимости от места расщепления этих молекул ММП-9 может понижать или повышать их биологическую активность.

Цель исследования. Изучение полиморфизма генов матриксной металлопротеиназы — 1 (ММР-1), матриксной металлопротеиназы — 9 (ММР-9) и оценка ассоциации в формировании ремоделирования коллагена при келоидных рубцах, фотостарении, фотодерматозе.

Материал и методы исследования. Нами были изучены 50 пациентов, страдающих дерматозом, сопровождающимся ремоделированием коллагена: в 16 (32 %) случаях отмечался келоидный рубец, в 34 (68 %) — фотостарение. Гендерное соотношение пациентов следующее: 11 (22 %) мужчин и 39 (78 %) женщин. Возраст варьировал от 15 до 65 лет. У всех пациентов взяли 5,0 мл. венозной крови для проведения молекулярно-генетических исследований методом ПЦР.

Результаты исследования. При проведении молекулярно-генетических исследований среди исследованных больных частота встречаемости генотипических вариантов полиморфизма A-8202G ММР-9 составляла: A/A — у 9 (18 %) пациентов (отклонений в генотипе не отмечалось); A/G — у 20 (40 %) пациентов (гетерозиготный генотип); мутации G/G — 21 (42 %). Частота встречаемости генотипических вариантов полиморфизма1607 G ММР-1 составляла: M/M — у 18 (36 %) пациентов (отклонений в генотипе не отмечалось); M/G — у 8 (16 %) пациентов (гетерозиготный генотип); мутации– G/G 18 (36 %). Выявление среди исследованных больных генотипического варианта A/G и M/G свидетельствует о носительстве гетерозиготного генотипа. Полиморфизм гена A-8202G ММР-9 с выявлением генотипического варианта A/G в 40 % и мутации G/G в 42 % случаях, так же полиморфизм гена 1607 G ММР-1 с выявлением генотипического варианта мутации– G/G в 36 % случаях позволяет сделать вывод о значимости этого маркера в развитии дерматозов с ремоделированием коллагена.

Вывод. Важно отметить, что проведенные молекулярно-генетические исследования имеют большое значение для клинической практике. Гены-кандидаты, участвующие и регулирующие деградацию коллагена потенциально важны для разработки новых методов лечения заболеваний, сопровождающихся ремоделированием коллагена. Полиморфизм гена 1607 G ММР-1 с выявлением мутации G/G в 36 % случаях позволяет сделать вывод высокой частоте мутации гена, приводящий к развитию ремоделирования коллагена у пациентов с ремоделированием коллагена.

МОЛЕКУЛЫ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ПРИ ФОТОСТАРЕНИИ

У.Ю. САБИРОВ, Ф.В. АЗИМОВА, Н.Б. ХОДЖАЕВА

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

В последние годы появляется все больше работ, подтверждающих важную регуляторную роль метаболизма внеклеточного матрикса соединительной ткани в патогенезе фотостарения. Интерес к этой проблеме обусловлен важной ролью системы соединительной ткани в развитии практических всех патологических процессов, происходящих в коже. Поскольку, наиболее важным механизмом регуляции структурно-функциональных свойств соединительной ткани является активность металлпротеиназ, то рассмотрим характер взаимосвязи между активностью ингибиторов TIMP1 при фотостарении.

Цель исследования — изучить характер взаимосвязи между тяжестью патологического процесса при фотостарении и показателями внеклеточного матрикса (концентраций ингибиторов матриксных металлопротеиназ).

Материал и методы исследования. Под наблюдением в отделении дерматокосметологии находилось 73 женщин с фотостарением. У 27% пациентов отмечалось фотостарение 1 типа, для которого характерны легкие пигментные образования, отсутствие кератоза, минимальное количество морщин, и данный тип наблюдался в молодом возрасте. У 54% пациентовс фотостарением отмечались клинические проявления фотостарения кожи 2 типа, для которого характерны были дисхромия, раннее старческое лентиго, кератоз, появление глубоких мимических морщин вокруг рта и глаз. У 19% пациентов отмечались признаки 3 типа фотостарения кожи: явные признаки дисхромии (хлоазма, мелазма) и кератоза, сформировавшиеся морщины, видны даже при спокойной мимике. У всех пациентов была отобрана венозная кровь в количестве 5 мл и исследована концентрации ингибиторов матриксных металлопротеиназ TIMP1 автоматизированным иммуноферментным методом на аппарате «Humareader Single».

Результаты исследования. Исследование молекул внеклеточного матрикса у пациентов с фотостарениемпоказало следующее: приItипеконцентрация TIMP1 составила 2,4±0,12 pg/ml(P<0,001), при II типе — 0,9±0,05 pg/ml (P<0,001), при III типе — 0,7±0,06 pg/ml (P<0,001), тогда как аналогичный показатель контрольной группы составил 3,7±0,09 pg/ml.Такие низкие показатели ингибиторов матриксных металлопротеиназ приводят к увеличению активности матриксных металлопротеиназ, разрушающих соединительную ткань внеклеточного матрикса, в дальнейшем, приводящих к разрушению коллагена и нарушению функции фибробластов соединительной ткани. По литературным данным, также известно, что матриксные металлопротеиназы участвуют в воспалительном процессе, «расчищая» путь нейтрофилов в зону воспаления, и этот факт доказывает низкие показатели TIMP1 у пациентов с фотостарением. Следует отметить, что активность TIMP1 коррелировала со степенью тяжести фотостарения и при увеличении степени тяжести заболевания концентрация ингибиторов матриксных металлопротеиназ уменьшалась.

