ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ
И КОСМЕТОЛОГИИ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

АССОЦИАЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

DERMATOVENEROLOGIYA VA ESTETIK TIBBIYOT

ILMIY-AMALIY JURNAL

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 2008 году

№ 3 / 2018 (39)

ТАШКЕНТ. – 2018

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 — д.м.н. Сабиров У. Ю.
Зам. гл. редактора — к.м.н. Рахимов И.Р.
Отв. секретарь — Исамухамедова С.С.
Редактор — Богодарова И. А.

Члены редакционной коллегии:

д.м.н., проф. Арифов С. С., д.м.н., проф. Рахматов А.Б.,
д.м.н., проф. Эшбаев Э.Х., д.м.н., проф. Юлдашев К.А., д.м.н., проф. Ваисов А.Ш.,
д.м.н., проф. Маннанов А.М., д.м.н. Абидова З.М., д.м.н. Ибрагимов Ш.И.,
д.м.н. Мавлянова Ш.З., д.м.н. Набиев Т.А., д.м.н. Порсохонова Д.Ф., д.м.н. Азимова Ф.В.,
к.м.н. Абиров А.М., к.м.н. Исмагилов А.И.

Редакционный совет:

Абдуллаев М.И. (Ташкент)
Акаки Т. (Грузия)
Базаев В.Т. (Осетия)
Балтабаев М.К. (Кыргызстан)
Батпенова Г.Р. (Казахстан)
Гранштейн Р. (США)
Исмаилова Г.А. (Ташкент)
Кабулов Ш.М. (Ташкент)
Керимов С.Г. (Азербайджан)
Климко Н.Н. (Россия)
Конников Н. (США)
Кубанова А.А. (Россия)
Львов А.Н. (Россия)
Мавлянов И.Р. (Ташкент)
Магзумова Н.М. (Ташкент)
Мекокишвили Л. (Грузия)
Мирсаидова М.А. (Ташкент)
Молочков А.В. (Россия)
Мухтаров Ш.Т. (Ташкент)
Пакирдинов А.Б. (Андижан)
Разнатовский К.И. (Россия)
Раджабов Ж.Р. (Ташкент)
Рубинс А.Я. (Латвия)
Самцов А.В. (Россия)
Сергеев А.Ю. (Россия)
Степаненко В.И. (Украина)
Ташкенбаева У.Т. (Ташкент)
Хабилов Н.Л. (Ташкент)
Хаитов К.Н. (Ташкент)
Халидова Х.Р. (Ташкент)
Шамсиева Г.И. (Ташкент)
Шодиев Х.К. (Ташкент)
Якубович А.И. (Россия)
Юцковская Я.А. (Россия)

Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК при Кабинете Министров Республики Узбекистан на соискание ученой степени доктора философии (PhD) и доктора наук (DSc)

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 27.08.2018. Формат 60 × 84 1/8. Печать офсетная.
Усл. п.л. 22,0. Тираж 500. Заказ № 510.

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 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА КОСМЕТОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ» ДАВЛАТ МУАССАСАСИ ЎЗБЕКИСТОН ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГЛАР АССОЦИАЦИЯСИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ» АССОЦИАЦИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

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

Илмий ишлар тўплами

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

Тезисы научных работ

Тошкент ш.
6–7 сентябрь 2018 й.

г. Ташкент
6–7 сентября 2018 г.

Муҳаррирлик кенгаши анжуман материалларининг мазмунига масъул эмас.
Илмий тўпламлар муаллифлар томонидан топширилган
оригинал ҳолда чоп этилмоқда.

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

REDOX-STATUS OF PATIENTS WITH ISOLATED PSORIASIS AND ASSOCIATED WITH HYPERTENSION PSORIASIS

BILOVOL A.M., TKACHENKO S.G.

Kharkiv national medical university, Kharkiv

Objectives: study indicators of redox-status in the blood of patients with isolated psoriasis (IP) and psoriasis associated with hypertension (PAH).

Materials & Methods. The observated patients were separated on 2 groups: 1 group 75 patients with non-associated psoriasis; 2-nd group – 49 patients with association of psoriasis and hypertension. The peroxide oxidation of lipids was evaluated by spectrophotometric method by the content of diene conjugates (DC) and malonic dialdehyde (MDA) in the serum. The activity of superoxide dismutase (SOD) of erythrocytes was determined from the degree of inhibition of the reduction of nitrosine tetrazolium; glutathione peroxidase (GPO) in red blood cells - by the method of Moina et al., serum ciruloplasmin (SC)- by the Ravin method in Moshkov's modification, sulfhydryl (SH) groups of oxide-modified proteins and reduced glutathione (RG) in blood hemolysate using the Elman reagent, the activity of blood catalase (BC) - by a color reaction with ammonium molybdate, in which hydrogen peroxide forms a stable complex with molybdenum salt by spectrophotometric methods.

Results and discussion. The DC was increased on 101,7 % in cases of IP and on 154,76 % in cases of PAH; MDA was increased on 68,9 % and 122,2 % accordingly. The activity of SOD was reliable increased on 20,2 % in patients with IP *vs* control group and reliable decreased on 23,4 % in PAH patients *vs* control group. CP was reliable increased on 14,6 % in blood of IP patients *vs* healthy persons and was reliable decreased on 19,1 % in cases PAH *vs* healthy persons. We have detected reliable deficiency of BC in both examined groups: on 33,7 % in 1-st group and on 54,1 % on 2-nd group. The similar dynamic was registered for GPO: deficient of enzyme in group of IP was 31,5 %; deficient of enzyme in group of PAH was 49,2 %. The content of RG in blood of patients with IP have been decreased on 13,4 %; in blood of patients with PAH– on 24,7 %. The deficient of SH-groups was detected in both examined groups: on 27,1 % in 1-st group and on 38,1 % in 2-nd group.

Conclusion. Thus, we found significant changes in the redox-status in patients with IP and PAH. At the same time, the changes have reflected the intensification of oxidative processes with overload and exhaustion of the antioxidant system. These changes were more pronounced in psoriasis associated with hypertension.

APPLY OF AUTOHEMOPERFUSION IN THE TREATMENT OF CHRONIC DERMATOSIS

IVANOV S.V., STEPANENKO V.I.

O.O.Bogomolets National Medical University, Kyiv (Ukraine)

The aim of the work is to study the efficacy of AUVIB at the treatment of chronic dermatosis.

The use of external ultra-violet irradiation (UVI) of skin has long-standing traditions. Thus Pototskiy I.I. (1979) offered to use the zonal UV-irradiation of skin in erythema and hypererythema doses at the psoriasis treatment and to use suberythema doses at the pyoderma treatment. UV-irradiation provides desensibilisation effect and increase protection power of an organism. With that the use of autoperfusion of UV-irradiated blood (AUVIB) at the skin diseases treatment (including chemical aetiology diseases) is limited at the present time. The modern data give evidence about the stimulation of cell-humoral immunity, non-specific reactivity, improvement of rheological properties of blood as a result of AUVIB action.

AUVIB treatment is carried out to 56 psoriasis patients, to 14 neurodermatitis patients and to 4 lichen ruber planus patients. AUVIB made with the "Isolda" MD-73M device at 20 ml/min blood velocity. The blood was irradiated by short 254 nm UV-rays (SUV) in the quarts cell. The blood was leaked through the cell by peristaltic pump. The volume

of irradiated blood was 120-150 ml. The number of procedures for the course of treatment was 7-12 times.The period between the 1st and the 2nd procedures was 1 day, for the following procedures the period was 3 days. The condition of the cell and humoral immunity, non-specific reactivity and rheological properties of blood was investigated.

It's established, the overt disorders of cell and humoral immunity, non-specific reactivity of organism and rheological properties of blood was found at psoriasis patients especially at arthropathic psoriasis, at psoriatic erythroderma and at extensive psoriasis with the torpid run, at diffuse neurodermatitis patients and at hypertrophic forms of lichen ruber planus.

The rehabilitation of immunological and rheological parameters of blood with positive clinical dynamic is showed after the treatment course by AUVIB.

So, the use of autohemoperfusion of UV-irradiated blood is promising method of the treatment for chronic dermatosis.

EXPERT DIAGNOSTICS OF THE SEXUAL ACCESSORIES OF DERMATOGLYPHIC SYMPTOMS: CONGENITAL NON-CHANGING, CONGENITAL CHANGES AND PREGNANCY CHANGES

KUZIEV O.J.,ESHANKULOVA B.D.

Tashkent Pediatric Medical Institute. Uzbekistan

Relevance. The difficulty of diagnosing sex and the need for expert solutions to this issue arise when the investigation deals with unidentified (skeletonized, dismembered, etc.) corpses or with traces of a person at the scene. The quantitative need for this type of research is quite large. Only in Russia annually about 30 thousand unidentified corpses are found (Klevno VA, 2008), and fingerprints are seized about 500,000 (Zubakha B.C., 2004).

Purpose. To study various forms of variability and interrelation of the papillary relief of dermatoglyphic features for the diagnosis of sex.

Material and methods. The main material of the study was 960 specially developed "Dermatoglyphic charts" and 425 standard "Fingerprint maps", containing general information about the personality of the examinees and fingerprints of the papillary patterns of the distal phalanges of the fingers. All the prints were static, superficial, colored, positive traces, layers, forming the medical-forensic human identification field.

Apparently, in such situations, a diagnostically significant result can be expected only when examining a large number of pattern parameters, by summing up their small effects. This, in turn, requires the use of multidimensional methods of mathematical and statistical data analysis. The main statistical parameters of the local dermatoglyphic features of the X-fingers in the sample of men and women (frequency N, frequency P, mean error m), evaluation of the differences between them (according to Student's t-test), and the diagnostic coefficients DK are given in Table 1.

Results and Discussions.

A. Study of congenital unchanging symptoms.

When studying the sexual dimorphism of types of patterns, it is established that for men as a whole, radial loops and curls are characteristic, and for women - arcs. Thus, in men, A patterns occur in 4.9% of cases, women - 7.9%, Lr - 4.8% and 3.4%, Lu - 57.8% and 57.7%, respectively, LW - in 4.3% and 4.2%, W - in 28.2% and 26.7%, respectively. And in those, and in others A, Lu are more often observed on the fingers of the left hand, W - right, with the only difference that in men it is more pronounced; Lr in men are more often observed on the fingers of the right hand, and in women - on the left. The most characteristic local "male" signs are: Lr - on II, III, IV; Lu - on VI, VIII; W - on I, III, IV, V fingers. "Female" signs are: A - on all but III, fingers; Lu - on I, IV fingers.

In the sample of "children" (188 females and 549 males) and "parents" (478 females and 370 males), these regularities are preserved, excluding the degree of difference with respect to Lr - in "children" it decreases due to an increase in the frequency of this pattern at "daughters", and at "parents" - increases. In the sample of "tall" (67 female and 277 male) and "undersized" (75 female and 74 male), these patterns also persist, but due to the smaller sample size they less often reach a statistically significant level $p < 0.05$.

Analyzing the internal symmetry (orientation) of the patterns, it should be noted that in men, R-patterns occur in 9.1% of cases, in women - in 8.1%, S - in 13.9% and 16.8%, U - in 11.1% and 13.1%, Ui - in 20.9% and 21.1%, U2 - in 45.0% and 40.9%, respectively . In general, either R (on the fingers of the right hand) or U2 (on the fingers of the left hand) predominate in men, whereas in women - S or U. When analyzing the frequencies for each finger, it turns out that the most characteristic "male" signs are: R - on I, II, III, X; Ui - on V; U2 - on the VI, VII, VIII, IX and X fingers. "Female" signs are: S - on II, VI, VII, VIII, IX and X; U - on V, IX and X; Ui - on the VI fingers.

In the sample of "children" (188 females and 549 males) and "parents" (478 females and 370 males),

these regularities are preserved, excluding the degree of differences with respect to R - in “children” it decreases due to an increase in the frequency of this pattern at “daughters”, and at “parents” - increases. In this case, there is a complete analogy with the types of patterns, which is a consequence of their conjugation. In the sample of “tall” (67 females and 277 males) and “undersized” (75 females and 74 males), these regularities are also preserved.

In men there is a clear tendency to the prevalence of patterns with ulnar ridge count from 4 to 1C and more than 20 units, in women - 3 or less. In both cases, small values of HSy (3 or less) are more often observed on the fingers of the left hand, larger (above 15) - right. In men, the difference is more pronounced. When analyzing the frequency of each finger, it turns out that the most characteristic “male” signs are: II - II, III; III - III, V; IV - on I; V - on the first and second fingers. “Female” signs are: I - on I, II, III, IV and V fingers; II - VI; III - on the IX finger.

In the sample of “children” (188 females and 549 males) and “parents” (478 females and 370 males), these regularities persist; moreover, in “parents” the difference is manifested already at GSU values of more than 15 units. In the sample of “tall” (67 female and 277 male) and “undersized” (75 female and 74 male), these patterns also persist, but due to the smaller sample size they less often reach a statistically significant level p <0.05.

In the sample of “children” (188 females and 549 males) and “parents” (478 females and 370 males), these regularities persist; moreover, in “parents” the difference is manifested already at GSU values of more than 15 units. In the sample of “tall” (67 female - gender and 277 male) and “undersized” (75 female and 74 male), these patterns also persist, but due to the smaller sample size they less often reach a statistically significant level of p <0.05.

Analysis of the rudiments of the lines shows that the presence of this characteristic is characteristic of men, and the absence is for women. The occurrence of the trait in men is 12.3%, in women it is 3.1%. And in those, and in others RL are more often found on the thumbs, and in general - on the fingers of the right hand. In the sample of “children” (79 females and 283 males) and “parents” (129 females and 147 males), the same patterns.

Conclusions.

Different forms of variability and interrelation of the papillary relief reflect three groups of dermatoglyphic features: congenital unchanged (type of pattern, orientation, ulnar and radial ridges, rudiments of lines, dysplasia); Congenital changing (altitude-latitude indicator, distance “delta - interphalange fold”, density of lines); and acquired changing (horizontal, vertical and latticed white lines, traces of scars).

The complex of developed techniques allows in most cases to correctly recognize the hand and finger, with the division of the body into parts to decide the question of the belonging of the parts to the whole - thereby creating the necessary conditions for more efficient solution of subsequent diagnostic tasks.

«ЛЕВОСЕТИЛ» В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

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

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино, г. Душанбе. Таджикистан

Атопический дерматит (АД) представляет собой хронический рецидивирующий дерматоз, занимающий доминирующее место в структуре кожной патологии детского возраста. Антигистаминный препарат III поколения «Левосетил» (левоцетиризина гидрохлорид) превосходит цетиризин по эффективности, продолжительности действия, не обладает побочными эффектами.

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности препарата «Левосетил» в комплексной терапии АД у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 32 (20 девочек и 12 мальчиков) ребенка в возрасте от 2 до 8 лет, госпитализированных на стационарное лечение в детское кожное отделение ГКБ №1. Диагноз верифицировался на основании анамнеза болезни, кожного статуса, лабораторных данных. Всем больным проводились исследования крови, мочи, биохимические анализы, определялся уровень IgE. Комплексное лечение включало элиминационную диету, системную и наружную терапию. «Левосетил» в виде сиропа с учетом возраста ребенка назначался 2 раза в день детям от 2 до 6 лет – 2,5 мг, от 6 до 8 лет – 10 мг сиропа. Длительность лечения составляла 8–10 дней. Эффективность лечебного действия препарата оценивали по динамике кожного процесса и параклиническим показателям.

Результаты и обсуждение. У 21 ребенка наблюдался распространенный процесс с локализацией высыпаний на типичных и нетипичных местах с выраженной лихенизацией, эритемой, расчесами, мокнутием, эрозивно-корковыми высыпаниями. У 12 детей на характерных участках отмечались многочисленные эритематозные пятна с нечеткими границами, расчесы, эрозии, мокнутие, пустуллезные элементы. У

всех больных в общем анализе крови отмечена эозинофилия. Уровень IgE превышал возрастную норму у 16 детей. На третьи сутки от начала лечения у всех детей уменьшились зуд, сухость, эритема, дети стали более спокойными, улучшился аппетит. У 12 пациентов на 7-й день терапии клинические проявления заболевания регрессировали, отмечалась нормализация показателей крови. На 10-й день – у 28 пациентов констатирована клиническая ремиссия. Эффективность препарата расценена как высокая у 28, как умеренная –у 4 детей. Побочного действия «Левосетила» в виде случаев индивидуальной непереносимости не зафиксировано.

Выводы. «Левосетил» — эффективен и безопасен в терапии АД у детей, способствует положительной динамике клинических проявлений, отличается хорошей индивидуальной переносимостью, отсутствием побочных реакций.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

АБДУЛЛАЕВ М.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан

В настоящее время особое значение придается вопросам заболеваний кожи, представляющих определенные косметологические проблемы в детском возрасте. Это обусловливается увеличением частоты встречаемости дерматозов с вышеуказанными проблемами в последние годы. Среди них основную часть составляют витилиго, очаговая форма алопеции и атопический дерматит.

Несмотря на первоначальную безобидность эти дерматозы с возрастом остаются причиной возникновения серьезных психологических проблем, поводом для самоизоляции, социальной дезадаптации. Обострение заболевания приводит к тяжелому эмоциональному дисбалансу, стрессу, неудовлетворенности жизнью, существенным изменениям уровня социально-психологического комфорта и ощущениям собственной неполноценности. По данным литературы среди этих больных у 5–35% выявляются выраженные депрессивные расстройства, в отдельных случаях суицидальные мысли.

В свою очередь, переживания и эмоциональное напряжение, снижение качества жизни у данных больных отрицательно влияют на течение патологического процесса и эффективность терапии, особенно у детей более старшего возраста. По данным литературы обострения чаще и быстрее наступают у пациентов с психологической нестабильностью. Несмотря на то, что имеются определенные успехи в изучении этиологии и патогенеза этих болезней, лечение попрежнему остается одной из самых актуальных и сложных задач дерматологии.

Данная проблема побуждает особое внимание уделять вопросам изучения эпидемиологии, патогенеза, клиники, диагностики и разработке лечебных и профилактических мероприятий вышеуказанных дерматозов.

Несмотря на проводимые разносторонние научные работы проблема АД, псориаза, витилиго, алопеции, генодерматозов остается актуальной и имеется много нерешенных вопросов, которые подлежат всесторонне углубленному, и серьезному изучению, так как получаемые результаты лечения этих дерматозов на сегодняшний день не удовлетворяют не только больных, но и самих врачей. Очевидно, что многие аспекты рассмотренной проблемы требуют своего уточнения, что, безусловно, необходимо для выработки рациональной стратегии вмешательства в процесс.

К сожалению, большинство научно-исследовательских работ выполняется исходя из возможности доступных нам лабораторных услуг, что затрудняет выполнение истинных, перспективных научных работ. Для развития науки и достижения поставленной цели необходимо поднять качество и объем лабораторных услуг научно-исследовательских лабораторий.

ПРОФИЛАКТИКА И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ

АБДУЛЛАЕВ М.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан

В настоящее время в медицине появились новые направления, открывающие большие перспективы в изучении этиологии и патогенеза большинства кожных заболеваний. Эти исследования связаны со стволовыми клетками и апоптозом. Пару лет назад стволовыми клетками

всерьез интересовались лишь немногие биологи и медики-генетики, а сегодня о них говорят как о символе новой медицины, дающем надежду на бессмертие.

В ходе эмбриогенеза оплодотворенная яйцеклетка делится и дает начало клеткам, не имеющим других функций, кроме передачи генетического материала в следующие клеточные поколения. Это эмбриональные стволовые клетки (ЭСК), геном которых находится в «нулевой точке»; механизмы, определяющие специализацию, еще не включены, из них потенциально могут развиться любые клетки, в том числе и кожные.

Запас стволовых клеток взрослого организма очень невелик. Поэтому случается так, что обновить утраченные клетки организм самостоятельно уже не в состоянии: или очаг поражения слишком велик, или организм ослаблен, или возраст уже не тот. На сегодняшний день ученые умеют направлять стволовые клетки «по нужному пути». Достижения в этой области клеточной медицины делают возможности терапевтического использования стволовых клеток практически безграничными. Такие свойства ЭСК являются показанием к их использованию при следующих кожных заболеваниях: склеродермия, витилиго, алопеции, генодерматозы.

На наш взгляд, вторым перспективным направлением в изучении этиологии и патогенеза таких заболевании, как витилиго, склеродермия и алопеция является апоптоз. **Апоптоз** – это биологический ассенизатор. Он включает гибель (саморазрушение) неправильно развивающейся, потенциально опасной или просто ненужной для окружающих тканей клетки. Если апоптоз выходит из-под контроля, то гибель клеток становится патологической. Усиленный, неконтролируемый апоптоз вызывает массированную гибель клеток. Одна клетка, решая покончить с собой, может посылать смертоносный сигнал своим соседям, в результате погибает не она одна, а целый клеточной пласт.

Очевидно, что многие аспекты рассмотренной проблемы требуют своего уточнения, что, безусловно, необходимо для выработки рациональной стратегии вмешательства в процесс.

Третье направление — это профилактика дерматозов: 1. Разъяснительные работы среди населения о риске кровнородственных браков в возникновении различных дерматозов. 2. Перинатальная профилактика (образ жизни и питание беременных). 3. Профилактика во время грудного вскармливания (адекватное питание рожениц во время грудного вскармливания и пропаганда грудного вскармливания в профилактике различных заболевании, в том числе кожных).

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ОБЩИЕ И МЕСТНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ

АБДУЛЛАЕВ М.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан

В клинической практике все виды лечения папилломавирусной инфекции (ПВИ) можно разделить на две основные группы: 1) лечение, направленное на устранение видимых клинических проявлений ПВИ кожи и слизистых оболочек; 2) лечение, назначаемое пациентам с позитивным ПЦР-анализом на ВПЧ.

Современная схема лечения бородавок включает в себя: применение цитотоксических препаратов (подофиллин, подофиллотоксин, 5-фторурацил); физические методы – криодеструкция, лазеро- и диатермокоагуляция, электрохирургическое иссечение, радиоволновую хирургию и химические методы – солкодерм, ферезол, трихлоруксусную кислоту и другие деструктивные методы; иммунотерапию (использование препаратов α-, β-, γ-интерферона) и комбинированные методы.

Бородавки, как и другие хронические заболевания с длительной персистенцией вируса, развиваются на фоне иммунодефицитного состояния (ИДС), обусловленного недостаточностью различных звеньев иммунной системы, поэтому для повышения эффективности лечения в схемы терапии необходимо включать, кроме противовирусных (системно и местно) и иммунокорригирующие препараты, а также патогенетические средства (системная энзимотерапия, антиоксиданты, про- и пребиотики), которые улучшают общее состояние пациента и способствуют более эффективному применению используемых препаратов. При сочетании ВПЧ с другими возбудителями проводится комплексное лечение с использованием этиотропных препаратов в отношении конкретных микроорганизмов в стандартных дозировках. Показано, что современное лечение не позволяет избежать рецидивирования ПВИ в 20–30% случаев.

Правило, которому следуют зарубежные ученые при лечении бородавок у детей, заключается в том, что бессимптомные очаги не требуют лечения, так как спонтанно регрессируют, не

оставляя рубцов. По их данным у 2/3 детей такое спонтанное разрешение бородавок происходит в течение двух лет. Они пришли к выводу, что если бородавка не болезненна и не беспокоит ребенка, то верным решением будет оставить ее в покое.

При выборе метода лечения важно учитывать возраст больного, индивидуальную переносимость метода лечения, локализацию и количество бородавок, а также, что немаловажно, клинический опыт врача. Таким образом, тактика лечения пациентов с ВПЧ-инфекцией должна быть индивидуальной, лечение проводится с учетом иммунного статуса, сопутствующей соматической патологией, сопутствующих урогенитальных инфекций, локализации и характера патологического процесса, предшествующего противовирусной терапии.

ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ НЕЙРОДЕРМИТОМ, НАХОДИВШИХСЯ В САНАТОРИИ «ЗААМИН»

АБДУЛЛАЕВ Д.М., НАРЗИКУЛОВ Р.М., ТОШЕВ С.У., СОБИРОВ С.П.

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии, кожных и венерических заболеваний, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Оценить эффективность терапии больных с диффузным нейродермитом до и после лечения в санатории «Заамин» Республики Узбекистан (Джизакская область) по динамике иммунологических и гормональных показателей.

Материал и методы исследования. 32 больных (I группа). В качестве контроля служила аналогичная группа больных, находившихся на амбулаторном наблюдении и лечении (II группа). Обе группы примерно одинаковы по возрастно-половому составу и диагнозу. На территории санатория «Заамин» имеется искусственный водопад, который очищает, увлажняет, ионизирует воздух, напоенный хвойным ароматом, а также ароматом лекарственных трав, произрастающих здесь в изобилии. К услугам пациентов работает массажный кабинет, где проводятся ручной и механический массаж. Опытные инструкторы подбирают физические упражнения с учетом возраста, заболевания и индивидуальных особенностей организма. Разработан тренирующий маршруттер-ренкур «Тропа здоровья». В комплекс лечебных мероприятий (санаторный режим, диета) включены все виды физиотерапевтических процедур. Однако наблюдаемые нами больные не получали процедуры, в связи с ненадобностью. Вода «Заамин» относится к минеральным питьевым водам небольшой минерализации, обогащена органическими веществами до 6,3 мг/л, которые повышают ее лечебную ценность.

Результаты и обсуждение. Результаты позволили установить более выраженную положительную динамику в клинике, иммунитете и работе надпочечников. У больных I группы при однократном пребывании в санатории «Заамин» рецидив заболевания отмечался у 9 (28,13%) больных, среди пациентов II группы – 28 (87,5%). При повторном пребывании в санатории «Заамин» у больных I группы рецидив заболевания наблюдался только у 4 (12,5%) больных, в то время как во II группе рецидивы заболевания отмечались у 29 (90,6%) больных диффузным нейродермитом. Со стороны гуморального звена иммунитета выявлена более выраженная тенденция к снижению исходно повышенных показателей IgG и IgA ($P<0,05$), при тенденции к повышению исходно сниженного уровня IgM ($P>0,05$). Клеточное звено иммунитета характеризовалось повышением в процессе нахождения в санатории первоначально сниженных величин содержания Т-лимфоцитов в крови, уменьшением явления сенсибилизации, подтверждением чему, на наш взгляд, явилось повышение процентного содержания Т-хелперов ($P<0,05$). Изучение содержания гормонов коры надпочечников (кортизола, кортикостерона) выявило снижение исходно повышенных их значений в процессе нахождения в санатории, но у больных I группы оно более выраженное, чем у II группы ($P<0,05$).

Выводы. Таким образом, у больных диффузным нейродермитом под влиянием комплексного санаторно-курортного лечения произошла не только выраженная положительная динамика клинических проявлений заболевания, но и тенденция к нормализации показателей гуморального и клеточного иммунитета, гормонального фона.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОДЕРМИТА АССОЦИИРОВАННЫМИ ГЕЛЬМИНТАМИ

АБДУЛЛАЕВ Д.М., НАРЗИКУЛОВ Р.М., ТОШЕВ С.У., СОБИРОВ С.П., ОРИПОВ Р.А.

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии, кожных и венерических заболеваний, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Клинико-лабораторное обследование на выявление гельминтов среди больных нейродермитом и их влияние на клиническое течение болезни.

Материал и методы исследования. Обследованы 96 больных нейродермитом с различными формами заболевания (ограниченный нейродермит – 47, диффузный – 49 больных) в возрасте от 14 до 60 лет. Давность заболевания составляла от 2 месяцев до одного года у 44 больных, от одного года до 5 лет – у 36 больных, свыше 5 лет – у 16 больных. Мужской пол – 54 (56,25%), женский – 42 (43,75%). У большинства больных (64 из 96) рецидив болезни отмечался в осенне-зимнее, зимне-весеннее время года 2–3 раза в год.

Выявление яйца гельминтов в кале больных нейродермитом осуществлялось бактериоскопией с помощью насыщенного раствора азотнокислого натрия по методу Е. В. Калантаряна.

Результаты и обсуждение. Клинико-эпидемиологическое исследование больных нейродермитом среди жителей Самарканда показывает высокий уровень заболеваемости ассоциированными гельминтами – 76 (79,17%) больных нейродермитом из 96. Глистная инвазия была найдена в виде лямблии у 44 (45,83%), гименолепидоза – у 15 (15,63%), энтеробиоза (острицы) – у 25 (26,04%), тениаринхоза – у 4 (4,17%) соответственно. Смешанная форма глистной инвазии составляла 56 (58,33%) больных. Возрастное распределение выявленных больных гельминтозами среди больных нейродермитом, показало, что доминантной подгруппой являются люди молодого возраста (20–29 лет), в данную подгруппу вошли 27 (35,53%) человек. Второй по численности была подгруппа подростков (14–19 лет). В нее вошли 25 (32,89%). Третьей по численности была подгруппа старшего возраста (30–39 лет). В нее вошли 16 (21,05%). Реже по численности была подгруппа старше 40 лет – 8(10,53%) среди больных нейродермитом ассоциированными гельминтами соответственно. В группе больных глистной инвазии на долю сельских жителей приходилось 44 (57,89%), городских жителей – 32 (42,11%). Распределение пациентов гельминтозами всех возрастных групп в зависимости от пола дало преобладание числа лиц мужского пола 52 (68,42%) над таковым женского 24 (31,58%).

Значительные различия были обнаружены при анализе степени инвазированности гельминтами в группах с различной продолжительностью заболевания: у больных с давностью болезни до одного года частота встречаемости гельминтов составила 68,2 %, у больных со стажем от одного до 5 лет – 86,1 % случаев. Наиболее часто – в 93,75 % случаев – гельминты обнаруживались в фекалиях больных с давностью заболевания более 5 лет. Достоверная взаимосвязь инвазированности гельминтами также была отмечена у больных с рецидивирующим тяжелым течением болезни.

Выводы. Анализ полученных нами данных показал, что доминирующими видами в кишечнике взрослых людей, болеющих нейродермитом, являются энтеробиоз (острицы) (С=26,04%) и лямблиоз с наиболее высоким индексом постоянства (С=45,8%). У подростков (14–19 лет) энтеробиоз, лямблиоз и гименолепидоз (С=17,0%, С=21,0%, С=12,0% соответственно).

БОЛЕЗНЬ ПРИНГЛА–БУРНЕВИЛЛЯ

АБДУСАМАТОВ У.А., МАМАТКУЛОВ Х.Ч., РАХМАТОВ А.Б., РАХМАТОВ Т.П.

Сурхандарьинский кожно-венерологический диспансер и ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз. Узбекистан

Болезнь Пингла–Бурневилля (аденома симметричная сальных желез, туберозный склероз) представляет собой комплексный порок развития, относящийся к генодерматозам с аутосомно-доминантным типом наследования. Дифференцировать болезнь необходимо с розовыми угрями, красной зернистостью носа, а также с множественной узелковой трихоэпителиомой.

Приводим собственное наблюдение. Больной В.А., 20 лет обратился в Сурхандарьинский ОКВД с жалобами на множественные высыпания на коже лица, не сопровождающиеся какими-либо субъективными ощущениями. Со слов матери пациента, высыпания появились после года жизни. Они медленно увеличивались в количествах и размерах, ни-

когда не исчезали. Больной ранее лечения не получал. Рост больного составлял 153 см, вес – 44 кг. АД – 120/70 мм рт.ст., ЧСС – 64 уд. Каких-либо жалоб на общее состояние не было. Отмечается отставание в умственном развитии, закончил только 6 классов в интернате для умственно отсталых детей. Больной контактен. Наследственный фактор мать больного отрицает. Ребенок родился в срок. Беременность протекала нормально. В семье один ребенок.

Status localis: при осмотре на коже лица, симметрично в области носогубных складок, корня носа, щеках, подбородке располагается множество полушаровидных опухолевидных образований величиной от булавочной головки до горошины. Цвет элементов винно-красный, консистенция на ощупь плотноватая. Высыпания не склонны к взаимному слиянию. Поверхность их гладкая, слегка блестящая. Они никогда не нагнаивались и не регрессировали. Субъективных ощущений в очагах поражения кожи никогда не наблюдалось.

При обследовании было выявлено увеличение печени (УЗД) и поликистоз обеих почек. *Осмотр невролога:* выраженная умственная отсталость. Зрачки, глазные щели D=S. Слабость конвергенции с двух сторон. Легкая асимметрия носогубных складок. Симптом хоботка положительный. Сухожильные рефлексы повышены. Окулист установил наличие атрофии зрительного нерва. ЭЭГ: снижение биоэлектрической активности и грубые общемозговые нарушения диффузного характера. *Установлен диагноз:* Болезнь Прингла–Бурневилля. Рекомендовано симптоматическое лечение, включая и криодеструкцию отдельных элементов.

ЗНАЧИМОСТЬ ОКСИДА АЗОТА В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗОВ

АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р., САЛИХОДЖАЕВА С.С., ИКРАМОВА Н.Дж.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз. Узбекистан

Перекисное окисление липидов (ПОЛ) – это отражение защитно-приспособительных реакций организма на клеточном уровне. Накопление продуктов свободнорадикального окисления оказывает повреждающее действие на клеточные мембраны, в том числе на мембраны иммунокомпетентных клеток, что, в свою очередь, приводит к нарушению многих органов и систем (Реутов В.П., Сорокина Е.Г., Косицин А.С., Охотин В.Е., 2003 г.).

Оксид азота участвует в регуляции многих процессов в организме, в том числе и коже человека, обеспечивая межклеточные взаимодействия для таких клеток, как макрофаги, фибробласты и кератиноциты (Реутов В.П. и соавт., 2003 г.). В процессе регенерации поврежденной кожи NO оказывает влияние на различные стороны репаративного процесса. Действие NO на пролиферирующие клетки определяет концентрация, которая зависит от его активности.

При аллергическом воспалении кожи стимулирующее влияние на синтез NO оказывает ИЛ 4, увеличивая экспрессию eNOS. Воздействие оксида азота на микроциркуляторное русло приводит к нарастанию экссудации и тканевого отека. При значительном повышении NO образуется пероксинитрит, который приводит к нарастанию эозинофильного воспаления, и, следовательно, к прогрессированию заболевания.

При псориазе эпидермальная гиперпролиферация является следствием нарушения баланса между ростом и дифференцировкой кератиноцитов. В качестве потенциального регулятора этого процесса рассматривается NO, однако однозначно оценить имеющиеся научные данные относительно влияния NO на гиперпролиферацию кератиноцитов на сегодняшний день не представляется возможным (Bruch-Gerharz D., Kolb-BachofenV., Ruzicka, 1998). Так, результаты, полученные G. Neeta и соавт. (2005), демонстрируют, что содержание NO в сыворотке крови больных псориазом позитивно коррелирует с активностью воспалительного процесса в коже, а неактивная фаза заболевания характеризуется низким уровнем NO. Эта же группа ученых установила, что NO стимулирует выработку эндотелиального ростового фактора эпителиальными клетками кожи, что способствует ангиогенезу и повышенной пролиферации кератиноцитов (Cals-Grierson M.M., Ormerod A. D., 2004).

Исследованиями С.С. Арифова и соавт.(2012г.) установлено, что у больных с витилиго отмечается дисфункция NO-эргической системы в сыворотке крови, проявляющаяся усилением выработки оксида азота, особенно пероксинитрита, в результате активации индуцибельной формы NO-синтазы. В биоптатах депигментированных участков кожи больных витилиго отмечается снижение содержания оксида азота на фоне резкого всплеска пероксинитрита и гиперэкспрессии нитратредуктазы. выраженность дисфункции NO-эргической системы как на системном, так и на локальном уровнях, и возрастает по мере их прогрессирования.

При изучении роли оксида азота в развитии онихомикозов Д.Т. Равшановой и А.Б. Рахматовым было установлено, что наблюдается активация NO, которая в определенной степени влияет

на клинические проявления (гипертрофические и атрофические формы) заболевания, а проведение этиотропной терапии способствует нормализации изученного показателя ПОЛ. В исследованиях некоторых ученых было установлено, что важным патогенетическим фактором в развитии различных форм трихофитий является активация NO- синтазного механизма с образованием NO, который в условиях инициациисупероксидного-анионрадикала, угнетения активности фермента антиоксидантной защиты СОД образует высокотоксичное соединение пероксинитрит, что в дальнейшем определяет прогрессирование воспалительного процесса и развитие различных форм трихофитии, особенно в сочетании с гипотериозом (А.Ш. Ваисов и Миродилова Ф.Б., 2007).

Таким образом, оксид азота участвует в регуляции многих процессов в коже человека. Экспрессия конститутивных NOS необходима для функционирования кожи в норме для обеспечения распределения кровотока в дерме и поддержания баланса обновления и старения клеток кожи. Отсутствие экспрессии iNOS в физиологических условиях указывает на необходимость малых доз NO для поддержания баланса. Однако в различных патологических процессах нет однозначного положительного или отрицательного действия N0 при его одинаковой концентрации. Например, при аллергическом воспалении высокое содержание NO способно поддерживать эозинофильное воспаление, отек тканей, с другой стороны — тормозит выделение гистамина тучными клетками.

Дальнейшие исследования роли NO при различных заболеваниях кожи и репарации повреждений будут способствовать лучшему понимаю их патогенеза и поиску новых путей лечения. Следовательно, изучение уровня NO и его участия в развитии различных дерматозов является перспективным и актуальным.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СТЕРОИДАМИ ПРИ ПСОРИАЗЕ

АБИДОВ А.М., АБИДОВ Х.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз. Узбекистан

Псориаз (чешуйчатый лишай) — хроническое, весьма распространенное заболевание кожи, известное с давних времен. Распространенность его в различных странах колеблется от 0,1 до 3%. Однако эти цифры отражают лишь удельный вес псориаза у больных с другими дерматозами или частоту его встречаемости у пациентов с внутренними болезнями.

Причина болезни остается неясной. Несмотря на огромное количество предлагаемых гипотез, ни одна не является общепризнанной. Четко установлена лишь роль генетических факторов – семейный показатель больных в несколько раз превышает популяционный.

Основным патогенетическим звеном, вызывающим появление кожных высыпаний, являются повышенная митотическая активность и ускоренная пролиферация клеток эпидермиса, приводящая к тому, что клетки нижних слоев «выталкивают» вышележащие клетки, не дав им ороговеть. Этот процесс носит название паракератоза и сопровождается обильным шелушением. Большое значение в развитии псориатических поражений в коже играют местные иммунопатологические процессы, связанные с взаимодействием различных цитокинов, – фактора некроза опухоли, интерферонов, интерлейкинов, а также лимфоцитов различных субпопуляций.

Пусковым моментом возникновения болезни часто является сильный стресс — этот фактор присутствует в анамнезе большинства больных. К другим триггерным факторам можно отнести травмы кожи, применение медикаментов, злоупотребление алкоголем, инфекции.

Общепринятой классификации псориаза нет. Традиционно наряду с обычным (вульгарным) псориазом выделяют эритродермическую, артропатическую, пустулезную, экссудативную, каплевидную, ладонно-подошвенную формы.

Обычный псориаз клинически проявляется образованием плоских папул, четко отграниченных от здоровой кожи. Папулы розовато-красного цвета, покрыты рыхлыми серебристо-белыми чешуйками. С диагностической точки зрения интересна группа признаков, возникающих при поскабливании папул и называемых псориатической триадой. Сначала появляется феномен «стеаринового пятна», характеризующийся усилением шелушения при поскабливании, что придает поверхности папул сходство с каплей стеарина. После удаления чешуек наблюдается феномен «терминальной пленки», проявляющийся в виде влажной блестящей поверхности элементов. Вслед за этим при дальнейшем поскабливании отмечается феномен «кровяной росы» – в виде точечных, несливающихся капелек крови.

Лечение псориаза проводится с учетом формы, стадии, степени распространенности высыпаний, общего состояния организма. Как правило, лечение комплексное, предусматривающее сочетание наружных и системных препаратов.

Терапия препаратами наружного действия имеет при псориазе важнейшее значение. В легких случаях лечение начинают с местных ме-

роприятий и ими ограничиваются. Как правило, препараты для местного применения реже оказывают какие-либо побочные действия, но по эффективности уступают системной терапии.

Исходя из «Методических материалов по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем, и заболеваний кожи», разработанных ЦНИКВИ в 2001 г., в качестве наружной терапии используют 1–2% салициловую мазь, мази с содержанием дегтя 5–10%, нафталана 5–10%, витамина Д3, а также кортикостероидные мази (бетаметазон с салициловой кислотой, мометазон) и аэрозоль цинка пиритионата. В «Протоколах ведения больных», разработанных учеными ЦНИКВИ в 2003 г., рекомендуются те же препараты.

Кортикостероидные препараты. Применяются в медицинской практике в качестве наружных средств с 1952 г., когда Sulzberger впервые показал эффективность наружного применения стероидов.

Терапевтический эффект наружных ГКС обусловлен целым рядом потенциально благоприятных эффектов:

– противовоспалительным действием (сужением сосудов, разрешением воспалительного инфильтрата);

– эпидермостатическим (антигиперпластическим влиянием на клетки эпидермиса);

– антиаллергическим;

– местным аналгезирующим действием (устранение зуда, жжения, болезненности, чувства стягивания).

Среди препаратов третьего класса можно выделить группу фторированных ГКС — флуоцинолона ацетонид, триамцинолона ацетонид, бетаметазона валерат и дипропионат.

Стандартные побочные эффекты при применении местных стероидов — это развитие атрофии кожи, гипертрихоза, телеангиэктазий, гнойничковых инфекций, системное действие с влиянием на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему. В современных нефторированных препаратах, упомянутых выше, эти побочные эффекты сведены к минимуму.

По литературным данным, при использовании, например, мометазона в течение 3 недель положительного терапевтического эффекта (уменьшения количества высыпаний на 60–80%) удается добиться почти у 80% больных.

Ряд авторов (Е. Р. Аравийская, Е. В. Соколовский) предлагают этапную кортикостероидную терапию псориаза. Рекомендуется начинать наружную терапию с комбинированных препаратов, содержащих ГКС (например, бетаметазон и салициловую кислоту). Средняя продолжительность такого лечения — около 3 недель. В дальнейшем происходит переход на чистый ГКС, желательно третьего класса (например, гидрокортизона бутират или мометазона фуроат).

Топические стероиды – одни из наиболее часто рекомендуемых средств при псориазе [1, 4]. За счет их специфического противовоспалительного, антиэкссудативного, иммуносупрессивного действия достигается быстрый регресс инфильтративно-воспалительных псориатических очагов. Для усиления десквамирующего эффекта часто такие препараты комбинируются с различными кератолитиками, прежде всего с салициловой кислотой (например, бетаметазон дипропионат/салициловая кислота 2%, мометазон фуроат/салициловая кислота 5%).