Вывод. Достоверно низкие показатели ингибитора матриксных металлопротеиназ TIMP1 (p<0,001) у пациентов с фотостарением, нарастающие с увеличением тяжести патологического процесса, доказывают еезначительную рольв патогенезе фотостарения. Видимо, вследствие окислительного стресса во внеклеточном матриксе при фотостарении и синтезе цитотоксических активных форм кислорода происходит нарушение регуляции внутриклеточных систем, в частности, снижение уровня TIMP1 и, соответственно, повышение уровня матриксных металлопротеиназ, разрушающих соединительную ткань — основу метаболизма кожи, приводящих к дегенерации коллагена.

УСИЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ВОЛОС

Ш.Ш. ШОРАХМЕДОВ

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

В настоящее время современный метод пересадки волос может кардинально решать эстетические и психологические проблемы, связанные с выпадением волос. За последние 10 лет в трихологии стали применять бесшовный метод пересадки волос с использованием оптических приборов и микропанча (диаметр 0,7–0,9 мм). Но выживаемость пересаженныхграфтов теменной области различна, а иногда остается плачевной в результате разрушения соединительнотканной оболочки волосянного фолликула при отборе графтов с затылочной области волосистой части головы. Вследствие этого нарастает необходимость поиска средств, усиливающих выживаемость пересаженных графтов.

Цель исследования — исследовать эффективность растительных факторов роста — VEGF,b-FGF, IGF-1 (PlantStemcellampolle) в терапии усиления выживаемости пересаженных графтов при трансплантации волос.

Материалы и методы:Под наблюдением находилось 41 пациентов в возрасте от 19 — 47 лет, среди которых мужчин было 37, женщин — 4. Согласно классификации Норвурда-Гамильтона, III степень андрогенной алопеции наблюдалась у 15,2% лиц мужского пола, III–IV степень — у 54,1%, IV–V степени — у 30,7%. У 4 женщин наблюдалась тракционнаяалопеция. Всем пациентам было пересажено от 700 до 2500 графтов методом FUE, через 14 дней после трансплантации подключалинаружно «Plant Stemcellampolle», содержащей VEGF, b-FGF, IGF-1 продукции «DR. FORHAIR» (Корея), официальным дистрибьютером в Узбекистане является ООО «Wex Pharm Consults». Использовали сыворотку по 1,5 мл наружно в очаги пересаженных графтов 3 раза в неделю. Факторы роста липофильны, влияют непосредственно на клетки волосянного фолликула, продлевая фазу роста волос — анаген, что необходимо для пересаженных графтов. Кроме факторов роста, в продукции «Plant Stemcellampolle» содержатся витамины группы «В», декспантенол, аллантоин.

Результаты исследования. Динамика терапии оценивалась по результатам видеотриходерматоскопиипри помощи видеокамеры Aramo-SG (Корея) с линзами X60 и X200, и диагностической программы Trichoscience через 6 месяцев после проведенной пересадки волос. При III степень андрогенной алопециииплотность волос на 1 $см^2$ достоверно увеличилась на 62 единиц (213±2,4 до пересадки волос, 275±1,3 после пересадки волос), при III–IV степень — на 157 единиц (259±3,7 до пересадки волос, 102±2,9 после пересадки волос) и IV–V степени–на 159 единиц (64±3,7 до пересадки волос, 223±4,5 после пересадки волос).

Вывод. Таким образом, применение растительных факторов роста «Plant Stemcellampolle» продукции «DR.FORHAIR» (Корея) после проведенной пересадки волос методом FUE пациентам андрогенной алопецией усилило выживаемость пересаженных графтов и повысило качество трансплантации волос.

СОДЕРЖАНИЕ

МАТЕРИАЛЫ VII СЪЕЗДА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ДЕРМАТОЛОГИЯ

Bilovol A.N. , Tkachenko S.G. THREE STEPS TO STUDY COMORBIDITY OF PSORIASIS AND CARDIOVASCULAR DISORDERS....4

Karimova M.K. CASE REPORT: COMBINATION OF PEMPHIGUS VEGETANS NEUMANN TYPE AND NEURODERMITIS DIFFUSA. ISSUES IN DIAGNOSTICS....4

Vaisov I.A., Vaisov A.Sh., Yusupova Sh.A., Mun A.V. COMBINATION OF MICRONEEDLE RADIOFREQUENCY (RF) AND LOW-LEVEL LIGHT THERAPY (LLLT) IN NEW TREATMENT PROTOCOL IN ACNE PATIENTS....*5*

Абдиева Д.Х., Хусайнов А.А. К ВОПРОСУ О ВИТИЛИГО....5

Абдужаббаров Т.К., Ташкенбаева У.А. МАРКЕРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ АУТОИММУННОЙ КРАПИВНИЦЫ....6

Абдуллаев М.И., Шайматов М.Ж. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАННЫХ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО....6

Абдуллаев М.И. ТЕРИНИ АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА «ЛИНДОСКИН» ПРЕПАРАТИНИ САМАРАДОРЛИГИ....7

Абдуллаев М.И., Шайматов М.Ж. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕТСКОЙ ПОЧЕСУХИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ....8

Абдурашидов А.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОХРОМНОГО ЭКСИМЕРНОГО СВЕТА У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО....8

Абдурашидов А.А. , Алимов Ш.Г. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА CO2-ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИДЕРМАЛЬНЫХ НЕВУСОВ....9

Абдурашидов А.А. , Алимов Ш.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОЛОГИЧНОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПЛАЗМЫ В СОЧЕТАНИИ С ФРАКЦИОННЫМ ЛАЗЕРОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ....10

Абидова З.М., Исамухамедов С.С. К ВОПРОСУ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРГИДРОЗА....10

Абидова З., Салиходжаева С., Исамухамедова С. ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ....11

Абидова З.М., Рахматова Д.В., Рахматов А.Б. L-КАРНИТИН В ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ....12

Азизов Б.С. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПИОДЕРМИЙ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ....12

Алиев Л.М., Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З. АЛКОГОЛИЗМ ВА ДЕРМАТОЗЛАР КЕЧИШИ....13

Арифов С.С., Абдурашидов А.А. ЗНАЧЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРА ОКСИМЕТРИНА В ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА....13

Арифов С.С. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ФОТОДЕРМАТОЗОВ....14

Арифов С.С., Якубов А.А., Арифова М.Х., Якубова А.С. ПУТИ РЕШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕС ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ....14

Арифов С.С., Иноятов Д.А., Исмагилов А.И. ЛОНГИДАЗА В ТЕРАПИИ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ....15

Арифов С.С., Набиев Т.А., Камалов Д.М. ТРИОВИТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ....16

Арифов С.С., Абдурашидов А.А. СОСТОЯНИЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ НА КАФЕДРЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ТАШИУВ....16

Ахмедов Ш.К., Орипов Р.А., Жураева Ф.Ф. ГЕЛЬ «СКИНОРЕН» В ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ....17

Ахмедов Ш.К., Абдуллаев Х.Д., Бегматова Д.А. ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА....17

Ахмедов Ш.К. , Собиров С.М. , Рустамов А.У. СЛУЧАИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СКЛЕРОДЕРМИИ....18

Ахроров Х.Х., Набиева Д.Д. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА....18

Бабаджанов О.А., Арифов С.С. ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL-6 В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА 19

Базаев В.Т., Цебоева М.Б., Царуева М.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СЕВЕРО-ОСЕТИНСКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА..... 19

Бакиев С.А., Ибрагимов А.С., Мавлянов П.Н. ИЗУЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В МИНЕРАЛЬНЫХ И ПРИРОДНЫХ ВОДАХ — ОСНОВА ДЛЯ СОЗДАНИЯ НОВОГО НАУЧНОГО НАПРАВЛЕНИЯ — МЕДИЦИНСКАЯ ГИДРОГЕОЛОГИЯ..... 20

Белянина Д.А., Демина Д.В.,Криницына Ю.М., Сергеева И.Г., Якубович А.И. ОЦЕНКА СКАРИФИКАЦИОННЫХ ПРОБ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ..... 21

Ботиров К.З., Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А. МЮНХГАУЗЕН СИНДРОМИ..... 21

Бурхонов А.У. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА..... 22

Гилюк В.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В КРОВИ И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В КОЖЕ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ ИСТИННОЙ..... 22

Екубова М.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРЕМА «ДЕКСЕРИЛ» В ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫХ ДЕРМАТОЗОВ..... 23

Екубова М.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «РИЗОКСАН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ..... 24

Екубова М.А. «РИЗОКСАН» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РОЗОВЫМ ЛИШАЕМ ЖИБЕРА..... 24

Екубова М.А. «ДИБАЗОЛ» В ЛЕЧЕНИИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ..... 25

Екубова М.А. КОСМЕТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ КОЖИ..... 25

Екубова М.А., Мухаммаджанова Л.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА..... 26

Ибрагимова Г.Р. ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ..... 26

Ибрагимова Г.Р. ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЯ КАК МОЛОДОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ..... 27

Ибрагимова Н.С. ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МЕЛАТОНИНА И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С КОЖНЫМ ЗУДОМ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ..... 28

Ибрагимова Н.С. ПОКАЗАТЕЛИ МЕЛАТОНИНА У БОЛЬНЫХ С КОЖНЫМ ЗУДОМ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ..... 28

Имамов О.С., Саипова Н.С., Абдувахитова И.Н. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ТИМОГЕЛЬ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНЫХ И РОЗОВЫХ УГРЕЙ..... 29

Исмаилова Г.А., Латипов И.И. ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО СПЕКТРА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ АЛОПЕЦИЕЙ..... 30

Каримова М.К., Рустамов Ж.К. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ..... 30

*Касымов О.И., Касымов А.О.*КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ..... 31

Касымов О.И., Муниева С.Х., РАЗЗОКОВ Х. К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО..... 31

Касымов О.И., Муниева С.Х., Раззоков Х. К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО..... 32

Қобулов Ш.М., Турсунов Ш.М., Иноятов Б.С. ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ МАХАЛЛИЙ ШИФОБАХШ «ШИРИНМИЯ» ВА «ИТТИКАНАК» ГИЁҲЛАРИ АРАЛАШМАСИНИ ВАННА УСУЛИДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ САМАРАДОРЛИГИ..... *33*

Крахалёва Ю.А., Криницына Ю.М., Сергеева И.Г., Якубович А.И. СУБЭПИДЕРМАЛЬНАЯ ГИПОЭХОГЕННАЯ ПОЛОСА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ КОЖИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ..... 33

Криницына Ю.М., Ильчевская Е.А., Сергеева И.Г. , Якубович А.И. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКСКОРИИРОВАННЫМИ АКНЕ..... 34

Кучкаров А.А., Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З. СИСПРЕСС ПРЕПАРАТИНИ НЕЙРОДЕРМАТОЗЛАРНИ ДАВОЛАШДАГИ НАТИЖАЛАРИ..... 34