При длительном применении топических стероидов нельзя не учитывать их возможные побочные эффекты (атрофия кожи, гипертрихоз и др.), а также развитие тахифилаксии. Необходимо также иметь в виду высокую вероятность ирритирующего действия салициловой кислоты в прогрессирующую стадию псориаза, и, как следствие, риск генерализации процесса.

При псориазе наиболее эффективны комбинации стероидных гормонов (чаще всего бетаметазона) с салициловой кислотой. Салициловая кислота благодаря своему кератолитическому и противомикробному действию дополняет дерматотропную активность стероидов.

По данным российских авторов (Г. И. Суколин, В. А. Молочков, Н. С. Потекаев), эффективность комбинированных препаратов достигает 80 — 100%, при этом очищение кожи происходит очень быстро – в течение 3 недель.

На рынке Узбекистана на сегодняшний день представлено большое количество комбинированных глюкокортикостероидных препаратов для лечения псориаза.

В частности, новая европейская фармацевтическая компания «Vegapharm LLP» представляет свой комбинированный топический глюкокортикостероид бетаметазон с салициловой кислотой под торговым названием Новосалик.

В портфеле препаратов для дерматологов у компании Vegapharm также есть крем Вегтазон с действующим веществом мометазон.

Так же для системной терапии тяжелых форм атопического дерматита, пузырчатки, экземы, пруриго, СКВ, других системных дерматозов компания представляет глюкокортикостероид метилпреднизолон под торговым названием Слидерон, выпускаемый в форме таблеток по 4 и 16 мг.

КАРДИТОН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

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

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Наличие метаболического синдрома значительно влияет на клиническое течение псориатического процесса (появление зуда, экссудативного компонента, торпидность и др.), что необходимо учитывать при разработке комплексной терапии указанного дерматоза.

Цель исследования. Разработка комплексной терапии больных псориазом с учетом выявления метаболического синдрома.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 126 больных (мужчин – 84, женщин – 42), в возрасте от 20 до 45 лет и давностью заболевания от 6 месяцев и более 10 лет. Были выделены следующие клинические формы псориаза: обычная – у 77 (61,1%), экссудативная – у 19 (15,1%), артропатическая – у 26 (20,6%) и эритродермическая – у 4 (3,2%) больных. Сахарный диабет был установлен у 22 из 126 (17,5%) больных с тяжелыми формами дерматоза. Проведя параклинические исследования (выраженность ожирения, повышение А/Д и др.), наличие метаболического синдрома было установлено у 105 из 126 (83,3%) больных псориазом, включая и обычную форму дерматоза. Состояние липидного обмена оценивалось по основным показателям холестерина, триглицеридов, различных липопротеидов и атерогенного коэффициента. Цитокиновый статус оценивался по уровню про- и противовоспалительных цитокинов, изученных в динамике проведенного лечения.

В зависимости от метода терапии больные были распределены на две сопоставимые группы, причем I группа (63 больных), контрольная получала лечение, согласно «Стандартам» (2017); II группа (63 больных) дополнительно принимала препарат «Кардитон» по 10мл внутрь 3 раза в день в течение одного месяца.

Результаты. Отмечалось устранение субъективных ощущений, исчезновение экссудативного компонента на псориатических очагах уже на вторые сутки лечения. Самые заметные изменения отмечались у больных псориатическим артритом, когда почти в 2 раза быстрее отмечалась негативация суставного синдрома, особенно по артралгиям.

Выводы. Таким образом, у больных псориазом учащается выявление метаболического синдрома, приводящего к развитию тяжелых форм дерматоза, в коррекции которого рекомендуется использование препарата «Кардитон», оказывающего гиполипидемическое и антицитокиновое действие.

СЛУЧАЙ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ИМПЕТИГО ГЕБРЫ

АБИДОВ А.М., АБИДОВА З.М., РАДЖАБОВ Ж.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Герпетиформное импетиго Гебры (*Impetigo herpetiformis Hebrae*) – предположительно токсико-аллергический процесс, в развитии которого играют роль недостаточность паращитовидных желез (снижение содержания кальция в крови), изменение функции половых желез (болеют преимущественно женщины при беременности, нарушении менструального цикла; редко мужчины). Характеризуется появлением пустул на воспаленном основании, склонных к группировке в области складок. Возможно тяжелое общее состояние (высокая температура, ознобы, поражение нервной системы, почек, суставов, сердца). Без лечения процесс может стать универсальным, возможен летальный исход, а также – выкидыш, мертворождение.

Приводим собственное наблюдение. Пациентка С.К., 24 года, госпитализирована в отделение дерматомикологии РСНПМЦДВиК с жалобами на мелкие гнойничковые высыпания на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей, подмышек, половых органов, недомогание, периодическое повышение температуры тела, боли в суставах. Субъективно легкий зуд. Из анамнеза: беременность 1–24 недели, считает себя больной в течение одного месяца, возникновение болезни ни с чем не связывает. По поводу своей болезни лечилась по месту жительства с диагнозом токсикодермия, получала традиционное лечение. Проведенное лечение привело к распространению процесса.

Status localis. Кожно-патологический процесс носит островоспалительный, распространенный, симметричный характер. Локализуется на коже лица, шеи, груди, живота, спины, верхних и нижних конечностей, половых органов. Пато-

лого-морфологические элементы представлены мелкими пустулами, эритемой, эрозиями и корочками. На коже лица, шеи, груди, живота, спины, верхних и нижних конечностей имеются мелкие пустулы от 1–3 мм в диаметре, расположенные на эритематозном фоне. Пустулы имеют склонность к группированию. Мелкие пустулезные элементы, распространяясь центробежно, образуют кольцевидные фигуры, располагающиеся беспорядочно. Содержимое пустул светло-желтого цвета. Сгруппированные очаги пустулезных элементов, вскрываясь, образуют гнойно-коричневые корки.

Из приведенных клинико-лабораторных данных, в общем анализе крови отмечался лейкоцитоз (30,2*109/л), биохимический анализ крови показал снижение общего белка (58 g–L), на УЗИ плода эхопризнаки беременности 24-25 недель, гипертонус матки, угроза выкидыша. Остальные показатели в пределах нормы. Консультация гинеколога: беременность – I, 24–25 недель, хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП), угроза выкидыша. Произведено гистологическое исследование: в биоптате определяется незначительный гиперкератоз, местами отслойка рогового слоя, под роговым слоем и в верхних слоях шиповатого слоя определяются пустулы, заполненные нейтрофильными гранулоцитами, неравномерный акантоз, чередующийся с участками уплощенного эпидермиса. В дерме отмечается отек, периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты с содержанием нейтрофилов, коллагеновые волокна местами фиброзно изменены; придатки кожи сохранены. Морфологическая картина соответствует диагнозу – герпетиформное импетиго Гебры.

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных исследований и гистологического обследования пациентке выставлен диагноз: герпетиформное импетиго Гебры. Были рекомендованы системные глюкокортикостероиды, антибиотики, десенсибилизирующая терапия, витаминотерапия, наружно анилиновые красители на водной основе, топические кортикостероиды. После выписки из стационара было рекомендовано еженедельное наблюдение у гинеколога и дерматовенеролога по месту жительства. При ухудшении состояния пациентке рекомендовано прерывание беременности.

СЛУЧАЙ БУЛЛЕЗНОГО ПЕМФИГОИДА ЛЕВЕРА

АБИДОВ А.М., АБИДОВА З.М., РАДЖАБОВ Ж.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г.Ташкент. Узбекистан

Буллезный пемфигоид Левера (неакантолитическая пузырчатка, старческий пемфигус, доброкачественная хроническая пузырчатка, парапемфигус) – доброкачественное пузырное заболевание неизвестной этиологии, аутоиммунного генеза, возникающее преимущественно у пожилых людей. Заболевание чаще встречается в возрасте 55–60 лет. Женщины болеют гораздо чаще, чем мужчины. Болезнь характерезуется появлением напряженных пузырей диаметром 0,5–1 см и более. Пузыри появляются как на видимо неизмененной коже, так и на эритематозном фоне. Преимущественная локализация высыпаний – живот, паховые складки, конечности. Болезнь обычно не сопровождается субъективными ощущениями, но у отдельных больных может быть зуд и жжение.

Приводим собственное наблюдение. Пациентка Х.К., 55 лет, была госпитализирована в отделение дерматомикологии РСНПМЦДВиК с жалобами на наличие высыпаний на слизистой рта, коже груди, живота, спины, бедер, кистей, которые сопровождаются зудом средней интенсивности. *Из анамнеза:* считает себя больной в течение 10 дней, возникновение болезни ни с чем конкретно не связывает. Впервые высыпания появились на коже живота и бедер в виде эритематозной сыпи. После самолечения растворами и мазями, назначенными местным знахарем, отмечает ухудшение процесса и появление пузырных высыпаний.

Status localis. Кожно-патологический процесс носит островоспалительный, распространенный, симметричный характер. Локализуется на коже груди, живота, спины, бедер, кистей и слизистой рта. Элементы поражения представлены эритемой, пузырями, эрозиями и серозно-геморрагическими корками. На коже живота имеются эритематозные очаги различных размеров, с четкими границами, которые, сливаясь, образуют эритематозный очаг в виде географической карты, занимающий 2/3 кожи живота. На коже груди, живота, спины, бедер на эритематозном фоне имеются пузыри размерами от 1–5 см с серозным содержимым. Очаги поражения на коже кистей рук имеют идентичные высыпания, лишь сравнительно меньших размеров. На месте бывших пузырей имеются эрозии и серозно-геморрагические корки. На слизистой оболочке щек, неба имеются единичные эрозии. Симптом Никольского отрицательный.

При обследовании больной были выявлены: анемия I степени, жировой гепатоз печени, хронический калькулезный холецистит. Акантоли-

тические клетки в мазках-отпечатках не обнаружены. В содержимом пузырей наблюдалась эозинофилия. Проведено гистологическое исследование: в биоптате определяются субэпидермальные пузыри с содержанием эозинофилов. Отмечается расширение сосудов дермы, отек, лимфоцитарная инфильтрация с наличием эозинофилов. Морфологическая картина соответствует буллезному пемфигоиду.

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных исследований и гистологического обследования пациентке выставлен *диагноз*: буллезный пемфигоид Левера. Были рекомендованы агютеновая диета, системные глюкокортикостероиды, десенсибилизирующая терапия, витаминотерапия, гепатопротекторы, наружноанилиновые красители на водной основе, топические кортикостероиды.

ЗНАЧЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

АБИДОВ А.М., МАМАТКУЛОВ У.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Известно, что при определении многих заболеваний большое значение имеют биохимические показатели крови, так как вовлекаются печень, почка, эндокринная система организма и другие. Поэтому в дерматовенерологии исследование биохимических показателей крови также имеет определенное значение.

В данной работе нами был проведен анализ биохимических показателей крови у больных, обратившихся за дерматовенерологической помощью в РСНПМЦДиВ МЗ РУз за период 2016–2017 годы.

Биохимические исследования крови включали – исследование сахара, белка, мочевины, креатинина, холестерина, билирубина (общий, прямой, непрямой), АЛТ, АСТ крови.

Исследование биохимических показателей крови проводили на автоматическом биохимическом анализаторе «BS-200».

За анализированный период проведено 135002 биохимических исследования. Из них в 2016 году – 66433 исследований и в 2017 году – 68569 исследований.

В результате проведенных исследований в 8586 случаев выявлены патологические состояния биохимических показателей крови, в том числе в 2016 году – в 3398 случаев и в 2017 году – в 5188 случаев. В основном выявленные патологические состояния биохимических показателей крови отражались в повышении сахара крови, общего и прямого билирубина мочевины и холестерина крови. Следует указать, что изменение именно этих биохимических показателей крови имеют большое значение у больных дерматологическими заболеваниями как фактор, осложняющий клиническое течение.

Таким образом, анализ результатов исследований биохимических показателей крови свидетельствует, что у больных дерматологической патологией целесообразно и необходимо проведение исследований биохимических показателей крови и внесение коррекции в схемы лечения.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДЕРМАТОЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОГО АППАРАТА «МАТРИКС – ВЛОК»

АБИДОВ А.М., РАДЖАБОВА Ю.Н., КАЛАНОВА Н.Б.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Эритроциты (от греч. ἐρυθρός – красный и κύτος – вместилище, клетка) также известны под названием красные кровянное тельца (цитоплазма эритроцитов богата гемоглобином – пигментом красного цвета, содержащим атом железа, который способен связывать кислород и придает эритроцитам красный цвет). Приблизительно четверть всех клеток в теле человека это – эритроциты. Эритроциты – высокоспециализированные клетки, функцией которых является перенос кислорода из легких к тканям тела и транспорт диоксида углерода (CO_2) в обратном направлении. Как известно, форма эритроцитов подвержена разным изменениям при различных видах патологии, в том числе и при кожных заболеваниях. Различные дерматозы, например, такие как экзема, нейродермит, КПЛ и т. д., сопровождаются увеличением числа патологических форм эритроцитов. Дерматозы часто протекают на фоне различных соматических за-

болеваний, что не только ограничивает использование традиционных схем лечения, в том числе и фотохимиотерапии, но зачастую обусловливает и их неэффективность.

Низкоинтенсивное лазерное облучение крови получило широкое распространение в различных областях медицины благодаря тому, что первичные фотобиологические процессы, вызванные им в биологических тканях, проявляются разнообразным спектром биохимических и физиологических реакций в организме. Одним из эффективных методов лазеротерапии в последние годы является внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК), которое широко используется в дерматологии. Важным слагаемым эффективности ВЛОК является непосредственное воздействие низкоинтенсивного лазерного излучения на эритроциты (патологические изменения формы эритроцитов наблюдаются при различных видах анемий, способствуя дальнейшему развитию или прогрессированию патологического кожного процесса).

Цель нашего исследования. Применение аппарата «Матрикс – ВЛОК» в комплексной терапии больных с различными дерматозами.

Материал и методы. ВЛОК – метод гемокоррекции, заключающийся в воздействии на клетки крови квантами низкоинтенсивного инфракрасного излучения от 365 до 635 нм. Лазерное облучение крови выполняется внутривенно (ВЛОК) – одноразовый световод вводится в вену. Клинический эффект наступает уже к концу курса лечения, состоящего из 5–10 сеансов, продолжительностью до 15–20 мин., и устойчиво сохраняется в течение нескольких месяцев. При необходимости проводятся повторные курсы лечения через 2–3 месяца при значительной тяжести заболевания. Лечебными свойствами ВЛОК являются: бактерицидный, противовоспалительный, улучшение микроциркуляции, повышение кислородной емкости крови и улучшение оксигенации органов и тканей, нормализация и стимуляция регенераторных и обменных процессов, иммунокоррегирующий, стимуляция гемопоэза и регенерации, улучшение функциональных свойств эритроцитов.

Под нашим наблюдением находились 142 пациента с различными дерматозами: из них больных с болезнью витилиго было 72, гнойничковые заболевания кожи у 15 вульгарные угри, подрывающий фолликулит Гоффмана – у 9), из зудящих дерматозов (узловатая почесуха – у 9, экзема – у 6, нейродермиты у – 7, атопические дерматиты у – 4, псориаз у – 10, красный плоский лишай – у 1), аллергодерматозы у – 9. Возраст пациентов варьировал между 20 и 40 годами. Из них мужчины – 80, женщины – 62. Всем пациентам проводились процедуры ВЛОК на аппарате «Матрикс-ВЛОК» с помощью одноразовых световодов КИВЛ-01. Всего проводилось 1–2 курса лазеротерапии. В комплексное лечение больных (микроэлементы, железосодержащие препараты, гепатопротекторы, седативные, антигистаминные, витамины группы В, топические стероиды в виде мазей, кремов) было включено ВЛОК. При оценке эффективности воздействия ВЛОК учитывались изменение общего состояния организма, субъективные ощущения, динамика клинических проявлений.

Результаты и обсуждение. Из сопутствующей патологии 10 пациентов страдали сахарным диабетом, гипотереоз отмечался у 24, аутоиммунный тиреоидит – у 8, хронические гастродуодениты – у 18, гастриты – у 12, холециститы – у 32, у 14 – астенизация ЦНС, фарингит – у 6 больных, и у 18 была анемия I–II степени. Переносимость ВЛОК у всех пациентов была хорошей, побочных явлений не выявлено. Но некоторые пациенты отмечали незначительную сонливость, что возможно связано с повышенным поступлением кислорода. В результате проведенной комплексной терапии с использованием процедур уже на 4 сутки от начала лечения у больных уменьшалось чувство жжения, боли, зуда, на 6–7 сутки уменьшались признаки воспаления (эритема и инфильтрация), уменьшались эрозивно-язвенные элементы с тенденцией к началу регресса. На 10–11 день лечения отмечалось начало рассасывания зоны инфильтрации, отсутствие эритемы, эрозивно-язвенные элементы постепенно эпителизировались, отмечалось полное отсутствие чувства жжения и боли, зуда.

Выводы. Применение процедур ВЛОК на аппарате «Матрикс – ВЛОК» с помощью одноразовых световодов КИВЛ-01, в сочетании с микроэлементами, железосодержащими препаратами, гепатопротекторами, седативными, антигистаминными препаратами, витаминами группы В, антибиотиками, топическими стероидами с учетом вида дерматоза способствует повышению кислородной емкости крови и улучшению оксигенации органов и тканей, улучшению в очаге поражения, стимуляции регенераторных и обменных процессов, иммунокоррекции, стимуляции гемопоэза, улучшению функциональных свойств эритроцитов кожного покрова, а также восстановлению кожного покрова, быстрой эпителизации эрозий и язв и способствует устранению рецидивов путем иммунокоррегирующего, противоаллергического, противовоспалительного и др. действий ВЛОК, а также профилактикой частых осложнений. И тем самим способствует переходу патологического процесса при дерматозах в стадию ремиссии и закрытию депигментных пятен при витилиго за короткие сроки.

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИНЕВУСНОГО ВИТИЛИГО

АБИДОВ А.М., ШУРАЕВА С.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

В условиях жаркого климата с особой остротой возникает проблема меланоцитарных невусов, особенно тех клинических форм, когда вокруг них образуются очаги депигментации и выставляется диагноз периневусного витилиго. В этих случаях назначается разнообразная терапия, нередко физиотерапевтические процедуры, которые способны трансформировать невусы в меланому. В связи с этим должны предлагаться неинвазивные методы лечения, способные вызывать репигментацию в случаях периневусного витилиго.

Под наблюдением находились 26 больных (мальчиков – 10, девочек –16) в возрасте от 5 до 17 лет. Возникновение депигментации вокруг невусов было связано у 5 пациентов с перенесенным гепатитом, у 10 – глистной инвазией, у 5 – нервно-психическим стрессом. У 20 из 26 больных, начиная с двухлетнего возраста, отмечалось появление внутриэпидермальных невусов коричневого или черного цвета с гладкой поверхностью, преимущественно располагавшихся на коже лица и туловища. Депигментация вокруг невусов имела резко ограниченный характер, причем отмечалась лишь вокруг некоторых пигментных невусов. В возрасте 10–14 лет отмечалось у 10 из 26 больных самопроизвольное разрешение отдельных невусов, и в этих случаях оставалось только округлой формы депигментированное пятно. При лечении периневусного витилиго нами был применен однопроцентный крем пимекролимуса «Элидел», которым обрабатывались очаги депигментации 2 раза в день в течение 2 месяцев, без каких-либо физиотерапевтических процедур (так как в случаях обычного витилиго после нанесения крема возможно применение инфракрасного лазера). Ни в одном случае не зарегистрировано воспалительной реакции со стороны невусов. У больных, получавших пимекролимус, отмечалось развитие краевой репигментации, постепенно распространяющейся в центральную часть очага. Положительный клинический результат был отмечен у 17 из 26 больных, которые получали лишь монотерапию пимекролимусом, что еще раз доказывает необходимость применения данного препарата при разных формах витилиго, включая и периневусный.

ВЛИЯНИЕ ТАБАЧНОЙ АДДИКЦИИ И УРОВНЯ СТРЕССА НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

АЛ-ЖАДВЕЙ М.Х.З.[1], КРИНИЦЫНА Ю.М.[1], ТИТЕНКО А.В.[1], МЕЛКОЗЕРОВ В.Б.[2], ЯКУБОВИЧ А.И.[3], СЕРГЕЕВА И.Г.[1]

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

Табакокурение является наиболее часто встречающейся аддикцией в мире. Одним из факторов, способствующих курению, является стресс, которому подвержена большая часть больных псориазом.

Цель исследования. Охарактеризовать взаимосвязь курения и стресса с тяжестью течения псориаза.

Материал и методы. На базе Новосибирского областного клинического кожно-венерологического диспансера были обследованы 100 больных псориазом в возрасте от 16 до 78 лет. Тяжесть течения заболевания оценивали с помощью индекса PASI (6,6 ± 3,5; 0,3–15,0), выраженность стресса – с помощью шкалы PLSI (17 ± 4,2; 8–42). Проведено анкетирование больных для выяснения сведений о продолжительности курения и о среднем количестве выкуренных сигарет в день.

Результаты. 52 пациента (52%) являлись активными курильщиками с продолжительностью курения 20,1 ± 13,3 лет и количеством выкуриваемых в день сигарет – 9,2 ± 4,7. Оказалось, что курящие пациенты имели большее значение индекса PASI (8,6 ± 2,9) по сравнению с некурящими (4,1 ± 2.2), $p < 0,005$. Выявлена положительная корреляция между уровнем индекса PASI и количеством выкуренных сигарет ($r = 0,623$) и между значениями PLSI и PASI ($r = 0,679$).

Выводы. Больные псориазом, которые курили, характеризовались более высокой вероятностью развития тяжелого псориаза. Тяжесть заболевания коррелировала с количеством выкуренных сигарет и более высоким уровнем стресса, что способствовало усилению появлений табачной аддикции и, по-видимому, как следствие, ухудшению течения заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПЕЙТЦА – ЕГЕРСА

АЛИЕВ А.Ш., СОЛМЕТОВА М.Н.

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница, г. Ташкент. Узбекистан

Синдром Пейтца–Егерса – аутосомно-доминантное наследуемое заболевание, характеризующееся множественными гамартомными полипами в желудке, тонкой и толстой кишке, меланиновыми пигментными пятнами на коже и слизистых оболочках, а также высоким риском развития злокачественных опухолей органов пищеварения и репродуктивной системы. Средний возраст диагностики рака – 42,9 лет, ± 10,2 лет.

Возникновение синдрома Пейтца–Егерса связано с генеративной мутацией гена STK11, локализованного на коротком плече 19 хромосомы в положении 13.3 (19p13.3).

Приводим наблюдение. Больная Д., 2010 г.р., жительница Ферганской области, обратилась амбулаторно в РКВКБ 12 апреля 2018 года. Со слов матери ребенок болен с 5 лет.

Начало заболевания мать ни с чем не связывает. По поводу заболевания обращалась в КВД по месту жительства, без установленного диагноза. Из анамнеза выяснено, что ребенок от третьей беременности, родился в срок, брак не родственный. При осмотре общее состояние больной удовлетворительное, жалобы на высыпания. Кожно-патологический процесс носит ограниченный, не воспалительный хронический характер, локализация на коже нижних век, вокруг носовых отверстий, на нижней губе и слизистой ротовой полости. Элементами поражения являются гиперпигментные пятна, размером 0,2–0,8 см в диаметре, субъективно жалоб не предъявляет. Больной в РНЦЭМП в отделение детской хирургии были проведены под общей анестезией ЭГДФС и колоноскопия, где выявили полипы толстой кишки.

На основании анамнестических данных, клинического наблюдения и лабораторных исследований был установлен диагноз: Синдром Пейтца–Егерса. Ребенок был направлен для дальнейшего наблюдения и взятия на учет по месту жительства к хирургу, педиатру и гастроэнтерологу.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ ЗА 2013–2017 ГОДЫ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

АЛИЕВ А.Ш., ТАШКЕНБАЕВА У.А.

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница, г. Ташкент. Узбекистан

Хронические воспалительные заболевания кожи представляют одну из серьезных проблем клинической медицины из-за довольно широкого распространения, поражения лиц наиболее трудоспособного возраста, склонности к хронизации и частому рецидивированию и недостаточной эффективности терапии.

Цель исследования. Оценить распространенность и структуру воспалительных поражений кожи по данным РКВКБ за последние 5 лет.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с воспалительными поражениями кожи, находившихся на стационарном лечении в РКВКБ за период 2013–2017 годы.

Результаты. Основной объем первичных поражений кожи составили вульгарные угри (57%). Вульгарные угри больше встречались в 2016 году (68%). На долю розовых угрей пришелся 21% случаев. На долю вторичных воспалительных поражений кожи за 5 лет – 231 поражение кожи. Из них основную часть составили гнойничковые поражения кожи при псориазе (21%), пузырных дерматозах (20%), себорейном дерматите (16%), атопическом дерматите (15%). Причем воспалительные поражения кожи при псориазе больше встречались также в 2016 году (25%), а при пузырных дерматозах в 2014 году (24%) соответственно. В структуре клинических форм угревой сыпи превалировали вульгарные угри – от 76% в 2014 году до 88% в 2017 году, в среднем 85%.

Выводы. Несмотря на все достижения современной медицины угревая болезнь, ее течение остается актуальной проблемой. Эффективность терапии остается низкой, наблюдается нарастание резистентных к лечению тяжелых форм угревой болезни.

ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

АЛИМОВА С.М., АТАДЖАНОВ Ш., ДЖАББАРОВ М., БУРХАНОВ А., ЗОКИРОВ Б.Х.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Изучение триггерных факторов развития заболевания представляет одной из важных сторон для исследования патогенетических механизмов развития многих заболеваний, в том числе дерматологических.

Цель исследования. Оценка триггерных/провоцирующих факторов в развитии аллергических заболеваний кожи.

Материал и методы исследования. Проведен тщательный клинико-анамнестический анализ истории болезни 289 больных с аллергодерматозами. Каждому больному составлялась разработочная карточка, где отражались сроки заболевания, возраст, причины развития и сопутствующая патология, получаемая терапия.

Результаты исследования. Изучение давности заболевания АлД показали, что до одного года страдали – 104 (35,9%), от 1 до 5 лет – 79 (27,3%) и 106 (36,7%) больных – более 5 лет.

Провоцирующими факторами развития и обострения среди аллергодерматозов ведущее место занимает пищевой 34,6% (100 больных), нервный – 11,8% (34), лекарственный – 10,7% (31) и химический – 6,9% (20) соответственно. Следует отметить, что у 104 больных преобладал идиопатический характер провоцирующего фактора, что составило 35,9%.

Тогда как с учетом клинической формы в группе больных аллергическими дерматитами в большинстве случаев составили пищевой фактор – 38,5% (25) и химический фактор – 24,6% (16) соответственно. В группе больных АД ведущим фактором явился пищевой 41,9% (52), нервный – 21,8% (27), тогда как у больных крапивницей высокие показатели составили пищевой 23,1% (15), лекарственный фактор – 13,8% (9), а в группе больных токсикодермией ведущим фактором развития явился лекарственный 48,6% (17) и пищевой – 22,9% (8) соответственно. Следует отметить, что 67,2% больных отмечали наличие двух или более провоцирующих факторов развития заболевания, в основном наблюдали пищевой + нервный фактор и лекарственный + пищевой фактор соответственно. Наследственный фактор был выявлен у 206 больных аллергодерматозами, что составило 71,3%, а у 83(28,7%) больных наследственность не отягощена.

ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

АЛИ МУХАММЕД ГАЗИ АЛКАММАЗ, СТЕПАНЕНКО Р.Л.

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

Цель работы. Провести анализ особенностей показателей спектра липидов в крови и коже больных псориазом с осенне-зимним, весенне-летним и внесезонным (смешанным) типами течения и определить влияние значение нарушения липидного обмена на характер течения дерматоза.

Материал и методы. На основании анализа литературных источников и проведенных собственных исследований (клинических, биохимических, иммунопатогистохимических) систематизированы особенности обмена липидов у больных псориазом с различными сезонными типами течения.

Результаты и обсуждение. Псориазу присуще хроническое волнообразное течение с чередованием периодов обострений и ремиссий в разные сезоны года. При этом, с учетом клинического обострения кожного псориатического процесса, различают следующие сезонные типы дерматоза: осенне-зимний, весенне-летний и внесезонный (смешанный). Установлены существенные изменения показателей липидного обмена в крови и коже больных псориазом в периоды клинического обострения, что способствует нарушению процессов кератинизации в участках кожи, пораженных псориатической сыпью. Актуальным является также рассмотрение вопроса о патогенетическом влиянии нарушений липидного обмена в крови и коже больных псориазом с осенне-зимним и весенне-летним типами на развитие обострений кожного псориатического процесса в разные сезоны года.

Выводы. Нарушение обмена липидов в организме в сочетании с генетическими, аутоиммунными и рядом других факторов считается одним из весомых механизмов, на фоне которого может возникать псориаз. Существенное значение в па-

тогенезе псориаза имеют нарушение митотической активности и процессы дифференцировки эпидермоцитов кожи, а также состояния клеточных мембран и мембран-дестабилизирующих факторов. Доказано, что аномалия клеточных мембран при псориазе вызывается дисбалансом мембранных липидов. Установлена корреляционная взаимосвязь между показателями уровня спектра липидов в коже и крови больных псориазом с осенне-зимним, весенне-летним и внесезонным типами и степенью тяжести кожного псориатического процесса. Определение особенностей липидного обмена является важным для разработки тактики оптимизированной терапии больных псориазом с осенне-зимним, весенне-летним и внесезонным типами.

СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

АРИФОВ С.С., АБДУРАШИДОВ А.А., ГАНИЕВА Ш.Т.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
г. Ташкент. Узбекистан

Атопический дерматит – хроническое рецидивирующее заболевания кожи, характеризующееся выраженным зудом, имеет определенную возрастную динамику.

В настоящее время существует много методов и различных препаратов для лечения АД.

Цель настоящей работы. Изучение эффективности топических глюкокортикостероидов (ТГКС) в терапии АД.

Материал и методы. Под нашим клиническим наблюдением находился 41 больной, страдающий АД, в возрасте от 3 до 30 лет. Больных эритематозно-сквамозной формой было 7, эритематозно–сквамозной лихенификацией – 13, лихеноидной – 11 и пруригинозной – 10 больных.

Всем больным назначена терапия в зависимости от манифестации кожно-патологического процесса. Лечение АД было проведено согласно стандартам диагностики и лечения в дерматовенерологии. При этом форма и силы действия применяемых ТГКС зависели от локализации очага поражения. В очаги, более склонные к атрофии (лицо, шея, гениталии), нами был применен мометазона фуроат (элаком) – 1 раз в день, а на руки, туловище, ноги – бетаметазон валерат (целестодерм) – 2 раза в день. В случае присоединения вторичной инфекции больным назначили целестодерм с гарамицином или тридерм – 2 раза в день. Для устранения зуда больным рекомендовали таблетки биластина (никсар) – 1 раз в день. Одновременно больным были назначены увлажняющие или смягчающие крема, устранялись сопутствующие заболевания.

Результаты. Под влиянием проводимой терапии прекратилось появление новых элементов и отмечалось разрешение старых. При этом зуд стал значительно меньше.

Выводы. Таким образом, ТГКС являются эффективными препаратами терапии АД.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

АРИФОВ С.С., АБИДОВ А.М., ИНОЯТОВ Д.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии»,
г. Ташкент. Узбекистан

Ограниченная склеродермия – это хроническое заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением кожи и подлежащих тканей. Она характеризуется появлением очагов склероза на фоне воспалительных явлений (эритемы, отека) и последующим присоединением атрофии и гипо/гиперпигментации кожи.

Цель исследования. Анализ клинического течения и терапии ограниченной склеродермии.

Материал и методы. Нами были проанализированы 39 историй болезни больных очаговой склеродермией, которые прошли курс лечения в отделении дерматологии РСНПМЦДКиВ за 2017 год. Из них 10 мужчин и 29 женщин соответственно, т.е. в наших исследованиях преобладали лица женского пола. Возраст пациентов, проходивших лечение, колебался в пределах: от 6 до 65 лет, в основном преобладали лица трудоспособного возраста. Больные в РСНПМЦДКиВ поступали из различных областей республики, наибольшее число все же составили пациенты города Ташкента, что связано, на наш взгляд, с хорошей диспансерной работой и патронажем ВОП и отношением самих пациентов к своему здоро-

вью. В основном преобладали лица, имеющие постоянную работу, которые подвержены длительным стрессам и воздействиям неблагоприятных внешних факторов (холод, вибрации, химические соединения и другие).

Результаты и их обсуждение. Основными провоцирующими факторами были стрессы, переохлаждения, производственные факторы, перенесенные травмы и операции, обменно-эндокринные нарушения. В данной группе больных были выделены следующие клинические формы ограниченной склеродермии: бляшечная форма диагностирована у 21 больного, линейная – у 15 больных и с склероатрофическим лихеном – 3 больных. Давность заболевания колебалась в широких пределах: у 5 больных длительность течения составила менее 1 года, у 28 – от одного до 5 лет, у 6 больных – более 5 лет.

Анализ сопутствующих заболеваний показал следующее: патологии сердечно-сосудистой системы выявлены у 14% пациентов, заболевания эндокринной системы у 79%, заболевания костно-суставной системы – у 45% обследованных, заболевания системы пищеварения – у 73% больных, заболевания мочевыделительной системы – у 9%, гинекологические заболевания – 56%, хирургические вмешательства в анамнезе были отмечены у 16%. У большинства больных выявлено сочетание нескольких патологий. Особенно это было характерно для пациентов пожилого возраста.

Анализ клинико-лабораторных и биохимических исследований показал определенные их отклонения от нормы, характеризующиеся анемией легкой степени, некоторым лейкоцитозом и лимфацитозом, повышением СОЭ у 34 (84,5%) обследованных больных. При биохимическом исследовании сыворотки крови больных ограниченной склеродермией были выявлены следующие изменения. Так, содержание общего белка в сыворотке крови было в пределах нормативных величин. Некоторое снижение его отмечено у 13,5% больных. Средние значения общего белка в сыворотке крови составили 62,4±4,1 г/л, отмечена тенденция к снижению уровня альбуминов, достоверное снижение его отмечено у 32,4% пациентов, средние его значения составили 40,8 ±2,8 г/л, α1-глобулины – 2,6±0,3%, α2-глобулины – 7,4±0,4%, β-глобулины – 17,9±1,1% и γ-глобулины – 29,6±1,7%. Полученные результаты свидетельствуют о значительном напряжении системы гуморального иммунитета и повышенном синтезе иммуноглобулинов у больных с очаговыми формами склеродермии.

Основной целью лечения больных ограниченной склеродермией являлось замедление прогрессирования болезни, достижение стабилизации процесса и регресса клинической картины. Согласно стандартам по диагностике и лечению ограниченной склеродермии за 2017 год в комплексное лечение были включены следующие препараты: лонгидазы по 3000 МЕ в/м 1 раз в сут. курсом 10–15 инъекций; пенициллин – в прогрессирующей стадии ограниченной склеродермии по 30 млн.ЕД на курс лечения, витаминотерапия, гепатопротекторы и антиоксидантные препараты. Наружное лечение включало назначение топических глюкокортикостероидов мометазон фуроат, метилпреднизолона ацепонат, бетаметазона дипропионат. Физиотерапевтические процедуры включали назначение электрофореза с лонгидазой 300 ЕД, ультразвуковой массаж на очаги склеродермии на курс 10–15 ежедневных процедур. 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, чувства стянутости кожи заметно уменьшилось, улучшилась кожная чувствительность. При этом побочных явлений препарата у данных больных не наблюдалось. У 2 пациентов, получивших лонгидазу внутримышечно, на 2–3 инъекции препарата мы наблюдали местную аллергическую реакцию 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).

Выводы. Таким образом, при включении лонгидазы в базисную терапию больных со склеродермией достигалось 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.

ДЕРМАТОСКОПИЯ – КАК МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

АХМЕТОВА А.К., ИБРАЕВА Т.Б., СКИНДЕР О.Л., КУСАИНОВА А.А., КАСЫМ Л.Т.

Государственный медицинский университет, г. Семей. Казахстан

Актуальность. Дерматоскопия является одним из эффективных методов диагностики любых пигментных образований на коже и позволяет объективно оценить онкологический риск и составить рекомендации по дальнейшему ведению. При осмотре кожи пациента с новообразованием необходимо отмечать пигментный фототип, признаки фотоповреждения, примерное число простых невусов, выявлять дисплаетические и врожденные невусы.

Материал и методы. В текущем году, в рамках Международного дня меланомы, когда любой желающий может показать беспокоящие его родинки и подозрительные новообразования кожи дерматологу, были осмотрены 47 пациентов в возрасте от 9 до 78 лет. Перед осмотром проводилось анкетирование.

Результаты. Результаты опроса показали, что 69% респондентов участвовали потому, что имеют много родинок. 40% – отмечают изменение родинки или появление новой, решили просто пройти осмотр 18%. Солнцезащитными средствами пользуются 64% опрошенных, до момента осмотра солнечные ожоги имели 58%. В 100% случаев проведен полный дерматоскопический осмотр обратившихся. В 96% случаев обнаружены пигментные невусы, из них 18% дисплаетические. В результате осмотра выявлены: себорейные кератомы у 18 (38%), солнечные лентиго у 25 (53%), базально-клеточный рак у 3 (6%), меланома у 1 (2%). Следует отметить, что в большинстве случаев новообразование обнаружено самим пациентом (64%), у 25% – выявлено дерматологом.

Выводы. По итогам проведения данной акции разработан Проект, по которому следует обратить внимание врачей дерматовенерологов, а также врачей всех специальностей на онкологическую настороженность при осмотре кожи и слизистых пациента, независимо от того, обратился ли он с жалобами на патологическое изменение кожи или любое другое заболевание.

СИНДРОМ СТИВЕНСА – ДЖОНСОНА

АШИРОВ З.Ф., ЮСУПОВ И.А., РАХМАТОВ А.Б.

Самаркандский кожно-венерологический диспансер; ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии», г. Самарканд. Узбекистан

В последние годы случаи данного заболевания участились, особенно в холодное время года, а также у людей молодого и среднего возраста. Проявляется оно в виде двух форм. Одна из них – тяжелый вариант идиопатической многоформной экссудативной эритемы, ее развитие может быть обусловлено вирусом простого герпеса, Micoplasma pneumonie и др. Вторая форма – тяжелый вариант симптоматической многоформной экссудативной эритемы (токсикодермии).

В связи с трудностью диагностики, тяжестью течения и сложностью лечения считаем целесообразным привести собственное наблюдение.

Приводим собственное наблюдение. Больная В.С.,18 лет поступила в стационарное отделение СамОКВД с жалобами на болезненные эрозивно-язвенные поражения слизистой полости рта, красной каймы губ, области половых органов, мелкие папулезные элементы на конечностях, озноб, t-38°°С. Считает себя больной в течение последних 3–4 дней, когда после использования прохладительных напитков повысилась температура и появилась обильная сыпь в виде ярко-красных эритематозных пятен. В центральной части многих элементов образовались пузыри, вскрывшиеся с образованием эрозий.

Status localis: на коже груди, шеи, спины, конечностях отмечается множество эритематозных пятен темно-вишневого цвета, размерами до 2–3 см в диаметре, папул такого же цвета. В центре высыпания имеются пузыри с серозным содержимым. При их вскрытии образуются эрозии ярко-красного цвета, покрывающиеся кровянистыми корочками. На слизистой оболочке рта, на губах, веках отмечаются эрозии до 1 см в диаметре, покрытые фибринозной пленкой (сероватым налетом), на некоторых участках – кровянистые корочки. Наблюдаются явления эрозивного вульвовагинита, слизистая влагалища и половых губ гиперемированная, покрыты везикулами, эрозиями, местами с желтоватыми корками. Со стороны общеклинических анализов выявлены признаки воспаления, положительные

печеночные пробы. Лечение заключалось в назначении кортикостероидов (дипроспан), преднизолона в суточной дозировке 50 мг, дезинтоксикационной терапии. Наружно использовались антисептические и противовоспалительные средства. Положительная динамика была отмечена на 5 сутки с момента лечения, на 10–12 сутки – эпителизация эрозивных высыпаний и регресс элементов на гладкой коже. Представленный случай имеет интерес в связи с возникновением заболевания после алиментарных факторов.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЦИТОКИНОВ С УРОВНЕМ СОДЕРЖАНИЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

БАБАДЖОНОВ О.А., АРИФОВ С.С., КАРИМОВ Х.Я., БОБОЕВ К.Т.

[1]Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз;
[2]Ташкентский институт усовершенствования врачей МЗ РУз;
[3]Ташкентский НИИ гематологии и переливания крови МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

В настоящее время актуальным является изучение генетического полиморфизма цитокинов в патогенезе розацеа. Ассоциация различных параметров общего и биохимического анализа крови с генотипическими вариантами полиморфизмов различных генов цитокинов у больных розацеа не изучены.

Цель данной работы. Проанализировать полиморфизм генов VDR, TNF-α, ИЛ-1, ИЛ-6 и VEGFA в ассоциации с уровнем содержания глюкозы в крови.

Материал и методы. Обследованы 140 больных, страдающих розацеа. Из них женщин было 103 (74%), мужчин – 37 (26%). Эритематотелеангиэктотическим субтипом болели 100 (71,4%) больных, папулопустулезным − 40 (28,6%). Исследование генов VDR, TNF-α, ИЛ-1, ИЛ-6 и VEGFA проводили с помощью молекулярно-генетических методов. Уровень глюкозы в крови определяли с помощью биохимического анализа.

Результаты исследования показали, что у больных с неблагоприятными генотипами генов VDR, TNF-α, ИЛ-1, ИЛ-6 и VEGFA медиана количественного уровня содержания глюкозы в крови была незначительно ниже по сравнению с пациентами с благоприятными генотипами (4,7 ммоль/л против 5,0 ммоль/л $p = 0,9$ и $p = 0,6$). Кроме того, для исследуемых полиморфизмов генов VDR, TNF-α, ИЛ-1, ИЛ-6 не было выявлено статистически значимых различий между подтипами больных с соответствующими генотипами ($p > 0,05$).

Заключение. Таким образом, полиморфизм гена цитокинов не ассоциирован с уровнем содержания глюкозы в крови больных с различными субтипами течения розацеа.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА RS1800629 ГЕНА TNF-α В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА, АССОЦИИРОВАННОЙ С DEMODEX FOLLICULORUM

БАБАДЖОНОВ О.А., АРИФОВ С.С., КАРИМОВ Х.Я., БОБОЕВ К.Т.

[1]Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз;
[2]Ташкентский институт усовершенствования врачей МЗ РУз;
[3]Ташкентский НИИ гематологии и переливания крови МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Цель настоящего исследования. Проведение анализа роли полиморфизма rs1800629 гена TNF-α в развитии розацеа, ассоциированной с клещами рода Demodex folliculorum (D. folliculorum).

Материал и методы. Под нашим клиническим наблюдением находились 140 больных, страдающих розацеа. Среди них женщин было 103 (74%), мужчин – 37 (26%). Согласно классификации эритематотелеангиэктотическим субтипом болели 100 (71,4%) больных, папулопустулезным − 40 (28,6%). Наличие и степень эрадикации HP-инфекции мы определяли неинвазивным дыхательным «Хелик»-тестом (AMA, Санкт-Петербург). Исследование гена TNF-α проводили с помощью молекулярно-генетических методов.

D. folliculorum был найден у 97 (69,3%). Из 97 больных, у которых был найден клещ, эритематотелеангиэктотическим субтипом болели 66 (68%) и папулопустулезным – 21 (32%) пациент. У остальных 43 пациентов (30,7%) D. folliculorum не было выявлено.

Результаты исследования показали, что нет явных достоверных различий в подгруппах пациентов с наличием и отсутствием D. folliculorum. Однако у пациентов розацеа с обнаруженным D. folliculorum по сравнению с пациентами, у которых он не был выявлен, отме-

чается тенденция снижения частоты генотипа G/G (χ2=2,8; P=0,1; OR=0,5; 95% CI0,23–1,13), ассоциированного со сниженным уровнем продукции и увеличением частоты генотипа G/C, ассоциированного с более высоким уровнем продукции данного провоспалительного цитокина. Согласно коэффициенту соотношения шансов у носителей гетерозиготного генотипа риск развития розацеа при обнаружении D. Folliculorum, увеличен в 2 раза (OR=2,0 при 95%CI 0,88–4,37). По-видимому, данный факт обусловлен тем, что активность провоспалительного цитокина TNF-α значимо возрастает у носителей гетерозигот G/A, по сравнению пациентов с гомозиготными генотипами.

Заключение. Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют о значимой роли полиморфизма гена TNF-α в развитии розацеа, ассоциированной с D. folliculorum.

ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМА «ДЕКСЕРИЛ» В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ГУЛЯМОВА Г.Ш., МАВЛЯНОВА Ш.З.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Атопический дерматит (АтД) является мультифакториальным заболеванием. Современные исследования показывают, что в патогенезе АтД большое значение имеют как генетически обусловленная направленность иммунного ответа с развитием аллергического воспаления кожи, так и генетический дефект кожного барьера, способствующий ксерозу кожи и сенсибилизации к аллергенам. В связи с этим необходимо в терапии данного дерматоза придавать особое значение не только купированию симптомов аллергии и воспаления, но и восстановлению и сохранению здорового кожного барьера.

Цель исследования. Клиническое изучение применения топических препаратов с увлажняющими свойствами – эмольянтов, в частности крема «Дексерил».

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдение находились 126 больных с различными формами атопического дерматита, в возрасте от 3 до 54 лет, давность заболевания составила от одного года и более 10 лет. Женщин было 71, мужчины – 55. У всех больных проводили клинические (индекс ДИШС), клинико-лабораторные исследования согласно стандарту.

Результаты исследования. Для сравнительной характеристики эффектиности наружной терапии больные были разделены на 2 группы: I группа – больные с АтД, получавшие традиционную терапию в виде антигистаминных, гипосенсибилизирующих препаратов, энтеросорбентов и топических наружных кортикостероидов; II группа – 65 больных с АтД, в качестве наружной терапии получали крем «Дексерил» 2 раза в день в течение одного месяца. «Дексерил» – дерматопротективное наружное средство, содержащее глицерол (15%) и вспомогательные вещества.

Результаты клинических исследований индекса ДИШС показали, что у больных первой группы, получавших топические кортикостероиды, индекс ДИШС до лечения составлял 23,1+1,2 баллов, что характеризовало среднетяжелую степень тяжести кожно-патологического процесса. Тогда как во второй группе больных индекс ДИШС соответствовал идентичной картине – 23,7+1,8 баллов.

Сравнительная характеристика кожно-патологического процесса у обеих групп на 10-й день терапии показала снижение индекса ДИШС в обеих группах в 2,08 и 2,2 раза соответственно. (P<0,05). Отдаленные клинические наблюдения за больными АтД, получавшими крем «Дексерил», показали значительное улучшение кожно-патологического процесса, характеризующееся снижением сухости, зуда, воспалительного процесса. Тогда как, в группе больных, получавших топические кортикостероиды в течение 10 дней ежедневно и с последующим использованием их через день в течение одного месяца, кожно-патологический процесс характеризовался уменьшением клинических симптомов, однако сухость кожи наблюдалась в течение последующих месяцев.

Выводы. Применение крема «Дексерил» в комплексном лечении положительно влияло на состояние кожи пациентов и способствовало снижению и исчезновению клинических симптомов болезни, особенно таких, как сухость и зуд, кроме этого, у больных отмечалось восстановление увлажненности кожи на длительный период. В связи с этим для предотвращения осложнений и удлинения ремиссии рекомендуется применение крема «Дексерил» в комплексном лечении больных с атопическим дерматитом в течение 2–3 месяцев.

ЗНАЧИМОСТЬ ОБЩИХ ВАНН С КОРНЕМ СОЛОДКИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

ЕШАНОВ М.К., СЕЙДУЛЛАЕВ Е.Ю., ЖАНАБАЕВА Г.У.

Республиканский кожно-венерологический диспансер, Нукусский филиал ТашПМИ, г. Нукус. Республика Каракалпакстан

Псориаз – это распространенное, мультифакториальное, генетически детерминированное пролиферативное заболевание кожи. В последние годы отмечается рост заболеваемости данным дерматозом среди детей, особенно дошкольного, младшего школьного и раннего возраста. Длительное, упорное течение заболевания с частыми рецидивами и бурной клинической картиной, сопровождающейся интенсивным зудом, нарушением сна, особенно в раннем детском возрасте, что препятствует нормальному, гармоничному развитию нервно-психической сферы детей.

Выделяют следующие клинические варианты псориатического процесса у детей: обычный псориаз, постинфекционный, острый, ограниченный, непрерывно рецидивирующий, хронический, тяжелый.

У детей грудного возраста псориаз отличается некоторым своеобразием течения, а именно атипичностью первоначальных признаков.

У детей раннего возраста начало болезни бывает нетипичным. Начинается, как правило, с появления эритематозных мацерированных очагов с резкими границами и бордюром отслоившегося рогового слоя по периферии, локализующихся в складках кожи.

Своеобразие течения псориаза у детей во многом объясняется анатомо-физиологическими особенностями детского организма, структурой кожи, наклонностью к развитию экссудативных процессов, функциональными свойствами потовых и сальных желез, недостаточным развитием барьерных свойств печени.

Клинический случай из практики. Под нашим наблюдением находился больной М.С. 6 лет. Поступил в отделение дерматологии РесКВД г. Нукуса, с жалобами, со слов матери, на высыпания, зуд.

Из анамнеза заболевания: со слов матери заболевание началось 5 мес. назад весной с появления высыпаний на коже, в связи с чем обратились к дерматологу по месту жительства, где был выставлен диагноз «Аллергический дерматит». Получали лечение по поводу аллергии. Так как эффект от проведенной терапии не отмечался, обратились в РесКВД г. Нукуса, где были госпитализированы в отделение дерматологии для стационарного лечения.

Из анамнеза жизни: ребенок от второй беременности, вторых родов. Общее состояние при поступлении удовлетворительное, ребенок правильного телосложения. Костно-мышечная система без деформации. Шейные, подчелюстные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающей тканью, при пальпации безболезненны. Дыхание через нос свободное, в легких выслушивается везикулярное дыхание, перкуторно ясный легочной звук. Тоны сердца ясные, чистые, пульс 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, размеры печени и селезенки соответствуют возрастным нормам. Мочеполовая система без патологии.

Кожно-патологический процесс носит подостровоспалительный, распространенный, симметричный характер. Локализуется на коже туловища, шеи, лица, волосистой части головы, разгибательных поверхностях проксимальных частей конечностей. Элементами поражения служат папулы, имеющие тенденцию к слиянию в бляшки различной величины, размером от чечевицы до 5-копеечной монеты и детской ладони – неправильных очертаний, покрытые серебристо-белыми чешуйками на поверхности. Субъективное ощущение: зуд и стягивание кожи.

Результаты лабораторных исследований:

1) Общий анализ: Hb-105, эритроциты – 3,5*1012, ЦП-0,9, L-5,4*109, эоз – 4, ЦП – 0,9, L – 5,4*109, аоз – 4, мон – 4, СОЭ – 5 мм/ч.

2) Биохимическое исследование крови в пределах нормы.

3) Общий анализ мочи и кала – без патологий.

На основании вышеописанных данных выставлен диагноз:

Псориаз, распространенная форма, прогрессирующая стадия, летний тип.

Получил следующее лечение:

1. Р-р Кальций глюконат 10%–3 мл в/в 1 р/день.

2. Р-р Аскорбиновой кислоты 5%–2 мл в/м 1 р/день.

3. Р-р Димедрола l%–l мл в/м 1 р/день.

4. Наружно: Мазь салициловой кислоты 3%х2 р/день.

5. Мазь Синафлана 0,025%.

6. Физиотерапия (общие ванны с отваром корня солодки).

Интенсивная положительная динамика у больного отмечалась после введения в лечебный процесс общих ванн с отваром корня солодки.

Выводы. В последние годы среди детей наблюдается увеличение заболеваемости псориазом, особенно в дошкольном и младшем школьном возрасте.

Недостаточное знание этиологии и патогенеза псориаза затрудняют лечение и диспансеризацию больных.

В вышеописанном случае лечение псориаза у ребенка и наблюдение за лечением аналогичных случаев показывают, что при включении в общую терапию псориаза общих ванн с отваром корня солодки у пациента положительная динамика наблюдается быстрее, чем у пациентов, не получающих данную процедуру. Диспансерное наблюдение детей с данным дерматозом способствует предупреждению рецидивов заболевания и удлинению ремиссии. С этой целью используют в осеннее-зимнее время УФО при зимних формах псориаза, профилактические курсы витаминотерапии, малые дозы УФО в начале весны больным с летней формой, санацию очаговой инфекции, санаторно-курортное лечение.

КОРРЕЛЯЦИЯ РАЗНЫХ ЗВЕНЬЕВ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ИВАНОВ С.В., СТЕПАНЕНКО В.И.

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

Актуальность. Экзема (истинная) является наиболее распространенным аллергодерматозом с хроническим течением, частыми рецидивами и торпидностью к терапии. Заболевание характеризуется разнообразием клинических проявлений, своеобразием течения, что нередко обусловлено как особенностями нарушений гомеостаза организма, так и влиянием различных сопутствующих патологических состояний. Особое внимание привлекает течение экземы истинной в сочетании с гипертонической болезнью. В этом аспекте требуют дальнейшего углубленного исследования корреляции сердечно-сосудистых нарушений и сдвигов микроциркуляции в коже больных экземой истинной с сопутствующей гипертонической болезнью.

Цель работы. Изучить возможность взаимосвязи между характером клинического течения и нарушениями гемодинамики у больных истинной экземой с сопутствующей гипертонической болезнью.

Материал и методы. Под наблюдением находились 177 пациентов, среди них 39 больных экземой страдали также гипертонической болезнью первой стадии и 37 больных – экземой и гипертонической болезнью второй стадии. Возраст обследованных пациентов колебался от 21 до 68 лет.

Центральную гемодинамику изучали методом реографии по Кубичеку, регионарную – с помощью пальцевой продольной методики, при этом определяли ряд общепринятых показателей центральной гемодинамики: среднее гемодинамическое давление (АДср.); частоту сердечных сокращений (ЧСС); величину сердечного выброса (сердечный индекс – СИ); удельное периферическое сопротивление (УПС); а также некоторые параметры периферического кровообращения: реографический индекс (РИ); время задержки прохождения пульсовой волны (t); соотношение времени анакроты и катакроты (α/β); индекс эластичности (ИЭ); время (α2) и скорость кровенаполнения (Vcp.) мелких сосудов.

Результаты и обсуждение. Проведенные нами клинико-функциональные исследования указывают на существенные нарушения регионарной кожной гемоперфузии у обследованных больных экземой на фоне изменений центральной гемодинамики, что проявлялось значительным повышением удельного периферического сопротивления сосудов, нарушением тонуса артериол, венул с превалированием гипертонуса артериол и гипотонуса венул, с тенденцией к венозной гиперволемии. Было также установлено, что при более высоких уровнях гипертонии у этих больных показатели состояния сосудистой стенки, времени и скорости систолического кровенаполнения регионарной сети значительно отличались от соответствующих данных при начальных проявлениях гипертонической болезни. Это подтверждалось особенностями клинических проявлений аллергодерматоза. Так, при сопутствующей гипертонической болезни первой стадии в экзематозных очагах поражения преобладали серозные элементы сыпи с обильным мокнутием и мацерацией эпителия, эрозии и микроэрозии, трещины с экссудацией на фоне эритемы и незначительной инфильтрации кожи. У больных экземой с сопутствующей гипертонической болезнью второй стадии преобладали диспластические явления, на фоне диссеминированной эритематозной сыпи возникали множественные папулы и пустулы, наблюдались также выраженная сухость кожи, шелушение, трещины и экскориации. Эксудативные процессы были умеренными, эрозии обыкновенно были покрыты сухими

корочками. Микровезикуляция сочеталась с выраженной инфильтрацией в очагах.

Выводы. У больных экземой истинной с сопутствующей гипертонической болезнью установлена четкая корреляционная связь между показателями центральной и кожной гемодинамики ($\chi2=23,2$ при $p<0,01$), а также со стадией гипертонической болезни, клиническими проявлениями и диссеминацией экзематозных эффлоресценций ($\chi2=30,6$ при $p<0,001$). Проведенные исследования подтверждают вероятное усугубляющее влияние гипертонической болезни на кожную микроциркуляцию у больных экземой, что требует рациональной медикаментозной коррекции.

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТОВ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ В РЕГИОНЕ Г. СЕМЕЙ

ИСАДИЛОВА М., КУСАИНОВА А., КАСЫМ Л., ИБРАЕВА Т.Б., АХМЕТОВА А.К.

Государственный медицинский университет,
г. Семей. Казахстан

Актуальность. Псориаз – хроническое аутоиммунное заболевание кожи, поражающее 2–3% населения в мире. В Республике Казахстан псориаз стал самым распространенным хроническим дерматозом по данным официальной статистики: 5908 случаев заболевания (33,4 на 100 тыс. населения) было зарегистрировано в 2016 году.

Материал и методы. В поперечном исследовании приняли участие 93 пациента казахской национальности с установленным диагнозом псориаза в возрасте от 10 до 73 лет, находящихся под наблюдением в Кожно-венерологическом диспансере г. Семей. Проведен сбор социально-демографических и медицинских сведений с последующим дескриптивным анализом.

Результаты. 34 (n = 36,6%) пациента с псориазом на момент сбора данных были в статусе безработных, 55 больных – мужского пола. Каждому второму пациенту выставлен диагноз каплевидного псориаза. Средняя длительность заболевания составила 11,29 (SD = 11,5) лет с длительностью ремиссий 7,89 ± 3,63 месяцев. Большинство пациентов не отмечали связи заболевания с определенным временем года и отягощенной наследственностью. У подавляющего большинства пациентов (n=71; 76,3%) отмечалось поражение трех зон и более со средним индексом PASI=37,47 (SD=11,6). Каждый десятый пациент предъявлял жалобы на боли в крупных и мелких суставах.

Выводы. Диффузный характер патологических процессов, короткие периоды ремиссии и социальная уязвимость пациентов обусловливают необходимость дальнейшей оптимизации менеджмента псориаза в регионе г. Семей.

НЕЙРОДЕРМИТНИНГ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ВЕГТАЗОН» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

КАМАЛОВ Д.М., САИДОВ Б.Р.

Тошкент шаҳар Туманлараро 2-сонли тери таносил диспансери

Нейродермитни даволашда асосий ўринлардан бири маҳаллий муолажа ҳисобланади (турли хил малхамлар, кремлар, эмульсия, лосьон ва бошкалар). Буларнинг ичида энг самарали препаратлардан бири глюкокортикоид гормонал малҳамлардир. Охирги пайтларда фармацевтика саноати томонидан кортикостероид топик таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган кўплаб янги малҳамлари ишлаб чиқилмоқда. Шундай малҳамлардан бири «Вегтазон». Вегтазон малҳами таркибига кирувчи Мометазон фуроат ўта фаол топик кортикостероид бўлиб, узоқ даволанувчи дерматозларни қисқа вақтда даволаш учун қўлласа бўладиган препарат (малҳам) ҳисобланади.

Изланишдан мақсадимиз. Вегтазон малҳамини нейродермит билан оғриган беморларда қўллаб, самарадорлигини аниқлашдир.

Материал ва текширув услублари. Кузатувимизда 50 нафар бемор нейродермитга чалинган: 21 та аёл ва 29 та эркак бўлиб, уларнинг ёши 25 дан 55 ёшгача. Беморларнинг ушбу касаллик 3 йилдан 15 йилгача бўлган муддатда безовта қилиб келган. Беморларни барчасини қичишиш безовта қилади. Уларга комплекс даво сифатида қуйидаги даволаш усули қўлланилади.

Стандарт бўйича анъанавий умумий даво: антигистамин, десенсибилизацияловчи, гепатопротектор, антиоксидант, картикостероид. Маҳаллий даво: «вегтазон» малҳами. Давонинг

биринчи кунлари терига икки маҳалдан, патологик ўчоқдаги тошмалар сўрила бошлагач, 1 маҳалдан суртилади, даволаш муддати касалликнинг тарқоқлигига қараб, 20–25 кунни ташкил этади. Теридаги патологик жараён ўчоғи тошмалар тарқалганлиги, яллиғланишнинг интесивлиги ва объектив симптомлар ёрдамида ўрганилади.

Олинган натижалар ва усулар таҳлили. Юқорида кўрсатилган даво амалга оширилгач, беморлар терисидаги патологик ўчоқдаги папулалар ва лихенификациянинг яссиланиши кузатилди, 8–10 кун ўтгач, улар анча яссиланиб, жароҳат ўчоғи тез орада яхшилана бошлади. Қичишиш давонинг 5–6-кунидан камая бошлади, даво курсининг охирги кунларига бориб йўқолди. Даволашнинг 15–20-кунларига келиб теридаги инфильтрация кескин камайди, яллиғланишнинг эритема белгилари йўқолди.

Хулоса. Вегтазон малҳами нейродермит билан оғриган беморларда комплекс қўлланилганда яхши натижа беради. Беморлар бу малҳамни даво давомида яхши қабул қилишади, асоратлари кузатилмайди.

ОТЯГОЩЕННЫЙ НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

КОВАЛЁВА Ю.С., ВЕДЛЕР А.А.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Барнаул. Россия

Цель исследования. Изучение наличие отягощенного наследственного анамнеза по псориазу у больных различными формами данного дерматоза.

Материал и методы. Работа проводилась на кафедре дерматовенерологии, косметологии и иммунологии ФГБОУ ВО АГМУ в период 2015–2018 гг. В ходе исследования осуществлялся сбор данных анамнеза заболевания и жизни.

Результаты. В ходе исследования были обследованы 422 больных с различными формами псориаза, средний возраст которых составил 43,4±21,3 лет. В ходе опроса были выявлены возрастной период манифестации псориаза и наличие отягощенного наследственного анамнеза по псориазу. Так, в возрасте до 14 лет псориаз диагностирован у 70 (16,6%), из них у 35 (51,4%) отмечался псориаз у родственников. В 15–17 лет манифестация – у 38 (9,0%), наследственный фактор – у 14 (36,8%). В возрасте 18–39 – у 218 (51,7%), из них у 32 (14,7%) наследственный фактор. В возрасте 40–54 – у 46 (10,9%), из них у 6 (13%) псориаз у родственников. Среди больных старше 55 лет манифестация у 50 (11,8%), из них у 8 (16%) наследственный фактор.

Выводы. Дебют псориаза наиболее чаще (62,6%) отмечался в возрасте 18–39 лет, а отягощенная наследственность (51,4%) наблюдалась чаще у больных псориазом в возрасте до 14 лет. Таким образом, необходимо разработать принципы первичной профилактики псориаза.

НЕОБХОДИМОСТЬ ТЕСНОГО КОНТАКТА ДЕРМАТОЛОГА И ПАТОМОРФОЛОГА В ПРОЦЕССЕ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОЗОВ

КОЛДАРОВА Э.В., МУХАМЕДОВ Б.И.

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Диагностическая биопсия кожи (ДГБ) с целью постановки диагноза дерматоза используется пока недостаточно часто в Узбекистане. Более того, порой гистологическое заключение не проясняет диагноз или не соответствует клинической картине заболевания, что, несомненно, затрудняет работу дерматолога.

Цель исследования. Определить основные показания для проведения ДГБ и пути улучшения ее использования в дерматологической службе Узбекистана. Основные показания для проведения диагностической биопсии кожи:

– при подозрении на новообразования кожи;

– для дифференциальной диагностики между дерматозами;

– для доказательства редко диагностируемого дерматоза;

– при резистентности к лечению;

– при проведении научных исследований.

Иногда результаты гистологии оказываются неожиданными даже в тех случаях, когда нет сомнений в диагнозе по клиническим признакам. Тем не менее, важно сопоставлять гистологическую картину с клиническими проявлениями, и в случае несоответствия вести диалог с

патоморфологом для достижения правильного диагноза.

Выводы. Пути решения проблемы улучшения использования ДГБ:

– диагностическая биопсия кожи должна стать рутинным методом диагностики дерматозов;

– подготовка врачей – патологоанатомов, специально обученных в отношении патологии кожи;

– наладить тесный контакт между дерматологом и патоморфологом в процессе диагностики дерматозов.

ОСНОВНЫЕ ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА

КОЛДАРОВА Э.В., МУХАМЕДОВ Б.И.

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница МЗ РУз, г.Ташкент. Узбекистан

Актуальность исследования обусловлена увеличением частоты манифестации розацеа в молодом возрасте, рецидивирующим течением из-за нерациональной терапии вследствие недостаточного полного обследования пациентов и невыявления сопутствующих заболеваний, которые могут негативно отражаться на течении дерматоза.

Цель исследования. Оценить частоту сопутствующей патологии с полом, триггерными факторами.

Материал и методы. Под наблюдением находились 58 больных: 39 женщин (67,2%), 19 мужчин (32,7%) с разными формами розацеа. Комплексное обследование включало общеклинические тесты, соскоб с кожи лица на Demodex folliculorum, консультации гастроэнтеролога, гинеколога, эндокринолога, проводилась беседа для возможного определения триггерных факторов – воздействие УФ-лучей, эмоциональный стресс, употребление алкоголя, неправильное питание и т.д. Demodex folliculorum выявлен у 79%, из них 33% – мужчины, 46% – женщины. Патология ЖКТ – 24 (62,5% (15) мужчин, 37,5% (9) женщин), заболевания нервной системы – 15 (73,3% (11) женщин, 26, 6%(4) мужчин), эндокринные дисфункции – 21 (76,1% (16) женщин, 23,8%(5) мужчин). У 79,3% (46) обострение наблюдалось в летнее время, у 20,6% (12) сезонность выявить не удалось. У 24,1% (14) человек. Сопутствующей патологии не выявлено. Из них 11 женщин и 3 мужчины.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что тяжесть течения розацеа коррелировала с полом. У мужчин протекает тяжелее, что связано с низкой обращаемостью к дерматологу, более часто выявляются заболевания ЖКТ, обусловленные неправильным питанием, более выраженной предрасположенностью к вредным привычкам. У женщин чаще отмечается наличие нервной и эндокринной патологии, связанные с лабильной психикой, менструальным циклом.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА СОЛАНТРА (ИВЕРМЕКТИНА) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНОЙ ФОРМЫ РОЗАЦЕА

КОЛДАРОВА Э.В., МУХАМЕДОВ Б.И.

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Во всем мире розацеа кожи лица является наиболее распространенной дерматологической патологией зрелого возраста. Актуальность исследования обусловлена ростом заболеваемости, частыми рецидивами, недостаточной эффективностью существующих методов лечения.

Цель исследования. Оценить эффективность применения крема солантра (ивермектина) в комплексной терапии папуло-пустулезной формы розацеа.

Материал и методы. Под наблюдением находились 22 пациента в возрасте от 34 до 57 лет (17 женщин и 5 мужчин) с папуло-пустулезной формой розацеа. Длительность заболевания у всех больных в среднем составляла от 1,2 до 10 лет. В 70% в соскобах с себорейных зон кожи лица был обнаружен Demodex folliculorum. У всех пациентов в анамнезе отмечалась патология желудочно-кишечного тракта, в частности, наличие *Helicobacter pylori.* Общая терапия включала в себя противовоспалительные, ангиопротекторные и антибактериальные средства (антибиотики, метронидазол), проводилась элиминация экзогенных и эндогенных триггерных факторов. Использование в комплексной терапии папуло-пустулезной формы розацеа крема солантра один раз в сутки ежедневно на протяжении 4 ме-

сяцев на воспалительные инфильтраты с целью более быстрого их разрешения. Ивермектин – активное вещество, подавляет выработку цитокинов, вызывающих воспаление, также оно обладает противопаразитарным действием, вызывает гибель клещей Demodex.

Результаты. Оценка эффективности комплексной терапии папуло-пустулезной формы розацеа, включающей применение крема солантра (ивермектина), показала положительную динамику клинических симптомов заболевания у 18 пациентов (80%) через 4 месяца от начала заболевания. В результате использования крема солантра наблюдался регресс воспалительных явлений и разрешение инфильтратов у 70% пациентов.

Контроль микроскопического исследования соскоба с себорейных зон кожи лица проводили один раз в месяц, по окончании лечения у всех пациентов Demodex folliculorum не был обнаружен. У 2 пациентов отмечалась незначительная сухость кожи лица при нанесении крема солантра, которая устранялась применением наружных увлажняющих средств.

Выводы. Полученные результаты дают основание полагать, что крем солантра может быть эффективно использоваться в комплексной терапии папуло-пустулезной формы розацеа.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ В ОЦЕНКЕ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

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

[1]Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск; [2]ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск. Россия

Ультразвуковое исследование (УЗИ) кожи – нестандартизированный метод исследования, позволяющий визуализировать патологические изменения в коже в режиме реального времени.

Цель исследования. Определить возможности УЗИ кожи при ведении пациентов с атопическим дерматитом (АтД).

Материал и методы. Методом случайной выборки были сформированы две группы детей от 0 до 8 лет – с атопическим дерматитом (n=22) и дети без АтД (n=18). Для постановки диагноза использовали критерии *Hanifin and Rajka*, степень тяжести оценивали по индексу SCORAD. УЗИ проводили в области щек, локтевых и подколенных сгибов, областях поражения и рядом расположенной видимо здоровой кожи на аппарате Skinscanner DUB TPM с датчиком 75 МГц. Измеряли толщину и эхоплотность эпидермиса и дермы. Для сравнительной оценки данных использовали коэффициент соотношения (КС) показателей сканограммы на прилегающем участке видимо здоровой кожи к показателям в области высыпаний.

Результаты. Во всех случаях в очагах поражения эпидермис был утолщен (КС=0,825 ± 0,135), в 68% случаев имел неровные контуры. У больных с индексом SCORAD > 15 была увеличена толщина дермы (КС = 0,792 ± 0,133) и снижена ее эхоплотность (КС = 2,188 ± 0,976). Субэпидермальную гипоэхогенную полосу визуализировали в очагах поражения в 91% случаев, а в области здоровой кожи в 73%. В процессе лечения наибольшие изменения наблюдали со стороны гипоэхогенной полосы – уменьшение толщины в 1,6 раза и увеличение эхогенности в 2,5 раза.

Выводы. Изменения со стороны дермы можно рассматривать в качестве УЗ-критерия активности воспалительного процесса, а изменения гипоэхогенной полосы могут являться показателями изменения состояния кожи, как ответ на проводимую терапию.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

КУЛЕМЗИНА Т.В.

Национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк. Украина

Цель исследования. Продемонстрировать возможности методов интегративной медицины в диагностике и лечении детей с алопецией (возникшей как следствие действия чрезвычайной ситуации).

Материал и методы. 18 девочек 12-летнего возраста с наличием очаговой алопеции в затылочной и теменной областях волосистой части головы. Жалобы на появление очагов выпадения волос пациенты связывали с длительностью пре-

бывания в зоне непрерывного воздействия чрезвычайной ситуации в течение двух лет, сопровождающимся ограничением жизнедеятельности, страхом физического повреждения. Внешние психические и физические признаки астенизации сочетались с нарушениями функций внутренних органов (диагностированными с помощью пульсовой диагностики) и сопоставленными с синдромами традиционной китайской медицины. Ведущие энергетические повреждения отмечены в меридианах почек, легких, печени, перикарда и тройного обогревателя.

Лечебный процесс включал пять курсов рефлексотерапии (акупунктуры, точечного массажа, прижигания) по 10 сеансов каждый. Сочетанно применялись препараты китайской фитотерапии (содержащие корни дудника, солодки, володушки, ремании, женьшеня, астрагала, кодонопсиса). В интервалах между курсами рефлексо- и фитотерапии пациентам назначались комплексные гомеопатические препараты, зарегистрированные в аптечной сети (соли Шюсслера №№ 1, 2, 8, 10, 11). Местно методом фармакопунктуры вводились препараты Кутис композитум и Лимфомиозот (фирмы Heel). Рецептура составлялась с учетом жалоб, имеющихся на момент сеанса. Сеансы выполнялись с учетом хронобиологических характеристик органов и связанных с ними жалоб и проявлений.

Важно отметить, что лечебные схемы составлялись на основе принципа персонификации с учетом конституциональных (физических и психических) особенностей каждого ребенка. Контрольные осмотры детей в перерывах между курсами лечения рефлексотерапией осуществлялись еженедельно в идентичный день недели и идентичное время. Лечебный процесс планировался таким образом, чтобы снизить риски возникновения обострений, особенно в ходе сочетанного применения методов.

Результаты. Общий период наблюдения составил 630 дней, по истечении которого полностью восстановился волосяной покров на пораженных участках, а также стабилизировались физические и психические признаки, свойственные конституции.

ВОПРОСЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ

КУРБАНОВА Ш.М., МАХМУТОВ Р.Х., РАХМАТОВ А.Б.

***Кафедра психиатрии ТашИУВ, Ферганская психиатрическая больница;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз. Узбекистан***

При обследовании значительного количества пациентов с дерматологической патологией нами были установлены у большинства больных психические расстройства тревожно/депрессивного и аффективного характера различной степени выраженности. Согласно анамнестическим данным, ¼ часть больных, отмечая роль психоэмоционального фактора в очередном обострении, испытывала лишь небольшой психологический дискомфорт.

Исходя из комплексного обследования больных (специальные опросники) с различными дерматозами (псориаз, алопеция, витилиго), были выделены психологические особенности: маниакальный тип мышления, психологическая дезадаптация, снижение уровня субъективного самочувствия и качества жизни, напряжение защитных психологических механизмов отрицания и вытеснения. У данных пациентов отмечаются ипохондрические и истерические состояния, наряду с шизоидными и паранойяльными нарушениями.

С целью коррекции указанных нарушений в комплексной терапии больных с различными дерматозами использованы методы психотерапии, которая включает в себя прежде всего воздействие на больного словом и поведением. Психотерапия должна проводиться с учетом нервно-психологического состояния больного, необходимо устранять возможные источники ятрогении. Исходя из личностных особенностей дерматологического пациента, учитывая его преморбидные особенности и факторы, при которых развился дерматологический процесс, необходимо воздействовать на весь спектр психологических проблем, имеющихся у такого пациента. Следует помнить, что начало и обострение многих кожных заболеваний провоцируются различными психическими воздействиями, значительная часть дерматозов приводит к вторичным неврозам и даже психозам, а иногда к попыткам суицида (алопеция). Поэтому психотерапия является необходимой составляющей в комплексном лечении почти всех дерматозов. На сегодня это два направления: глубинно-психологические методы и методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения.

Таким образом, чтобы добиться хороших результатов в терапии различных дерматозов, лечащий врач обязан, воздействуя как на психические, так и на соматические симптомы своего пациента, максимально уменьшать груз его психологических проблем.

К НЕКОТОРЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ БЕЛКОВОЙ ФРАКЦИИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ КРАПИВНИЦЕЙ

МАВЛЯНОВА Ш.З., МАМАТКУЛОВ У.А., МУЛЛАХАНОВ Ж.Б.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз,
г. Ташкент. Узбекистан

На сегодняшний день остро стоит проблема диагностики аллергодерматозов, в частности крапивницы. Методы лабораторного определения общего IgE не могут быть основными критериями диагностики аллергических заболеваний кожи. Невозможно однозначно интерпретировать данные иммунологических показателей как критерии тяжести заболевания, поэтому они должны применяться в комплексе с другими клинико-лабораторными исследованиями. Несомненно, в этом аспекте важное значение придается иммуно-микробиологическим, гормональным и биохимическим показателям организма у больных крапивницей.

Цель наших исследований. Оценка состояния белковой фракции – гамма-глобулина и общего иммуноглобулина Е у больных крапивницей.

Материал и методы исследования. Обследованы 32 больных с различными формами крапивницы в возрасте от 12 до 50 лет. У всех больных проводились клинические, биохимические, иммунологические и статистические методы исследования. Контрольную группу составили здоровые лица в количестве 24 человек в возрасте от 14 до 48 лет и контрольную группу с кожными заболеваниями без аллергического генеза – витилиго в количестве 18 человек соответствующего возраста.

Результаты исследования. Биохимические исследования показали, что в группе больных крапивницей уровень альбумина составил 40,7+3,2 mg/dl и уровень гамма-глобулина 40,9+3,3 mg/dl, что в 2,08 раза превышало показатели контрольной здоровой группы ($P<0,05$). Полученные данные свидетельствуют о состоянии гипергамма-глобулинемии на фоне нормальных показателей альбумина в сыворотке крови, что характеризует повышенную реактивность гуморального звена иммунной системы.

Результаты ИФА-исследования определения общего IgE в крови у больных крапивницей выявили повышение уровня в 2,6 раза и составило в среднем 203+2,7 МЕ ($P<0,05$)(при норме 72,1+ 1,1МЕ/мл).

Сравнительный анализ содержания общего IgE, обусловливающего аллергическое состояние организма с уровнем гамма-глобулина с учетом пола больных, выявил параллельную тенденцию повышения этих показателей.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что повышение уровня гамма-глобулина в сыворотке крови в организме больных с заболеваниями кожи характеризует аллергическое состояние организма и может быть применено в качестве одного из биохимических показателей для определения аллергического состояния организма.

К РЕЗУЛЬТАТАМ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

МАВЛЯНОВА Ш.З., ИНОЯТОВ А.Ш., ХАКИМОВ Д.А., АСАДОВ Р., ИЗВЕКОВА О.В., ТАДЖИЕВА З.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз,
г. Ташкент. Узбекистан

В последние годы отмечается рост тяжелых и резистентных форм угревой болезни, что естественным образом снижает качество жизни больных, особенно молодого возраста. Для решения данной проблемы в Республиканском специализированном научно-практическом центре дерматовенерологии и косметологии был разработан новый способ диагностики степени тяжести угревой болезни, с учетом дисбиоза кишечника (Патент на изобретение: IAP 05196 «Способ прогнозирования степени тяжести угревой болезни у пациентов с дисбиозом кишечника»).

Цель наших исследований. Определить степень тяжести дисбиоза кишечника, обусловленного грибами рода candida у больных угревой болезнью.

Материал и методы исследования. Обследованы 50 больных с угревой болезнью в возрасте от 14 до 33 лет. У всех больных проводили клинические и микологические исследования.

Результаты исследования. Среди 56 больных у 16 (32%) выявили комедональную форму (acne comedonica), у 21 (42%) – папуло-пусту-

лезную форму (acne papulopustulosa), узловатую (acne nodosum) – у 13 (26%) больных.

Результаты микологических исследований показали, что среди 50 больных УБ грибы рода candida выявлены у 43 больных, что составило 86%. У 19 (44,2%) больных грибы рода candida выявлены на слизистой оболочке полости рта и у 24 (55,8%) – в кишечнике. Следует отметить, что патогенные формы дрожжеподобных грибов рода candida выявлены у 9 из 19 больных УБ, что составило 47,4%. Полученные данные свидетельствовали о развития кандидоза слизистой полости рта. Обсемененность кишечника грибами рода Candida у больных угревой болезнью в среднем составила 26851,9+3891,2 КОЕ/г, что в 53,7 раза превышало значения здоровых лиц и имело достоверный характер (P<0,05).

Результаты ИФА-исследования показали, что среди 47 больных УБ у 23 выявили повышенную чувствительность к грибам рода Candida, что составило 48,9%. Концентрация IgG Candida составила 0,39+0,04 пг/мл, что в два раза выше по сравнению с показателями контрольной группы здоровых лиц (P <0,05).

Выводы. Таким образом, клинико-лабораторные исследования показали, что у больных угревой болезнью в 32,5% случаев выявлена тяжелая степень дисбиоза кишечника, обусловленная грибами рода Candida и в 27,9% случаев – среднетяжелая степень тяжести. Инновационный подход к диагностике степени тяжести способствовал повышению качества диагностики, что в 1,4 раза увеличило раннюю выявляемость тяжелых формы УБ.

К РЕЗУЛЬТАТАМ МИКОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ГРИБАМИ РОДА CANDIDA У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ (НА ПРИМЕРЕ ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ)

МАВЛЯНОВА Ш.З., ИНОЯТОВ А.Ш., ЮЛДАШЕВ К.К., АСАДОВ Р.К.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Внедрение новых методов диагностики в медицинской практике является приоритетным направлением инновационного развития научных исследований. В этом аспекте научная группа РСНПМЦДВиК МЗ РУз провела внедрение способа диагностики степени тяжести клинического течения угревой болезни с учетом дисбиоза кишечника, обусловленного грибами рода Candida. [Патент: IAP 05196] .

Цель исследования. Установить степень тяжести клинического течения угревой болезни с учетом дисбиоза кишечника, обусловленного грибами рода Candida.

Материал и методы исследования. Обследован 41 больной с угревой болезнью в возрасте от 15 до 34 лет. У всех больных проводили клинические и микологические исследования.

Результаты исследования. По клинической форме УБ среди 41 больного у 21 (51,2%) диагностировали папуло-пустулезную форму, у 10 (24,4%) – комедональную и у 7 (17,07%) – узловатую формы.

У всех больных проводили микологические исследования биосубстратов (кожные чешуйки, слизистая оболочка и кишечник) организма. Результаты микологических исследований показали, что среди 41 больного УБ с учетом биосубстратов организма со слизистой полости рта грибы рода candida выявлены у 27 больных, что составило 65,8%%. У 24 (58,5%) – в кишечнике. На коже в очагах поражения микромицеты не были обнаружены. Со слизистой полости рта патогенные формы грибов рода candida были выявлены у 21 из 27 больных УБ, что составило 77,7%. Данные показатели свидетельствовали о развитии кандидоза слизистой полости рта. По клинической форме на слизистой полости рта у больных УБ наиболее часто диагностировали эритематозно-сквамозную форму, что составило 70,3% (19 из 27), псевдомембранозная форма диагностирована у 29,6% (8). Культуральные исследования кала были проведены у 30 больных УБ. Грибы рода Candida были высеяны у 24 больных, что составило 80%. Обсемененность кишечника грибами рода Candida в кишечнике до 10^2 КОЕ составила у 2 больных (8,3%), более 10^2 КОЕ – у 5 (20,8%) и более 10^3 КОЕ – у 17 (70,8%) соответственно, что в 43,6 раза превышало значения здоровых лиц и имело достоверный характер. (P<0,05).

С учетом клинической форме высокая колонизация грибов рода Candida отмечалась у больных с папуло-пустулезной формой – у 10 (41,6%), при комедональной форме – у 5 (20,8%). Тогда как при узловатой форме в 100% случаев (7).

Заключение. Таким образом, клинико-лабораторные исследования показали , что у больных угревой болезнью в 41,5% случаев выявлена тяжелая степень дисбиоза кишечника, обусловленная грибами рода Candida и средняя степень тяжести дисбиоза – в 12,2% случаев. Инновационный подход к диагностике степени тяжести в группе больных комедональной формой способствовало ранней диагностике тяжелой степени тяжести УБ с учетом дисбиоза кишечника в 50% случаев.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТОЗА ДЮРИНГА

МАВЛЯНОВА Ш.З., ИСМАГИЛОВ А.И., ЭРНАЗАРОВ Н.Х., МУЛЛАХАНОВ Ж.Б.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Герпетиформный дерматоз (ГД) – редкий доброкачественный, хронически рецидивирующий дерматоз, характеризующийся полиморфизмом клинического течения с образованием герпетиформных пузырей, сопровождающихся зудом и чувством жжения.

Цель исследования. Изучение клинического течения герпетиформного дерматита Дюринга на основе ретроспективного анализа историй болезни.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 10 историй болезни пациентов с диагнозом герпетиформный дерматит Дюринга, получавших стационарное лечение в клинике РСНПМЦДВиК МЗ РУз.

Результаты исследования. Среди 10 больных дерматитом Дюринга лица мужского пола составили 4 и женского – 6 человек.

С учетом возраста больные были распределены следующим образом: от 20 до 30 лет – 1 (10%), 31–40 лет – 1 (10%) и более 50 лет – 8, что составило 80,0% соответственно. По давности заболевания: до 1 года дерматозом страдали 8 пациентов (80,0%), более одного года – 2 (20,0%) пациента.

Изучение провоцирующих факторов развития заболевания показало, что 1 больной связывал начало с нервным стрессом, 2 – с алиментарным фактором и 7 – больных не смогли указать причину заболевания. Причем нервная напряженность и алиментарный фактор проявлялись больше у лиц женского пола. Дебют дерматоза все больные отмечали на коже туловища, характеризующийся истинным полиморфизмом высыпаний и симметричностью. Кожно-патологический процесс характеризовался образованием сгруппированных мелких пузырьковых элементов, имеющих напряженный характер с серозным содержимым на фоне эритематозных или уртикарных элементов. Из 10 больных у 6 кожно-патологический процесс располагался на коже разгибательных поверхностей конечностей, верхней части спины, а у 4 процесс имел более распространенный характер и располагался на коже передней и задней поверхности туловища, верхних и нижних конечностях. У 3 больных пузырьковые элементы имели напряженный крупный характер диаметром до 1,5–2 см с прозрачным содержимым, т.е. буллезный характер. У всех больных отмечался интенсивный сильный зуд, на фоне которого на коже помимо пузырьковых элементов отмечались кровянистые корочки, очаги лихенификации и развитие вторичной инфекции. Симптом Никольского у всех больных был отрицательным. Слизистая оболочка не была вовлечена в патологический процесс. У всех больных в периферической крови отмечалась эозинофилия – в среднем 17,7+1,02%. Тогда как в мазках отпечатков в содержимом пузыре эозинофилия составила в среднем 24,1+2,1%.