Мавлянов П.Н., Юсупов Р.Г., Мавлянов Г.Н. К ЭКОЛОГО-МЕДИЦИНСКОЙ АРАКТЕРИСТИКЕ «КРЕМНИЕВОЙ ВОДЫ»..... 35

Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ..... 35

Мавлянова Н.Н., Сапаров А.Б., Абдусамадова М.Ф. К ФАКТОРАМ РИСКА СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ..... 36

Мавлянова Ш.З., Халидова Х.Р., Иноятов А.Ш., Алимухамедова Ю.А., Эрназаров Н. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИНУКЛЕАРНЫХ АНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ....37

Мавлянова Ш.З., Боймирзаев Н.И., Исмагилов А.И. К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ STAPHYLOCOCCUSSPP, ВЫДЕЛЕННЫх ИЗ ОЧАГОВ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ....38

Мавлянова Ш.З., Халидова Х.Р., Иноятов А.Ш., Алимухамедова Ю.А., Эрназаров Н. МОНИТОРИНГ АНТИНУКЛЕАРНЫХ АНТИТЕЛ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ....38

Мавлянова Ш.З., Бобоев К.Т., Гулямова Г.Ш., Атаджанов Ш.Ю., Джаббаров М.М. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ....39

Мавлянова Ш.З., Муллаханов Ж.Б., Хакимов Д.Р. ОЦЕНКА УМЕНЬШЕНИЯ ЯВЛЕНИЙ АКНЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДСТВ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ....40

Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Есионова Е.В., Асадов Р. ВЛИЯНИЕ ОБСЕМЕНЕННОСТИ КАЛА CANDIDA SPP. НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА....41

Мавлянова Ш.З., Иноятов А.Ш., Тешабаева Д.А., Бурхонов А.У., Саатов Б.Т. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ ПОЛУЧАВШИХ ВЛОК ТЕРАПИЮ....42

Маликова Н.Н., Арифов С.С. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ....42

Маликова Н.Н., Арифов С.С., Нурматова И.Б. К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ....43

Маннанов А.М, Хуснутдинов В.С. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА....43

Маннанов А.М., Обидов С.З. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА....44

Маннанов А.М., Рихсиев У.Ш. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «ВИРЖИНДЕРМ» ПРИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ПЕЛЕНОЧНОГО ДЕРМАТИТА И ПОТНИЦЫ У ДЕТЕЙ....45

Мирахмедова Х.Т., Рахматов А.Б., Дадабаева Н.А. ХАРАКТЕР ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ....46

Муллаханов Ж.Б. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ HELICOBACTER PYLORI....46

Муллаханов Ж.Б., Назаров А.А., Мавлянова Ш.З., Таджибаева З.А. К РЕТРОСПЕКТИВНОМУ АНАЛИЗУ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАПИВНИЦЫ В УЗБЕКИСТАНЕ....47

Набиева Д.Д., Ахроров Х.Х. ВЛИЯНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ НА РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА....*48*

Набиева Д.Д. ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ОБОСТРЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА....48

Нарзикулов Р.М., Собиров С.П., Камолов И.Ш. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ....49

Насирова Ш.С., Пазилова С.А., Пулатова Р.З., Турсунов Ш.Б, Тахтабекова М.Ф., Жалилова Ш.А. СОСТОЯНИЕ ЦИНКА В КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ СЕПСИСОМ....49

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Курбанова С.Л., Курбанова Н.Л. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ....50

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Курбанова С.Л., Курбанова Н.Л. ДИНАМИКА ТРАНСКУТАННОГО ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ....50

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Курбанова С.Л., Курбанова Н.Л. ДИНАМИКА ТЕРМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ....51

Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А., Ботиров К.З. СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛЕФНО»....51

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИЯ И МАЗИ «ЧИСТОТЕЛ» У БОЛЬНЫХ С АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА....52

Пакирдинов А.Б., Ботиро К.З., Кучкаров А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЗИ «ЭПЛАН» И ПРЕПАРАТА «ОВЕСОЛ» В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА....52

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕЛЯ «ЧИСТОТЕЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБЫКНОВЕННЫХ БОРОДАВОК....53

Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМА-БАЛЬЗАМА «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «БРОНХОМУНАЛ» У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 53

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Обидов Х. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ IgE В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА НА ФОНЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 54

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кўчкаров А.А. НАРКОМАНЛАРДА НЕЙРОДЕРМИТ БЕМОРЛАРДА АСОРАТЛИ КЕЧИШИ 55

Пакирдинов А.Б., Убайдулаева З.Н. КОНЦЕНТРАЦИИ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 55

Пакирдинов А.Б., Убайдулаева З.Н. ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ПОЛИСОРБ» НА ЭНДОГЕННУЮ ИНТОКСИКАЦИЮ У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ 56

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А. , Курбанова С.Л., Курбанова Н.Л. ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ И СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ 56

Рахимов И.Р., Пулатова Д.К., Валикулов А.С. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВОЛОС С ТЕЛА (ВНТ-МЕТОД) 57

Рахматов А.Б., Шураева С.А., Нурматова И.Б. ПРИНЦИПЫ ТОПИЧЕСКОЙ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 57

Рахматов А.Б., Мирахмедова Х.Т. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА 58

Рахматов А.Б., Нурматова И.Б. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМНЫХ РЕТИНОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА 59

Рахматов А.Б., Рахматова Д.В. ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОБ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПСОРИАЗОМ: ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА 59

Рахматов А.Б., Ахмадиева С.Б. ТЕРАПИЯ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ 60

Рахматов А.Б., Аляви С.Ф. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 60

Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т., Хужамбердыев О.А. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОНИХОЛИЗИСА 61

Рахматов А.Б., Джалилов Ф.С. СЛУЧАЙ АКТИНИЧЕСКОГО РЕТИКУЛОИДА 62

Рахматов А.Б., Рахматова Д.В., Халидова Х.Р. ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ 63

Рахматов А.Б., Рахматова Д.В., Ахмадиева С.Б. СЛУЧАЙ ИХТИОЗИФОРМНОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ С АКРОЭРИТРОКЕРАТОДЕРМИЕЙ 64

Рахматов А.Б., Холдарбеков М.Р. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОФИБРОМАТОЗА I ТИПА 64

Рахматов А.Б., Холдарбеков М.Р. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕРМАТОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 65

Рахматов А.Б., Халдарбеков М.К., Халдарбекова М.К. ДЕРМАТОСКОПИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ 66

Рахматов А.Б., Артыков А.Ф., Рахматова Д.В. К ВОПРОСУ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА 67

Рихсиев У.Ш., Юлдашев М.А. РАЦИОНАЛЬНАЯ МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕПАРАТОМ ВИРЖИНДЕРМ 67

Саатов Б.Т. РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ В ДЕРМАТОЛОГИИ НАРУЖНОГО ПРЕПАРАТА «ЛИПОВИТИЛИН» 68

Сабиров У.Ю., Якубов А.А. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННЫЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА 69

Сабиров У.Ю., Якубов А.А. КЛИНИЧЕСКИЕ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПРИ РОЗАЦЕА 69

Сабиров У.Ю., Якубов А.А., Иноятов А.Ш., Хакимов Д.Р. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСИМЕРНОГО СВЕТА В ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО. 70

Свирид-Дзядикевич А.С. МЕТАБОЛИЗМ КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ 70

Солметова М.Н. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВОЙ ДЕРМАТОСКОПИИ В ПРАКТИКЕ ОНКОДЕРМАТОЛОГИИ 71

Спиридонов В.Е., Саларев В.В., Майстренок А.М. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ 71

Степаненко В.И., Короленко В.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ДЛЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЯДЕ СТРАН МИРА 72

Степаненко Р.Л. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ В ДИНАМИКЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И УЗКОПОЛОСНОЙ УФ-В-ФОТОТЕРАПИИ 73

Ташкенбаева У.А. СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ КОЖИ 74

Титенко А.В., Криницына Ю.М., Онипченко В.В., Пахомова В.В., Сергеева И.Г., Якубович А.И. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ЛИМФОМ КОЖИ..... 75

Толыбекова А.А., Неумывакина Е.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ..... 75

Толыбекова А.А. ОПЫТ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ В ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ..... 76

Хаитов К.Н., Абидов Х.А., Абидова Ш.А. ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА БОЛЬНЫХ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ..... 76

Хаитов К.Н., Абидов Х.А., Абидова Ш.А. ИЗУЧЕНИЕ ТРИХОСКОПИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ 77

Хаитов К.Н., Абидов Х.А. К ВОПРОСУ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ..... 77

Халидова Х.Р., Исмаилова Г.А., Маматкулова Н.А. ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМ ТИПОМ САРКОМЫ КАПОШИ..... 78

Халидова Х.Р., Исмаилова Г.А., Маматкулова Н.А. ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМ ТИПОМ САРКОМЫ КАПОШИ 79

Хамидов Ф.Ш., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Алиев Л. ЛЕВОЦЕТИРИЗИН В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА 80

Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Алиев Л., Насриддинова Н. ВИТИЛИГОНИ ДАВОЛАШДА ЯНГИ ТЕРАПЕВТИК СТРАТЕГИЯ..... 80

Хамидов Ф.Ш., Алиев Л. ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОМ «ДЕРМОБАКТЕР» БОЛЬНЫХ ПАРАТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМОЙ 81

Хамидов Ф.Ш., Насритдинова Н. ЛИПОВИТИЛИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 82

Хамидов Ф.Ш. ИНЪЕКЦИЯ ҲОЛИДАГИ МЕТОТРЕКСАТ ВА ЛИВСОННИ ТИРНОҚЛАР ПСОРИАЗИНИ ДАВОЛАШДАГИ САМАРАСИ 82

Хамидов Ф.Ш., Насритдинова Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ЛЮКОДЕРМИН» ВИТИЛИГО..... 83

Хамидов Ф.Ш., Ботиров К.З., Кучкаров А.А. КРЕМ «ФАКТОР ДЕРМИКО» В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ВТОРИЧНО ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕРМАТОЗОВ 83

Хамидов Ф.Ш., Насриддинова Н. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО ПРЕПАРАТА ЛЮКОДЕРМИН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО FOLLICULORUM D. 84

Хамидов Ф.Ш., Хамидов Ф.Ш., Сатимов А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ «МЕТРОНИДАЗОЛ» И «АВЕРМ ПЛЮС» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА, ОСЛОЖНЕННОЙ КЛЕЩЕВОЙ ИНВАЗИЕЙ..... *84*

Хасанова М.Т., Ботиров К.З., Кучкаров А.А. АТОПИК ДЕРМАТИТНИ МАХАЛЛИЙ ДАВОСИДА «МОМЕТОКС» МАЛХАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ..... 85

Хасанова М.Т., Ботиров К.З., Кучкаров А.А. «ДЖОЙКЛАВ» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЛУБОКИМИ ПИОДЕРМИТАМИ 85

Хасанова Л.Э., Агзамходжаева С.С. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ..... 86