Изучение количество рецидива заболевания выявило, что среди 10 больных 4 отмечали рецидив 2 раза в год, что составило 40,0% случаев. Анализ клинического течения по сезонности показал, что основное количество больных страдали в III квартале – в жаркие времена года и только 4 больных в I и II кварталах соответственно.

Выводы. Анализ клинического течения герпетиформного дерматита Дюринга показал, что дерматозом наиболее чаще страдают лица в возрасте более 50 лет (80,0%), по половому признаку заболеванию более подвержены лица женского пола (60%). По характеру клинического течения у 4 больных кожно-патологический процесс имел более распространенный характер и у 2 пемфигоидный. Обострение дерматоза наиболее чаще наблюдалось в жаркое время года.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТЕЧЕСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ «СУКЦИНАСОЛ»

МАВЛЯНОВА Ш.З., ИСРАИЛОВ Р.И., АЛИМОВА С.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз; Ташкентская медицинская академия. Узбекистан

В настоящее время в мире отмечается неуклонный рост частоты и распространенности аллергических заболеваний кожи: атопического дерматита, контактного дерматита, экземы, от которых в ряде стран страдает до 25% населения. Кроме того, повсеместно наблюдается нараста-

ние тяжести течения и торпидности аллергодерматозов к проводимой терапии.

Цель исследования. Изучение морфологически-гистологическим методом динамики экспериментального аллергического контактного дерматита под влиянием сукцинасола.

Материал и методы исследования. Эксперименты были выполнены на 40 белых беспородных крысах массой 0,18–0,22 кг на модели аллергического дерматита. Аллергический дерматит у крыс вызывали нанесением на кожу одинакового количества 5%-го раствора кобальта хлористого в течение 10 дней. Инфузионную терапию проводили путем введения раствора «Сукцинасола» в хвостовую вену крысам в дозе 5 мл/кг массы тела, 5 раз через день в течение 10 дней. Процесс заживления аллергического дерматоза под влиянием «Сукцинасола» оценивали по морфологическим критериям на 21-е сутки после начала эксперимента. Производили забор пораженной кожи в пределах здоровых после мгновенной декапитации, готовили гистологические препараты, которые окрашивали гематоксилином и эозином, а также пикрофуксином по Ван – Гизон. Эффективность действия нового полифункционального раствора «Сукцинасола» изучали в сравнении с широко применяемым в медицине физиологическим раствором 0,9%-го натрия хлорида.

Животные были разделены на группы: I группа – до воспроизведения аллергического дерматита (интактные); II группа (контрольная) – с аллергическим дерматитом; III группа (контрольная, сравнения) – с аллергическим дерматитом после введения 0,9%-го раствора натрия хлорида в течение 10 дней, через 24 часа после последнего введения препарата, а IV группа (основная, опытная) – животные с аллергическим дерматитом после введения буферного изотонического раствора «Сукцинасола» в течение 10 дней, через 24 часа после последнего введения.

Результаты исследования. В группе лечения «Сукцинасолом» размеры язвенного дефекта аллергического контактного дерматита были выражены значительно меньше по сравнению с группой контроля, а на окружающих участках очага поражения аллергического дерматоза отмечалось утолщение многослойного покровного эпителия за счет повышения пролиферативной активности базальных клеток. По-видимому, данный факт обусловлен тем, что при введении препарата «Сукцинасол» дисциркуляторные изменения со стороны сосудов приводят к улучшению кровоснабжения пораженной ткани, усилению репаративной регенерации, а деструктивные и некротические изменения почти полностью рассасываются.

Вывод. Установлено, что инфузия препарата «Сукцинасол» способствует восстановлению морфологических изменений при экспериментальном аллергическом контактном дерматите.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ АКТИВИЗИРОВАННОЙ КРЕМНИЕВОЙ ВОДЫ

МАВЛЯНОВА Ш.З[1]., МАХСУДОВ М.Р[1]., МАВЛЯНОВ П.Н.[2]

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз; [2]ГП Гидрогеологии и инженерной геологии ГосКомГеологии РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Исследования в области экспериментальной микробиологии по изучению антибактериальных свойств лекарственных препаратов представляют перспективную научную работу в целях разработки новых методов терапии в медицинской практике, ветеринарии.

Цель наших исследований. Оценка антибактериальной чувствительности *in vitro* по отношению к микроорганизму Enterobacteriaceae – E. Coli, модифицированной активизированной кремниевой водой при экспериментальном микробиологическом исследовании.

Материал и методы исследования. Определение чувствительности бактерий к антимикробному воздействую образцов с кремниевой водой проводили на агаре Мюллера–Хинтона («Himedia», Индия) и в пробирках с сахарным бульоном. Для посева на чашки из суточных бактериальных культур готовили бактериальные взвеси в 0,15 M NaCl. Полученные взвеси соответствовали мутности 0,5 по Мак–Фарланду. Серийные методы разведения основывались на использовании двойных последовательных разведений концентраций антибиотика от максимальной к минимальной в дозе от 0,128 мкг/мл до 0,03 мкг/мл.

Результаты исследования. Экспериментальные микробиологические исследования по определению антибактериальных свойств цефриаксона, разведенного в активизированной кремниевой воде в дозе > 30 мг/л, показали выраженное подавление роста культуры E.coli. Полученные результаты свидетельствовали о том, что кремниевая вода не препятствует антибактериальному действию препарата, а наоборот способствует повышению этих качеств препарата.

Выводы. Модифицированная активизированная кремниевая вода с содержанием оксид кремния SiO2 в дозе 30 мг/л в бульоне способствовала подавлению роста культуры E.coli.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЦИТОКИНОВ TNF-α И IL-2 У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

МАВЛЯНОВА Ш.З., МУМИНОВА С.Р., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А., ЮНУСОВА З.С., БУРХОНОВ А.У.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

В настоящее время доказана связь изменений клеточно-опосредованного и гуморального иммунитета у больных с различными формами аллергического дерматита. В связи с распространенностью аллергодерматозов и не до конца изученным патогенетическим механизмом представляется актуальным исследование основных цитокинов, участвующих в развитии аллергодерматозов, а также общего сывороточного IgE.

Цель исследования. Изучить состояние общего IgE, а также цитокинов TNF-α и IL-2 у больных с различными клиническими формами аллергодерматозов.

Материал и методы исследования. Обследован 81 больной с различными формами аллергодерматозов в возрасте от 4 до 71 года. Лица мужского пола составили 43 человека и женского – 38. У всех больных проводили клинические и иммунологические ИФА-исследования. Контрольную группу составило 21 здоровое лицо соответствующего возраста.

Результаты. По клинической форме аллергодерматозов у 28 (34,5%) больных диагностирован атопический дерматит (АД), у 27 (33,4%) – аллергический дерматит, у 15 (18,5%)–токсикодермия и у 11 (13,5%) – идиопатическая рецидивирующая крапивница. Результаты исследования общего IgE и цитокинов: TNF-α и IL-2 в сыворотке крови показали повышение концентрации данных иммунологических маркеров независимо от степени тяжести и клинической формы заболевания. Уровень TNF-α в крови повышался в 9,2 раза по сравнению с контрольной здоровой группой и составил 22,9 ± 1,32 пг/мл (против 2,5+0,1 пг/мл – здоровая группа) (P<0,05). Такая же картина отмечалась в показателях IL-2, который достоверно увеличивался по сравнению с показателями контрольной здоровой группы в 4,7 раза соответственно (29,6±0,53 против 6,3±0,8) (P<0,05). Определение общего IgE в крови у больных аллергодерматозами выявило повышение уровня в 2,6 раза и составило в среднем 191,8 ± 5,9 МЕ (P<0,05).

В зависимости от клинической формы у больных АлД наблюдалось следующее: у больных АД уровень IL-2 составил 32,6+0,43 пг/мл; TNF-α составил 21,6+0,3 пг/мл; при аллергическом дерматите IL-2 составил 16,6±0,78 пг/мл, TNF-α – 22,1+0,6 пг/мл; при крапивнице IL-2 составил 31,6+0,5 пг/мл, TNF-α – 24,3+0,3 пг/мл; при токсикодермии IL-2 составил 29,8+1,27 пг/мл, тогда как TNF-α – 23,8+0,4 пг/мл (контрольные значения IL-2 – 6,3±0,8 пг/мл; TNF-α – 2,5+ 0,1 пг/мл).

Выводы. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что у больных аллергодерматозами, не зависимо от клинической формы, выявляется дисбаланс в показателях провоспалительного (TNF-α) и противовоспалительного (IL-2) цитокинов на фоне гиперпродукции общего IgE, что на, наш взгляд, может явиться пусковым механизмом снижения иммунологической реактивности организма.

ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ КСЕНОБИОТИКОВ GSTM1 И GSTT1 У БЕРЕМЕННЫХ С ТОКСИКОДЕРМИЕЙ

МАВЛЯНОВА Н.Н., НАДЖМУТДИНОВА Д.К.

«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Синдром ограничения роста плода (СОРП) – клинический синдром, обусловленный морфологическими и функциональными изменениями в плаценте и проявляющийся нарушением роста и развития плода. В основе данного синдрома лежат патологические изменения в плодово- и/или маточно-плацентарном комплексах с нарушением компенсаторно-приспособительных механизмов на молекулярном, клеточном и тканевом уровнях. На сегодняшний день особое внимание уделяется молекулярно-генетическим исследованиям в развитии синдрома ограничения роста плода (СПП).

Цель наших исследований. Оценка клинического течения беременности у двоих женщин с явлениями токсикодермии с учетом молекулярно-генетических показателей.

Материал и методы исследования. Обследованы 2 беременных с синдромом потери плода. Возраст беременных составил у одной 28 лет и у второй женщины – 33 года. Проводились клинические и функциональные исследования. Молекулярно-генетические исследования проводили с помощью ПЦР-диагностики генов глютатионтрасфераз GSTM1 (1p13.3), GSTT1 (22q11.2) у беременных. Беременные консультированы смежными специалистами – дерматовенерологом, терапевтом, неврологом.

Результаты исследования. В отделение гинекологии клиники РСНПМЦАиГ МЗ РУз поступили две беременных сроком 28 и 30 недель с жалобами на общую слабость, болями в животе и пояснице, а также обширными кожными высыпаниями, сопровождающимися сильным зудом и чувством жжения. Причиной развития заболевания беременных связывали с алиментарным фактором. При опросе выяснено, что подобные высыпания они отмечают в течение 7–10 дней. Клинический осмотр беременных показал, что у них отмечались кожные высыпания эритематозного характера, местами сливающиеся между собой, в результате которых образовались обширные участки кожно-патологического процесса на коже живота, поясницы, спины. Местами отмечали кровянистые эрозии и корочки. Слизистая оболочка полости рта и гениталий не поражена. Клинико-лабораторные исследования показали повышение уровня эозинофилов – в среднем на 11,2%, лейкоцитов – 11,1 тыс. СОЭ – 16,1 мм/ч. Общий IgE – 183 МЕ. Молекулярно-генетический анализ ферментов ксенобиотиков показал у одной беременной наличие гетерозиготного варианта полиморфизмов ассоциации GSTM1 0/0-GSTT1 +/+ и у другой гомозиготный вариант ассоциации делеционного полиморфизма генов ферментов ксенобиотиков GSTM1 0/0-GSTT1 0/0.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о неблагоприятном течении беременности, что характеризовалось угрозой беременности и явлением токсикодермии. Для профилактики осложнений при беременности рекомендуются молекулярно-генетические исследования на гены ферментов ксенобиотики и эндотелиальной дисфункции в ранние сроки беременности.

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КОЖИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

МАВЛЯНОВА Ш.З., ТЕШАБАЕВА Д.А., ЕСИОНОВА Е.В.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Кожные покровы больных аллергическими заболеваниями характеризуются нарушением их целостности, снижением барьерных функций. В результате воздействия триггерных факторов происходит индукция и усиление иммунопатологических реакций, что в свою очередь приводит к развитию хронизации процесса, а также резистентности к проводимой терапии и рецидивированию течения аллергодерматозов.

Цель исследования. Изучение характера клинического течения аллергодерматозов в зависимости от количественного и качественного состава стафилококковой флоры кожи больных.

Материал и методы исследования. Клинические методы: диагностика по МКБ 10(2000), изучение степени тяжести заболевания по дерматологическому индексу шкалы симптомов (ДИШС). Микробиологические методы: посев с кожи в очагах поражения на универсальную среду (ЖСА) и определение чувствительности к ряду антибиотиков.

Результаты и обсуждение. На базе клиники РСНПМЦДВиК МЗРУз были обследованы 32 больных аллергодерматозами, из них 14 (43,75%) – мужчины, 18 (56,25%) – женщины в возрасте от 9 до 86 лет. Контрольную группу составили 19 здоровых лиц.

Результаты микробиологических исследований показали, что из 32 обследованных у 29 (90,6%) на коже в очагах поражения были высеяны грамм+ хемоорганотропные бактерии из семейства Mycrococcaceae – Staphylococcus spp.

В группе обследованных по нозологии распределение следующим образом: атопический дерматит (АД) диагностирован у 10 больных, аллергодерматит – у 8, хроническая экзема – у 5, нейродермит – у 3, почесуха – у 3 больных.

Изучение видового спектра стафилококковой флоры у больных аллергодерматозами показало, что при АД рост Staph.aureus отмечался у 8 больных (80,0%), Staph.epidermidis –у 2 больных (20,0%). При аллергическом дерматите у 4 (50,0%) – Staph.aureus, у 3 (37,5%) – Staph. epidermidis, у 1 (12,5%) – Staph. hemolyticus. У больных хронической экземой у 4 (80,0%) – рост Staph.epidermidis, у 1 (20,0%) – Staph.aureus. Тогда как среди больных нейродермитом у 2 (66,7%) больных высеяны – Staph.epidermidis, у 1 (33,3%) – Staph.aureus, а при почесухе –

у 2 (66,7%) выявлен рост Staph.epidermidis, у 1(33,3%) – Staph.aureus.

В контрольной группе 19 здоровых лиц видовой спектр Staphylococcus spp. был следующим: Staph. epydermidis – у 10 (52,6%), Staph. saprophyticus – у 8 (42,1%), тогда как Staph. aureus был высеян у 1 (5,3%) обследованного.

В зависимости от тяжести течения дерматоза с учетом ДИШС Staphylococcus spp. у больных с легким течением (до 8 баллов) рост Staph. Aureus – у 3 (60,0%), Staph. epydermidis – у 1 (20,0%), Staph. Haemolyticus – у 1 (20,0%). При средней степени тяжести (9–18 баллов) Staph. aureus – у 8 (57,1%), Staph. Epydermidis – у 6 (42,9%). А у больных с тяжелым течением (более 18 баллов) рост Staph.aureus составил у 4 (40,0%), Staph. epydermidis – у 6 (60,0%).

Изучение уровня колонизации Staphylococcus spp. на коже больных аллергодерматозами выявило колонизацию Staph. aureus – в среднем 199,25КОЕ, Staph. epydermidis–200,53КОЕ, что достоверно отличалось от показателей группы здоровых лиц (P<0,05).

Изучение уровня колонизации Staph. aureus в зависимости от нозологии аллергодерматозов выявило высокие показатели у больных АД и аллергическим дерматитом (169,13 КОЕ и 231,75 КОЕ соответственно). В то же время колонизация Staph.epidermidis при нейродермите была 200 КОЕ, при хронической экземе – 194,5 КОЕ, а при почесухе – 118,5 КОЕ.

Анализ характера колонизации Staph.aureus на коже больных аллергодерматозами в зависимости от тяжести течения показал, что при средней степени и тяжелом течении регистрировались показатели более высокие (203,12 КОЕ и 182,0 КОЕ соответственно) по сравнению с легким течением 168,3 КОЕ.

Выводы. Результаты микробиологических исследований показали, что, несмотря на отсутствие признаков вторичного инфицирования (пустулы, импетиго, фолликулиты и др.) у больных аллергодерматозами в очагах поражения в 55,2% случаев выявлен рост микрофлоры семейства Micrococcaceae–Staph. aureus с высоким уровнем колонизации – 199,25 КОЕ. Наиболее высокие показатели колонизации регистрировались при аллергическом дерматите и АД (231,75 КОЕ и 169,13 КОЕ соответственно). По нашему мнению обсемененность кожи больных аллергодерматозами Staphylococcus spp. объясняет тяжесть течения процесса при данных формах, что совпадает с показателями дерматологического индекса шкалы симптомов.

Полученные результаты исследований свидетельствуют о значимости микробиологических параметров в патогенезе и течении аллергодерматозов, что подтверждает актуальность разработки патогенетических подходов к терапии аллергодерматозов с учетом микробиологической характеристики кожи больных.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМИ УГРЯМИ

[1] МАЛИКОВА Н.Н., [2]АРИФОВ С.С., [3]НУРМАТОВА И.Б.

[1]Республиканская клиническая кожно-венерологическая больница;
[2]Ташкентский институт усовершенствования врачей;
[3]Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан

Вульгарные угри – полиморфное мультифакториальное хроническое заболевание сальных желез и волосяных фолликулов.

Планируемые лечебно-профилактические мероприятия во многом зависят от перенесенных и сопутствующих заболеваний.

Цель работы. Изучение перенесенной и сопутствующей патологии у больных вульгарными угрями.

Материал и методы. Под нашим клиническим наблюдением находились 165 больных в возрасте от 11 до 36 лет. Мужчин было 83 (50,3%), женщин – 82 (49,7%).

Перенесенные заболевания были выявлены у 98 (59,4%) больных. Из них инфекции верхних дыхательных путей были диагностированы у 25,45%, патология желудочно-кишечного тракта – у 22,4%, нарушение менструального цикла – у 6%, заболевания нервной системы – у 4,84% и сотрясение головного мозга – у 0,6% больных.

Результаты. После консультации смежных специалистов и проведения клинико-лабораторных исследований у 92 больных (55,75%) выявлены заболевания различных органов. Из них хронические инфекции верхних дыхательных путей выявлены у 20% больных, заболевания пищеварительной системы – у 15,75%, щитовидной железы – у 9,09%, нейроциркуляторная дистония и психоэмоциональное напряжение – у 6% и гинекологическая патология – у 4,8%.

Заключение. Таким образом, хронические инфекции верхних дыхательных путей наиболее часто фигурируют в списке как перенесенных заболеваний, так и выявленных сопутствующих патологий.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ С КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО ДАННЫМ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИИ ТАШПМИ ЗА 2017 ГОД

МАННАНОВ А.М., МУКАРРАМОВ М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан

В последние годы отмечается рост частоты заболеваемости кожной патологии, особенно такой прирост констатируется среди детского контингента. Однако, этому состоянию уделяется недостаточное внимание.

Цель настоящего исследования. Анализ структуры заболеваемости детей, больных кожными заболеваниями, по данным детского отделения дерматологии ТашПМИ.

Материал и методы. Следует отметить, что в поликлиническое отделение клиники ТашПМИ за 2017 год обратились 3390 больных детей с различными патологиями кожи. Из них 311 больных детей были госпитализированы в детское дерматологическое отделение клиники. Среди госпитализированных детей 179 (57,6%) были мальчики, 132 (42,4%) – девочки. Из них 81 больной (26,0%) являлся городским и 230 (74,0%) сельскими жителями. Среди госпитализированных детей 22 (7%) были из Сырдарьинской, 8 (2,6%) – из Жиззакской, 13 (4,2%) – из Самаркандской, 17 (5,5%) – из Кашкадарьинской, 19 (6,1%) – из Сурхандарьинской, 11 (3,5%) – из Бухарской, 9 (2,9%) – из Хорезмской, 4 (1,3%) – из Навоийской, 3 (0,95%) – из Андижанской, 9 (2,9%) – из Наманганской, 14 (4,5%) – из Ферганской, 91 (29,3%) – из Ташкентской областей. 5 (1,6%) детей были из Республики Каракалпакстан, 83 (26,7%) – из города Ташкента и 3 (0,9%) – из стран СНГ.

Результаты. Анализ структуры заболеваемости госпитализированных детей, больных кожными заболеваниями, показал, что в детском дерматологическом отделении клиники ТашПМИ за 2017 год стационарное лечение получали дети с 24 нозологиями патологии кожи. Среди них наибольший удельный вес составляли генодерматозы: врожденный ихтиоз – 18 (5,8%), врожденный буллезный эпидермолиз – 20 (6,4%), энтеропатический акродерматит – 9 (2,9%) и аллергодерматозы: атопический дерматит – 57 (18,3%), детская экзема – 21 (6,8%), микробная экзема – 9 (2,9%), токсикодермии – 43 (13,8%), токсический эпидермальный некролиз (Синдром Лайелла) – 9 (2,9%), а также ограниченные формы склеродермии – 17 (5,5%). Из сопутствующих заболеваний наиболее часто регистрировались заболевания ЛОР-органов – 34 (10,9%), анемия – 48 (15,4%), патология печени – 31 (10,0%) и желчно-выделительных путей – 12 (3,8%).

Выводы. Таким образом, анализ заболеваемости детей, больных дерматозами, позволяет в перспективе разрабатывать структурно-организационные, лечебно-профилактические мероприятии с учетом региональных особенностей.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

МАННАНОВ А.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан

Клиническое течение псориаза в детском возрасте, в отличие от взрослых, имеет свои особенности. Изучение особенностей клинического течения псориаза у детей с учетом их возраста позволяет выявить механизм формирования болезни в каждом конкретном возрастном периоде. По литературным данным, в 2% случаев начало заболевания отмечается в возрасте до 3 лет, при этом авторы считают, что раннее начало болезни имеет менее благоприятный прогноз.

Цель нашего исследования. Изучение клинических особенностей проявлений псориаза у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 110 детей, больных псориазом, в детском дерматологическом отделении клиники ТашПМИ. Из них в возрастной группе от 1 до 3 лет было 6 детей, что составило 5,5%. Заболевание протекало со средней степенью тяжести процесса и стационарной стадией. При поступлении в группе больных псориазом среднее значение индекса PASI было равно 16,0±1,24 балла. Клиническая картина болезни у всех детей носила распространенный характер, элементы высыпаний располагались на волосистой части головы (3), на лице (5), туловище (6), верхних и нижних конечностях (6). Очаги поражения были симметричными – у 4 (66,6%) больных, асимметричными – у 2 (33,3%). Каплевидная форма отмечалась у 4 (66,6%) больных, нуммулярная – у 2 (33,3%). Процесс сопровождался в основном умеренной (2) и сильной степенью (3) интенсивности зуда.

Заключение. Таким образом, заболеваемость псориазом у детей в возрасте до 3 лет составляет 5,4% случаев, при этом преобладающими являются каплевидная и нуммулярная клинические формы заболевания.

КАПЛЕВИДНЫЙ ПСОРИАЗ У ДЕТЕЙ

МАННАНОВ А.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.
Узбекистан

Известно, что псориатический процесс, особенно его каплевидная форма, у детей отличается некоторым своеобразием, нетипичностью первоначальных признаков.

Цель нашего исследования. Изучение особенностей течения каплевидной формы псориаза у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 40 детей, больных каплевидным псориазом, в возрасте от 2 до 7 лет. При этом элементы сыпи представлены папулами розовато-бурого цвета, плотноватой консистенции, величиной от просяного зерна до горошины, с гладкой поверхностью. При легком поскабливании элемента появляется отрубевидное шелушение – симптом скрытого шелушения, точечное кровоизлияние и симптом коллоидной пленки. Высыпания чаще располагались на волосистой части головы, туловище, верхних и нижних конечностях, реже на лице и в складках. Субъективно больных детей беспокоил временный легкий зуд.

Из анамнеза было установлено, что до поступления в стационар больные дети находились под наблюдением у врачей – педиатров, аллергологов, инфекционистов и лечились с диагнозами аллергический дерматит, ветряная оспа, аллергический васкулит, корь и розовый лишай Жибера. Вероятность инфекционно-токсической природы заболевания (ангины, острые респираторные заболевания, ветряная оспа, корь и др.) и «пищевые стрессы» (шоколад, цитрусовые, облигатные аллергены) явились основанием расценивать аллергическую природу заболевания, что и приводило к диагностическим ошибкам.

Заключение. Из вышеуказанного следует отметить, что анализ заболеваемости детей, больных псориазом, особенного его каплевидной формой, требует у врачей смежных специальностей детского возраста проводить дифференциально-диагностические мероприятия для установления правильного диагноза с учетом клинических особенностей данной формы псориаза у детей.

МОЛНИЕНОСНАЯ ПУРПУРА

МАННАНОВ А.М., АСОМУТДИНОВА Ш.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.
Узбекистан

Молниеносная пурпура характеризуется массивным прогрессирующим кровотечением в коже, сопровождающимся широко распространенным тромбозом капилляров и венул, с последующим некрозом пораженных тканей. Диагностическими критериями являются остро развившиеся некрозы кожи и слизистых оболочек, распространенная гангрена конечностей, коллапс, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Так как это заболевание встречается среди детей, данный случай представляет особое практическое значение.

Приводим наш пример. Больная О. 12.03.2016 г. рождения, жительница Кашкадарьинской области, поступила в гнойно-хирургическое отделение клиники ТашПМИ 20 февраля 2018 года.

Со слов матери ребенок болен в течение одного месяца. Заболевание началось с повышения температуры, вялость, бледность, кожных покровов, снижение аппетита. На нижних конечностях и на ягодицах появились единичные геморрагические мелкие высыпания, заполненные кровянистой жидкостью. Из СВП по месту жительства были направлены в РСНПМЦП, где с 24.01.2018 по 26.01.2018 год получала лечение. Состояние ребенка не улучшилось и родители самовольно забрали ребенка домой. В течение 20 дней (с 28.01.2018 г. по 19.02.2018 г.) находились в домашних условиях и лечились у местного лекаря. За этот период общее состояние ребенка ухудшилось, отекли кисти рук и нижние конечности на ощупь стали холодными, из СВП по месту жительства была направлена 20 февраля 2018 года в клинику ТашПМИ.

При поступлении в клинику ТашПМИ общее состояние ребенка тяжелое, температура тела 37,5°, больной вялый, адинамичный, при осмотре очень беспокойный. Кожно-патологический процесс носит распространенный и невоспалительный характер. Преимущественно располагается симметрично на нижних конечностях с локализацией в области голеностопного сустава,

голени и нижней 1/3 части левого бедра, а также единичные очаги в области левой ягодицы. В области живота и бедер отмечаются вторичные рубцовые изменении от предыдущих очагов. На местах очагов поражений отмечаются некротические изменения, при пальпации уплотненные и безболезненные. Края очагов ровные, четкие, резко ограниченные от здоровой кожи. Субъективно ограничение движение и незначительная болезненность при движении. Допплерография сосудов нижних конечностей: атрофия мышечного слоя нижних конечностей. Учитывая данные объективного осмотра, допплерографического обследования ребенку выставлен диагноз молниеносная пурпура. На основании консилиума с участием педиатра, эндокринолога, гематолога, детского хирурга и детского дерматолога дано согласие на операцию и 22.02.2018 года больному провели ампутацию нижней 1/3 обеих ног.

Заключение. Таким образом, данный пример еще раз подтверждает необходимость внимательного осмотра детей больных данной патологией со стороны врачей разных специальностей. Правильно выставленный диагноз, прогнозирование течения патологического процесса, а также назначение полноценных терапевтических мероприятий является гарантом предотвращения возможных осложнений и инвалидности.

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ОПРЕЛОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТОМ «ЛИНДОСКИН»

МАННАНОВ А.М., РИХСИЕВ У.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан

Известно, что опрелости у детей, особенно грудного возраста, часто осложняются присоединением вторичной бактериальной и грибковой инфекции, это затрудняет лечение и усугубляет общее состояние детей и поэтому требует своевременной и адекватной терапии. К сожалению, педиатры и дерматологи в таких случаях часто и необоснованно используют топические кортикостероиды, а это имеет множество местных и общих побочных эффектов для детского организма. Поэтому целесообразно использование более эффективных и безопасных для детской кожи методов терапии.

Цель исследования. Изучение эффективности локального применения препарата «Линдоскин», содержащего в своем составе водно-спиртовый экстракт из растительного сырья местного экологически чистого производства, обладающего бактерицидным, противогрибковым, противовоспалительным и заживляющим действием.

Материал и методы. Под наблюдением находились 56 детей в возрасте от 4 дней до 11 месяцев, с проявлением опрелостей различной степени тяжести. Больные дети были беспокойны, плаксивы, плохо спали и мало прибавляли в весе. У больных детей очаги поражения наблюдались в основном в области крупных складок, спины и ягодиц в виде располагающихся на эритематозном и отечном основании папул, везикул, эрозий с явлениями мокнутия. При проведении бактериологического исследовании у 34 детей с очагов поражения были высеяны Candida albicans и Staph. epidermidis реже aureus. С матерями больных детей была проведена разъяснительная беседа по поводу правильного ухода за детьми данной возрастной группы и местная монотерапия раствором «Линдоскин» в разведении 1:5 (для разведения применялась дистиллированная вода).

Препарат местно применялся 3 раза в день, в виде примочек. В результате, на 3-е сутки после начала местного лечения раствором «Линдоскин», проявления воспаления в очагах поражения начинали заметно уменьшаться, а на 6–7-е сутки проявления опрелостей исчезли у большинства детей. Также у детей отмечалось заметное снижение беспокойства и нормализация сна. Ни у одного больного при правильном применении препарата «Линдоскин» на коже не наблюдалось побочных явлений.

Выводы. Таким образом, «Линдоскин» – эффективным препарат для местного применения в лечении опрелостей у новорожденных и грудных детей в условиях жаркого климата, обладающий быстрым противовоспалительным и эпителизирующим действием. Он удобен в применении, доступен по сравнению с дорогими топическими кортикостероидными препаратами, что имеет немаловажное экономическое значение для родителей.

ЛЕЧЕНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ ПРЕПАРАТОМ «РОАККУТАН»

МАХМУДОВ Н.И., УСМОНОВ Э.Б., НУРМАТОВ У. Б.

Ферганский ОКВД; Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии. Узбекистан

Угревая болезнь – сложное полиморфное мультифакторное хроническое заболевание сально-волосяного аппарата, возникающая в результате нарушения процессов кератинизации, избыточной продукции кожного сала, гормональных нарушений, размножения бактерий и развития воспаления. Угревая болезнь встречается почти у 80% юношей и девушек в возрасте от 12 до 24 лет (Counliffe W.J. et al., 2015) и у 10% сохраняется до 25 лет. В 2% случаев заболевание протекает в тяжелой форме в виде конглобатных, индуративных, флегманозных угрей, которые после разрешения оставляют грубые рубцы. В настоящее время заболевание акнэ среди молодых помимо косметического дискомфорта вследствие развития высыпаний на лице, является также причиной психологического дискомфорта, вызывая чувство неполноценности, депрессии, раздражительности. У студентов с тяжелыми формами акнэ даже отмечается слабая академическая успеваемость.

Цель настоящего исследования. Изучение клинической эффективности препарата «Роаккутан» при лечении угревой болезни.

Результаты исследования. Нами были обследованы 20 больных в возрасте 19–25 лет, получивших лечение в Обл. КВД. Из них мужчин – 8 (40%), женщин – 12 (60%), возраст колебался от 19 до 25 лет. Из них комедональной формой –3 (15%), папуло-пустулезной формой – 7 (35%), конглобатное акнэ – 10 (50%). Мы разделили этих больных на 2 группы. I группа больных получали традиционный метод лечения: иммуностимуляторы, метронидазол, ципрофлоксацин, местно: метрогил гель смазывали 2 раза в день. Больные II группы получали только монотерапию – препарат «Роаккутан». Препарат «Роаккутан», являясь ретиноидом системного действия, подавляет функцию сальных желез, и в то же время имеет наименьшие побочные эффекты. Препарат не применяли у беременных, а также лицам до 18 лет. «Роаккутан» является клинически эффективным препаратом, поэтому сроки лечения уменьшаются, что делает его приемлемым среди больных молодого поколения.

Заключение. Таким образом, при тяжелых конглобатных и папуло-пустулезных формах угревой болезни с включением в комплексную терапию системного ретиноида «Роаккутан» уменьшаются сроки лечения, уже через 2–3 недели отмечается улучшение кожного процесса, т.е. он патогенетически воздействует при данном дерматозе.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ПАТОГЕНЕЗА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА И РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

МИРАХМЕДОВА Х.Т., РУСТАМОВА М.Т., РАХМАТОВ А.Б.

Ташкентская медицинская академия и ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз. Узбекистан

Псориаз является системным заболеванием, клинический полиморфизм которого предусматривает развитие суставного синдрома примерно у 5–10% пациентов, причем именно эти формы дерматоза приводят к инвалидизации.

Цель настоящего исследования. Изучение особенностей клинического течения ранней и поздней стадии псориатического артрита (ПсА), разработка критериев диагностики и оптимизация патогенетической терапии заболевания.

Материал и методы. Под наблюдением находились 150 больных псориатическим артритом (ПсА) в возрасте от 20 до 71 года, причем мужчин 68 (45,4%) и женщин 82 (54,6%). Больным проводились клинические, лабораторные и инструментальные исследования. Кожные проявления оценивали по индексу PASI, суставной синдром – по индексам Ричи, ВАШ, DAS, LEI, ASAS, BASDAI, HAQ и др.

Результаты. При анализе взаимоотношения основных синдромов псориатической болезни (кожного и суставного) было установлено, что у 132 (88,0%) больных суставной синдром развивался на фоне кожной симптоматики, у 16 (10,6%) высыпания на коже появились спустя длительный период от начала первых симптомов ПсА, у 2 (1,3%) обследованных псориатическое поражение не встречалось, но имелся псориаз у родственника I степени родства. Ранним симптомом ПсА служило псориатическое пораже-

ние ногтей, зарегистрированное нами у 2/3 пациентов. Следует указать, что псориаз ногтей является предиктором тяжелого течения псориаза и увеличивает вероятность появления ПсА до 70–80%. Суставной синдром был основным в клинической картине ПсА. Согласно критериям CASPAR, основными клиническими симптомами являлись артрит, дактилит, энтезит, спондилит, частота которых зависела от длительности заболевания. Дактилит, который рассматривается как один из кардинальных признаков ПсА, имеет клиническую и диагностическую ценность и был установлен более чем у трети наших пациентов, причем дактилит стоп регистрировался в 2 раза чаще, чем дактилит кистей.

В комплексной терапии больных ПсА был использован стандартный метотрексат (сравнительная группа) и метотрексат в сочетании с овомином, позволивший значительно повысить терапевтическую эффективность, уменьшить побочные эффекты и удлинить примерно в 1,5–2 раза сроки клинической ремиссии кожного и суставного синдромов заболевания.

СТРУКТУРА ИНТЕРКУРРЕНТНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ

МУН А.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан

Ограниченная склеродермия – хроническое воспалительное заболевание соединительной ткани, характеризующееся поражением сосудистой системы, воспалительным процессом, нарушением аутоиммунной и тканевой реконструкции в коже без поражения внутренних органов. Распространенность этого заболевания составляет примерно 0,4–2,7 случая на 100000 населения. Большое значение в развитии данного дерматоза отводится различным факторам, в том числе, нарушениям микроциркуляторного русла, синтезу и обмену коллагена и гликопротеинов, генетическим факторам, а также наличию сопутствующих заболеваний. Очаговая склеродермия нередко сопровождается сопутствующей патологией. Ранее было показано, что может наблюдаться взаимное усиление аутоиммунных процессов в случаях сочетания склеродермии и эндокринных нарушений.

Цель нашего исследования. Изучение интеркуррентной патологии при очаговой склеродермии у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в отделении дерматологии клиники ТашПМИ в период с января 2016 по июнь 2018 года находились 23 пациента с очаговой склеродермией с различной локализацией, в том числе 8 мальчиков и 15 девочек в возрасте от 4 до 18 лет. Давность заболевания составляла от одного месяца до 6 лет. 16 пациентов ранее получали терапию с применением внутримышечных инъекций пенициллина, актовегина внутримышечно и на очаги поражения с временным эффектом.

Результаты. При сборе анамнеза, клиническом осмотре, на консультациях смежных специалистов были установлены следующие сопутствующие заболевания: воспалительные заболевания ЛОР-органов у 9 пациентов (39,1%); гипотиреоз – у 4 пациентов (17,4%); анемия – у 4 пациентов (17,4%); хронический холецистит – у 2 пациентов (8,7%); глистная инвазия – у 4 детей (17,4%).

Выводы. Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о значительном распространении патологии ЛОР-органов и равной частотой встречаемости эндокринной системы, анемии и глистной инвазии у пациентов детского возраста с локализованной склеродермией. Для окончательных выводов требуется увеличить общее число наблюдений.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПАРРИ – РОМБЕРГА У РЕБЕНКА

МУН А.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан

Прогрессирующая гемиатрофия лица (hemiatrophia faciei progrediens; син.: Парри – Ромберга болезнь, Ромберга болезнь) – редкое приобретенное заболевание, неясной этиологии, характеризующееся медленно прогрессирующей атрофией кожи, мягких тканей половины лица. Консорциум европейских партнеров (Orphanet) в настоящее время причисляют синдром Парри – Ромберга к числу «редких заболеваний», т.е. распространенность составляет примерно один

больной на 2000 человек. Многие исследователи склонны расценивать случаи синдрома Парри – Ромберга в рамках ограниченной склеродермии. Анамнестически больные связывают развитие синдрома с травмами черепа, разнообразными инфекциями (дифтерия, рожа, эхинококкоз, сифилис), опухолью головного мозга, но чаще говорят о хорошем состоянии здоровья в период, предшествующий заболеванию. Редкость, длительность течения и разнообразие симптомов болезни Пари – Ромберга от пациента к пациенту делает необходимым описать случай из нашей клинической практики.

Приводим собственное наблюдение. Пациентка 8 лет поступила в отделение дерматологии ТашПМИ с диагнозом ограниченная склеродермия, линейная форма с жалобами со слов матери на асимметрию лица, уплотнение кожи правой половины лица. Из анамнеза считает себя больной в течение 1,5 лет с момента появления очагов гиперпигментации, которые вскоре начали уплотняться. Неоднократно обращались к челюстно-лицевым хирургам. На момент поступления выявлены следующие изменения: алопеция в правой височной области, атрофические изменения кожи и очаги гиперпигментации в области правой щеки. Правый угол рта расположен выше на 1 см, отмечается девиация правого крыла носа. Окружность плеч, запястий, бедер, голеней одинакова. При проведении лабораторных исследований выявлено повышение СОЭ. Данные электроэнцефалограммы свидетельствуют о наличии умеренно выраженных диффузных изменений биоэлектрической активности головного мозга.

На основании анамнеза, изменений в статусе (атрофические изменения кожи, алопеция, вегетативный синдром, гемиатрофия лица справа) и данных методов исследования была диагностирована болезнь Парри – Ромберга.

Данный клинический случай имеет практическое значение в ранней диагностике синдрома Парри – Ромберга для уменьшения выраженности деформирующих изменений лица, которые могут привести к снижению качества жизни и инвалидизации.

ОБРАЩАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ В РКЦКВБ ЗА ПЕРИОД 2012–2017 годы

МУНИЕВА С.Х., КОМИЛОВА М., САТТОРОВ С., КУРБОНОВ Н.

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОСЗ РТ;
Республиканский клинический центр кожных и венерических болезней,
г. Душанбе. Республика Таджикистан

Буллезный эпидермолиз (БЭ) – группа генетически и клинически гетерогенных заболеваний, характеризующихся образованием пузырей и эрозий на коже и слизистых оболочках, ранимостью кожи и ее чувствительностью к незначительной механической травме («механобуллезная болезнь»). Отличительным признаком БЭ является ранимость кожи, ее чувствительность к любому механическому воздействию. Это неизбежно связано с возникновением эрозий. При большинстве форм БЭ эрозиям предшествуют напряженные пузыри, большая часть которых наполнена прозрачной бесцветной жидкостью, иногда пузыри имеют геморрагическое содержимое.

За период 2012–2017 годы в Республиканском клиническом центре кожных и венерических болезней был взят на учет 31 пациент с врожденным буллезным эпидермолизом (17 женщин и 14 мужчин) в возрасте от 6 месяцев до 30 лет. Из них в возрасте от 6 месяцев до 10 лет – 21 пациент, от 11 до 20 лет – 4 больных, от 21 года до 30 лет – 6 больных.

В 2012 году были взяты на учет 2 пациента (1 девочка и 1 мальчик). В 2013 году – у 7 больных (3 ж и 4 м) диагностирован вульгарный буллезный эпидермолиз. В 2014 году – 4 случая (3 ж и 1 м), в 2015 году 2 пациента (2 ж), в 2016 году – 5 обследованных (5 ж), а в 2017 году – 12 (3 ж, 9 м).

Диагноз простой буллезный эпидермолиз был поставлен 16 пациентам, дистрофический буллезный эпидермолиз диагностирован у 11 больных, пограничный буллезный эпидермолиз – у 4 пациентов. У большинства пациентов процесс начинался в первые недели жизни, но к врачу сразу не обращались.

Выявлено, что близкородственный брак у родителей обследованных отмечался у 27 пациентов (87%), у родителей 4 пациентов брак не родственный. У 19 пациентов родители были двоюродными братом и сестрой, у 8 пациентов – дальние родственники. У пациентов родители, которые не состояли в родственной связи, отмечали кожные заболевания по материнской линии.

После подтверждения диагноза все больные получили соответствующее лечение и были взяты на диспансерный учет.

Таким образом, за период с 2012 по 2017 год были обследованы на пузырные дерматозы 162 пациента, среди которых поставлен на учет 31 пациент с врожденным буллезным эпидермолизом. Больше всего больных выявлено в возрастном интервале от 6 месяцев до 10 лет.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

МУНИЕВА С.Х., КОСИМОВ А.М., КАХОРОВ И., БОБИЕВ А.З.

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОСЗ РТ; Республиканский клинический центр кожных и венерических болезней Республики Таджикистан, г. Душанбе. Республика Таджикистан

Здравоохранение в Республике Таджикистан в настоящее время переживает период реформирования, научного поиска реальных путей вывода его из кризиса, обеспечения устойчивого развития отрасли и, как следствие, последовательного, стабильного улучшения основных показателей состояния здоровья населения страны.

Этот период характеризуется как выявлением и использованием новых возможностей, каналов и форм финансирования здравоохранения, так и разработкой и поиском более совершенных и эффективных форм организации и управления в области общественного здоровья и здравоохранения, которые позволили бы добиваться высоких результатов и повышения качества медицинской помощи населению при всей ограниченности имеющихся материальных ресурсов.

Тем не менее, высокоспециализированная дерматовенерологическая помощь в полном объеме сегодня оказывается только в отдельных регионах, включающих в себя крупные города и районы Республики Таджикистан.

Актуальность проблемы подтверждается и тем фактом, что по материалам официальной статистики за последнее десятилетие отмечено увеличение показателя заболеваемости по классу болезней кожи и подкожной клетчатки. Телемедицина – одно из современных технических средств, применяемое для оказания медицинской помощи в учебно-образовательных и консультационных целях на расстоянии от пациента или обучаемого медицинского персонала.

В связи с вышесказанным в период с 2015 года по настоящее время в 5 пилотных районах Республики Таджикистан при поддержке Американского института Pacha начата программа по внедрению телемедицины. За период 2015–2018 годы в г. Худжанд Согдийской области было проконсультированы 63 больных: в 2015 году – 7 пациентов, 2016 году – 23 больных, 2017 году – 25, за 6 месяцев 2018 года – 8 больных. В г. Вахдат всего за отчетный период получили консультацию 74 больных: 2015 год – 9, 2016 год – 26, 2017 год – 24, за 6 месяцев 2018 года – 15 больных. В г. Кулябе всего проконсультированы 46 пациентов: 2016 год – 14, 2017 год – 21, за 6 месяцев 2018 года – 11 пациентов. В г. Курган-Тюбе получили консультативную помощь по телемедицине 37 пациентов: 2016 год – 14, 2017 год – 17, за 6 месяцев 2018 года – 6 больных. В г. Хорог всего дана консультация 18 пациентам: в 2017 году – 12 и в 2018 году 6 больным.

Таким образом за период с 2015 года по настоящее время всего проконсультировано 238 пациентов в пяти пилотных районах Республики Таджкистан. Телемедицина – способ проведения дерматовенерологических консультаций, который позволяет диагностировать и проводить коррекцию лечения и обеспечивать рядовому пользователю доступ к современным медицинским ресурсам.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

НАРЗИКУЛОВ Р.М., АБДУЛЛАЕВ Д.М., СОБИРОВ С.П., ИСЛОМОВ Н.Х.

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии, кожных и венерических заболеваний, г. Ташкент. Узбекистан

Течение атопического дерматита (АтД) носит рецидивирующий характер, несмотря на клиническое улучшение и длительные периоды ремиссии. Это может быть связано с иммунологическими особенностями патогенеза различных форм данного иммунозависимого заболевания. В этой связи мы решили исследовать иммунологические показатели организма в зависимости от степени тяжести заболевания, остроты процесса, а также от наличия либо отсутствия аллергического компонента.

Для решения этой цели было проведено исследование Ig E в крови 46 больных АтД в возрасте от 2 месяцев до 18 лет (мальчики – 24, девочки – 22). У 7 больных наблюдали тяжелую степень тяжести, у 26 – среднюю и у 16 больных легкую степень тяжести заболевания. Длительность заболевания составляла от 3 дней до 5 лет, у 42 больных кожный патологический процесс носил распространенный характер.

Установлено, что из 46 больных АтД у 31 пациента состояние Ig E было статистически досто-

верно увеличено уровня титров Ig E. Содержание Ig E отклонялось от средних показателей здоровых с ясно выраженной тенденцией к его повышению более чем у 67,39% больных, из них у 26 уровень Ig E был в широких пределах от 325 до 2500 Ku/1, средний показатель концентрации составил у них 772,3±7,2 Ku/1 ($p < 0,005$). У остальных больных (у 20 из 46) количество Ig E оказалось незначительно увеличенным или в пределах нормы, концентрация Ig E в сыворотке крови составляла от 250 до 325Ku/l, средний уровень Ig E в сыворотке крови у них оказался 275,3±7,4 Ku/1 ($p < 0,001$). Показание уровня Ig E в контрольной группе в среднем составило 265,2 Ku/1.

Представляется целесообразным исследовать содержание Ig E у больных АтД в зависимости от степени тяжести болезни и остроты кожного процесса, что поможет охарактеризовать аутоиммунное и аллергическое состояние организма на разных этапах течения тяжелого и распространенного заболевания, каким является АтД.

Количество больных, у которых был выявлен повышенный уровень IgE в крови, было достоверно выше в группе с тяжелой формой (у 11 из 12) по сравнению с группой, в которой болезнь протекала в средней и легкой формах (у 19 из 34). Тем не менее, следует отметить, что высокий уровень IgE может также наблюдаться и у больных АтД со средней и легкой формой тяжести.

Сопоставление средних величин содержания Ig E в сыворотке крови больных АтД, полученных в период явных клинических проявлений и в стадии ремиссии, выявило более высокое содержание Ig E у больных при обострении кожного процесса на 262,8 Ku/1, чем данные стадии ремиссии.

Таким образом, изучение титра IgE в сыворотке крови больных АтД, проведенное с учетом степени тяжести и остроты кожного процесса, характера сенсибилизации, – все это позволяет сделать вывод о несомненной патогенетической роли Ig E в развитии АтД.

АКНЕ У ЖЕНЩИН – ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

НАУМОВА Л.А., СТЕПАНЕНКО В.И.

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

Акне – хроническое заболевание сальных желез. Как правило, данный дерматоз проявляется в подростковом возрасте, когда наблюдается физиологическое увеличение уровня стероидных гормонов. Однако, на сегодняшний день значительно увеличивается количество женщин, у которых диагностируется акне в возрасте 25 лет и старше. Основной причиной возникновения акне у женщин является гиперандрогения (ГА) (как рецепторная, так и истинная).

Цель исследования. Выявление гормональных нарушений у женщин с акне и определение их влияния на течение заболевания.

Материал и методы. Под наблюдением находились 126 женщин с акне различной степени тяжести, в возрасте от 19 до 37 лет. Всем женщинам был проведен общеклинический осмотр для установления характера, локализации, продолжительности и степени тяжести воспалительного процесса.

Для оценки гормонального статуса организма женщин определялись следующие показатели: свободный тестостерон, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, пролактин, тиреотропный гормон, свободный тироксин, дегидроэпиандростерон сульфат.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных женщин акне легкой степени тяжести диагностировано в 53 (42%) случаях, средней тяжести – в 64 (51%), тяжелое клиническое течение – в 9 (7%).

Согласно полученным результатам исследований концентрации гормонов в плазме крови, был установлен синдром гиперандрогении у 109 женщин с акне. Гиперандрогения надпочечникового генеза установлена у 49 (44,9%) женщин, смешанная на фоне гиперпролактинемии – у 38 (34,9%), яичниковый генез гиперандрогении – у 22 (20,2%).

Срок продолжительности угревой болезни у 49 (39%) составлял от одного года до 5 лет, у 56 (44%) – от 6 до 10 лет, у 19 (15%) – от 11 до 15 лет, у 3 (2%) – более 15 лет.

Ограниченная локализация угревой сыпи только на лице была диагностирована у 41,3% женщин, распространенная, с вовлечением в патологический процесс кожи грудей и спины – у 58,7% обследованных женщин.

Выводы. У 86,5% обследованных женщин репродуктивного возраста, страдающих акне, установлены гормональные нарушения, что имеет важное значение в развитии и течении угревой болезни. Это указывает на необходимость проведения комплексного обследования пациенток с акне, в том числе оценки менструальной функции, а также изучения гормональных показателей для выявления гиперандрогении.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИЕЙ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

НАРЗИКУЛОВ Р.М., МАМИРОВ В.А., САЛАМОВА Л.А., ОРИПОВ Р.А., СОБИРОВ С.П.

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии, кожных и венерических заболеваний, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Изучить клинико-эпидемиологическую характеристику больных очаговой алопецией в Самаркандской области.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 62 больных с локальными (n=42), суб/тотальными (n=14) и тотальными (n=6) формами алопеции. Среди них было 26 женщин и 36 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет. Длительность заболевания у больных очаговой алопецией колебалась от 2 месяцев до 6 лет.

Результаты и обсуждение. Локальная форма характеризовалась наличием одного или нескольких очагов облысения в области волосистой части головы. Из 42 больных этой группы у 33 (78,6%) была проградиентная стадия заболевания, которая характеризовалась наличием зоны расшатанных волос или появлением новых очагов облысения. У остальных 9 (21,4%) больных была констатирована стационарная стадия, зона расшатанных волос отсутствовала, никакой динамики в течение кожного процесса не было на продолжении одного года и более. Тяжелое течение очаговой алопеции наблюдалось только у больных суб/тотальной и тотальной алопецией и характеризовалось отсутствием волос на площади более 50–70% на волосистой части головы, бровей и ресниц. Из 20 больных субтотальной и тотальной алопецией у 4 отмечалась стационарная, у 16 больных прогрессирующая стадия соответственно.

Течение локальной алопеции у 26% больных со сроком давности заболевания более одного года сопровождалось развитием дистрофических изменений ногтей, а при суб/тотальной форме поражение ногтей встречалось у 85% больных и рассматривалось как неблагоприятный прогностический признак.

При анализе анамнестических данных были определены возрастные периоды, на которые наиболее часто приходилось развитие проградиентной стадии очаговой алопеции в возрасте от 21 до 29 лет у 78,6% больных ОА.

У больных с тяжелыми формами манифестация заболевания чаще отмечалась в возрасте от 30 до 39 лет. Во всех формах очаговой алопеции превалировали мужчины над женщинами, их соотношение составило 1:1,5. Среди больных очаговой алопецией у 34 (54,8%) выявлена связь развития заболевания со стрессом, с травмами, у 8 (12,5%) больных с инфекционными заболеваниями, у 6 (9,7%) больных приемом лекарственных препаратов (гормоны, цитостатики, противозачаточные средства), у 5 (8,1%) больных выявлено аналогичное заболевание у родственников 1 степени родства, у 9 (14,5%) пациентов не было выявлено причины заболевания. Среди больных с тяжелой формой алопеции наиболее значимыми вероятными причинами были перенесенные стрессы и тяжело протекавшие инфекционные заболевания. При обследовании больных очаговой алопецией чаще всего выявлялись заболевания ЖКТ (дискинезия ЖВП, реактивный панкреатит и хронический гастрит).

Выводы. Особенностями течения ОА у взрослых является более частая ее регистрация (в 1,5 раза) у мужчин, особенно в возрастных группах 21–29 лет (в 2 раза). При локальной форме ОА отмечено преобладание проградиентной стадии ОА преимущественно у лиц 21–29 лет (78,6%). Относительно высокая встречаемость тяжелого течения болезни наблюдается у больных суб/тотальной и тотальной алопецией в возрасте 30–39 лет (34,8%). Среди триггерных факторов лидировали психоэмоциональный стресс (54,8%) и болезни ЖКТ(61,3%).

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

НАРЗИКУЛОВ Р.М., СОБИРОВ С.П., ИСЛОМОВ Н.Х.

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии, кожных и венерических заболеваний, г. Ташкент. Узбекистан

Было изучено состояние иммунного статуса в сыворотке крови у 62 больных ОА (локальная форма N= 22, суб/тотальная N= 28, тотальная N= 12), с давностью болезни от одного года до 3 и более лет, до лечения.

Результаты иммунологического исследования больных локальной формой очаговой алопеции демонстрировали тенденцию к незначительному снижению по сравнению с нормой абсолютных и относительных значений Т-лимфоцитов. В этой

группе у больных уровни CD 4+ и CD 8+ не имели достоверных отличий от нормы. Значение ИРИ (иммунорегуляторный индекс), хотя достоверных отличий от нормы не имел, отмечена тенденция к его снижению. В этой группе (I) среднее абсолютное значение CD 16+ было выше нормальных значений. Анализ цитокинового профиля у этих пациентов показал незначительное повышение Ил 8, Ил 10 и ФНОα по сравнению с нормой.

У больных второй группы (II) суб/тотальной алопецией со сроком давности заболевания (более одного года) наблюдались количественные изменения Т-лимфоцитов. В этой группе уровень CD 4+ был ниже нормальных значений в 1,5 раза, тогда как уровень CD 8+ статистически достоверно был повышен. При этом ИРИ был достоверно ниже нормальных значений. Уровень CD 16+ было выше нормальных значений.

В сыворотке крови у больных II группы уровени Ил 8, Ил 10 и ФНОα превышали нормы в 1,7, 2,2 и в 2,1 раза соответственно.

В третьей группе больных (III) с тяжелым и длительным течением алопеции количество Т-лимфоцитов имело тенденцию к значительному снижению. Уровень CD4+ был ниже нормальных значений в 2 раза. ИРИ был достоверно ниже нормальных значений. Уровни CD8+ и CD16+ были выше нормальных значений в 2,5 раза и в 2,9 раза соответственно. Наиболее высоким у этих больных был уровень ФНОα в сыворотке крови.

Таким образом, результаты нашего исследования подтвердили участие иммунной системы в формировании патологического процесса при различных формах алопеции. Для тяжелого и длительного течения алопеции характерно наличие признаков органоспецифического аутоиммунного процесса с угнетением функций Т-лимфоцитов. Тяжесть течения заболевания коррелировала с развитием дисбаланса продукции цитокинов, снижением активационной способности и цитотоксической активности ИРИ.

МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМИ ГЕЛЬМИНТАМИ

НАРЗИКУЛОВ Р.М., ТОШЕВ С.У., СОБИРОВ С.П., КАМОЛОВ И.Ш., ИСЛОМОВ Н.Х.

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии, кожных и венерических заболеваний, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Проанализировать влияние лямблий и некоторых кишечных гельминтов на микроэкосистему кишечника у больных нейродермитом.

Материал и методы. Исследование проведено с участием 76 пациентов с различной формой нейродермита, ассоциированного гельминтами: лямблии – у 44 (57,9%), гименолепидоз – у 15 (19,74%), энтеробиоз (острицы) – у 25 (32,9%), тениаринхоз у 4 (5,3%) соответственно. Смешанная форма глистной инвазии выявлена – у 56 (73,7%) больных. Средний возраст больных составил 30±2,2 года. Частота рецидивов составила в среднем 0,658±0,05 в месяц.

Результаты и обсуждение. Исследования микропейзажа кишечника на фоне глистной инвазии выявили существенные изменения в ее составе. У 54 (71,05%) из 76 больных при инвазии глистами выявлено достоверное снижение степени содержания бифидобактерий – (7lg КОЕ/г); лактобактерий – (7lg КОЕ/г); увеличение содержания условно-патогенных микроорганизмов, появление их ассоциаций (энтерококк + клостридии+сапрофитный стафилококк, синегнойная палочка). Так, для энтерококков он составил 0,6±0,02, клостридии – до 0,8±0,02, клебсиелла – до 0,6±0,07 и протеев – до 0,9±0,02, сапрофитных стафилококков – 0,4±0,02. Наибольшее количество Candida albicans отмечалось в фекалиях больных с диффузным нейродермитом – 58 (76,32%). Значительно меньше их было у больных с ограниченным нейродермитом – 26 (34,21%).

Были установлены значительные различия в количестве семейств и родов, составляющих микробиоценоз кишечника при нейродермите. Проведенные исследования состояния бактериальной эндофлоры кишечника на фоне протозойной инвазии у больных выявили, что наиболее выраженные изменения были зафиксированы со стороны анаэробной флоры. Уровень содержания семейства Enterobacteriaceae и Micrococcaceae, таких как клебсиеллы, золотистые стафилококки, составил lg 2,37±0,32 КОЕ/г и lg 1,86±0,28 КОЕ/г ($p<0,01$) соответственно.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования микробиоценоза кишечника больных нейродермитом выявили значительные дисбиотические сдвиги микропейзажа кишечника, характеризующиеся значительным снижением содержания облигатной микрофлоры (бифидобактерии, лактобактерии, эшерихии), повышением количества представителей факультативной и транзиторной микробиоты (клебсиеллы, клостридии, дрожжеподобные грибы Candida) на фоне высокой степени инвазированности гельминтами.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ДЕРМАТОЗОВ СРЕДИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

НУРМАТОВ У.Б., ШАРИПОВ А.У., УСМАНОВ К.З., АХРОРОВ А.А.

Ферганский областной кожно-венерологический диспансер. Узбекистан

Демографическая ситуация населения Республики Узбекистан в период независимости заметно изменилась. По сравнению с предшествующими годами в разрезе последних 10 лет продолжительность жизни среди мужчин возросла с 68 до 75 лет, среди женщин – с 70 до 75 лет. При рассмотрении самой структуры возрастных групп отмечается нарастание числа лиц, относящихся к старшим возрастным группам.

Параллельно с увеличением возраста человека, как правило, нарастает и патологическая отягощенность организма. По сравнению с людьми в возрасте 15–19 лет, патологическая пораженность которых составляет 13,2%, среди лиц в возрасте 70–80 лет эта цифра возрастает до 98%. Соответственно, удельный вес здоровых людей снижается с 86,7 до 2,5%.

Доказано, что значительную часть больных с дерматозами составляют лица старших возрастных групп. В связи с этим надо отметить важную роль психоэмоциональных нарушений в возникновении ряда хронически-рецидивирующих заболеваний кожи. Поэтому изучение психического статуса больных с хроническими дерматозами среди лиц пожилого и старческого возраста позволяет понять сущность самой патологии кожи.

Под нашим наблюдением находились 62 больных с различными кожными заболеваниями в возрасте от 60 лет и старше.

При клиническом обследовании среди всех обследуемых у 48 больных (77,4%) отмечались невротические расстройства различной степени выраженности. Выявлены следующие невротические жалобы: снижение настроения – у 23 больных (47,9%); утомляемость, снижение физической активности – у 38 больных (79,1%); апатия – у 17 больных (35,4%); плаксивость – у 29 больных (60,4); снижение интереса к окружающему – у 21 больного (43,7%); чувство тревоги и внутреннего напряжения – у 39 больных (81,2%); снижение памяти – у 33 больных (68,7%); повышенная раздражительность – у 51 больного (106,2%); нарушение сна: трудность засыпания – у 54 больных (112,5%); прерывистый сон – у 37 больных (77,0%); отсутствие чувства удовлетворенности сном – у 23 больных (47,9%).

Таким образом, данное обследование возрастной группы среди больных хроническими рецидивирующими заболеваниями кожи дало возможность определить невротические расстройства различной степени выраженности, которые могут играть важную роль в патогенезе развития и определять характер течения данных патологий кожи.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

РАЗИКОВА Э.С., МАВЛЯНОВА Ш.З., МАВЛЯНОВА З.Н.

Республиканский научно-специализированный аллергологический центр; ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

В последние годы атопический дерматит протекает в виде атопического синдрома, сочетается с бронхиальной астмой, риносинуситами. Генерализация атопического дерматита, поражение других органов могут быть связаны сменой «шокового» органа в течении заболевания, когда к возникшему в детстве атопическому дерматиту присоединяется бронхиальная астма.

Цель наших исследований. Определить эффективность нового антиаллергического, противовоспалительного природного биостимулирующего препарата – стимусола 10 мг (таблетки) на течение бронхиальной астмы с атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 62 больных с «атопическим синдромом» в возрасте от 14 до 20 лет. Из них мужчин было 28, женщин – 34. Диагноз бронхиальная астма верифицирован согласно «Международному консенсусу по диагностике и лечению бронхиальной астмы». Сочетание атопического дерматита с бронхиальной астмой в виде атопического синдрома всегда протекает тяжелее. Диагноз АД верифицировался согласно рекомендациям Европейской рабочей группы по шкале SCORAD (1994). Стимусол – препарат отечественного производства, изготовленный из экстракта корня сухой солодки, обладает бронхолитическим и иммунокоррегирующим свойства-

ми. У всех больных проводились клинические, иммунологические, функциональные и статистические исследования.

Результаты исследования. Для сравнительной характеристики эффективности проводимой терапии больные были разделены на 2 группы: I-группа – 30 больных с БА, сочетанной с атопическим дерматитом. Этим больным назначали стимусол в комплексе с традиционной терапией согласно стандартам терапии.

II-группа – 32 больных с «атопическим синдромом», получавших только традиционную терапию согласно стандарту (бронхолитики, антигистаминные препараты, местные противозудные препараты).

В качестве наружной терапии больным обеих групп был назначен крем мометазон (вегтазон) 1 мг/г – 15 г, обладающий противозудным и противовоспалительным свойствами. Крем наносился один раза в день в течение 5 дней.

Положительная динамика наблюдалась у больных I-группы уже через 2 недели, что отмечалось как самими пациентами в дневниках, так и при объективном наблюдении – клинико-функциональные исследования.

Результаты клинических наблюдений показали, что у больных I-группы сочетанная терапия дает синергический эффект, который проявлялся в отмене кортикостероидных аэрозолей у 56% больных, а у 44% больных способствовал снижению дозы кортикостероидов почти в 3 раза.

Отмечались следующие клинико-функциональные улучшения:

– снижение симптомов БА на 66%;

– уменьшение потребности в короткодействующих агонистах (бронхолитиках) на 63,5%;

– возрастание показателей жизненной емкости легких – объема форсированного выдоха за 1 сек ОФВ и поток скорости выдоха (ПСВ).

Динамика кожно-патологического процесса у больных с «атопическим синдромом» на фоне использования мометазона (вегтазон) характеризовалась снижением индекса ДИШС на 1,9 раза по сравнению до лечения ($P<0,05$).

Заключение. Таким образом, комплексный инновационный подход к терапии «атопического синдрома» способствовал повышению терапевтической эффективности, что говорит о его широком использовании в аллергологической и дерматологической практике.

ПОГРАНИЧНЫЙ ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ

РАХМАТОВ А.Б.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) – генетически неоднородная группа заболеваний, объединяющаяся общим клиническим признаком – формированием пузырей на местах травматизации кожи.

Собственное наблюдение. Пациент А.С.,20 лет, обратился в консультативную поликлинику РСНПМЦДиК МЗ РУз с жалобами на наличие пиодермических элементов на коже верхних и нижних конечностях. Из анамнеза установлено, что с раннего детского возраста беспокоило появление пузырей на конечностей, которые расценивались как буллезная форма стрептодермии. Было установлено появление аналогичных высыпаний на коже конечностей у дедушки и дяди по линии отца. На коже кистей и стоп выявлены единичные пузыри со светлым содержимым, наряду с очагами поверхностной атрофии кожи, местами гиперпигментация. Обращает на себя внимание формирование пузыря с геморрагическим содержимым на IV пальце правой кисти после применения ватного шарика на месте забора крови. Ногтевые пластинки на руках и ногах изменены, отмечается их атрофия, поперечная исчерченность, на отдельных ногтях отмечается онихошизис и койлонихия. Отмечается изменение окраски зубов: часть эмали левого и правого резцов имеют интенсивно белый цвет. Со стороны изученных общеклинических и биохимических показателей патологии не выявлено. Анализ мочи на порфирин – отрицательный. Было проведено гистологическое обследование: в биоптате определяется субэпидермальный пузырь, заполненный фибрином, с наличием единичных лейкоцитов. В дерме обнаружен эндопериваскулит, воспалительный инфильтрат представлен преимущественно лимфоцитами и фибробластами. Морфологическая картина соответствует варианту буллезного эпидермолиза.

На основании анамнестических (начало заболевания с раннего детского возраста), клинических (появление пузырей на месте минимальной травматизации кожи), отсутствия признаков других заболеваний, вызывающих образование пузырей на коже и патоморфологических данных (субэпидермальное расположение пузыря), был установлен окончательный диагноз: буллезный эпидермолиз врожденный, пограничный, локализованный. Рекомендовано применение препаратов цинка и синбиотиков, наружно: эпителизирующие и дезинфицирующие средства. Профилактика травматизации кожи и вторичного инфицирования.

БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ: ПОДХОДЫ ГЕННОЙ И КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ

РАХМАТОВ А.Б.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Буллезный эпидермолиз (БЭ) представляет собой клинически и генетически гетерогенную группу хронических заболеваний кожи, обусловленных мутациями ряда генов, кодирующих структурные белки, которые обеспечивают дермаэпидермальные связи. У большинства из них болезнь протекает в легкой форме, при тяжелых – поражается слизистая полости рта, пищевода, прямой кишки, а возникновение атрофических рубцов на коже в местах зажывших поражений может приводить к рубцовым контрактурам, сращению пальцев. В зависимости от клинической картины различают более 20 форм БЭ, значительно различающихся по тяжести проявлений и последствий. Известно около 400 мутаций в гене COL7A1, сопряженных с БЭ, а функциональные дефекты коллагена типа VII (С7), вызванные дислокацией терминирующих кодонов в обоих аллелях COL7A1, ответственны за наиболее серьезный аутосомно-рецессивный тип этого заболевания (рецессивный дистрофический буллезный эпидермолиз).

В настоящее время не существует методов терапии с выраженным лечебным эффектом, так как паллиативные мероприятия сводятся к бинтованию большей части поверхности тела с целью защиты кожи от возможных механических воздействий.

Поначалу было показано, что коллаген VII типа синтезируется и секретируется базальными кератиноцитами, но в большей степени фибробластами. В этой связи была предпринята попытка белковой терапии, когда использовались прямые инъекции рекомбинантного белка С7. Одним из многообещающих подходов к лечению БЭ является генная терапия, которая опирается на методы создания молекулярных конструкций, способных исправить работу мутантного COL7A1. С помощью лентивирусного вектора, способного к суперэкспрессии человеческого С7, были трансформированы фибробласты, выделенные от больного БЭ. Также используются специальные «лоскуты», созданные на базе стволовых клеток (мультипотентные мезенхимные стромальные клетки костного мозга), кодирующих нормальный LAMB3 ген, которые накладываются на участки кожи после лазерной абляции эпидермиса пациента. В приживленных трансплантатах происходит синтез нормального белка и исчезают признаки буллезного эпидермолиза, т.е. наступает устойчивое фенотипическое восстановление кожи.

ВРОЖДЕННЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ

РАХМАТОВ А.Б.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Буллезный эпидермолиз (БЭ) рассматривается как гетерогенная группа заболеваний, развивающихся вследствие врожденного дефекта в генах, кодирующих разные протеины дерматоэпидермального соединения. Проявляется образованием пузырей на коже и слизистых оболочках, подвергающихся трению. Термин «буллезный эпидермолиз» впервые был использован в 1886 году Кебнером. В 2007 году состоялся последний пересмотр классификации БЭ, опубликованой в 2008 году, согласно которой выделяют четыре основных типа БЭ: простой, пограничный, дистрофический и синдром Киндлера.

Основной чертой простого БЭ являются интраэпидермальные пузыри. Это аутосомно-доминантный тип наследования и связан с дефектом гена кератина К5 или К14. Он существует в трех основных формах: Вебера – Коккейна, Кебнера, Даулинга – Мира. У пациентов с пограничным БЭ пузыри формируются в светлой пластинке, у пациентов с дистрофической – под плотной пластинкой базальной мембраны. Пограничный БЭ наследуется аутосомно-рецессивно, и выделяют следующие разновидности: форма Херлитца (дефект ламинина 5), с атрезией привратника (дефект интегрина α6/β4), легкая форма Херлитца (дефект коллагена XVII), сочетающаяся с мышечной дистрофией (дефект плектина). Дистрофический БЭ (дефект коллагена VII) может наследоваться доминантно и рецессивно. При доминантном типе формирование пузырей наиболее выражено в дисталь-

ных отделах конечностей, характерны милиумы и на местах пузырей развиваются рубцы. При рецессивном типе (вариант Халлориеу – Сименса) пузыри присутствуют с рождения, формируется большое количество рубцов и развивается деформация кистей и стоп. В патологический процесс вовлекается зубочелюстная система (микростомия), наблюдаются нарушение глотания, задержка роста, формирование рубцов на конъюнктиве. При синдроме Киндлера множественные участки разрушения могут быть видны на разном уровне кожи. Появляются распространенные пузыри, формирующиеся к моменту рождения, появляется светочувствительность и пойкилодермия, дистрофия ногтевых пластин и атрофические рубцы. Внекожные проявления включают острый колит, эзофагит, уретральные стриктуры, зубы не подвергаются патологическим изменениям. Лечение детей с БЭ остается паллиативным, направленным на уход за эрозивно-язвенными поражениями кожи, на раннее выявление и лечение осложнений.

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

РАХМАТОВ А.Б.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) рассматривается как фенотипически и генетически гетерогенная группа генодерматозов, основным клиническим признаком которых являются пузыри, появляющиеся на местах травматизации кожи и слизистых вследствие существенных дефектов структурных белков кожи, обеспечивающих интраэпидермальные и дермоэпидермальные связи.

Этиотропной терапии ВБЭ пока не существует, ввиду чего разрабатываются методы патогенетического воздействия для улучшения трофики кожи и предотвращения появления пузырей на коже и слизистых. Одним из вариантов такого подхода является использование системной энзимотерапии (СЭТ), с помощью которой появляется возможность ускоренного перехода нативного α_2-макроглобулина в «быструю» форму, что обеспечивает возможность регуляции цитокинового метаболизма.

Под нашим наблюдением находились 12 больных (5 мальчиков и 7 девочек) в возрасте от 7 до 12 лет, у которых на основании анамнестических и клинических данных выставлен диагноз дистрофический буллезный эпидермолиз (доминантный БЭ – у 8, рецессивный БЭ – у 4 пациентов). У всех пациентов отмечалась анонихия, у 6 из 12 – диффузная алопеция. Рубцовые образования были отмечены у 4 из 12 больных, причем псевдодактилии и контрактуры пальцев развивались уже с первых месяцев жизни, что препятствовало росту и развитию кистей и стоп, затрудняло самообслуживание пациента и их передвижение.

Лечение больных проводилось согласно «Болаларда тери ва таносил касалдлдикларини диагностика ва даволаш стандартлари» (2016г.), а также дополнительно назначались препараты СЭТ, в частности препарат Вобэнзим по 2 драже 2 раза в день (до еды) в течение 2 месяцев. Разработанная методика лечения позволяла ускорять эпителизацию эрозивных образований и примерно в 2 раза уменьшать вероятность развития рубцовой атрофии кожи, что, несомненно, сказывается на повышении качества жизни самих пациентов.

Таким образом, в комплексной терапии больных буллезным эпидермолизом рекомендуется использование СЭТ, с помощью которой уменьшается воспалительная реакция и образование пузырей, наряду с профилактикой рубцовой атрофии кожи.

ПРИНЦИПЫ И СПОСОБЫ УВЛАЖНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ

РАХМАТОВ А.Б., РАХМАТОВА Д.В.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

При лечении многих кожных заболеваний применяются разнообразные наружные средства, способные оказывать различные действия, которые во многом имеют этиопатогенетическую направленность. В отдельных случаях (вульгарные и розовые угри, фотодерматозы) применяемые наружные средства приводят к появлению значительной сухости кожи, что, несомненно, требует

применения увлажняющей терапии. Существуют кожные заболевания (старческий зуд), где основным клиническим признаком является сухость кожи и как следствие зуд кожи.

Все эти факторы являются основанием для широкого использования наружных увлажняющих средств, которые способствуют созданию благоприятной кожной среды, для поддержания всех физиологических процессов в коже. Тем более, что любой воспалительный процесс в коже после своего разрешения оставляет остаточные процессы в виде сухости кожи (псориаз, аллергодерматозы и др.). Насколько быстро кожа восстановится после воспаления, настолько длиннее будет клиническая ремиссия дерматоза, а этим процессам весьма адекватна увлажняющая терапия.

В дерматологической практике широко используются различные увлажняющие средства типа Дексерила (на основе термальной воды), а также имеются целые линии наружных средств (On-Macabim), которые позволяют решать актуальные вопросы сухости кожи с эффектом замедления процессов старения, что отображается на значительном повышении качества жизни пациентов, которое было показано с помощью специально проведенного тестирования пациентов (ДИШС, Качество жизни и др.).

На примере больных псориазом было отмечено, что использование увлажняющей терапии в период ремиссия дерматоза приводило к ее удлинению примерно в 2–3 раза, что имеет важное практическое значение, учитывая количество рецидивов дерматоза и наличия изоморфной реакции Кебнера.

Таким образом, при лечении и особенно в период ремиссии любого кожного заболевания необходимо использование средств увлажняющей терапии, что будет способствовать значительному удлинению ремиссии дерматоза и, самое главное, значительно повысит комплаентность проводимых мероприятий и качество жизни самих пациентов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОТОХИМИОТЕРАПИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ

РАХМАТОВ А.Б., ИНОЯТОВ А.Ш.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

В настоящее время фотохимиотерапия (ПУВА-терапия) занимает важное место в лечении многих кожных заболеваний, в частности, псориаза.

Цель настоящего исследования. Разработка метода фотохимиотерапии больных с различными формами псориаза.

Материал и методы. Под наблюдением находились 104 больных (мужчин – 72, женщин – 32) в возрасте от 18 до 35 лет и давностью заболевания от 3 месяцев до 10 лет. Были выделены следующие клинические формы дерматоза: обычная – у 88 (84,6%), экссудативная – у 16 (15,4%) пациентов. У большинства пациентов была установлена осенне-зимняя форма дерматоза. В качестве фотосенсибилизатора нами был использован препарат «Люкодермин» (метоксален), который принимался за 2 часа до облучения, причем дозировка препарата устанавливалась в зависимости от массы тела пациента (в среднем принимали 3–5 таблеток метоксалена). Переносимость лечения была удовлетворительной, каких-либо побочных явлений не отмечалось. Только у двух пациентов после приема препарата появлялась тошнота, которая самостоятельно проходила через 2–3 часа после использования метоксалена. Согласно имеющимся Стандартам по диагностике и лечению кожных и венерических болезней (2017), больные принимали ПУВА-терапию 4 сеанса в неделю, на курс лечения получали 15–20 сеансов. В результате проведенного лечения у большинства больных указанное количество сеансов ПУВА-терапии приводило к полному регрессу псориатических высыпаний, с развитием вторичной гиперпигментации кожи. Больным псориазом, помимо ПУВА-терапии, использовались различные наружные средства, за исключением салициловой мази (крем Унны, 2%-ая борная мазь и др.). При лечении экссудативной формы псориаза вначале ПУВА-терапии больным назначался дезлоратадин (Лордес) по одной таблетке в течение 10 дней, применение которого способствовало более быстрому исчезновению экссудативного компонента бляшечных элементов и субъективных ощущений (жжение, зуд).

Заключение. Таким образом, рекомендуемая фотохимиотерапия больных псориазом позволяет получать клинический эффект (стойкий регресс элементов) у 93,3% пациентов, причем до минимума сведено количество лекарственных средств (фотосенсибилизатор – Люкодермин и антигистаминный препарат дезлоратадин). Наружно – индифферентные средства. Необходимо широкое внедрение данного метода во всех регионах республики.

СЛУЧАЙ СИРИНГОМЫ

РАХМАТОВ А.Б., КУРБАНОВА Н.К., МУСТАЕВА Е.И.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Сирингома является доброкачественной опухолью, происходящей из клеток эккринных потовых желез. Заболевание встречается преимущественно у женщин репродуктивного возраста и протекает доброкачественно. Эккринные потовые железы располагаются практически по всему кожному покрову, кроме половых органов. Под влиянием внешних, либо внутренних факторов, особенностей строения соединительной ткани, активности иммунной системы нарушаются процессы деления и созревания клеток, вследствие чего увеличивается клеточная масса и образуется плотная папула (сирингома).

Приводим собственное наблюдение. Больная А.С., 19 лет, обратилась впервые в консультативную поликлинику РСНПМЦДиК МЗ РУз с жалобами на наличие высыпаний по всему кожному покрову без каких-либо субъективных ощущений. Считает себя больной в течение последних 2-х лет, когда без видимой причины на коже лица и туловища появились папулезные высыпания округлой формы без шелушения, имеющие розоватую окраску. Проявления были расценены как юношеские бородавки, по поводу которых было проведено по месту жительства амбулаторное лечение. Проведенное лечение привело к появлению новых папулезных элементов на коже туловища, вследствие чего больной пришлось обращаться в РСНПМЦДИК.

Status localis: кожно-патологический процесс носит распространенный характер с преимущественной локализацией высыпаний на коже лица и туловища, единичные элементы на руках и ногах. Элементы сыпи представлены мелкими плотными папулами, которые не отличаются по цвету от окружающей кожи, местами папулы имеют розоватый оттенок. Папулы имеют в диаметре примерно 3–5 мм. Диагноз сирингомы был подтвержден гистологическим исследованием. В микропрепарате были выявлены в дерме множественные кисты округлой формы, заполненные гомогенным и зернистым содержимым. Кисты по форме напоминают «головастиков», так как один конец их округлый, а противоположный – тонкий и вытянутый. Больной проведена лазерная коагуляция папулезных высыпаний.

Таким образом, представленный случай имеет определенный практический интерес, так как по характеру своих высыпаний может напоминать юношеские бородавки, и гистологическое исследование является приоритетным в плане постановки диагноза и последующей деструктивной терапии.

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

РАХМАТОВ А.Б., МИРАХМЕДОВА Х.Т.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

В настоящее время псориатический артрит регистрируется примерно в 5–30% случаев, причем использование лабораторно-инструментальных методов (Caspar) позволяет выявлять минимальные проявления суставного синдрома.

Цель исследования. Проведение стандартного метода обследования больных псориазом с учетом суставного синдрома и внедрение патогенетически обоснованного метода терапии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 156 больных псориазом (мужчин – 97, женщин – 59) в возрасте от 24 до 55 лет и давностью заболевания от 6 месяцев и более 20 лет. У большинства больных заболевание представлено крупнобляшечными высыпаниями, проявления суставного синдрома установлены у 47 (30,1%) больных. Явления артралгий установлены у 45 из 47 пациентов, причем в большинстве случаев это касалось мелких межфаланговых суставов кистей и стоп. Выраженные явления артропатии (деформации и др.) были установлены у 29 из 47 больных. Следует отметить, что у всех больных с установленным диагнозом псориатического артрита были выявлены явления псориатической онихопатии, что косвенно указывает на возможность развития суставного синдрома у больных псориазом с поражением ногтевых пластинок. Проведение сонографических исследований суставного аппарата межфаланговых суставов подтвердило указанное положение.

У всех больных псориатическим артритом была использована системная энзимотерапия (СЭТ), когда пациенты принимали вобэнзим по 5 драже 3 раза в день в течение 2–3 месяцев, что позволяло в 1,9 раза сокращать сроки стабилизации и дальнейшего разрешения псориатического процесса с последующим значительным удлинением ремиссии дерматоза. Кроме того, СЭТ позволило значительно снизить курсовую дозировку нестероидных противовоспалительных препаратов, а в некоторых случаях полностью от них отказаться. Регресс суставного синдрома сопровождался четкой тенденцией к нормализации лабораторно-инструментальных (особенно МРТ-исследований) данных.

Заключение. Таким образом, включение в комплексную терапию псориатического артрита СЭТ позволяет повысить эффективность лечения, ускорить регресс клинических проявлений и примерно в 2 раза снижает частоту рецидивов дерматоза наряду с отменой таких препаратов, как метотрексат и гормоны.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСОВ

РАХМАТОВ А.Б., ХАЛДАРБЕКОВ М.К.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Невус является доброкачественным пигментным образованием кожи вследствие скопления невоидных клеток. От других меланоцитов они отличаются тем, что не имеют отростков, не передают меланин окружающим меланоцитам и характеризуются менее активным метаболизмом. Новые меланоцитарные невусы формируются естественным путем с 6-месячного возраста. На образование невусов влияют наследственность, чрезмерная инсоляция и др. В среднем у каждого представителя белой расы (I тип кожи) насчитывается около 20 невусов. У представителей темных рас (V–VI тип кожи) пигментные невусы встречаются реже. Количество невусов обычно увеличивается с возрастом.

Выделяются врожденные пигментные (пятнистый невус, врожденный меланоцитарный невус, линейный эпидермальный невус) и приобретенные пигментные невусы (голубой невус, невус Сеттона или периневусное витилиго, невус Маерсона, невус Отты, невус Ито, невус Беккера, невус Кларка), которые встречаются в практике дерматолога, но зачастую не регистрируются. Из представленных невусов наиболее часто диагностируется невус Сеттона, который может самостоятельно наблюдаться у пациентов или сочетаться с типичными витилигинозными очагами, причем данный факт нередко является причиной отклонения эффективных методов терапии, как фотолечение. Следует указать, что многие авторы относят невус Сеттона к одной из разновидностей витилиго. Депигментация связана со снижением содержания меланина в меланоцитах или исчезновением меланоцитов из эпидермиса. Главными триггерными факторами являются частая травматизация и чрезмерное солнечное облучение. Возможна самопроизвольная репигментация. По нашим данным синдром Сеттона встречается у 10–15% больных витилиго. Довольно часто на практике встречается невус Беккера, когда на коже спины и плечах появляются участки гиперпигментации кожи с явлениями гипертрихоза у мальчиков в пубертатном периоде на фоне повышения уровня андрогенов.

В зависимости от размера, расположения и клинических симптомов для удаления невусов можно использовать криодеструкцию и электрокоагуляцию.

Таким образом, в дерматологической практике могут встречаться разнообразные формы пигментных невусов, которые необходимо правильно диагностировать с использованием метода дерматоскопии, и решать вопрос о методе терапии с учетом возможности трансформации в меланому кожи.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

РАХМАТОВ А.Б., ХАЛДАРБЕКОВ М.К., ХОЛИЕРОВ А.П., АШИРОВ З.Ф.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз; Кашкадарьинский и Самаркандский кожно-венерологические диспансеры. Узбекистан

Понятие «наследственный буллезный эпидермолиз» охватывает большую группу гетерогенных генодерматозов, характеризующихся возникновением пузырей после травмы.

Терапия буллезного эпидермолиза расценивается как «чисто поддерживающая». В качестве системной терапии в последние годы использую препараты, подавляющие синтез коллагеназы, например, дифенин. Можно применять и препараты, стимулирующие синтез ингибиторов коллагеназы (ретиноиды, витамин Е). Относительно системных глюкокортикостероидов вопрос остается спорным, так как при том, что они стимулируют синтез ингибиторов коллагеназы и предупреждают появление пузырей, их длительное назначение чревато иммунодепрессией. Ведущее значение в грамотном ведении этих больных принадлежит антибактериальной терапии: красители, цинковое масло с дерматолом, растворы риванола и фурацилина, кремы с антибиотиками. Учитывая необходимость патогенетически обоснованного применения топических глюкокортикостероидов в целях предупреждения появления пузырей, а также обязательного нанесения антибактериальных средств, можно рекомендовать сочетанные по своему спектру воздействия такие мази, как целестодерм с гарамицином и другие комбинированные наружные средства.