Хасанова М.Т., Ботиров К.З., Кучкаров А.А. «АВИЦЕТ» В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ 86

Эшбоев С.Э. DEMODEX КАНАЛАРИНИНГ ТОПИЛИШ ДАРАЖСИ НИМАГА БОҒЛИҚ? 87

Якубович А.И., Салдамаева Л.С., Салдамаева Л.С., Сергеева И.Г. ТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ..... 88

Якубович А.И., Салдамаева Л.С., Салдамаева Л.С., Сергеева И.Г. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 88

Яхшиева М.Ф., Боймирзаев Н.И., Давуров А.М., Шукуров И.Б., Мавлянова Н.Н. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА 89

ЗАРАЗНЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Vaisov A.Sh., Yusupova Sh.A., Mun A.V. EFFECTIVE TREATMENT METHODS OF CUTANEOUS LEISHMANIASIS. 90

Абдиева Д.Х., Абдуллаева М.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭРБИНОЛА В ЛЕЧЕНИИ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ 90

Абидова З.М., Имамов О.С. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗООАНТРОПНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ 91

Абидова З.М., Имамов О.С., Рахимов И.Р., Извекова О.В. ХАРАКТЕР ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ..... 92

Абидова З.М., Набиев Т.А., Абдурахманова Н.А., Алимжанов Ж.А. СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ 93

Абидова З.М., Набиев Т.А., Исамухамедова С., Султанов Б. ТЕРАПИЯ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ АНТИВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ. 93

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Далимова Д.А., Турдикулова Ш.У., Абдурахимов А.А. ВЫЯВЛЕНИЕ И ВИДОВАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛЕЙШМАНИИ МЕТОДОМ ПЦР 94

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Абдурахманова Н.А., Алимжанов Ж.А. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ С ПРОВЕДЕНИЕМ АППАРАТНОЙ ЧИСТКИ НОГТЕЙ 95

Абидова З.М., Икрамова Н.Д. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗА 2015–2017 ГОДА ПО РСНПМЦДИВ 96

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Набиев Т.А., Извекова О.В. КОЖНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ И ИММУННАЯ СИСТЕМА 97

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Жуманов Д.Х., Бегимкулов С.Ш. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ДЕРМАТОМИКОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ (2007–2016 гг.) 98

Абидова З.М., Алимжанов Ж.А., Султанов Б. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ. 99

Абидова З.М., Умуров Ф.Ф., Эшонкулов А.М. ЛЕЙШМАНИОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ БУХОРО ВИЛОЯТИДАГИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИ 100

Ботиров К.З., Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М. АЛКОГОЛИЗМГА МУБТАЛО БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЗАМБУРУГ КАСАЛЛИГИНИ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ 100

Давуров А.М., Рахимов И.Р., Абидова З.М., Абдурахманова Н.А., Давурова М.С. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТАКА ХРОМОМИКОЗА 101

Давуров А.М., Абидова З.М., Рахимов И.Р., Давурова М.С. РЕСПУБЛИКАМИЗДА КЎП УЧРАЙДИГАН ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ, БОЛАЛАР ЎРТАСИДА ТАРКАЛИШИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ 101

Давурова М.С., Асадов Р.К. CANDIDA ЗАМБУРУҒЛАРИНИНГ ЗАМОНАВИЙ АНТИМИКОТИК ПРЕПАРАТЛАРГА СЕЗГИРЛИГИ ТЎҒРИСИДА 102

Ёкубова М.А., Мухаммаджанова Л.А. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРБИНОЛА ПРИ ГРИБКОВОМ ПОРАЖЕНИИ НОГТЕЙ 103

Икрамова Н.Д. МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП 104

Карабаева И.Т. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ МИКРОСПОРИИ 104

Карабаева И.Т., Исамухамедова С.С. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМНЫХ АНТИМИКОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ 105

Нарзикулов Р.М., Собиров С.П., Камолов И.Ш. ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА 106

Пакирдинов А.Б., Убайдулаева З.Н. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «РУМИКОЗ» У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ 107

Рахимов И.Р., Абидова З.М., Махсудов М.Р. РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ 107

Рахимов И.Р., Абидова З.М., Махсудов М.Р. ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОКСИДА АЗОТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ПОВРЕЖДЕННОЙ КОЖИ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ 108

Рахимов И.Р., Абидова З.М., Рахматов А.Б., Максудов М.Р., Ашрапходжаева Н.М. УРОВЕНЬ ОКСИДА АЗОТА ПРИ КОЖНОМ ЛЕЙШМАНИОЗЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ 108

Рахимов И.Р., Абидова З.М., Абдурахманова Н.А., Алимжанов Ж.А. ПРИМЕНЕНИЕ ИНДУКТОРОВ ИНТЕРФЕРОНА ТЕРАПИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 110

Рахимов И.Р., Абидова З.М., Абдурахманова Н.А., Ашрапходжаева Н.М. ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ФАРГАЛС В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 111

Рахматов А.Б., Ишонкулов А.М., Азимов И.Т., Умаров Ф.Ф. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ 112

Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНИХОМИКОЗОВ 112

Тилавбердиев Ш.А., Климко Н.Н. КОНТРОЛЬ ИНВАЗИВНЫХ МИКОЗОВ У ИММУНОКОМПРОМЕТИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ 113

Хамидов Ф.Ш. ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДЕРМАТОМИКОЗАХ 113

Хамидов Ф.Ш. ОНИХОМИКОЗ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ 114

Хамидов Ш.А., Хамидов Ф.Ш. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ ТЕРБИНАФИНОМ (ЭРБИНОЛ) В СОЧЕТАНИИ С ГЕПАТОПРОТЕКТОРОМ «ЛИВСОН» 114

Эшбоев Э.Х., Эшбоев С.Э. МОХОВГА ЧАЛИНГАНЛАР НИМА УЧУН КЕЧ АНИҚЛАНАДИ? 115

Эшбоев Э.Х., Нураединова З.Х. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕПРЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН..... 115

Эшбоев Э.Х., Драбик Р., Нураединова З.Х. ЭСКИ КАСАЛЛИ КЎЧОҒИ — ЯНГИ КАСАЛЛИК МАНБАИ 116

ИППП И УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Абидов А.М., Бабакулова Г.С. О ПРОБЛЕМЕ СКРЫТОЙ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ 117

Абидов А.М., Эшбоев Э.Х., Эшбоев Э.С., Абидов Х.А. СЎЗАК КАСАЛЛИГИНИНГ МАНБАИ ВА ЮҚИШ ЙЎЛЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДОШУВ 117

Абидов А.М., Эшбоев Э.Х., Эшбоев Э.С., Абидов Х.А. СЎЗАК ПАТОГЕНЕЗИГА ЯНГИЧА ҚАРАШ 118

Абидов А.М., Эшбоев Э.Х., Убайдуллаев З.Х. СЎЗАКДА ТУХУМ ОРТИҒИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ 120

Абидов А.М., Эшбоев Э.Х., Фаттахов Б.Ш. СЎЗАКДА УРЕТРАНИНГ ТОРАЙИШИ (СТРИКТУРА)..... 120

Ахмедов Ш.К., Орипов Р.А., Рустамов А.У. ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫБОРА ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ УРЕТРИТОВ У МУЖЧИН..... 121

Исамухамедова Н.Р., Убайдуллаев З.Х., Исроилова З.Ш. СЎЗАК ВА ҲОМИЛАДОРЛИК 122

Исамухамедова Н.Р. КРИТЕРИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ..... 123

Исраилов Х.Т., Набиев Т.А. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА АВИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ..... 124

Исраилов Х.Т., Набиев Т.А. СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ВПГ 1 И 2 ТИПОВ У БОЛЬНЫХ С ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ..... 125

Касымов О.И., Муниева С.Х., Касымов А.О. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ..... 125

Курязова З.Х., Эшбоев.С.Э., Абидов Х.А. КЎЗ СЎЗАГИ..... 126

Мирахмедова Х.Т., Эшбоев Э.Х. СЎЗАКДА БЎҒИМЛАРНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ 126

Мирсаидова М.А., Шодиева Х.Т., Исамуҳамедова Н.Р. АЁЛЛАРНИ СЎЗАККА ТЕКШИРИШ УСЛУБЛАРИ 127

Мирсаидова М.А., Исамуҳамедова Н.Р., Исроилова З.Ш. ҚИЗЛАР СЎЗАГИ 128

Мирсаидова М.А., Раджабова Ю.Н. СОСУДИСТЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА СРЕДИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ..... 128

Нарзикулов Р.М., Абдуллаев Д.М., Собиров С.П. МЕТРОНИДАЗОЛ В ЛИЧЕНИЕ ТРИХОМОНИАЗА..... 129

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А. СИФИЛИС ҚАСАЛЛИГИ ГИЁҲВАНДЛАРДА УЧРАШИ..... 129

Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А. ГИЁҲВАНДЛАРДА ТРИХОМОНИАЗ КАСАЛЛИГИНИ УЧРАШИ 130

Пакирдинов А.Б., Убайдулаева З.Н. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЗИТРОЛИД» У БОЛЬНЫХ НЕГОНОКОККОВЫМИ УРЕТРИТАМИ..... 130

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ВИЛЬПРАФЕН» У БОЛЬНЫХ СВЕЖЕЙ ОСТРОЙ ФОРМЫ ГОНОРЕИ..... 131

Порсохонова Д.Ф., Раджабова Ю.Н., Росстальная М.Л., Каланова Н.Б. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМИКВИМОДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОКОНЕЧНЫМИ КОНДИЛОМАМИ ГЕНИТАЛИЙ..... 131

Порсохонова Д.Ф., Халидова Х.Р., Алимухамедова Ю.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ БЕЛКОВ ТЕПЛОВОГО ШОКА HSP-60 CHLAMYDIA TRACHOMATIS У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ И ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ 132

Порсохонова Д.Ф., Мухамедова М.Р., Садыков Р.Р., Росстальная М.Л. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ..... 133

Порсохонова Д.Ф., Раджабова Ю.Н., Росстальная М.Л. ГОРМОНАЛЬНЫЙ И МИКРОБНЫЙ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ..... 134

Порсохонова Д.Ф., Рахматуллаева С.Н. НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОК С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ..... 135

Сабиров У.Ю., Эшбоев Э.Х., Ходжаев И.Х. ЗАХМДА ВЕРИФИКАЦИЯ ИЗЛАНИШЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ..... 136

Спиридонов В.Е., Майстренок А.М. СИФИЛИС: ИЗМЕНЕНИЕ ПОДХОДОВ 136

Турсунов Ш.Б., Насирова Ш.С., Пазылова С.А., Пулатова Р.З., Тахтабекова М.Ф. TORCH-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН АССОЦИАЦИЯЛАНГАН БАКТЕРИАЛ СЕПСИСДА ИММУН ТИЗИМИ ФАОЛИЯТИ 137