Самое принципиальное значение при буллезном эпидермолизе имеет организация правильного ухода, особенно в период новорожденности, и что не менее важно – обучение этим приемам матери. Имеется в виду по возможности длительное пребывание новорожденного в кювезах (1–2 мес), свободное пеленание, пропитывание пеленок минеральными маслами, соблюдение асептики, использование кварцевания помещения. По мере роста ребенка следует устранять стесняющую одежду и трущую обувь. Пища должна быть измельченной, легко усвояемой. Рекомендуются ежедневные купания со смягчающими и дезинфицирующими средствами. Наконец, буллезный эпидермолиз именно то заболевание, которое предполагает обязательное медико-генетическое консультирование при планировании беременности, если уже есть в семье больной ребенок. Кроме того, следует учесть, что при наиболее тяжелых формах буллезного эпидермолиза (рецессивный дистрофический Галлопо–Сименса и злокачественный атрофический генерализованный) на 18–20 нед. беременности возможна пренатальная диагностика.

НЕКОТОРЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ

РАХМАТОВ А.Б., ХАЛДАРБЕКОВ М.К.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Для изучения полиморфизма ихтиоза было проведено изучение отдельных генетических маркеров (система АВО и гаптоглобина) у 16 больных с вульгарным ихтиозом и 16 их родственников I степени родства. Определение системы АВО проводили на базе лаборатории переливания крови клиники ТМА № 2 стандартными гемагглютинирующими сыворотками, изучение фенотипов гаптоглобина (Hp) проводилось по методу Smith O. et al. (1970) в модификации Х.С. Рафиковой (1980) путем применения дискэлектрофореза на полиакриламидном геле. Поскольку изучаемые генодерматозы относятся к редко встречающимся, изучаемые выборки оказались небольшими. Согласно правилам статистической обработки данных, для анализа малых выборок следует применять непараметрические методы. На основании этого для сравнения особенностей распределения фенотипов Hp и групп крови больных ихтиозом и их родителей и в группе контроля использовался четырехпольный критерий χ-квадрат.

Проведенные исследования показали, что у больных вульгарным ихтиозом группа крови О (I) встречается у 19% чаще по сравнению с контролем. Группа В (III) наоборот, встречалась у больных ихтиозом реже, чем в контрольной группе: 15 и 29% соответственно. Наиболее часто регистрировалась группа крови АВ (IV), которая по частоте встречаемости более чем в 2 раза превышала показатели контрольной группы. Что касается группы крови А (II), то по сравнению с контролем она была снижена: 0,07±0,02 и 0,44±0,01 при $p < 0,05$. Среди родственников больных вульгарным ихтиозом была отмечена аналогичная частота системы АВО.

Три фенотипа Hp определяются двумя аллельными генами Hp1 и Hp2, комбинации которых образуют 2 гомозиготных варианта (Hp2-2 и Hp1-1) и один гетерозиготный (Hp2-1). У больных вульгарным ихтиозом достоверно повышается носительство Hp2-2 по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). Наоборот, носительство Hp2-1 уменьшается по сравнению с контрольной группой (0,12 ± 0,02 и 0,77±0,03 при $p < 0,05$). Среди родственников следует обратить внимание на повышение фенотипа Hp2-2 ($\chi = 8,12$) и снижение фенотипа Hp2-1 ($\chi = 3,55$). Следовательно, именно фенотип Hp2-2 характерен не только для самих больных вульгарным ихтиозом, но и их родственников, что может в дальнейшем использоваться для фенотипирования и других генодерматозов.

ВОПРОСЫ ВЕРРУЦИФОРМНОЙ ЭПИДЕРМОДИСПЛАЗИИ ЛЕВАНДОВСКОГО – ЛЮТЦА

РАХМАТОВ А.Б., ХАЛДАРБЕКОВ М.К.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Верруциформная эпидермодисплазия (ВЭ) характеризуется появлением распространенных полиморфных высыпаний, нередко имеющих унилатеральный характер, напоминающих бородавки, причем с тенденцией в некоторых случаях к малигнизации. В развитии заболевания наиболее важным фактором является генетическая детерминация, а также нарушения иммунного статуса. Не исключается роль вирусов папилломы человека (3,5,8–10,14 типы). Семейные случаи установлены у 20–30% пациентов.

Под нашим наблюдением находились 12 больных (мальчиков – 7, девочек – 5) в возрасте от 1,5 до 5 лет и давностью заболевания от 6 месяцев до 3 лет. Появление высыпаний родители ни с чем не связывают. Преимущественно на нижних, реже на верхних конечностях появлялись бородавчатые высыпания коричневатого цвета, местами сливного характера, располагающиеся в виде «цепочки». Постепенно данные проявления распространялись линейно по определенному сегменту иннервации конечностей. Особых субъективных ощущений данные высыпания не вызывают, в редких случаях возможно появление зуда кожи и то после приема каких-либо наружных средств. При обращении к дерматологу наиболее часто выставлялся диагноз «бородавка». Нередко разрушительная наружная терапия приводила к увеличению количества высыпаний и распространению их на новые участки кожи. Аналогичные высыпания в семье были определены у 7 из 12 пациентов, причем выраженность высыпаний была различной. При обследовании пациентов было установлено иммунодефицитное состояние, требующее своей коррекции. Методом ИФА наиболее часто выявляли 8 и 14 типы ВПЧ.

При лечении ВЭ нами были использованы препараты, имеющие противовирусный и иммуномодулирующий эффект (препарат «Гроприносин»), иммуномодулирующий и дезинтоксикационный эффект (препарат «Полиоксидоний»), а также наружные кератолитические средства. В отдельных случаях была использована криодеструкция очагов поражений. Больные находятся под постоянным контролем и ухудшения кожного статуса пока не наблюдается ни в одном случае. По всей вероятности противовирусная и иммуномодулирующая терапия является профилактическим звеном малигнизации основных проявлений верруциформной эпидермодисплазии Левандовского–Лютца.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ РЕКЛИНГАУЗЕНА

РАХМАТОВ А.Б., ХАЛДАРБЕКОВ М.К.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Нейрофиброматоз I типа является наиболее частым заболеванием с аутосомно-доминантным типом наследования и наиболее тяжело протекающим из группы факоматозов. Болезнь Реклингаузена характеризуется выраженным полиморфизмом клинических проявлений, в том числе среди родственников I степени родства, прогрессирующим течением, вовлечением в патологический процесс многих органов и систем, а также высокой частотой тяжелых осложнений.

Степень выраженности клинических проявлений у разных больных неодинакова и колеблется в широких пределах: от немногочисленных крупных или мелких, по типу веснушек, пигментных пятен и единичных мелких кожных и подкожных нейрофибром до огромного, исчисляемого несколькими тысячами количества нейрофибром или крупных плексиформных нейрофибром.

Цель настоящего исследования. Изучение клинического полиморфизма у больных нейрофиброматозом I типа.

Под нашим наблюдением находились 50 больных (мужчин – 40, женщин – 10), у которых клинические признаки заболевания соответствовали диагностическим критериям нейрофиброматоза I типа. Давность заболевания составляла от одного года до 20 лет. Анализ анамнестических

данных показал, что 36 (72%) пациентов не смогли указать причины возникновения заболевания, 6 (12%) – связывали начало заболевания с половым созреванием, 5 (10%) – с простудными заболеваниями, 3 (6%) – с началом менструального цикла.

Клинически больные подразделялись на две группы: I группа (19 больных) характеризовалась наличием нейрофибром (кожные, подкожные, плексиформные) и II группа (31 больной) представлена пигментной формой дерматоза. Пигментная форма характеризовалась наличием крупных, не менее 0,5см в диаметре пятен, типичного цвета («кофе с молоком»), а также мелких пигментных пятен типа веснушек, имеющих обычно более темную окраску. Всем больным проводилось составление генеалогических карт, определение дерматоглифики, изучалась группа крови АВО, С-реактивный белок и ИФА-исследования DNA. Отмечены некоторые факторы, связанные с трансформацией пятнистых элементов в нейрофибромы, что в последующем позволит определять меры терапевтического воздействия.

«ГРОПРИНОСИН» В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ВИРУСНОЙ ЭКЗАНТЕМЫ У ДЕТЕЙ

РИХСИЕВ У.Ш., АКБУТАЕВА М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан

Каждый год в нашем регионе в весенне-летний период наблюдаются вспышки вирусной экзантемы (вирусная пузырчатка) среди детей. Следует отметить, что в последнее время участились случаи обращения больных детей с проявлениями этого заболевания после отдыха в Турции. По всей вероятности это связано с тем, что клинические проявления вирусной экзантемы схожи с проявлениями других инфекционных и аллергических заболеваний. Несмотря на наши неоднократные публикации по поводу вирусной экзантемы, это заболевание вызывает трудности у педиатров, инфекционистов и дерматологов в ранней диагностике и адекватном лечении.

Цель нашего исследования. Использование препарата «Гроприносин» в комбинированной терапии вирусной экзантемы у детей.

Материал и методы. В консультативно-диагностическую поликлинку клиники ТашПМИ за весенне-летний период 2018 года обратились 35 детей с различными проявлениями вирусной экзантемы в возрасте от 8 месяцев до 13 лет. Всем этим детям в комплексной терапии в качестве основного препарата был назначен «Гроприносин», обладающий выраженным противовирусным и иммуномодулирующим свойствами. В комбинации с «Энтеросгелем», оказывающим быстрое энтеросорбирующее действие. Препараты назначались per os исходя из возраста и тяжести состояния больных детей на протяжении 10 дней. В процессе проведенной терапии на 2 сутки наблюдалось заметное снижение явлений общей интоксикации, а на 3–5 сутки подавляющая часть высыпаний рассасывалась. Только у двух больных течение заболевания имело более затяжной характер, но это было обусловлено их более поздним обращением.

Заключение. Таким образом, учитывая вышеизложенное, использование в комплексном лечении детей, больных вирусной экзантемой, «Гроприносина» как современного противовирусного и иммуномодулирующего препарата в комбинации с «Энтеросгелем» показало, что они являются удобными для применения в детской практике и дают более выраженный терапевтический эффект.

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ СПРЕЯ «ЛИПОВИТИЛИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАНОТЕХНОЛОГИИ

СААТОВ Б.Т.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

В современной медицине наружные средства на основе липосом считаются самыми эффективными и передовыми в лечении витилиго.

Цель настоящей работы. Получение липосомной субстанции из природных липидов и ее использование для больных, страдающих 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 обла-

дают 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 вызывающим раздражающих и аллергических реакций, что чрезвычайно важно для разработки и внедрения данной методики.

При 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 а-токоферол, микроэлементы – цинк, медь и аминокислоту тирозин. На основе приготовленной многокомпонентной липосомной субстанции разработали отечественный продукт «Липовитилин» в аэрозольной форме. Токсикологическое исследование созданного средства показало полное отсутствие токсичности по классификации Сидорова. Проведенные на лабораторных животных эксперименты установили, что «Липовитилин» обладает способностью удерживать влагу в коже и является потенциальным увлажняющим агентом. На данный продукт «Липовитилин» получено санитарно-эпидемиологическое заключение, указывающее, что «Липовитилин» соответствует требованиям санитарных норм и правил. Получен также Сертификат соответствия, разрешающий серийное производство спрея «Липовитилин» для использования у больных витилиго. Произведен серийный выпуск для продажи продукта «Липовитилин» в форме спрея, который обладает антиоксидантным, мембраномодифицирующим, транспортирующим, реконстрирующим, меланогенезстимулирующим действием.

Выводы. Проведенное нами клиническое применение липосомного препарата «Липовитилин» у больных витилиго убедительно показывает, что использование «Липовитилина» в сочетании с традиционным методом и в качестве монотерапии по терапевтической эффективности значительно превосходит традиционный способ лечения данного дерматоза.

Этот факт открывает большую перспективу на широкое применение липосомного препарата «Липовитилин» в терапии витилиго в будущем.

АНТИАНДРОГЕННАЯ ТЕРАПИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

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

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Одной из сложных задач современной дерматокосметологии является проблема терапии андрогензависимых синдромов кожи – андрогензависимых дерматопатий (угревая болезнь, андрогенная алопеция, себорейный дерматит), которые часто служат причиной психологического дискомфорта и отрицательно влияют на качество жизни женщин. Первая грань актуальности проблемы состоит в том, что андрогензависимая дермопатия значима не только как манифестация синдрома гиперандрогении, но и сама по себе, поскольку ее симптомы связаны с неудовлетворенностью своей внешностью, низким качеством жизни, расстройствами пищевого поведения, психоэмоциональными нарушениями тревожного и депрессивного характера. Вторая грань актуальности проблемы состоит в том, что андрогензависимые симптомы могут стать первым признаком серьезных заболеваний, когда избыток андрогенов в женском организме обусловливает не только эндокринные, но и метаболические нарушения (кардиоваскулярные и онкологические), что с медицинской точки зрения представляется более важным. Прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) – наиболее распространенный способ терапии андрогенных дерматопатий. Основой антиандрогенного эффекта представителя нового поколения прогестагенов – хлормадинона ацетата – являются: конкурентное связывание ХМА с рецепторами к андрогенам в клетках-мишенях, включая волосяные фолликулы и кожные сальные железы; подавление синтеза андростендиона и дигидроэпиандростерона сульфата – основных яичниковых и надпочечниковых андрогенов; снижение чувствительности клеток волосяных фолликулов и кожных сальных желез к андрогенам вследствие подавления в них активности 5а-редуктазы; повышение синтеза глобулина, связывающего половые стероиды, что приводит к достоверному снижению в крови уровня активного тестостерона.

Цель исследования. Эффективность антиандрогеной терапии у пациентов с андрогензависимыми дерматопатиями, в частности, угревой болезнью.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 32 пациента женского пола с угревой болезнью в возрасте от 19 до 48 лет, среди которых пациенток с комедональной формой было 22 (69%), папуло-пустулезной формой – 10 (31%). Длительность заболевания была от одного года до 5 лет – у 12,8% пациенток, более 5 лет – у 87,2%. Комедональная форма характеризовалась множеством закрытых и открытых комедонов на фоне выраженной себореи. Папуло-пустулезная форма вульгарных угрей была представлена пустулами и воспалительными папулами полушаровидной формы, размер которых примерно 5 мм, от розово- красного до синюшно-багрового цвета. У пациентов с угревой болезнью определялся гормональный статус (ЛГ, ФСГ, ДГЭС, СССГ, 17-ОН), на основании которого совместно с эндокринологами назначался препарат «Беллара», производимый компанией «Гедеон Рихтер», действующим веществом которого является хлормадинона ацетат, производное природного прогестерона (ХМА 2 мг, этинилэстрадиол 30 мкг). Данный препарат назначался по схеме с первого дня менструального цикла 21 день в течение 6 месяцев.

Результаты. Применение хлормадинона ацетата в виде монотерапии у пациенток угревой болезнью показало уменьшение сальности кожи и стягивание пор после окончания первого курса терапии на 20–25 день, разрешение папул и пустул уже после окончания второго курса терапии на 40–45 день лечения. Пациентки наблюдались в течение одного года. Препарат «Беллара» пациентки применяли в течение 6 месяцев, на основании чего можно утверждать о длительности действия хлормадинона ацетат и постоянстве его концентрации без эффекта накопления вследствие отсутствия побочных эффектов. Рецидивов заболевания в течение одного года не наблюдалось. Характерным для препарата «Беллара» среди женщин после 30 лет является также улучшение текстуры кожи, которое возникает за счет уменьшения трансэпидермальной потери влаги и улучшения барьерных функций эпидермиса.

Выводы. Применение антиандрогенной монотерапии при угревой болезни в виде назначения препарата «Беллара» компании «Гедеон Рихтер» показало высокую эффективность терапии с отсутствием рецидивирования заболевания.

ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИНГ ТУРЛАРИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

САБИРОВ У.Ю., ЭШБОЕВ Э.Х.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Витилиго сегментар ва носегментар турларга бўлинади. Носегментар витилиго (85% дан 90% гача) сегментар витилиго (±10%) турига қараганда кўпроқ тарқалган. Носегментар витилиго депигмент доғларнинг танада симметрик ривожланиши билан характерланади, сегментар витилигода эса, бир томонлама депигмент пайдо бўлиши билан чегараланиб, одатда, ўрта чизиқни кесмаслиги билан намоён бўлади. Сегментар витилиго ва носегментар витилиголардаги касаллик эволюцияси ҳамда даволаш усуллари ҳам турлича бўлиб, бир-биридан тубдан фарқланади. Кўпчилик беморларда носегментар витилиго сурункали тарзда ривожланиб, умри давомида касаллик зўрайиши билан кечади. Сегментар витилигода эса, депигмент доғ тананинг маълум бир қисмида пайдо бўлиб, касаллик тез суръатларда ривожланади, айнан пайдо бўлган депигмент доғ катталашиши билан кечиб (бир неча кундан бир неча ҳафта ичида), маълум вақтдан сўнг (одатда, 1–2 йилдан сўнг стабил ҳолатга ўтади) касаллик ривожланиши тўхташи ва репигментация кузатилиши билан давом этади.

Носегментар витилигони қуйидаги тери касалликлари билан қиёсий ташхислаш зарур: ранг-баранг темиратки, атопик дерматит, Сеттон касаллиги, гипопигмент невус, лишайниксимон стриатус, прогрессияланувчи макуляр гипопигментация ва гипопигментланиш билан кечувчи микозлар. Камдан-кам ҳолатда, лекин жуда муҳим диагноз ҳисобланувчи меланома билан оғриган беморларда ўз-ўзидан пайдо бўлувчи депигментацияларни унутмаслик лозим. Бундай ҳолатни витилиго бошланган катта ёшдаги беморларда қиёсий ташхислаш ўтказишни талаб қилади.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, носегментар витилиго бир қанча аутоиммун касалликлар, яъни қалқонсимон без, алопеция, псориаз, қандли диабет, ревматоидли артрит, камқонликнинг ўта оғир тури ва Аддисон касаллиги каби касалликлар билан алоқадор ҳисобланади. Аддисон касаллиги умумий популяцияда учрашига нисбатан витилиголи беморларда жуда кам учрайди.

Умумий қалқонсимон безнинг аутоиммун касаллиги ўрганилганда витилигога чалин-

ган беморлардаги учраш ҳолати 14,3% ни ташкил этган. N. Geel ва ҳамкасбларининг (2014) ўрганишлари шуни кўрсатдики, қалқонсимон без касалликлари кўпроқ аёлларда учраши аниқланди (13,4% ва 5,4%) ҳамда шуниси билан ҳайратланарлики, қалқонсимон без касалликлари мавжуд витилиголи беморларнинг барчасида депигмент зарарланишнинг қўллардаги формаси (акрал формаси) кузатилган (эркаклар – 94,4%, аёллар – 93,9%). Оёқ ва тирсак соҳалари зарарланган беморларда эса, қалқонсимон без касалликлари билан касалланишга нисбатан мойиллик аниқланган. Бошқа аутоиммун бузилишли ҳолатларнинг витилиго билан айнан алоқадорлиги кузатилмаган. Сегментар витилиголи беморларда эса, аутоиммун бузилишлар учраш ҳолатининг ошиши қайд қилинмаган.

ФОТОКИМЁТЕРАПИЯ УСЛУБИ БИЛАН ВИТИЛИГОНИ ДАВОЛАШ

САБИРОВ У.Ю., ЭШБОЕВ Э.Х., Б.А. ТОИРОВ Б.А.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Аввалambор, витилигони даволашда қўлланиладиган нурлар (фотохимия терапия) тўғрисида умумий тушунчаларга тўхталиб ўтсак.

Ультрабинафша нур – электромагнит нурланиш бўлиб, тўлқин узунлиги 10 нм (нанометр) дан 400 нм гача бўлган нур. Кўзга кўринувчи нурлардан қисқароқ, лекин рентген нурларидан узунроқ. Ультрабинафша нурлар қуёш нурлари орасида ҳам мавжуд, қуёшдан чиқувчи нурларнинг 10% ни ташкил қилади. Сунъий ҳолатда эса, электр ёйлардан, махсус ртут лампалари ҳамда қора лампалар ёрдамида юзага келтириш мумкин.

Ультрабинафша нурларининг бир қанча турлари (UVA, UVB, UVC, FUV ва ҳ.к.) мавжуд бўлиб, тўлқин диапазонига қараб узун тўлқинли (400–315 нм), ўртача узунликдаги тўлқинли (380–315 нм) ҳамда қисқа тўлқинли (100–280 нм) ультабинафша нурларига бўлинади. Биологик таъсирига кўра ультрабинафша нурлар қуйидаги кўринишга эга: узун тўлқинли ультрабинафша, УФ-А нурлар (UVA, тўлқин узунлиги 315–400 нм); ўртача узунликдаги тўлқинли ультрабинафша – Б (УФ-Б) нурлар (UVB, 280–315 ни); қисқа тўлқинли ультрабинафша (УФ-С) нурлар (UVC, 100–280 нм).

УФА – ультрабинафша – А нур кўпинча «қора ёруғлик» деб ҳам номланади. Бундай нурларни инсон кўзи пайқай олмайди, лекин айрим жисмлардан қайтганда акс таъсир натижасида спектр кўринувчи ёруғлик фотолюминесценцияни юзага келтиради. Узун тўлқинли ультрабинафша нурлар терига яхши кириб борувчи нур хисобланади.

УФБ – ультрабинафша-Б нурлар ўртача диапазондаги нурлар бўлиб, барча ультрабинафша нурларининг 3% ини ташкил қилиб, умумий УФБ нурларининг 10% дан камроқ қисмигина эпидермис орқали дермагача кириши мумкин.

УФС – қуёш нурларидан чиққан ультрабинафша – С нурлар озон қаватида сингиб кетади. Сунъий ҳолатда олинган УФС нурлари ишлатилганда эпидермис билан тўтатиб қолинади ва дермагача кириб бора олмайди.

Фототерапия репигментацияни юзага келтиришда самарадор даво сифатида анча аввал тан олинган. Шунга қарамасдан, бемор кутилувчи натижа, ножўя таъсирлар ва даволанишнинг давомийлиги ҳақида маълумотга эга бўлиши лозим.

Аксарият ҳолатларда витилигони даволаш жараёнида репигментацияга комплекс услубларни қўллангандагина муваффақиятга эришиш мумкин. Айтиш жоизки, юқоридаги барча фикрларни ва профилактик тадбирларни такомиллаштириш ҳамда тиббий ва ижтимоий реабилитацияни ривожлантириш зарур бўлади. Дарҳақиқат, ҳозирги пайтда витилигони даволаш дунёнинг барча ҳудудларида, шу жумладан республикамизда ҳам фотосенсибилизатор препаратлари билан биргаликда ультрабинафша нурларини қўллаш орқали амалга оширилади. Оқибатда депигментация ўчоқларида ультрабинафша нурларига сезгирлик ошади ва меланогенезнинг кучайиб боришига туртки бўлади. Бу борадаги барча услубларнинг ўзига яраша ижобий ва салбий томонлари бор. Шунинг учун ҳам ножўя таъсиротларнинг олдини олиш мақсадида таклиф этилган услублар индивидуал тавсия этилади.

Амалиётда кенг ишлатиладиган ва анча вақтлардан бери қўлланиб келинаётган физиотерапевтик услуб бу – ПУВА терапия хисобланади. ПУВА терапия албатта фотосенбилизатор ва УФ – нурланиш (А – дипазон, узун спектрли) билан ҳамкорликда олиб борилади. Фотосенсибилизатор сифатида одатда қуйидаги препаратлар қўлланилади. Меладинит (Миср), ламадин (Франция), пувален (Финландия), аммоидим, мелоксин, оксорален, ксантоксин, бероксан, аммифурин, поберан, меланоцил, люкодермин, псорален ва бошқалар. Кейинги йилларда фотосенсиблизаторнинг организм учун кам заҳарли бўлган хиллари метоксарален (Германия), триоксараленлар ишлаб чиқилган. Уларнинг ножўя таъсири деярли йўқ ва организмда мутлақо сўрилиб кетади. Репиг-

ментацияга 70–80% холатларда эришиш учун даво мобайнида ушбу услуб билан 100–200 сеанс нурланиш олиш зарур. ПУВА терапияни 12 ёшгача бўлган болаларга тавсия этиш ман қилинади. А-диапазондаги улътрабинафша нур жўнатиш яна тизимли ёки маҳаллий равишда фенилаланин ҳамда хелинни ишлатиш билан олиб борилиши ҳам мумкин.

Умумий ва маҳаллий фотокимётерапия фотокумарин препатарлари билан даволаш ҳозирги кундаги самарадор асосий даво усулларидан саналади.

Фотосенсибилизаторлар билан комбинацияда табиий қуёш нуридан фойдаланиш йўли билан витилигони фаол даволаш мумкин. Бунда фотосинсибилизатор сифатида аввалига триоксален ичишга ёки псораленни терига суртиш буюрилади. Баъзан аппликация кўринишида депигментация ўчоқларига меладинни ичиш тавсия қилинади.

Маҳаллий фотокимётерапия фотокимётерапевтик дори воситалари билан чегараланган шаклдаги (тана соҳасининг 20% дан кам бўлган қисмида) витилиголи беморларни даволашда ишлатилади. Ушбу дори воситасини кўпинча 2 ёшдан катта болаларга ва катталарга ишлатиш мумкин бўлади. 1% ли 8-метоксипсораленни спирт ёки лосьон асосли кўринишда 0,1% дан 0,01 гача бўлган концентрациягача эритиб, фототоксик ножўя таъсирларини камайтирган ҳолатда ишлатилади. Препарат УФА нурлари тушиши лозим бўлган терига 30 дақиқа аввал суртилади. УФА нурининг бошланғич дозаси 0,12 ёки 0,25 Ж/см2, бемор териси типига қараб аста-секинлик билан ҳафтасига 0,12 ёки 0,25 Ж/см2 дан ошириб борилади. Етарлича симптомларсиз эритемага эришилгач, УФА дозаси ва фотокимётерапевтик препарат минимал эритема даражаси ушлаб турилади. Бемор УФА кабинасидан чиқиши биланоқ, препарат сурилган терини совун билан ювиб, юқори спектрдаги қуёшдан сақланувчи крем суртиб қўйиши лозим бўлади. Худди шу каби даво сеанси ҳафтада 1–2 маротаба амалга оширилади. Даво сеансидан сўнг 6–8 соат давомида қуёш нури тушишидан асраш керак. Шуни билиш керакки, бу каби фотокимётерапевтик дори воситалари депигмент соҳага тиббиёт ходими томонидан суртилиши керак, беморнинг ўзи суртиши мақсадга мувофиқ эмас. Чунки УФА нуридан нотўғри фойдаланиш ҳисобига куйиш ҳолатлари кузатилиши мумкинлигини унутмаслик лозим. Даво пайтида кўпинча депигмент соҳа атрофи гиперпигментланиши кузатилади, бу вақтинчалик ҳолат бўлиб, маълум бир вақт ўтиши билан тери аста-секин рангига қайтади.

Ундан ташқари, витилигони даволашда В – диапазондаги (280–320 нм., ўртача узунликдаги тўлқинда) нур билан даволаш ҳам олиб борилади. Бунда кортикостероидларни биргаликда қўллаш ёки нурланишнинг ўзи тавсия қилинади. Маҳаллий равишда кортикостероидлардан – биоскин (Италия), псевдокаталаза ва бошқа препаратлар ишлатилади. Кейинги йилларда нафақат узун тўлқинли нур билан даволаш, балки қисқа тўлқинли (тўлқин узунлиги 311–312 нм) чироқли (лампа) манбалардан ҳам фойдаланилмоқда. Айниқса, тўлқин узунлиги 308 нм га тенг бўлган эксимерли лазер нурларни қўллаш самарали наф бермоқда. Биобошқариш йўли билан қизил (тўлқин узунлиги 0,67 мкм) ва инфрақизил (тўлқин узунлиги 0,89 мкм имулс қуввати 40–80 ВТ) лазер нурларини ишлатиш ҳам кейинги пайтда амалиётга кенг жорий қилинмоқда.

Қисқа тўлқинли УФБ нурлар (311–312 нм) ҳам фототерапиянинг бир кўриниши ҳисобланади ва одатда, бир ҳафтада 2 тадан 3 тагача сеанс ўтказилади. Репигментация белгилари беморларнинг кўпчилигида кузатилади. Шундай бўлса-да, тўлиқ репигментацияни беморларнинг фақат айримларида кўриш мумкин. M.D. Нжоо ва бошқа муаллифлар (2000) болаларда қисқа тўлқинли УФБ нурлар билан монотерапия кўринишида ўтказилган даволашдан 12 ойдан сўнг 6% тўлиқ репигментацияга эришишди. Барча ёшдаги витилигога чалинган беморларда ўтказилган бошқа бир ўрганишдан маълум бўлишича, депигмент доғларнинг тўлиқ йўқолиши бирмунча юқори кўрсаткични (16,5%) намоён қилган. Бундан ташқари, бемор даволаниш тўхтатилгандан кейинги рецидив хавфи мавжудлиги ҳақида маълумотга эга бўлиши лозим. Изланишлардан маълум бўлишича, агар бемор бир йил давомида даволанмаса, беморларнинг ярмида репигментация кузатилган терида яна қайта витилигиноз оқариш ривожланиши кузатилган. Caron-Schreinemachers ва бошқа олимларнинг (2005) маълумотларига қараганда, витилигонинг минимал эритемал дозаси соғлом тери билан солиштирилганда 35% дан кам бўлиб, бу эса УФБ дозасининг мослаштирилишини талаб қилади. Бундай ҳолатда даволашни давом эттириш репигментацияни кўпи билан 1–2 йилгача ушлаб туради. Фототерапияни тўхтатишдан кейин маҳаллий даволашнинг давом эттирилиши қайталанишнинг олдини олишга ёрдам беради. Такролимусни кунига икки маҳал қўллаш касаллик қайталаниш кўрсаткичининг камайишига олиб келади.

Фотокимётерапия қисқа тўлқинли УФБ нурлари билан солиштирилганда кам репигментацияни намоён этади ва ножўя таъсирлар ортиши билан намоён бўлади. 308-нм тўлқин узунликка эга эксимер лазер қисқа тўлқинли УФБ нурларига нисбатан тез репигментацияни намоён қилиши мумкин, лекин эксимер лазер билан УФБ нурларининг репигментация юзага келтиришидаги яққол фарқ ≥ 50%, аниқланган текширувлар мавжуд эмас.

Терининг УФБ нур дозаси билан боғлиқ куйиш ва терининг гиперпигментацияси УФБнинг ножўя таъсирларига киради. Аниқ мақсадга

қаратилган фототерапия асбоблари, энг аввало, юз ва қўллар каби кўринувчан соҳаларга ишлатиш учун қулай қилиб ишлаб чиқарилган. Тери саратонининг ривожланиш хавфи фототерапия сеанслари сонининг ошиши билан ўзаро боғлиқ ҳисобланади. Фотокимётерапиянинг ўзаро алоқаси тушунарли бўлишига қарамасдан, қисқа тўлқинла УФБ нурлари билан даволашнинг ўсма пайдо бўлиш хавфи кам ҳисобланади. Витилигодаги қисқа тўлқинли УФБ билан даволанишнинг максимал сони хавфсиз ҳисобланадиган консенсус мавжуд эмас. Қисқа тўлқинли УФБ нурлари репигментацияни юзага келтиришдаги энг самарадор даво усулларидан бири ҳисобланишига қарамасдан, фототерапия давомийлигини беморга аниқ қилиб тушунтириш лозим. Фототерапиядан кейинги тўлиқ репигментация камдан-кам кузатилиб, депигмент доғларнинг қайта пайдо бўлиш ҳолати эса айниқса маҳаллий воситаларни қўлламаган ҳолатларда кўпроқ учрайди.

Касаллик стабил ҳолатда бўлганда фаол физиотерапевтик муолажалар репигментациянинг юзага чиқишини янада кучайтиради. Агар физиотерапевтик муолажалар кам натижа берса, унда бу ҳолатни меланоцитлар трансплантацияси учун тўғридан-тўғри кўрсатма сифатида қабул қилиш мумкин бўлади.

ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИНГ ТАШХИСИ. СОЛИШТИРМА ТАШХИС

САБИРОВ У.Ю., ЭШБОЕВ Э.Х., ТОИРОВ Б.А.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Тажрибали дерматовенеролог учун витилиго касаллигига ташхис қўйиш унчалик қийинчилик туғдирмайди. Касаллик тарихини ўрганиш ва клиник кўрикка таянган ҳолда бемалол асосий ташхисни қўйиш мумкин. Айрим ҳолатларда клиник маълумотларни олиш учун люминисцент Вуда лампасидан фойдаланиш мумкин. Дарҳақиқат, Вуда лампаси нурлари таъсирида касаллик ўчоқлари тўқ оқимтир-кўк ранг бўлиб товланади ҳамда визуал кўрик билан ташхис қўйиш имкони туғилади ва келасида даволаш учун йўриқ ҳисобланади.

Витилиго касаллигини солиштирма таққослаш, одатда, терининг чала ёки бутунлай оқариб қолиши билан кечадиган хасталиклар, хусусан, лейкодермалар шулар жумласидандир. Лейкодерма сўзи (лейкопатия) рангнинг (амеланоз) етишмовчилиги ёки камайиши (гипомеланоз), яъни теридаги меланин миқдорининг қанча борлигини англатади. Солиштирма ташхис масаласида қуйидаги касалликлар рўйхати баён қилинади.

I. Бирламчи.

А) Туғма:

– Рангсиз невус (Nevus depigmentosus).

– Тотал альбинизм (Albinismus tatalis).

– Қисман альбинизм (Albinismus partialis).

– Тугалланмаган альбинизм (Albinoidism).

– Пьебалдизм (Piebaldism).

– Тубероз склероз (Sclerosis tuberosus).

– Бурневилл – Прингля (Bourneville – Pringle) синдроми.

– Чедиака – Штайнбринка – Хугаси (Chediak – Steinbrink – Higashi) синдроми.

– Варденбург – Кляйна (Waardenburg – Klein) синдроми.

– Менде (Mende) синдроми.

– Зипровск – Марголис (Ziprkowscki – Margolis) синдроми.

Б) Ҳаётда орттирилган:

– Витилиго (пес) – (Vitiligo).

– Алеззандрини – (Allezzandrini) синдроми.

– Вогт – Коянаги – Харада – (Vogt – Koyanagi - Harad) синдроми.

II. Иккиламчи.

А) Инфекциядан кейин:

– Ранг-баранг темиратки (Psoriasis vulgaris).

– Оддий темиратки (Lupus erythematodes).

– Заҳмдаги лейкодерма (Leucoderma syphilitisa).

– Моховдаги лейкодерма (Leucoderma leprosa).

Б) Яллиғланишдан кейинги:

– Оддий псориаз (Psoriasis vulgaris).

– Қизил югурук (Lupus erythematodes).

– Склодермия (Sklerodermia).

– Нейродермит (Neurodermitis).

– Парапсориаз (Parapsoriasis).

Шундай қилиб, витилиго касаллигини ўрганиш ва даволаш жараёнида юқорида айтилган фикр ва мулоҳазаларга чуқур эътибор талаб қилинади. Касалликни даволашда ҳар бир беморга индивидуал ёндашиш зарур.

ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИНГ ТИЗИМЛИ ДАВОСИ

САБИРОВ У.Ю., ЭШБОЕВ Э.Х., ТОИРОВ Б.А.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Айни пайтда витилигони даволашнинг ягона консенсуси мавжуд эмас. Даво самарадорлигида даво усулига қараб ҳар бир беморда индивидуал натижага эришилади, баъзан тўлиқ репигментация, баъзан тананинг маълум бир қисмидагина репигментация кузатилиши мумкин. Айрим пайтларда умуман репигментация кузатилмаслиги мумкин. Шунга кўра, айнан бир даво усулини қўллаш орқали турли самарадорликка эришилади.

Витилигони даволашда тизимли терапия сифатида қуйидагилар тавсия қилинади: тизимли кортикостероидлар; преднизалон, бетаметазон, дипреспан; безгакка қарши препаратлар; хлорохин дифосфат; ошқозон-ичак тизимига таъсир қилувчи моддалар; жигарда моддалар алмашинишига таъсир қиладиган моддалар; силибинин (карсил), эссенциал, фосфоглиф; овқат ҳазм бўлишини таъминлашда иштирок этадиган моддалар; панкреатин (креон, мезим форте, энсизмал), вобэнзим; витамин моддалари; аскорбин кислотаси (витамин – С), пиридоксин (витамин – В6), тиамин (витамин – В1), витамин – Е (токоферол ацетат, альфа – токоферон ацетат, витамин – Е ацетат ва б.) фолиев кислотаси (В – гуруҳ витаминлари); микроэлементлар; мис сулфат, новоцинк, цинк оксид, цинк сульфат.

Агар беморда кучли руҳий ўзгаришлар кузатилса нейролепмик, антидепресант, транквилизатор, симпатоликлар (сонопакс, неулептил, азафен, пиридазал, рудотель, реланиут, допегит, новопассит ва глицин) каби препаратлар буюрилиб, фармокологик ва психовегататив коррекциялар амалга оширилади. Тизимли кортикостероидлар оғиз орқали қабул қилиниши кўринишида ўртамиёна дозада мини-пульс терапия (2,5–10 мг дексаметазон ҳафтада кетмакет икки кун давомида) кўринишида қабул қилиш касаллик ривожланишини тўхтатиш мақсадида қўланилади. Кортикостероидларни мини-пульс терапия кўринишида оғиз орқали (10 мг дексаметазон ҳафтада икки маротаба) 18,2 ҳафта давомида қабул қилинганда касаллик ривожланишининг тўхташ ҳолати 88% беморларда кузатилган. Шундай бўлишига қарамасдан, репигментация кузатилишига жуда кам ҳолларда эришилади. Узоқ вақт давомида қабул қилинганда эса, вазн ортиши, ҳуснбузар тошиши, уйқу бузилиши, безовталик, гипертрихоз ва менструал циклнинг бузилиши каби ножўя таъсирлар кузатилиши мумкин. Перорал кортикостероидларни қисқа тўлқинли УФБ билан биргаликда қўллаш прогрессияни тўтатишда самарали даво ҳисобланади ва репигментациянинг тез юзага келишига олиб келади. Уларнинг узоқ вақт давомида системали иммуносупрессорлар билан комбинация қилиниши ножўя таъсирларни юзага келтириши ва эҳтиёткорлик билан қўллаш лозимлигини ҳам унутмаслик керак.

Антиоксидантлар. Орал антиоксидантларнинг қўлланиши борасида жуда кўп клиник изланишларнинг бир неча хил тўпламлари чоп этилган. Аксарият ўрганишлар беморлар сонининг камлиги ҳамда асосан исботловчи натижалар йўқлиги билан қийинчилик туғдиради. Фототерапия қабул қилувчи беморлар даво курсига антиоксидантлар қўшилганда айрим текширувларда келтирилгани каби орал антиоксидантларнинг ва қисқа тўлқинли УФБ нурларининг ҳамжиҳатликдаги қўлланилиши репигментациянинг янада яхшироқ юзага келишига олиб келиши аниқланган.

Комбинирланган даво. Шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, аксарият даволаш усуллари яллиғланишга қарши, иммуносупрессив таъсирга эга бўлиб, витилигода иммун ҳужумни бартараф этишга қаратилган, лекин меланоцитларнинг ўзгаришига, миграциясига ва пролиферациясига тўғридан-тўғри таъсир этмайди. Аксарият витилигога чалинган беморларнинг меланоцит ўзак ҳужайралари соч фолликулалари танасида сақланиб қолади ва репигментациянинг юзага келишини фаоллаштиришда иштирок этади. Бундай мураккаб патогенез витилигони даволаш учун турли хил даво усулларини ўзаро ҳамжиҳатликда қўллашни талаб қилади.

ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИНГ ИСТИҚБОЛДАГИ ДАВО УСУЛЛАРИ

САБИРОВ У.Ю., ЭШБОЕВ Э.Х., ТОИРОВ Б.А.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Биз қуйида энг замонавий тиббиёт адабиётларидан фойдаланган ҳолда витилиго касаллигининг истиқболли даво усуллари тўғрисида фикр юритмоқчимиз. Дастлаб, Янус киназа ингибиторлари (JAK) тўғрисида руксолитиниб ва тофацитиниб каби янус киназа ингибиторлари цитотоксик Т-лимфоцитларга супрессив таъсир кўрсатиб, ревматоидли артрит, вульгар псориаз ва псориатик артритларни даволашдаги самарадорлиги ўрганилган. Ҳозирги кунда тофацитиниб ревматоидли артритни даволаш учун тасдиқланган дори воситаси саналади. Каламушлар моделида JAK ингибирланиши alopecia areata ҳолатида CD8(+) Т-лимфоцитларни ўзгартириб юборади, бу эса витилиго билан кечган яллиғланган тери касалликлари патофизиологиясига мос тушади (Harris JE., et al. 2012). Олимлар яна бир қизиқ ҳолатнинг гувоҳи бўлишдики, алопеция ва витилигога чалинган бемор руксолитиниб ичишни бошлаганда репигментация тез намоён бўлди ҳамда тофацитиниб цитратнинг 5 ойлик даво курсидан сўнг эса ҳам акрал, ҳам юз сохасидаги витилигода анча яхши натижали репигментацияни юзага келтирди (Harris J.E, et al, 2016, Craiglow B.G, et al, 2015). Системали қабул қилинувчи (таблетка кўринишидаги) JAK ингибиторлари панцитопения, ёмон сифатли ўсма ривожланиши ва инфекцияларни ўз ичига олувчи потенциал жиддий ножўя таъсирларни олиб келади. Бошқа томондан, бу хавф омиллари маҳаллий JAK ингибиторлари билан боғлиқ эмас, шунга кўра витилиго ва ўчоқли алопецияни даволашдаги тофацитиниб ва руксолитинибларнинг маҳаллий дори воситаси формуласини яратишга бўлган қизиқишни уйғотмоқда.

Витилигони даволашда яқинда Rothstein ва унинг ҳамкасблари томонидан бемоларнинг кичик гуруҳида (n-12 текширилган беморлар, 11 та қатнашган беморлар, 54% эркаклар, ўртача ёш – 52 ёш) синов текшируви ўтказилганда 1,5% ли руксолитиниб кремининг кунига икки маҳал сурилишидан олинган далиллар ҳайратланарли бўлди. Бу даво усули витилигони даволашдаги истиқболли даво усули сифатида қаралмоқда.

Витилигони даволашдаги жарроҳлик услублари. Қисқа тўлқинли, ультрабинафша нурлар билан даволаш, ПУВА – терапия, топик глюкокортикоид препаратларни ишлатиб терапия ўтказилганда ёки кальциневрин ингибиторлари билан витилигонинг даво чоралари етарлича самара бермаганида жарроҳлик усуллари қўлланилади. Витилигони даволашдаги жарроҳлик услублари:

– лоскутли аутопластика (депигментланган ўчоқларга соғлом терини кўчириб ўтказиш);

– аутологик эпидермал минитрансплантантция (депигментланган ўчоқларга эпидермисни микротрансплант шаклида кўчириш услуби);

– культурал аутомеланоцитар трансплантация (ундирилган меланоцитларни трансплантация қилиш услуби);

– нокультурал аутомеланоцитар трансплантация (ундирилмаган меланоцитларни трансплантация қилиш услуби).

Витилигони даволашда жарроҳлик услубини қўллашдан мақсад функционал фаол меланоцитлар, эпидермис ёки соғлом терини патологик депигмент соҳага кўчириш ҳисобига мавжуд косметик нуқсонни бартараф этишдан иборатдир.

Юқорида келтирилган даво усуллари касаллик ривожланмаётган (стабил) даврида қўлланилади. Бундай ҳолатни шифокор дерматовенеролог баҳолай билиши ва беморга тўғри йўлланма бера олиши зарур. Чунки ностабил ҳолатдаги витилигода жарроҳлик усулларидан фойдаланиш, депигмент соҳада меланоцитлар яшаб кетиш кўрсаткичининг паст бўлиши билан тушунтирилади ва бундай даво усули самарасиз якунланишига олиб келади. Стабил ҳолатни баҳолаш қуйидаги кўрсаткичлар асосида белгилаб олинади:

– бемордаги энг охирги оқ доғ энг камида бир йил аввал, яъни охирги бир йил давомида янги оқ доғлар пайдо бўлмаган бўлиши;

– охирги бир йил давомида мўътадил репигмент доғлар, яъни депигмент соҳада пайдо бўлган репигмент доғларнинг янада депигментланмаслиги ёки ўзгармай туриши;

– депигмент доғлар ўлчамининг охирги бир йил давомида қисқариб бориши.

Юқоридаги белгилар бўлган ҳолатда бемордаги оқ доғларни жарроҳлик даво усули ёрдамида бартараф этиш мумкин бўлади.

Депигмент доғ ўлчами жуда кичкина ва носимметрик жойлашиб, касаллик стабил ҳолатда бўлганда пластик жарроҳлик усули билан бу депигмент доғни олиб ташлаш мумкин. Бундай усулнинг танланишига сабаб, бемордаги оқ доғ мавжудлигидан кўра, унинг ўрнида чандиқли ҳолат устун қўйилиши билан боғланади.

Лоскутли аутопластика (депигментланган ўчоқларга соғлом терини кўчириб ўтказиш) – тери трансплантацияси ҳисобланади. Тери трансплантацияси бир неча йиллар аввал амалга оширилган бўлиб, ҳозирги кунда деярли амалга оширилмайди. Сабаби лоскутли тери кўчириш

муолажасидан кейинги қилинадиган терига бўлган муолажалар қийинчилик туғдириши ва ундан кейинги чандиқли (гипертрофик, келоид чандиқлар) жараёнлар юзага келиши билан боғликлигидадир. Бундан ташқари, тери кўчириш муолажаси билан кутилган косметик натижага эришиш қийинлиги ва замонавий ҳужайравий трансплантация даражасидаги усуллар ишлаб чиқилганлиги, ушбу усулнинг ҳозирги кунда қўлланилмаслига ва эскиришига сабаб бўлди.

Аутологик эпидермал минитрансплантантция (депигментланган ўчоқларга эпидермисни микротрансплант шаклида кўчириш услуби), қисқача айтганда, эпидермал трансплантация. Бу усул стабил ҳолатдаги кичик ўлчамдаги депигмент ўчоқларга соғлом терида сунъий равишда вакуум ҳолатини юзага келтириб, дерма қаватидан эпидермис қавати пуфаклар шаклида ажратилади ва патологик депигмент соҳага кўчириб ўтказилади. Депигмент доғни жарроҳлик усули билан олиб ташлаш муолажасидан устун тарафи, косметик нуқсоннинг янада кам ва чандиқсиз бўлиши билан ажралиб туради. Бу усулнинг камчиликлари – тананинг исталган сохасига кўчириб ўтказиб бўлмаслиги, депигмент соҳани бир текис бир хил қоплашга эришилмаслиги ва катта ўлчамдаги депигмент доғларни йўқотиш имконияти йўқлиги ҳисобланади.

Культурал аутомеланоцитлар трансплантацияси. Ушбу усулда беморнинг соғлом терисидан биоптат олинади ва махсус лабораторияда ундан меланоцитлар ажратиб олинади. Ажратиб олинган меланоцитлар махсус шароитларда ва муҳитда ундириб кўпайтирилади. Кўпайтирилган меланоцитлар депигмент соҳага қайта экилади. Ушбу услубнинг ўзига хос камчиликларидан бири, бу – ўтказиладиган жарроҳлик амалиётининг ўта нозик ва мураккаблигидадир. Ундан ташқари, қимматбаҳо асбоб-анжомлар махсус лабораторияни ташкил қилиш учун жуда катта сарф-харажатларни талаб қилади. Даво курсининг қимматлилиги, унинг устига ўсувчи омилларнинг ва озиқ муҳитларининг мутаген ҳамда онкоген таъсири хавфи инкор қилинмайди, яъни меланоцитларнинг мутацияси эвазига меланома юзага келиш хавфи жуда юқори туради. Шунга кўра, бу – даво турини ривожлантириш ва қўллашга бўлган қизиқишнинг пасайишига олиб келди.

Нокультурал аутомеланоцитлар трансплантацияси. Адабиётларда берилган маълумотлардан кўриниб турибдики, қачонки бошқа турли хил даво услублари ёрдам бермаганида, аутологик мелоноцитларни трансплантация йўли билан қайта ўтказиш самарали ҳисобланади. Бу усул ҳозирги кунда энг самарадор ва кенг тарқалган усул саналади. Бу усулнинг устунлиги бемор танасининг исталган соҳасига аутомеланоцитларни кўчириб, депигмент доғни бартараф этиш имконини беради. Ушбу усул стабил, носимметрик жойлашган депигмент доғларни бартараф этишда кенг қўлланилади ва самарадор ҳисобланади. Аутомеланоцитлар депигмент соҳа катталигига қараб ажратиб олинади. Масалан, оқ доғ ўлчами 100 см2 ни ташкил қилса, донор соҳасидан (донор сифатида асосан сон соҳасининг устки қисми танланади) 10 см2, яъни 10 баробар кам ўлчамда эпидермис олинади. Олинган эпидермисдан махсус лаборатор усул ёрдамида меланоцитлар ажратиб олинади. Депигмент ўчоқнинг устки эпидермис қисми механик ёки лазер ёрдамида ажратилади. Ажратиб олинган меланоцитлар депигмент соҳага қўйилади. Қўйилган меланоцитлар аста-секин ўз вазифасини бажариши ҳисобига репигментация индивидуал ҳолатдан келиб чиқиб 2 ойдан 6 ойгача бўлган муддатда кузатилади. Баъзан натижа тўла-тўкис бўлмаслиги мумкин, лекин ушбу усулнинг яна бир афзал томони репигментация кузатилмаган депигмент соҳага қайта аутомеланоцитларни кўчириш имконини беради. Ушбу усулга тавсия беришдан аввал шунга амин бўлиш керакки, касаллик ривожланмаётган бўлиши лозим. Агар витилиго яширин ривожланиш ёки кўпайиш босқичида бўлса, аутомеланоцитларни кўчиришдан эришилган репигментация яна қайта депигментлашиши, ҳатто олинган донор соҳада Кёбнер симптомининг мусбат натижаси (оқариб қолиши)ни кўриш мумкин.

Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, барча жарроҳлик услублари орасида ундирилмаган эпидермал ҳужайралар (мелоноцит ва кератиноцитлар)ни экиш таннарх ҳисобидан ҳам самарадорлик борасида муваффақиятли ҳисобланади. Шу билан бирга, аутологик мелоноцитларни трансплантация қилиш жараёни мутахассисдан катта билим ва тажрибани талаб қилади.

Таъкидлаб ўтиш жоизки, ҳозирги кунда ушбу даво усули МДҲ давлатлари орасида фақат бизнинг мамлактимизда амалга оширилмоқда. Ўтган вақт мобайнида муаллифлар томонидан 1000 га яқин аутологик меланоцитларни кўчириш муолажаси бажарилди. Шу давр ичида витилигони даволашга бўлган ёндашув ҳамда аутомеланоцитларни кўчириш тажрибаси янада ошди ва МДҲ мамлакатлари орасида витилигони даволаш, уни коррекция қилиш борасида етакчи давлатлардан бирига айланди деб айта оламиз. Қўшни давлатлардан ташқари, ҳатто узоқ Беларусь, Украина, Россия каби мамлакатлардан беморларнинг айнан витилигони даволаш учун юртимизга келиши фикримизнинг далилидир.

Витилигода комуфуляж. Комуфуляж, яъни косметик нуқсонни тери рангига мос келувчи махсус ранглар билан теридаги нуқсонни вақтинча бекитиш йўли билан дискомфортни бартараф этиш ҳисобланади. Беморнинг соматик ва руҳий ҳолати касаллик ривожи ёки унинг тузалишида катта аҳамиятга эга. Кўп йиллик тажрибадан келиб чиқиб шунга аминмизки, айниқса қўллардаги, юз сохасидаги оқ доғлар

беморнинг руҳий ва эмоционал ҳолатига катта таъсир қилади ва унинг жамиятдан ажралиб қолишига сабаб бўлади. Бу ҳолатнинг узоқ давом этиши беморнинг асаб тизимини доимий қитиқлаши ҳисобига иммун тизимининг бузилишига олиб келади. Бу эса витилигонинг янада тарқалишига туртки бўлади. Шуларни инобатга олиб, бемор ўзидаги оқ доғларга нисбатан эътиборини камайтриши керак, деган хулосага келинмоқда. Беморнинг оилада, дўстлар даврасида ва бошқа тадбирларда ўзини эркин ва тўлақонли ҳис этиши, жамиятдан ажралиб қолмаслиги касаллик тузалишига ҳам катта туртки бўла олади. Шунга кўра, ҳозирги кунда бир қанча комуфуляж турлари мавжуд (Zanderm, Viticolor, татуировка ва бошқалар). Бундай комуфуляж воситалари тери рангига қараб турлича рангларда бўлади (Zanderm воситасида 14 хил турли ранглар мавжуд, Viticolorда бир хил ранг бўлади) ва уларни беморнинг ўзи териси рангига қараб танлаб суриш имконига эга бўлади. Бу воситалар тери рангига мос келиши ва сувга чидамлилиги ҳисобига оқ доғларни бир неча кунгача бекитиб юриш имконини беради. Бу воситаларни ишлатиш билан бир қаторда, консерватив давони ҳам давом эттириш мумкин бўлади. Ушбу косметик воситалар ўзидан қуёш ва унга яқин нурларни ўтказиши ҳисобига, консерватив даводаги физиотерапевтик муолажаларга ҳамда даво самарадорлигига салбий таъсир ўтказмайди. Кичик ўлчамдаги депигмент доғларни татуировка қилиш билан уни бир-икки йилгача бартараф этиш имкони мавжуд. Баъзан татуировка рангининг тери рангига мос келмасдан яққол ажралиб қолиши бемор учун бу татуировкани кетказишга бўлган қўшимча ташвиш уйғотишига сабаб бўлади.

Депигментация қилиш (оқартириш). Депигментация, яъни витилиго бутун тана бўйлаб тарқалган ҳолатда, яъни оқ доғлар тананинг 80% идан кўп қисмини эгаллаган вақтда амалга оширилади. Маълум бир қисмда мавжуд соғлом меланоцитлар ҳисобига сақланган тери ранги ёки вақти-вақти билан қайталаниб турувчи репигментациялар бемордаги руҳий ҳолатга салбий таъсир қилганда ёки юз соҳасидаги соғлом меланоцитлар функцияси ҳисобига косметик нуқсон юзага келган ҳолатда ушбу усул ёрдамида нуқсон бартараф этилади. Бу жараён орқага қайтмас бўлганлиги сабабли 40 ёшдан катта беморларда қўлланилади. Дерматолог шунга амин бўлиши лозимки, депигментацияни амалга ошириш беморнинг косметик ва руҳий ҳолатига салбий таъсир этмаслиги керак. Ҳозирги кунда монобензилэфир гидрохлорид (Монобензон, ушбу дори воситаси Ўзбекистон Республикасида расман рўйхатдан ўтказилмаган) ёрдамида депигментацияни юзага келтириш мумкин. Мамлакатимизда лазер воситасидан фойдаланиш билан депигментация амалга оширилмоқда. Бунда энг замонавий Q-Switched Nd:Yag 1064 нм лазер ёрдамида депигментация қилиш амалиётга қўйилган.

ВИТИЛИГОНИНГ ГЕНЕТИК АСПЕКТЛАРИ ВА ИРСИЙ МОЙИЛЛИК ТЎҒРИСИДА

САБИРОВ У.Ю., ЭШБОЕВ Э.Х., ТОИРОВ Б.А.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Витилиго турли хил омиллар таъсирида келиб чиқадиган ва иммун тизим фаолияти билан боғлиқ касаллик бўлиб, унинг ривожланишида ирсий мойиллик ҳамда ташқи муҳит омиллари муҳим роль ўйнайди.

Технологик ва услубий ривожланиш тараққий этган бир даврда витилиго касаллиги патогенезида аутоиммун жараён ва иммун тизимда бўладиган ўзгаришларни таҳлил қилиш клиник генетиканинг долзарб масалалари эканлигини ўзимизда ва хориж адабиётларида кўп маротаба қайд қилинмоқда. Полиген-ирсий кўп омилли касалликларни ўрганиш натижасида етарли тажрибалар тўпланган бўлиб, витилигога мойил махсус генлар ажратиб олинган.

Дастлаб, турли тадқиқотчилар томонидан ўрганилганда, яқин қариндошлар орасида витилигонинг учраш даражаси 6,25% дан 38% гача қайд қилинган бўлса, айрим ҳинд ва рус олимлари олган маълумотларда 70–78% эканлиги таъкидланган (Б.Т. Саатов, 2017; К.М. Ломоносов, 2014).

Кўп ҳажмли эпидемиологик текширишлар кўрсатишича, витилиго касаллиги спорадик ҳолда учрашига қарамай, 15–20% мижоз (пациент)ларда ушбу касаллик 1-даражали яқин қариндошлари орасида аниқланган. Оилавий авлодлар орасида ирсий аутосомдоминант типли витилиго камдан-кам ҳолларда қайд қилинган. Оилавий витилигога чалиниш ҳолати Менделнинг наслий қонунига мос келмаслиги унинг полиген, кўп омилли касаллик эканлигидан далолат беради.

Аммо клиник генетиканинг эришган ютуқларига назар солар эканмиз, кўпгина касалликлар патогенезида генлар мойиллиги орқали юзага чиқиши, шу жумладан витилиго ҳам бундан мустасно эмаслигига гувоҳ бўламиз.

Инсондаги тери ёки ички аъзолар билан боғлиқ ҳар қандай касаллик асосида маълум биокимёвий реакциялар ётади. Биокимёвий реакцияларнинг барчаси ферментлар (энзимлар) билан бошқарилади, аммо ушбу ферментлар структураси ва функцияси шу фермент кодланган ген билан бошқарилади. Бундан ташқари, биокимёвий реакциялар кечишида ташқи муҳит омиллари: субстратлар, ҳарорат, кислород ва бошқалар зарур бўлади. Шундай қилиб, инсонларда келиб чиқадиган турли касалликлар организм генотипининг ташқи муҳит омиллари билан ўзаро таъсири натижаси деб ҳисоблаш мумкин.

Олимларнинг таъкидлашича, одамда 50 000 дан ортиқ генлар мавжуд бўлиб, шундан ҳозирда 12 000 генлар функцияси аниқ ўрганилган. Бу аниқланган 12 000 генлар 1 000 000 ирсий вариантлардан ташкил топган ва турли минглаб паталогияларнинг ривожланиши билан боғлиқ, улар қаторида витилиго ҳам бор.

Одатда, генлардаги ўзгаришларга нуқтали мутацияларни ДНК молекуласидаги нуклеотидларнинг ўрнини алмашиб қолиши сабаб бўлади. Бу алмашишлар ген хусусиятларининг ўзгаришига олиб келади.

Баъзи мутациялардан наслий касалликлар келиб чиқади ва инсон туғилиши билан клиник белгилари яққол намоён бўлади. Бундай кўп генли касалликлар 1 та гендаги мутация билан боғлиқ. Баъзи холларда 1 та нуклеотиднинг бошқаси билан алмашиб қолиши касалликка олиб келмаслиги ҳам мумкин. Бундай ҳолатлар кўп учраб, мутациядан фарқли равишда одам геномида учрайди. Улар генлар полиморфизми деб аталади.

Бундай кўринишли ўзгаришларда аниқ бир касалликка мойиллик хусусияти бўлиб, улар кўп генли касалликлардан фарқ қилиб, ўзига хос характерга эга ва патологик ҳолат келтириб чиқариши шарт эмас. Демак, генлардаги структурали алмашинишларда касалликнинг юзага чиқишида асосан ташқи муҳит омиллари туртки бўлиши мумкин.

ДНКнинг бирламчи структурасини аниқлаш орқали мижозда қайси вариант генлари мавжуд эканлигини ва шу билан бир қаторда махсус тиббий маълумотларга асосланиб, витилиго ривожланишига сабаб бўлувчи махсус генларни аниқлаш мумкин. Охирги йилларда генларни аниқлаш бўйича катта ютуқларга эришилди. Олинган маълумотлар асосида улардан баъзиларини витилигони янгича даво ва профилактик нишон сифатида тиббиётга татбиқ қилиш имкони яратилди.

Генетик изланишлар ўтказишда фенотипик кўринишларга таъсир қилувчи ген детерминантларни аниқлаш мақсадида 2 та бир-бирини такрорламайдиган йўналиш: 1) номзод ген йўналиши белгиланган, бунда витилиго ривожланишида иштирок этувчи мавжуд маҳсулотларни текшириш орқали генлар хусусиятини аниқлаш мумкин деб ҳисоблайди. Бундай йўналишнинг камчилиги шундаки, организм ҳужайраларида кечаётган жараёнлар тўлиқ ўрганилмаганлиги ва патогенезига таъсир қилувчи барча генларни аниқлаб бўлмаслигидадир; 2) (тўлиқ геномли текшириш) таҳлилни ўтказишда иштирок этувчи маълум генларнинг барчасини тўлиқ аниқлашни тақозо этади, аммо бу таҳлилларни ўтказиш жуда кенг қамровли маълумотлар манбалари ва уларни техник амалга оширишни кўзда тутади.

Витилигонинг аутоиммун характерга эга эканлигини ҳисобга олган ҳолда марказий гистомослик комплекси (major histocompatibility complex – МГК) генлари муҳим роль ўйнайди. Ўтказилган тадқиқотларда витилиго ва HLA гаплотиплари ассоциацияси кўп ҳолларда қайд этилган. Олинган натижаларга тўхталадиган бўлсак, оқ танли ирққа хос оилаларда MHC 2-синфи – DRBJA гаплотиплари ассоциациасида вульгар витилиго MHC 2-синфи гаплотиплари HLA-DRBJA ассоциациясида витилиго хавфининг ошиши ва нисбатан касалликнинг эрта бошланиши кузатилган бўлса, хитойликларнинг Хан вилоятида вульгар витилиго билан HLA-A25-CW МГК гаплотиплари ассоцияланган. Витилигонинг МГК аллел локуслари билан генетик ассоциацияси биргаликда келган миозларда нисбатан аутоиммун ва аутояллиғланиш бузилишлари бўлган, фақат генераллашган (тарқоқ) витилиго билан кечаётган мижозларга нисбатан кучлироқ кечади.

МГК аллел локуслари билан генетик ассоциацияланган витилигоси бор мижозлар ва улар оилаларида аутоиммун ва аутояллиғланишли бузилишлар, генераллашган (тарқоқ) витилиго билан оғриганларга нисбатан анча кучли намоён бўлган.

Витилиго ва МГК генлари ассоциациясидан ташқари, аутоиммун бузилишли CTLA4, PTPN22 ва MBL2 генлар билан ҳам жалб қилиниши қайд этилган. Бунда худди HLA локусли ҳолатига ўхшаб витилиго билан эмас, CTLA4 бирламчи аутоиммун касалликлар билан биргаликда, PTPN22 вариацияси эса айнан витилиго билан боғлиқ бўлган (Conton J., et al 2005).

Бундай ассоциациялар европаликлар популяциясига мансуб бўлиб, иорданияликларда бу ҳолат кузатилмади. MBL2 генлари билан витилиго битта популяцияда ассоциацияланган бўлса, демак, витилигога мойиллик келиб чиқишида ирсий омиллар кўплиги ва уларнинг ўзгарувчанлик хусусиятларини алоҳида таъкидлаш лозим. Яна бир қанча танловларда витилигонинг GCH1 (ГТФ–циклогидролаза), CAT(каталаза), ACE (ангиотензин конвертаза ферменти), ESRL (рецептор эстоген 1), COMT (катехол-О-метилтрансфераза), VDR (Витамин Д рецептори), GPXL (глутатион пероксидаза) генлар билан ассоциацияси кузатилган.

Британиялик мижозларда GCH1 ва каталазали витилиго ассоциацияси тасдиқланмади, аммо каталазали витилиго ассоциацияси хитой

популяциясининг полиморфизм бошқарувчи вариантига мос келган. Худди шундай ҳолат ACE геномлари билан жанубий-ҳинд ва корейс популяциясига ассоциация аниқланган бўлса, турк ва инглиз популяциясида аниқланмади.

Юқорида таъкидланганидек, витилигонинг оилавий шакли генетик таҳлил маълумотларини чуқур ўрганиб чиқиш орқали бу касалликдаги генетик локуслар айнан витилиго келиб чиқиши билан боғлиқ эканлигини аниқлашга имкон берди. Витилигога чалинган 102 оила текшириш натижаларига тўхталадиган бўлсак, 1, 7, 8 ва 17 хромасома локуслари ассоциацияси аниқ тасдиқланган ва шу билан бирга 9, 13, 19, 22 локуслар ассоциациясида эса тахмин қилиш имконияти туғилди. Шулардан 1, 7 ва 17 хромасома локуслари бўлган оилаларда ёндош аутоиммун касалликлар, 8-хромасома локусли оилаларда витилиго ёндош аутоиммун бузилишларсиз кечаётганлиги топилди. Янада чуқур текширишлар ёрдамида 7 ва 9 хромасомада витилиго ва аутоиммун касалликларга мойиллиги камлиги аниқланди. Бунда нафақат алоҳида геном локуслари, балки уларнинг комбинацияси билан ҳам ассоциацияси аниқланиб, бу ўз навбатида, генлараро таъсир ва кўп омилли ирсий мойилликлар витилигонинг келиб чиқишида катта аҳамиятга эга эканлигини алоҳида қайд этди.

Бошқа текширувларда ирсий витилиго 6q27 локусининг SMOC2 ген интронида полиморфизми билан боғлиқ эканлиги аниқланди. Шунингдек, 3P13 (ген FOXPI – транскрипцияни кодловчи омил) локуси ва CCR6 генга тегишли 6q27 локуси билан ўзаро боғлиқлик борлиги топилди.

Ўтказилган тўлиқ кенг геномли текширишлар натижасида маълум ва олдин аниқланмаган генетик ассоциациялар аниқланди. Шундай қилиб, транскрипция омилини кодловчи генларни бошқарувчи лимфоид тўқималардаги XBPI ва FOX3, шунингдек, TSLP генлардаги турли шаклдаги ген ассоциациялари тасдиқланди (Jin Y., et al 2010).

Бир гуруҳ олимлар тажрибаси шуни кўрсатдики, витилиго билан ассоцирланган цитокин кодловчи TSLP гени CD4T-ҳужайраларда TL2 цитокинларни ишлаб чиқаришга туртки бўлди ва оқсил синтезланишини пасайтиради. Бу билан теридаги CD4, CD8 Т-лимфоцитлар нисбати бузилиши ва витилиго орасидаги функционал боғлиқлик борлигини намоён қилади. Бундан ташқари, LPP, ILR2A, UBASH3, CIQTNF6, RERE, GIMB генлар ва наслий витилиго ассоциацияси аниқланган. Шундай текширишларда витилигода аутоиммун антигенлардан бири бўлган тирозиназа TYR гени ассоциацияси ҳам қайд этилган.

Юқоридагилардан ташқари, витилиго билан яна бир қатор локуслар ассоциялашган бўлиб, уларнинг бир қисми бевосита иммун тизим жараёнларида аҳамият касб этади ва витилигода наслий мойиллик келиб чиқишида аутоиммун жавоб механизми асос бўлишини намоён қилади. Бу генларга оқсил синтез қилувчи PRO2268 ген, IFN-IL-26, IL-22 ва ҳужайравий иммунитетни таъминловчи CD4 гени, IL-19 ва IL-20, IL-20RB некроз омил ўсмасини кодловчи ва FAC генлардаги мутаносиблик иммун тизим ҳужайраларининг меланоцитлар деструкциясига сабаб бўлиши мумкин. Витилиго ассоциациясида аниқланган бир қатор полиморфизм хусусиятлар генларда жойлашган бўлиб, витилигода издан чиқувчи редокс-балансни қўллаб-қувватлайди, бунинг оқибатида оксидатив стресс, яъни витилиго патогенези асосини ташкил қилувчи ҳолат юзага келади. Мисол учун, TXNDC5, S-трансфераза глутатион гени ва N7R2 транскрипция омилини келтириш мумкин. Шунингдек, витилиго билан функционал фаол сигнал молекулалар, SCF меланоген фаол геномлар, простагландинлар синтезида иштирок этувчи ферментлар E2, COX2 кодловчи полиморф вариантли генларнинг ўзаро боғлиқлиги аниқланган.

Яқинда витилигога мойил деб топилган 17-жуфт хромасомадаги ген аниқланди ва витилиго патогенезини чуқур ўрганиш ҳамда шу орқали янги даво чораларни ишлаб чиқиш имкониятларини очиб берди.

Таҳлилларга кўра, 17-жуфт хромасомадаги чалкашликлари мавжуд оилаларда витилигога асосий мойил геннинг тарқалган витилигони бошқа аутоиммун касалликлар NALP билан ассоциацияси ўртасида боғлиқлик мавжуд бўлиб, IL-1β яллиғланиш ва апоптоз патогенезида номаълум бактерия ва вируслар триггерлари ҳам сабаб бўлади дейилган. Бу маълумотларга асосланиб, витилигони даволашда янги даво чораларини татбиқ этиш мумкин. Витилиго билан ассоцияланган генетик детерминантлар иммун тизим функциясига таъсир қилиб, витилиго патогенезида аутоиммун жараёнларга сабаб бўлади ва яна бошқа аутоиммун касалликлар билан ассоциациялашишига олиб келади.

Бундан ташқари, генетик мойиллик витилиго патогенезида асосий механизм бўлган оксидатив стрессга олиб келади. Генетик хилма-хиллик меланоцитар модификация нишони (меланоген хусусиятли сигнал молекулалар)ни, унинг даражалари эса меланоцитлар ҳаётчанлиги ва функциясининг намоён бўлишида ката аҳамият касб этади.

Шундай қилиб, ҳозирги кунда алел бўлмаган баъзи генлар ва витилиго ривожланиши эҳтимоли билан коррелиацион боғлиқлик мавжудлигини тасдиқловчи маълумотлар жамланган. Ҳозирда витилиго ривожланишига сабаб бўлиши мумкин деб ҳисобланган 860 ген ўрганилган. Олинган маълумотлар олдинги изланишлардаги турли патогенетик механизмларни тасдиқлаш билан бир қаторда, келажакдаги самарали текширишлар қаторига витилигонинг ривожланишига мойил генларни аниқлашни ва бу генлар ушбу патологияда даво ва профилактик нишон бўлиб хизмат қилиши мумкин.

МЕЛАНОГЕНЕЗ ХАҚИДА УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

САБИРОВ У.Ю., ЭШБОЕВ Э.Х.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Мелоноцитлар – оқсилларни яхши синтез қила оладиган органелларга эга бўлган узунчоқ ҳужайралар бўлиб, таркибида меланин доначаларини тутади ва уни синтез қилади. Ушбу ҳужайралар ДОФА – оксидаза ва тирозоназа ферментларини сақлайди ва улар ёрдамида тирозин аминокислотасини меланинга айлантиради.

Мелоницитлар одатда базал қават ҳужайралари оралиғида жойлашади. Улар узунчоқ шохчалар кўринишида бўлиб узунлиги ҳужайра танасидан 100 ммк гача чўзилиб кетади. Мелоноцит ҳужайраси шохчалари охири кератиноцитлар қутбига етиб боради. Баъзал қават ҳужайралари дентритларнинг ниҳояси билан туташиб кетади, баъзан мелоноцитлар ҳужайралари ҳам шохчалари билан боғланиб кетиши мумкин.

Мелоноцитлар билан кертиноцитлар оралиғидаги тизимли – функционал боғланишни «эпидермиснинг эпидермал – меланинли бирлиги» деб аташ удум бўлган.

Меланиннинг синтези мелоноцитлар таркибидаги органеллари бўлмиш мелоносомаларда амалга ошади. Мелоносомаларнинг ўзи эса жуда мураккаб тузилмалардан иборат, улар бир текис қобиқ билан ўралган ва ички қисми юқори таркибли концентрик пластинкаларни сақлайди. Мелоносомалар катталиги 0,5–1,0 ммк бўлиб, сферик ва элипсимон шаклга эга. Уларнинг ривожланиш даврийлиги тўртта босқични ўз ичига олади. Аввалига пигмент ҳужайраси перифериярга интилади, уларнинг тузилиши аниқ даражага етгунча ўсиб борувчи электрон қаттиқлик хусусиятини олади. Худди шу тариқа улар керотиноцитларга узатилади.

Меланиннинг биокимёвий ва синтези механизми яхши ўрганилган. Тирозин деб номланувчи аминокислотадан тирозиназа таъсирида мелоноцитлардан диоксифенилаланин ва қатор оралиқ бирлашмаларидан сўнг меланин юзага келади. Тирозин жамики оқсиллар таркибига киради ва ҳайвонлар ҳамда ўсимликлар тўқималаридан топилган. У одам организмида ҳам фенилаланиннинг гидроксилазага мос равишда оксидланишидан юзага келади. Шунинг учун ҳам у алмаштирилиши мумкин бўлган аминокислота ҳисобланади. Мелонин ва тирозиндан ташқари, ушбу муҳим биологик моддаларнинг юзага келишида адреналин норадреналин, тироксиннинг аҳамияти катта. Тирозиназа эса фермент ҳисобланиб, кислород иштирокида тирозин ва яна бошқа фенол бирикмаларидан хинонлар юзага келишида қатнашади. Улар кейинчалик ноферментатив реакциялар натижасида қора рангга бўялган маҳсулот меланинга айланади. Меланин организмда оқсил бирикма шаклида меланопротеин комплексини юзага келтиради.

Шундай қилиб, меланинлар табиий пигмент бўлиб, оқсил таркибли тирозин, диоксифенилаланин ёки катехоламиннинг оксидланиш полимеризацияси ҳосиласидир.

Меланин ҳосил бўлиш жараёни қуйидагича кечади. Рибосома ва Гольджи комплекси иштирокида оқсиллардан фосфолипидлар ва тирозиназа ферменти синтези рўй беради. Булар келажакда меланосомларнинг таркибий элементи ҳисобланиб, Гольджи комплексига ўтади ва у ерда оралиқ пуфакчаларда юзага келади. Худди шу пайтда меланиннинг синтези субстрати бўлмиш тирозин аминокислотаси ҳосил бўлади. Тирозин рибосомаларда синтезланади ва эндоплазматик ретикулюмалар орқали Гольджи аппарати ҳудудига киради. Гольджи аппарати ичидаги пуфакчалардан меланасомаларнинг мембрана тизими юзага келади ва ички мембранада меланиннинг биосинтези бошланади. Тирозиназа ферменти таъсирида тирозин (ДОФА) – диоксифенилаланин хинонга айланади. Улар мис (медъ) ва кислород ҳамкорлигида фаоллашади. Айтиб ўтиш жоизки, тирозиназа ферменти ультрабинафша нурларига жуда сезувчан ҳисобланади. Тирозиназа ўсимликлар ва ҳайвонлар тўқималарида учраб турувчи ўта мураккаб комплексдан иборат бўлиб, қуйидагиларни ўз таркибида сақлайди;

а) махсус мис гуруҳини сақловчи О – дифенол, б) О – дифенол, в) металларнинг эркин ионлари. Кейинчалик кетма-кетликда жараён қуйидагича давом этади; ДОФА – хинон таркибида индол ҳалқасини сақловчи ДОФА – хромга айланади. ДОФА – хром таутомераза ферментлари ва DHJCA – оксидаза ДОФА – хромни 56 – дигидроксиндол – 2 – корбон кислотасига айлантиради. Синтезнинг ниҳояси бўлиб 5,6 – дигидроксиндол – 2 – корбон кислота (DHJCA) полимеризацияси натижасида жигарранг – меланин юзага келади. Улар таркибида 100 тадан то 1000 тагача DHJCA мономерларини сақлайди. Ушбу жараённинг тўлиқ амалга ошиши учун рух ва кислород бўлиши талаб этилади. ДОФА – хром баъзан 5,6 – дигидроксиндолга (DHJ) айланиши мумкин. DHJнинг полимеризацияси қора меланиннинг юзага келишини таъминлайди. Одатда, қора ме-

ланин (эумеланин) соч толаларида ва терида бўлади. Меланиннинг бу хили органик эритувчилар ва кимёвий моддалар таъсирига чидамли бўлиб, уларда эримайди.

Шундай қилиб, меланогенезнинг меъёрда биокимёвий реакцияси тирозин, молекуляр кислород, мис ва рух ионларининг ҳамкорликдаги иштироки натижасидир.

Ажралиб чиққан меланин кислотали муҳитга эга бўлиб, ишқорларда эрувчанлик хусусиятини намоён қилади, аммо органик эритмаларда парчаланмайди. Яна айтиб ўтиш жоизки, перикис водород, перманганат калий, хлорноват кислотаси ва хлорли темир каби ўткир моддалар таъсирида рангсизланмайди. Маълумотларга қараганда меланин ўз таркибида 55% углерод, 30% кислород, 9% азот, 4% водород ва ниҳоят 2% бошқа моддаларни сақлайди. Аммо меланиннинг қанча аминокислоталардан тузилганлиги ҳанузгача тўлиқ ўрганилмаган. Лекин аргинин, гистидин, тирозин, триптофан, цистит ва метионин каби аминокислоталар сақлаши исботланган.

Дарҳақиқат, юқорида айтиб ўтилган фикрларнинг барчаси назарий ҳисобланади. Меланинни соф ҳолатда ажратиш жуда мушкул. У зудлик билан мелоносомал оқсиллар ва аминокислоталар билан бирикиб меланопротеин комплексини вужудга келтиради. Меланопротеинлар таркибига аргинин, гистидин, триптофан, метионин ва тирозин каби мураккаб аминокислоталар киради, шунинг учун ҳам «меланин» сўзини оқсилларнинг бирлашган мажмуаси деб тушунмоқ керак. Амалий жиҳатдан меланинни тўқималардан соф ҳолатда ажратиб олишнинг имкони йўқ. Одам танаси тўқималаридан олинган ва сунъий синтез қилинган меланин орасида жуда катта фарқ борлигининг ўзи мелогенез патогенезидаги бузилган механизмнинг нақадар мураккаблигидан далолат беради.

Соғлом одам терисининг бир сантиметр квадратида ўртача 1200 та мелоноцитлар жойлашган. Бир дона мелоноцит 36 та кератиноцитларни пигмент (ранг) билан таъминлайди. Шундай бўлишига қарамасдан, мелоноцитларнинг кўп ёки камлиги ирқий хусусиятларга унчалик боғлиқ эмас. Фақатгина қора танли одамларда мелоноцитлар сони нисбатан кўп, аммо уларнинг меланин ишлаб чиқариш фаоллиги юқори бўлади.

Меланоцитларнинг пролиферация, миграция ва ўзгариши. Витилигони ривожланишини тушунтирувчи иммунологик омиллардан ташқари, витилигиноз терининг репигментацияси билан боғлиқ қийинчиликлар ҳалигача мураккаб тадқиқот мавзуси ҳисобланади. Витилигиноз теридаги меланоцитларнинг ўзгариши, пролиферацияси ва миграциясига аниқлик билан таъсир қўрсатадиган омиллар тўлалигича ўрганилмаган. Меланоцитлар резервуари камайиши баъзи бир алоҳида ўзгаришларни тушунтириши мумкин, гарчи бошқа омиллар ҳам роль ўйнашини унутмаслик лозим. Сўнгги пайтларда, витилигиноз терида оксидатив стресс туфайли келиб чиқувчи Wnt (Wg-wingless ва Int, сигнал йўли) йўлида сигналланишнинг камайиши аниқланди. Wnt йўли меланоцитлар ўзгаришида иштирок этади. Ушбу йўлни фаоллаштириш репигментациянинг кучайишига ва меланобластларнинг ўзгаришига ёрдам бериши мумкин. Бундан ташқари, UVB орқали чақирилган Wnt қўзғатувчилари ифодаси ўлароқ, β-каратин фаоллашиши юзага келади ва бу фаоллашиш орқали меланоцитлар ўзак ҳужайраларининг ўзгариши кузатилади. Шу сабабли, ушбу аниқ мақсадга қаратилган йўл репигментацияни юзага келтиришда истиқболли ёндашув бўлиши мумкин.

К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА

САБИРОВ У.Ю., ЯКУБОВ А.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Розацеа (син.: розовые угри, acne rosacea) – распространенное хроническое воспалительное заболевание кожи лица, поражающее преимущественно его центральную часть, имеет полиэтиологическую природу и клинически проявляется в виде эритемы и папулопустулезных элементов.

Цель настоящей работы. Изучить клиническое течение розацеа.

Материал и методы. Под нашим клиническим наблюдением находились 72 больных розацеа, в возрасте от 22 до 74 лет. Мужчин было 14 (19,4 %), женщин – 58 (80,6%). Большинство больных – в возрасте от 51 до 60 лет – 22 (30,5%).

При тщательном сборе анамнеза и клиническом обследовании мы у 26 (36,1%) больных установили наличие данного заболевания в семье и у ближайших родственников. Так, мать страдала розацеа у 10 (13,9%) больных, отец – у 4 (5,5%), сестра – у 4 (5,5%), тетя со стороны матери – у 3 (4,1%), бабушки со стороны матери – у 2 (2,8%), тетя со стороны отца – у 2 (2,8%) и бабушка со стороны отца – у 1 (1,4%) больного.

Согласно классификации Plewig G., Jansen T., Kligman A. (2000) первой стадией (эритематозно-телеангиэктатическая) страдали 18 (25%), второй стадией (папуло-пустулезная) – 42 (58,3%), и тре-

тьей стадией (пустулезно-узловатая) – 9 (12,5%) больных. У одного больного (1,4%) диагностирована ринофима и у 2 – стероидная розацеа (2,8%).

У 27 (37,5%) больных была диагностирована офтальморозацеа, которая часто наблюдалась в пустулезно-узловатой стадии и протекала в виде конъюнктивита, иридоциклита, кератита и др.

Заключение. Таким образом, розацеа часто встречалась у женщин (80,6%) в возрасте от 51–60 (30,5 %) лет, случай заболевания в семье и у ближайших родственников был отмечен у 36,1% больных, часто диагностировалась папуло-пустулезная стадия – 42 (58,3%), клинические признаки офтальморозацеа наблюдались у 37,5% больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОТОХИМИОТЕРАПИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗАХ

САГДУЛЛАЕВ Э.Ю., МЕДЕТОВА Ж.С., РАХМАТОВ А.Б.

***Республиканский кожно-венерологический диспансер, г. Нукус;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан***

До настоящего времени метод фотохимиотерапии остается весьма востребованным при таких дерматозах, как псориаз, витилиго, алопеция и др. Наличие соответствующей медицинской аппаратуры на базе Республиканского КВД позволило оценить данный метод при лечении 42 больных псориазом, 36 – витилиго, 12 – алопециями. Больные псориазом были представлены наличием крупно- и мелкобляшечных элементов с характерным шелушением (вульгарный псориаз); больные витилиго характеризовались наличием распространенных симметрично расположенных очагов депигментации (вульгарная форма); алопеция представлена одиночными и множественными очагами выпадения волос на волосистой части головы, без тенденции к слиянию (очаговая форма).

Метод фотохимиотерапии заключался в использовании фурокумаринового препарата Люкодермин (метоксален 10 мг), который применялся за 2 часа до проведения сеанса ПУВА-терапии на аппарате «ПУФА-30» (Россия). До начала лечения всем больным определяется биодоза. У преобладающего числа больных биодоза была от 1 до 6 мин., что составляло 0,1–2 Дж/см². Дозу облучения постепенно увеличивали на 0,5 биодозы через каждые 2–3 процедуры до 4–5 биодоз, доводя максимальное время облучения одного участка до 15–20 мин. Общее число процедур при ритме облучения 4 сеанса в неделю в зависимости от распространенности и локализации процесса на установках общего воздействия.

Кроме проведения ПУВА-терапии, отдельным больным псориазом назначались кератолитические мази и антигистаминные препараты (дезлоратадин) в течение всего срока проведения фотохимиотерапии.

Как показали наши исследования, у большинства больных псориазом отмечалось полное разрешение папуло-бляшечных высыпаний с образованием вторичной гиперпигментации кожи, примерно у 30% больных витилиго после одного курса ПУВА-терапии было отмечено появление крапчатой репигментации на очагах поражений и только 25% больных алопециями ответили положительной динамикой восстановления волосяного покрова.

Эти данные подтверждают целесообразность и эффективность применения ПУВА-терапии при различных дерматозах, причем показания для использования данного метода при кожных заболеваниях ежегодно только увеличиваются.

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗУДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО, СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

САДИКОВ А.А., МУХАМЕДОВ Б.И., АРТЫКОВ А.Ф., ИБРАГИМОВА Н.С., МУРАТХОДЖАЕВА Л.Э., ХОЖИЕВ Д.Б.