Фаттахов Б.Ш. ВЛИЯНИЕ ЦЕЛАГРИПА НА СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ УРЕАПЛАЗМОЗОМ И ХЛАМИДИОЗОМ 138

Халидова Х.Р., Порсохонова Д.Ф., Ибрагимова Г.Р. МИКРОБНЫЙ СОСТАВ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОК С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ 138

Халидова Х.Р., Порсохонова Д.Ф., Ибрагимова Г.Р. ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И НЕКОТОРЫХ ИППП У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ И ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ 139

Хасанова М.Т., Ботиров К.З., Кучкаров А.А. «СЕКНИДОКС» В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРИХОМАНИАЗА 140

Шакиров М.М., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х., Вуйко И.В., Тонконогова Н.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ СРЕДИ ЖЕНЩИН, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ 140

Шакиров М.М., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х., Вуйко И.В., Тонконогова Н.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ СРЕДИ МУЖЩИН, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ 141

Шакиров М.М., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х., Вуйко И.В., Тонконогова Н.В. РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТНОГО ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАВШИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПОВОДУ ИППП 141

Шакиров М.М., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х., Вуйко И.В., Тонконогова Н.В. ЧАСТОТА ИНФЕКЦИЙ ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ 142

Шакиров М.М., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х., Вуйко И.В., Тонконогова Н.В. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ 142

Шакиров М.М., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х., Вуйко И.В., Тонконогова Н.В. ЧАСТОТА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ У ОСУЖДЕННЫХ МУЖЧИН 142

Шакиров М.М., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х., Вуйко И.В., Тонконогова Н.В. ЧАСТОТА ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ СРЕДИ ОСУЖДЕННЫХ ЖЕНЩИН 143

Шакиров М.М., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН 143

Шакиров М.М., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН 144

Шакиров М.М., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН 144

Шакиров М.М., Баев А.И., Джусупгалиева М.Х. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН 145

Эшбоев.Э.Х., Абидов.А.М., Эшбоев.С.Э., Абидов Х.А. ГОНОКОККЛАРНИНГ ТОКСИГЕНЛИК ВА ЧИДАМЛИЛИК ДАРАЖАСИ ҲАҚИДА 145

Эшбоев.Э.Х., Разиков А.А., Эшбоев С.Э. ГОНОКОККЛАРНИНГ ЎЗГАРУВЧАНЛИГИ ТЎҒРИСИДА 146

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К. ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 147

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ M, G И АНТИГЕН СВЯЗЫВАЮЩИХ ЛИМФОЦИТОВ (АСЛ) В ИФА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 148

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К. СОДЕРЖАНИЯ Ү — ИНТЕРФЕРОНА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ (СР) 148

Юлдашев К.А., Сабиров У.Ю., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К. СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНа-2 В КРОВИ у БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 149

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К. ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ОРГАНИЗМА В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 149

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К. ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ 150

Юлдашев К.А., Юлдашев К.К., Курбанова Н.К. К ВОПРОСУ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 150

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К. СОСТОЯНИЕ ЛИКВОРА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 151

КОСМЕТОЛОГИЯ

Sabirov U.Y., Khudayberganova A.S. THE USE OF COMBINATION THERAPY IN THE TREATMENT OF XANTHELASMA PALPEBRARUM 152

Абдуллаев Т.У. АНАЛИЗ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДНК-ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА КОЛЛАГЕНА У ПАЦИЕНТОВ С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ 152

Абдуллаев Т.У. ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА У ПАЦИЕНТОВ С ФОТОСТАРЕНИЕМ И КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ 153

Азимова Ф.В., Шорахмедов Ш.Ш. РЕГЕНЕРАТИВНАЯ НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ 153

Белая Н.Г. СОЧЕТАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ РЕДЕРМАЛИЗАЦИИ И ЛАЗЕРНОГО ОМОЛОЖЕНИЯ 154

Гулямова Г.Ш., Касимов А.И. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ «PURE SKIN» В КОМПЛЕКСНОМ В ЛЕЧЕНИИ УГРЕВАОЙ БОЛЕЗНИ 155

Гулямова Г.Ш., Касимов А.И. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ НИТЕЙ АПТОС В КОРРЕКЦИИ ХРОНОСТАРЕНИЯ 156

Корепанов А.Р., Якубович А.И. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ БОТУЛИНО ТЕРАПИИ У МУЖЧИН 156

Рахматов А.Б., Рахматова Д.В., Нурматова И.Б. «ФЕРМЕНКОЛ» В ТЕРАПИИ ПОСТАКНЕ РУБЦОВ 157

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Тоиров Б.А. МОЛЕКУЛЫ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ПРИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦАХ 158

Сабиров У.Ю., Шорахмедов Ш.Ш. СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ 158

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Ходжаева Н.Б. PRP В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ФОТОСТАРЕНИЯ 159

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Ухватова И.В. ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЙ КОЖИ С ПОМОЩЬЮ IPL-ТЕРАПИИ 160

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Ухватова И.В. ОСЛОЖНЕНИЯ IPL-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ КОЖИ 160

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Худайберганова А.С. РОЛЬ МУТАЦИЙ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРЕТЕИНАЗЫ-1 (MMP1) И МЕТАЛЛОПРЕТЕИНАЗЫ-9 (MMP9) В РАЗВИТИИ ДЕРМАТОЗОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ КОЛЛАГЕНА 161

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Ходжаева Н.Б. МОЛЕКУЛЫ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ПРИ ФОТОСТАРЕНИИ 162

Шорахмедов Ш.Ш. УСИЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ВОЛОС 163