***Кафедра дерматовенерологии Ташкентской медицинской академии;
Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница МЗ РУз, ГорКВД, г. Ташкент. Узбекистан***

Цель исследования. Изучить особенности течения хронического зуда у лиц пожилого, старческого возраста.

Материал и методы. Обследованы 117 больных пожилого и старческого возраста с зудом, состоящих на учете в ЦП №2 МСО МЗРУз, преобладали мужчины – 51,6%. Средний возраст обследованных лиц составил 72,0±1,14 лет. Давность зуда колебалась от 6 месяцев до 18 лет, средняя продолжительность зуда – 3,32±2,94 лет.

Наличие зуда устанавливали на основании жалоб, клинических проявлений и анкеты-опросника. Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты. На зуд слабой интенсивности жаловались 9,7% больных. Средняя интенсивность зуда отмечалась у 30,8% пациентов. На зуд сильной интенсивности жаловались 37,1% больных, жалобы на нестерпимый, мучительный зуд предъявляли 23,1% обследованных. Проведенный анализ показал, что часто локализация и интенсивность зуда зависела от наличия сопутствующих заболеваний. По нашим наблюдениям у больных с заболеваниями желчного пузыря и вирусным гепатитом отмечался постоянный зуд различной интенсивности. Он начинался постепенно, локализовано, преимущественно в правой подлопаточной области, в дальнейшем приобретал распространенный характер, особенно в ночное время. При циррозах в основном зуд локализовался на конечностях, на бедрах и животе. Диабетический зуд чаще регистрировался в аногенитальной области, под молочными железами в паховых складках, на нижних конечностях, слуховых проходах, волосистой части головы или носил диффузный характер, обусловлен метаболическими аномалиями, ангидрозом и диабетической нейропатией. Анальный зуд чаще отмечался у мужчин, проявлялся мучительным зудом, генитальный зуд – у женщин, в основном страдающих сахарным диабетом и кандидомикозом. У больных, страдающих диффузным токсическим зобом, зуд был непостоянным, слабо выраженным. При гипотиреоидных состояниях зуд в основном носил генерализованный характер вследствие повышенной сухости кожи. У больных со злокачественными новообразованиями, в частности при раке толстого кишечника, отмечался мучительный, постоянный и генерализованный зуд. При наличии метастазов у больных отмечались усиление интенсивности и генерализация зуда. У пациентов с неврозами и депрессией зуд был генерализованный, усиливающийся при стрессовых ситуациях, трудно поддавался лечению десенсибилизирующими средствами.

По нашим данным, более половины больных жаловались на зуд в течение длительного времени (до 5 лет), что, естественно, отражалось на качестве жизни этих больных, которое снижалось из-за нарушения сна у 35% и нарушения концентрации внимания у 31%.

У обследованных нами больных с высокой частотой выявлялись атеросклеротические изменения сосудов, полинейропатии.

Выводы. Таким образом, у лиц пожилого и старческого возраста отмечаются системные изменения в различных органах и тканях, определяя полиморбидность. В этих условиях кожный зуд – наиболее частая жалоба у лиц пожилого возраста. Причины его могут быть самыми разнообразными, в большинстве они связаны с системными патологиями. Приходится учитывать и нарушение обмена веществ, заболевания печени, почек, желудочно-кишечного канала, кроветворных органов и нарушения функции эндокринного аппарата. Вышесказанное диктует необходимость тщательного обследования больного, учитывать состояние его кожных покровов, а при установлении сенильного зуда необходимо динамическое наблюдение.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗУДОМ

САДИКОВ А.А., МУХАМЕДОВ Б.И., ИБРАГИМОВА Н.С.
МУРАТХОДЖАЕВА Л.Э., ХОЖИЕВ Д.Б.

Кафедра дерматовенерологии Ташкентской медицинской академии,
Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница МЗ РУз,
г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Анализ частоты, тяжести, распространенности и интенсивности зуда у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Обследованы 117 больных пожилого и старческого возраста с зудом, состоящих на учете в ЦП №2 МСО МЗРУз, преобладали мужчины – 51,6%. Средний возраст обследованных лиц составил 72,0±1,14 лет. Давность зуда колебалась от 6 месяцев до 18 лет, средняя продолжительность зуда – 3,32±2,94 лет. Наличие зуда устанавливали на основании жалоб, клинических проявлений и анкеты-опросника. Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты. Большинство больных (56%) первично обращались к своему терапевту с жалобами на зуд, из них около 30% считали, что врачи не уделяли должного внимания этой проблеме. У всех обследованных лиц были выявлены 3 и более заболеваний. Анализ частоты отдельных этиологических причин зуда показал, что кожные причины составляют 17,1%, системные – 43,6%, неврологические – 80,3%, психиатрические – 23,9%, комбинированные – 46,2% и лишь у 6% обследованных нами не были выявлены этиологические факторы. Пациентов с вредными привычками было 38 (17,1%). 31,6% больных не могли четко указать на провоци-

рующие факторы, у 20,5% зуд возникал после нервного перенапряжения, у 14,5% – при нарушении диеты, у 13,8% пациентов – после приема лекарств. На возникновение зуда при снятии одежды, после усиленного потоотделения, механического раздражения и при обострении соматических заболеваний жаловались 6; 5,1; 6,8 и 1,7% пациентов соответственно. Определенной зависимости вышеперечисленных показателей от коморбидных состояний мы не выявили. Анализ частоты нозологических форм заболеваний (МКБ-10) показал высокую частоту заболеваний сердечно-сосудистой системы, гепатобилиарной, мочеполовой и нервной системы (80,3–82,9%). Анализ анкеты-опросника, заполненной больными, показал, что у 30,8% больных зуд был периодическим, у 26,5% возникал преимущественно вечером, у 21,4% – постоянно, вне зависимости от времени суток и сезона, 11,1% – в дневное время и 10,3% больных отмечали сезонное развитие зуда. Определенной зависимости вышеперечисленных показателей от нозологии мы не выявили. На генерализованный зуд жаловались 72 (61,5%) пациента, у остальных отмечался ограниченный зуд различной локализации: 7,6% больных предъявляли жалобы на зуд в области головы, 5,1% – на верхних конечностях, на лице и голове, на нижних конечностях – 6,8%, в области спины – 12,8%, голеней, спины и живота – 3,4%, на аногенитальный зуд жаловались 2,6% обследованных больных. Оценка интенсивности зуда по шкале ВАШ показала, что на зуд слабой интенсивности (от 0 до 4 баллов) жаловались 9,7% больных, средней (5–6 баллов) – 30,8%, сильной интенсивности (7–8 баллов) – 37,1% больных, нестерпимый, мучительный зуд (9 баллов) – 23,1% обследованных. Зуд влиял на настроение больных, нарушался сон, пациенты становились раздражительными и агрессивными, мешал выполнению повседневной работы. В результате длительного зуда возникали экскориация, пигментация, рубцы, лихенизация, пиодермии, у некоторых больных свободный край ногтевых пластинок стачивался, ногти выглядели полированными.

Вышеперечисленные обстоятельства требуют проведения углубленных эпидемиологических, патофизиологических и клинических исследований в нашем регионе с характерным аридным климатом.

РОЛЬ ФАРМАКОГЕНЕТИКИ И ФАРМАКОГЕНОМИКИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СИСТЕМНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

САДИКОВ А.А., НАЗАРОВА Б.У.

Ташкентская медицинская академия;
Республиканский научно-практический центр спортивной медицины,
г. Ташкент. Узбекистан

Фармакогенетика – это наука, изучающая изменения в последовательности ДНК, связанные с ответом на лекарственные средства. Кроме того, развитие биотехнологий и последовательность человеческого ДНК позволили создать еще один раздел генетики, фармакогеномику, изучающую человеческий ген, РНК и протеины, индивидуальные изменения в ответ на лекарственные средства. Псориаз является хроническим воспалительным заболеванием кожи, характеризующимся эритематозно-сквамозным шелушением, дерматоз мультифакторной природы, доминирующим значением среди всех факторов которого обладают генетические. На долю влияния наследственности отводится около 60–70%, тогда как на долю средовых факторов приходится 30–40%.

В многочисленных исследованиях, проведенных за последние несколько лет, изучена роль отдельных генов в эффективности и безопасности лечения псориаза в различных популяциях, разработана молекулярная классификация псориаз-ассоциированных генов посредством изучения фармакогеномического профиля. Как известно, в последнее время системное и биологическое лечение, применяемые при псориазе, ассоциированы различной степенью токсичности лекарственных средств, их дороговизной, а самое главное непродолжительной эффективностью. Соответственно изучение фармакогеномических биомаркеров при псориазе дает возможность прогнозирования результативности и безопасности проводимой терапии, также идентификация фармакогенетических и фармакогеномических маркеров может быть полезна в прогнозировании клинического течения псориаза и усовершенствовании терапии используя индивидуальный подход к каждому пациенту. А это в свою очередь повышает эффективность лечения и предупреждает нежелательный эффект и токсичность проводимой терапии.

СЛУЧАЙ БУЛЛЕЗНОГО ПЕМФИГОИДА ЛЕВЕРА

САЛДАМАЕВА Л. С.[1], ЯКУБОВИЧ А.И.[2], СЕРГЕЕВА И.Г.[3]

[1]Усть-Ордынское КДО ГБУЗ ОКВД;
[2]ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск;
[3]Новосибирский государственный университет,
г. Новосибирск. Россия

Буллезный пемфигоид Левера – редкое, доброкачественное хроническое аутоиммунное заболевание кожи, неясной этиологии, встречающееся в 6,6–7 случаев на 1 млн. жителей.

Клиническое наблюдение. Больная Л., 62 года, ранее на протяжении 20 лет работала процедурной медсестрой, находится на учете с 2010 г. Первые высыпания отметила после приема антибиотиков пенициллинового ряда по поводу ангины. Обратилась к дерматологу по месту жительства и была направлена на стационарное лечение, где после проведения гистологического исследования был поставлен диагноз: Буллезный пемфигоид Левера. Дерматоз носит хронический рецидивирующий характер, обострения заболевания связаны с обострением хронических заболеваний, ОРВИ, сезонностью. Ежегодно проходит лечение в условиях стационара с улучшением. Настоящее обострение в течение 2 недель: появились свежие высыпания на коже туловища, на разгибательных поверхностях верхних конечностей, в паховых складках, на бедрах. Наблюдались множественные крупные пузыри, округлой и овальной формы, размерами от 5,0 до 10,0 см в диаметре, расположенные на отечном эритематозном фоне, с дряблой покрышкой и серозно-мутным содержимым, также на коже туловища крупные эрозии с обрывками покрышек пузырей. Видимые слизистые свободные от высыпаний. Волосы и ногти не изменены.

Сопутствующая патология: сахарный диабет 2 типа с 2013 года, артериальная гипертония. Патологии по части онкологии не выявлено.

Проведено лечение: антигистаминные препараты, десенсибилизирующие препараты, преднизолон в/в 90 мг № 3 до стабилизации процесса, преднизолон внутрь в дозе 30 мг, актовегин в/м по 5,0 мл, местно: вскрытие крупных пузырей с обработкой анилиновыми красителями, 1%-ый крем клобетазола дипропионата, на эрозии – мазь солкосерил. На фоне лечения высыпания прекратились, эрозии полностью эпителизировались, на месте элементов появились гиперпигментированные пятна. Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение дерматолога по месту жительства.

Заключение. У больной с длительным течением дерматоза при проведении своевременной комплексной стандартной терапии с учетом сопутствующей соматической патологии отмечается доброкачественное течение заболевания.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В КОЖЕ

СТЕПАНЕНКО Р.Л., АЛИ МУХАММЕД ГАЗИ АЛКАММАЗ

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

Цель работы. Определить отдельные звенья морфогенеза псориатических элементов кожных высыпаний с учетом изучения биопсийного материала.

Материал и методы. Проведено патоморфологическое исследование биопсийного материала больных на псориаз. Полученные препараты окрашивались гематоксилином и эозином и с помощью методик Ван Гизон, Гимзе, Маллори.

Результаты и обсуждение. В элементах псориатических высыпаний в коже отмечалось утолщение эпидермиса, повышенное образование кератина, увеличение количества сосочков, глубоко проникающих в эпителиальный слой. В сосочках отмечалась эмиграция гранулоцитов из сосудистого русла и их миграция к кератиновому слою, где происходит фагоцитарная реакция. Эпидермис подвергается папиломатозной гиперплазии. В основе сосочка определяются расширенные и полнокровные кровеносные сосуды, периваскулярно отмечается лимфоидная инфильтрация с примесью гранулоцитов. Единичные тучные клетки, которые удалось определить, находились в состоянии дегрануляции.

Выводы. При псориазе определяются активные пролиферативные процессы в сосочковом слое дермы, которые относятся преимущественно к эндотелию сосудов, перицитов и фибробластов. Экссудативные процессы в коже связаны с гранулоцитарной инфильтрацией и возникают только в ответ на микробное инфицирование эпидермиса и сосочков, являются вторичными.

В эпидермисе вокруг сосочков образуются «чепчик» из отечных эпителиоцитов и зоны интерцилюлярного отека. Отек сосочкового слоя дермы связан с активной транссудацией или/и экссудацией в зоне сосочков, сопровождается образованием значительного количества лимфы, которая оттекает к основанию сосочка, образуя переизбыток жидкости в интерстиции.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ КОЖИ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ТЕН А.[1], КРАХАЛЕВА Ю.А.[1], ТИТЕНКО А.В.[1], КРИНИЦЫНА Ю.М.[1], ЯКУБОВИЧ А.И.[2], СЕРГЕЕВА И.Г.[1]

[1]Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск;
[2]ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск. Россия

Неинвазивные методы диагностики заболеваний кожи в настоящее время недостаточно стандартизованы, поэтому изучение возможностей их применения в дерматологии является весьма актуальным.

Цель исследования. Оценить особенности ультразвуковой (УЗ) картины кожи пациентов с атопическим дерматитом (АтД).

Материал и методы. Проведено изучение УЗ-показателей кожи 7 пациентов в возрасте от 12 до 33 лет. Среди пациентов с АтД у 3 человек SCORAD был < 15, у 2 человек – от 15 до 40, 2 пациента были в стадии ремиссии. Группа контроля – 7 человек без АтД. Оценивали показатели сканограммы (толщину и эхоплотность) эпидермиса, дермы, субэпидермальной гипоэхогенной полосы в области щек, локтевых и подколенных сгибов, очагов поражения и видимо здоровой кожи в непосредственной близости от очага. Для сравнительной оценки был использован коэффициент соотношения (КС) показателей сканограммы на прилегающем участке видимо здоровой кожи к показателям сканограммы в области очагов поражения.

Результаты. У всех пациентов толщина (КС = 0,84 ± 0,09, КС = 0,87 ± 0,21) и эхоплотность (КС = 1,30 ± 0,26, КС = 1,15 ± 0,48) эпидермиса не отличались от показателей здоровой кожи, контуры эпидермиса были неровными. При индексе SCORAD < 15 в области поражения дерма была большей толщины (КС = 0,84 ± 0,09) и меньшей эхоплотности (КС = 1,45 ± 0,07), чем на видимо здоровой коже. Толщина гипоэхогенной полосы была сопоставима с толщиной эпидермиса (КС = 0,97 ± 0,26), эхоплотность ее была меньше эхоплотности эпидермиса (КС = 23,36 ± 15,02). У двух пациентов в области здоровой кожи также наблюдали гипоэхогенную полосу. При индексе SCORAD 15– 40 в очагах поражения дерма была большей толщины (КС = 0,82 ± 0,07) и меньшей эхоплотности (КС = 2,3 ± 0,49). Толщина гипоэхогенной полосы была больше толщины эпидермиса (КС = 0,75 ± 0,11), эхоплотность – меньше (КС = 30,77 ± 3,92). В области видимо здоровой кожи у всех пациентов наблюдали гипоэхогенную полосу. У пациентов в стадии ремиссии также определяли гипоэхогенную полосу. У пациентов контрольной группы контуры эпидермиса были ровные, а гипоэхогенную полосу наблюдали у 3 человек.

Выводы. Ультразвуковая картина кожи пациентов с атопическим дерматитом характеризуется большей толщиной и меньшей эхоплотностью дермы, большей толщиной гипоэхогенной полосы по сравнению с видимо здоровой кожей, неровностью эпидермиса как в очагах поражения, так и на участках видимо здоровой кожи.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕЛЯ «ПРОПОЛИС-АК» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

ТИХОНОВ А.И., БОБРО С.Г., БАШУРА А.Г., ЯРНЫХ Т.Г., ШПИЧАК О.С.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков. Украина

Проблема лечения угревой болезни (акне) в настоящее время является актуальной задачей современной дерматологии и дерматокосметологии. Выбор форм и методов терапии акне в первую очередь зависит от клинической формы заболевания и степени тяжести ее течения (легкого, среднего или тяжелого). Препараты для лечения угревой сыпи должны устранять патологическую кератинизацию, подавлять секрецию кожного сала, ограничивать размножение и активность анаэробных микроорганизмов, а также обладать антимикробными и кератолитическими свойствами.

Разработанный нами лекарственный апипрепарат в форме геля на основе стандартизированной субстанции фенольного гидрофобного пре-

парата прополиса и кислоты азелаиновой показан в комплексной терапии угревой болезни, что подтверждено соответствующими проведенными доклиническими фармакологическими и микробиологическими испытаниями.

Для созданного нами геля «Прополис-АК» на основании проведенных физико-химических, фармакотехнологических и биофармацевтических исследований разработаны состав и технология лекарственного апипрепарата, установлены критические параметры технологического процесса, влияющие на качество готового продукта, разработаны методики идентификации и количественного определения действующих веществ, что отражено в методиках контроля качества на разработанный гель «Прополис-АК». Проведена валидация аналитических методик, доказана стабильность, определены условия и сроки хранения геля, обеспечивающие неизменность состава препарата и его свойств на протяжении установленного срока годности. Разработанный гель «Прополис-АК» состоит в плане выпуска ПАО «Химико-фармацевтический завод «Красная звезда» (г. Харьков), Украина.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «МОМЕТОКС» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

ТОЖИБОЕВ Л.Р., ХАСАНОВА М.Т., САЛОХИТДИНОВ А.К.

Андижон вилоят тери-таносил касалликлар шифохонаси. Ўзбекистон

Атопик дерматитни (АД) даволашда асосий ўринлардан бири маҳаллий муолажа ҳисобланади (турли хил малҳамлар, кремлар, эмульсия, лосьон ва бошқалар). Буларнинг ичида энг самарали препаратлардан бири топик стероид малҳамлардир. Охирги пайтларда фармацевтика саноати томонидан топик таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган кўплаб янги кортикостероид малҳамлари ишлаб чиқилмоқда. Шундай малҳамлардан бири мометоксдир. Мометокс креми таркибига кирувчи мометазон фурат ўта фаол топик кортикостероид бўлиб, узоқ даволанувчи дерматозларни қисқа вақтда даволаш учун қўлласа бўладиган препарат – мометокс креми ҳисобланади.

Изланишдан мақсадимиз. Мометокс кремини Атопик дерматит билан оғриган беморларда қўллаб кўриб, самарадорлигини аниқлашдир.

Материал ва текширув услублари. Кузатувимизда АДга чалинган 27 та бемор аёл бўлиб, уларнинг ёши 15 дан 30 ёшгача. Беморларни ушбу касаллик 3 йилдан 8 йилгача бўлган муддатда безовта қилиб келган. Бу беморларнинг 16 таси АДнинг 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 (дезлоратадин), десенсибилизацияловчи (натрий тиосульфат), гепатопротектор (эссенциале форте Н), антиоксидантлардан аёвит, маҳаллий давога мометокс креми. Давонинг биринчи кунлари терига икки маҳалдан, патологик ўчоқдаги тошмалар сўрила бошлагач, 1 маҳалдан суртилди, даволаш муддати касаликнинг турига, тарқоқлигига қараб 3 ҳафтани ташкил қилди. Теридаги патологик жараён ўчоғи тошмалар тарқалганлиги, яллиғланишнинг интенсивлиги ва субъектив симптомлар ёрдамида ўрганилди. Комплекс даводан олдин беморлар терисини SCORAD индекси кўрсаткичи 40–70 баллни ташкил қилди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили. Юқорида кўрсатилган даво амалга оширилгач, беморлар терисидаги патологик ўчоқдаги папулалар ва лихенификациянинг яссиланиши кузатилди, 7–8 кун ўтгач, улар анча яссиланиб, жароҳат 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. Мометокс креми Атопик дерматит билан оғриган беморларда комплекс қўлланилганда яхши натижа беради. Беморлар бу малҳамни даво давомида яхши қабул қилишди, асоратлар кузатилмади.

ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ХАИТОВ К.Н., САЛИМОВА И.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт. Узбекистан

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) – одно из наиболее распространенных заболеваний кожи, которое возникает, как правило, в раннем детском возрасте и отличается

хронически рецидивирующим течением с типичными для каждого возрастного периода клиническими проявлениями. Среди аллергических заболеваний кожи у детей заболеваемость АтД занимает ведущее место и составляет 72%. Интенсивный зуд, высыпания, нередко расположенные на видимых (лицо, шея, кисти) или «интимных» (грудь, область половых органов, ягодицы) участках тела и высокая частота обострений нередко служат причиной развития выраженных реактивных (нозогенных) психических расстройств. Следствием проявлений АтД является нарушение гармоничного развития детей. Заболевание служит причиной формирования психопатологического варианта личности и приводит к трудностям в выборе профессии и при создании семьи.

Цель исследования. Оценить психоэмоциональное состояние детей, больных атопическим дерматитом, с применением проективных рисуночных методов.

Материал и методы исследования. Обследованы 48 детей, больных атопическим дерматитом, в возрасте от 5 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении детской дерматологии ТашПМИ. Оценка психоэмоционального состояния детей проводилась совместно с детским психологом. Был использован рисуночный тест: «дом – дерево – человек».

Результаты. Анализ рисунков «дом – дерево – человек» показал следующее: 18 (37,5 %) детей, рисуя дом, нарисовали его без дверей. Это говорит о том, что у больных детей сложные взаимоотношения с семьей, трудности в общении. Дымоход с густым дымом нарисовали 12 (25%) детей, что свидетельствует о значительном внутреннем напряжении. 8 (16,66) детей, наоборот, нарисовали трубу с тонкой струей дыма, которая означала чувство недостатка эмоционального домашнего тепла. Тучи над домом были нарисованы 9 (18,75%) детьми, это свидетельствовало о тревоге, депрессии, опасениях. 20 (41,66%) детей, рисуя человека, нарисовали его с маленькой нечеткой головой, что означало застенчивость, робость, переживание за интеллектуальную неадекватность. Нечеткое, неясное, тусклое лицо нарисовали 9 (18,75%) детей, что свидетельствует о застенчивости, незащищенности и боязливости.

Выводы. Подводя итоги исследования и анализируя рисунки детей, отмечены существенно повышенный уровень тревоги, депрессивные расстройства, неуверенность в себе и низкая самооценка детей. С учетом этого рекомендуется целенаправленное выявление психогенных факторов, провоцирующих обострения АтД на ранних стадиях; диагностика психогенно обусловленного обострения АтД требует консультации психоневролога или детского психолога для выявления возможных расстройств и проведения комплексной терапии на уровне первичного звена. Учитывая распространенность психических расстройств при АтД, следует проводить комплексную терапию данного дерматоза с учетом их нозологической принадлежности и назначением соответствующей психофармакотерапии с целью повышения комплаентности и создания условий для ускорения регресса клинических симптомов.

МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ВИТИЛИГО

ХАМИДОВ Ф.Ш., НАСРИДДИНОВА Н., САТИМОВ А., ХАМИДОВА М., ХАМИДОВ С.

Андижанский государственный медицинский институт.
Узбекистан

В последние годы все больше внимания стали уделять влиянию кишечной микробиоты на проявления различных кожных заболеваний. Учеными доказано, что кишечная микробиота является определенным барьером, препятствующим колонизации организма условно-патогенными микроорганизмами; при этом ее качественные и количественные изменения сопровождаются созданием отрицательной микроэкологической обстановки для клеток организма хозяина, что способствует усилению воспалительных и аллергических реакций. Однако в научной литературе мы не нашли должного освещения вопросов о влиянии дисбиотических нарушений на течение витилиго.

Цель исследования. Изучение состояния микробиоты кишечника у больных, страдающих витилиго.

Материал и методы. Обследованы 17 человек в возрасте от 8 до 35 лет. У всех больных диагностирована ограниченная форма витилиго. При выявлении анамнестических данных давность заболевания составила от одного месяца до 6 лет и более. Для изучения микробиоты кишечника определяли общее количество аспорогенных анаэробов, бифидобактерий, лактобактерий, общее количество аэробов: эшерихии, стафилококки, стрептококки, грибы и протей.

Результаты. При микробиологических исследованиях у больных витилиго в кишечнике выявили достоверно выраженные дисбиотические изменения как в количественных, так и качественных показателях. Отметим, что у этих пациентов в кишечнике количественные параметры изменяли свое соотношение в противо-

положную сторону, т.е. факультативная группа микробов превалировала над анаэробами. Так, общее количество анаэробов составило Lg 8,05+0,11 КОЕ/г (при норме 10,23+0,05 КОЕ/г), в то же время факультативная группа была равна Lg 8,23+0,21 КОЕ/г (при норме 6,11+0,12 КОЕ/г).

Наиболее выраженный дефицит составили количественные показатели бифидобактерий, количество которых уменьшилось более чем на 3 порядка, достоверно было снижено и количество лактобактерий – Lg 5,51+0,29 (при норме 7,17+0,13 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 отмечали у лактозонегативных штаммов эшерихии и грибов рода Candida. В кишечнике у этих больных существенно возрастало количество патогенных кокков, таких как золотистый стафилококк и стрептококки группы А, которые обладают широким набором ферментов патогенности.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения адекватной терапии, направленной на нормализацию микробиоты кишечника у больных с витилиго.

ПСОРИАЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ PASI КЎРСАТКИЧЛАРИГА ВА ҲАЁТ СИФАТИ ДЕРМАТОЛОГИК ИНДЕКСИГА ЭНЗИМОТЕРАПИЯНИНГ ЎЗИГА ХОС ТАЪСИРИ

ХАМИДОВ Ф.Ш., АЛИЕВ Л., МУМИНОВ М.М., ИСМАИЛОВА З.Ф., ФОЗИЛОВ Ф., ХАМИДОВА М.

Андижон давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон

Изланиш мақсади. Вульгар псориаз билан оғриган беморларда Вобэнзим препарати комплекс терапияда қўлланилганида PASI (Psoriasis Area Severity Index) ва ҳаёт сифати дерматологик индексига (ҲСДИ) таъсирини ўрганиш.

Текширишнинг материал ва услублари. Назоратимизда 30 нафар вульгар псориаз билан оғриган беморлар бўлиб, уларнинг 15 нафарини эркак ва 15 нафарини аёллар ташкил қилди. Уларнинг ёши 20 ёшдан 45 ёшгача эди. Барча беморларда ҳамма стандарт текширишлардан сўнг «Вульгар псориаз, прогрессив даври» диагнози қўйилди. Беморлардаги теридаги патологик жараён PASI (Psoriasis Area Severity Index) индексини ва ҲСДИ кўрсаткичларини Вобэнзим препаратини комплекс қўлланилганидаги ўзгаришлари ўрганилди. Вобэнзим препарати таркиби қуйидагича эди: бромелаин 225 F.I.P. Ед (Federation Internftional бирлиги), папаин 90 F.I.P. Ед, Трипсин 360 F.I.P. Ед, химотрипсин 300 F.I.P. Ед, пакреатин прот. Евр. Фарм. ЕД (Европа Фармакопеасининг протеолитик бирлиги (протеолитические единицы Европейский Фармакопеи)), амилаза 50 F.I.P. Ед, липаза 34 F.I.P. Ед, Рутин 50 мг. Дори воситасини беморлар 5 драждан кунига 3 маҳалдан овқатланишдан 40–50 дақиқа олдин 200–250 мл сув билан қабул қилишди. Комплекс даволаш курси 3 ҳафтани ташкил қилди. Маҳаллий давога Унна креми буюрилди.

Изланиш натижалари. 30 нафар вульгар псориаз, прогрессив босқичи билан оғриган беморларда PASI (Psoriasis Area Severity Index) индекси комплекс даводан олдин 35,15±2,23 баллни ташкил қилди. Аёлларда PASI индекси 35,25±1,23 баллни, эркакларда 33,35±2,23 баллни ташкил қилди. Барча беморларда «Псориатик учлик» симптоми мусбатлиги намоён бўлди. 20 нафар беморларда «Кебнер феномени» мусбатлиги кузатилди. Тирноқлардаги «Ангишвона» симптоми фақатгина 15 нафар беморларда аниқланган. 5 нафар беморларда артрит белгилари ҳам кузатила бошлагани кузатилди.

Вобэнзим препаратини комплекс терапияда қабул қилганларидан сўнг вульгар псориаз, прогрессив босқичи билан оғриган беморларда PASI индекси 2 ҳафтадан кейин 28,11±2,34 баллга, 4 ҳафтадан кейин 16,12±1,21 баллгача камайган. ҲСДИ даводан олдин 22,33±0,22 балл бўлган бўлса, ўтказилган энзимотерапия билан комплекс даводан сўнг яхшиланди (13,12±2,42 балл)..

Хулоса. Вобэнзим препаратини вульгар псориаз билан оғриган беморларда комплекс терапияда қўлланилганида теридаги жароҳат ўчоғидаги PASI индекси кўрсаткичларида ижобий натижа бергани кузатилди, PASI индекси 19 баллгача камайгани аниқланди. ҲСДИдаги ижобий ўзгаришлар ҳам энзимотерапияли комплекс даволаш ҳам самара бериши мумкинлигини кўрсатади. Демак, Вобэнзим препаратини самарасини кузатиш учун псориазда даволаниш жараёнининг давомийлик муддатини ўзгартириш ва бу препаратни комплекс давода қўллашни амалга ошириб, касалликка кечишига таъсирини ўрганишда янада чуқур изланишлар ўтказиш лозим.

МИКРОБЛИ ЭКЗЕМА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЭКЗЕМАДА ЖАРОҲАТ МАЙДОНИ ВА ОҒИРЛИК ИНДЕКСИНИНГ ҲОЛАТИ

ХАМИДОВ Ф.Ш., ТОЖИБОЕВ Л., САЛАХИДДИНОВ А, АЛИЕВ Л., ФОЗИЛОВ Ф., ИСМАИЛОВА З.Ф., ХАМИДОВА М., МЎЙДИНОВ М., АБДУРАХМАНОВА Д.Р.

Андижон давлат тиббиёт институти
Андижон вилоят тери-таносил касалликлари диспансери.
Ўзбекистон

XX асрнинг бошига келиб экзема касаллигининг теридаги жароҳат ўчоғининг ҳолати экземада жароҳат майдони ва оғирлик индекси (EASI (Eczema Area Severity Index) орқали кенг ўрганилмоқда. EASI индекси кўпгина изланувчилар томонидан фойдаланилган бўлиб, унинг ёрдамида давонинг самарадорлигини кузатиб туриш мумкин.

Изланишнинг мақсади. Андижон вилояти кесимида микробли экзема билан оғриган беморларда жароҳат майдонини ва оғирлик индекси (EASI (Eczema Area Severity Index) орқали витадерм эритмасининг комплекс қўлланиши самараси натижаларини ўрганиш.

Изланишнинг материал ва усуллари. EASI индекси 208 нафар микробли экзема билан оғриган 20 ёшдан 56 ёшгача бўлган беморларда ўрганилиб (106 нафар эркак ва 102 нафар аёл), танадаги жароҳат юзасидаги ҳажми ва асосий симптомларнинг интенсивлиги аниқланди.

Экземанинг оғирлик даражасини аниқлаш учун халқаро стандартдан фойдаланилди. EASI (Eczema Area Severity Index, экземада жароҳат майдони ва оғирлик индекси) мураккаб индекси 4 та топографик соҳаларда (бош-бўйин, қўллар, оёқлар, танада) касаллик белгиларига (эритема, инфильтрация/папулалар, шиш, экскориация ва лихенификация) 0–6 балли шкаласи орқали баҳо бериш билан аниқланди. Стандарт даво таркибида нам қуритувчи сифатида витадерм экстракти қўлланилди.

Изланиш натижалари. Микробли экзема билан оғриган беморларда патогенетик терапиядан олдин EASI индекс 25,29 ± 0,13 баллни ташкил килди. Экзема билан оғриган беморларда EASI индекси кўрсаткичлари даводан олдин юқори кўрсаткичларда эканлиги изланишлар натижасида аниқланди. Беморларда бу натижани ижобий томонга ўзгартириш учун керакли давони тавсия қилиш лозимлиги кузатилди. Витадерм препарати билан комплекс равишда ўтказилган стандарт терапиядан сўнг микробли экзема билан оғриган беморларда EASI индекси ўзига хос ўзгарди. Даводан олдин уларда EASI балли 21,29 ± 0,13 кўрсатган бўлса, 2-ҳафтанинг охирларига келиб 10,19 ± 0,22 га камайган, 4-ҳафтанинг охирига келиб 2,23 ± 0,05 баллга камайди.

Хулоса. Микробли экзема билан оғриган беморларда EASI индекси даводан олдин юқори кўрсаткичларда эканлиги аниқланди. Витадерм экстракти препарати билан комплекс равишда ўтказилган даво натижасида ижобий ўзгаришлар кузатилгани аниқланди.

ПСОРИАЗ ВА ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАР ДИАГНОСТИКАСИДА ДЕРМАТОСКОПИЯНИ АҲАМИЯТИ

ХАМИДОВ Ф.Ш., ТОЖИБОЕВ Л., САЛОХИДДИНОВ А., МЎМИНОВ М., ХАМИДОВА З.Ф., ХАМИДОВА М., ХАМИДОВ

Андижон давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон

Терининг яллиғланишли ва ўсма касалликларининг ноинвазив диагностика соҳасида шифокор-дерматологларнинг имкониятлари дерматоскопия, оптик когерент томография, ультратовушли сканерлаш ва конфокал лазерли сканерловчи микроскопия каби усулларни тадбиқ қилиш натижасида сезиларли равишда ошди. Энг оддий ва имконият томонидан амалий мутахассис учун дерматоскопия усули осон ҳисобланади. Бу усул орқали теридаги ўзгаришларни 10 маротаба катталаштириш орқали баҳолаш имконияти туғилади.

Изланишнинг мақсади. Псориаз ва қизил ясси темиратки билан оғриган беморларда дерматоскоп ёрдамида терининг ҳолатини ўрганиш.

Изланишнинг материал ва усуллари. Назоратимизда 20 нафар бемор бўлиб, уларнинг ёши 20 дан 45 ёшгача эди. 20 нафар беморлардан 10 нафарига вульгар псориаз, 10 нафарида қизил ясси темиратки диагнози қўйилди. Барча беморларнинг терисидаги патологик ўзгарган соҳалар ҳолати дерматоскоп ёрдамида ўрганилди. Терининг яллиғланишли касалликларининг дерматологик манзарасини интерпрепация қилиш учун қуйидаги алгоритмдан фойдаланилди: қон томирлар тузилмасини морфологик баҳолаш; тошмалар соҳасида қон

томирлар тузилмаларининг тақсимланишини баҳолаш; аниқланаётган тузилманинг рангини баҳолаш; соч фолликулаларининг сақланганлигини баҳолаш.

Изланиш натижаси. Барча беморларнинг терисидаги патологик ўзгарган соҳалар ҳолати дерматоскоп ёрдамида ўрганилганида қуйидагилар кузатилди: Псориаз билан оғриган беморларда жароҳат ўчоғидаги қон томирлар тузилмаларининг бир текисда тарқалганлигини, тангачаларнинг оқишсимон рангда эканлиги аниқланди. Қон томирлар компонентини баҳолашда иммерсион суюқликни жароҳат соҳасига суртишга тўғри келиши кузатилди (папула ва пилакчалардаги яққол гиперкератотик қатламланишни ҳисобга олган ҳолда). Дерматоскоп ёрдамида ўрганилган терининг псориатик патологик соҳаларда томирларнинг аёллар туфлисини эслатиб юборувчи пошнасимон кўриниши маълум бўлди. Тошмаларнинг псориатик учлик симптомини аниқлаш жараёнида ўрганилганида уларнинг классик кўриниши аниқланди.

Қизил ясси темиратки билан оғриган беморларнинг териси дерматоскопик манзараси ўрганилганида оқ рангдаги тузилмаларни (Уикхем тўри), турли хил ташқи кўринишдаги (чизиқсимон, думалоқ, тўрсимон ёки ҳалқасимон тузилмаларни) комплексларнинг кузатилиши маълум бўлди. Уикхем тўри атрофида нуқтасимон ёки чизиқли эгри-бугри қон томирларининг кўриниши аниқланди. Узоқ вақт давом этаётган жараён соҳаларида томирли компонентнинг камроқ намоён бўлгани кузатилди. Шунингдек, кулранг рангдаги, регрессга учраган тузилмаларга ўхшаш, пигментли тери ўсмаларини эслатувчи пигментсимон қўшимчалар борлиги аниқланди.

Демак, амбулатор шароитларда дерматоскопик текширишларни дерматолог томонидан ўтказилиши, шифокор томонидан тахмин қилинаётган клиник диагнозни тасдиқлашга, дифференциал-диагностик изланиш доирасининг торайишига, инфекцион табиатли тошмаларни рад этиш ва терапевтик усулни танлашга имконият беради. Бу маълумотлар кўплаб изланувчилар томонидан ўтказилган текшириш натижаларини тасдиқлайди.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ

ШАХАБУТДИНОВА М.З., МАВЛЯНОВА Ш.З., АБДУСАМАТОВ У.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии», МЗ РУз г. Ташкент. Узбекистан

Атопический дерматит (АД) – одно из наиболее распространенных аллергических заболеваний у детей. В экономически развитых странах диагностируется у 10–28 % детей. По данным литературы распространенность атопического дерматита во многих странах растет. Распространенность АД достоверно выше в экологически неблагоприятных районах. Загрязнение окружающей среды рассматривают как фактор высокого риска развития и прогрессирования заболевания. Распространенность заболевания значительно выше среди детей младшего возраста. По данным литературы АД у детей, проживающих в регионах с множеством предприятий промышленности, протекает с частыми рецидивами, развиваются более распространенные формы, и он плохо поддается лечению.

Цель исследования. Изучение заболеваемости атопическим дерматитом среди детей в возрасте до 14 лет в разрезе областей республики.

Методы исследования. Статистический анализ данных отделения организационно- методической помощи и медицинской статистики Республиканского научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии за 2017 год.

Результаты исследования. Заболеваемость АД по республике (общее количество впервые выявленных больных) составила 3949 случаев (мужчин – 2076 (52,6%), женщин – 1873 (47,4%)). Среди них возрастная категория детей до 14 лет – 1686 случаев, что составляет 42,7% от общего количества всех больных, взятых на учет в 2017 году. Из них мальчиков – 865 (51,3%), девочек – 821 (48,6%).

Проведенный сравнительный анализ интенсивного показателя заболеваемости среди детей в возрасте до 14 лет в разрезе некоторых областей республики показал, что наибольшие показатели отмечаются в Хорезмской – 16,5, Ферганской – 13,7, Навоийской- 8,4 областях. В городе Ташкенте интенсивный показатель составил 8,6. Наименьшие показатели выявлены в Кашкадарьинской – 0,8, Сурхандарьинской – 0,9, Ташкентской – 4,5 и Самаркандской – 4,5% областях. Интенсивный показатель по Республике составил 5,2.

Выводы. Анализ полученных результатов показывает, что наибольшая выявляемость АД среди детей до 14 лет отмечается в наиболее экологически неблагоприятных районах республики в зоне Приаралья (Хорезмская – 16,5), Ферган-

ской долине (Ферганская – 13,7), в Навоийской области – 8,4. Это указывает на необходимость усиления диспансеризации детей с АД в соответствующих областях.

ВИТИЛИГОНИНГ ПАЙДО БЎЛИШ САБАБЛАРИ

ЭШБОЕВ Э.Х., САБИРОВ У.Ю.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Ҳанузгача ҳамма олимлар тан олган касалликнинг сабаби йўқ. Касалликнинг пайдо бўлишида ва унинг ривожланишида маълум соҳаларнинг доимий равишда ишқаланиб туриши, тез-тез ҳар хил катталикдаги жароҳатлар ёки уларнинг босими таъсирида бўлиши, қуёшдан нурланиш, кимёвий моддалар каби ташқи омиллар, руҳий таъсиротлар, юқумли касалликлар ва заҳарланиш каби ички омилларнинг ўрни бор.

А.Ш. Ваисов ва бошқа муаллифдошларнинг (1993) фикрича, Марказий Осиё, хусусан, Ўзбекистон Республикаси ҳудудида тез-тез қайд қилинадиган меъда-ичак тизими, жигар, ўт йўли касалликлари, гижжа, паразитар ва бошқа иккиламчи хасталикларнинг ҳам аҳамияти бор. К.Б. Алимхонов (1994) ўз изланишларида ёш болаларда ошқозон-ичак ферментатив ва функционал ҳолатининг ишдан чиқиши, хомилалик давридаги олинган жароҳатларнинг ҳам аҳамияти борлигини таъкидлаб ўтган. Ўрта ёшдаги болаларда ошқозон-ичак тизими, оғиз-бурун-томоқда ўрнашиб олган инфекция ўчоқлари, кариесга учраган тишлар, сийдик ажратувчи аъзолар яллиғланиши, юқумли гепатитга чалинганлиги ҳисобга олиниши керак.

Айрим муаллифлар асаб, эндокрин тизими касалликлари организмга ҳар хил заҳарли моддалар таъсири оқибати деб тушунтиришади. Аксарият беморлар касалликнинг юзага келиши ва ривожланиб боришини бўлиб ўтган жигар яллиғланишига, балоғат ёшига тўлиш, ҳомиладорлик, климакс ва қандли диабет билан боғлайдилар.

Лекин юқоридаги қатор фикр ва мулоҳазаларга қарамасдан, витилиго касаллигининг пайдо бўлишини ички аъзолар касалликлари билан, жумладан, қалқонсимон без ёки жигар касалликлари, қолаверса гижжа ва паразитар инфекциялар билан боғлаш жуда қийин, чунки бу хасталикларга нисбатан витилигонинг қайд қилиниши бир неча юз баробар камдир.

Витилигонинг наслий эканлигини ишончли даражада белгилайдиган аниқ маълумотлар йўқ. Шунинг учун ҳам касалликка наслий жиҳатдан мойиллик омилларининг (иммунологик, вегетатив) ўтиши тўғрисида айрим фикрлар мавжуд. Дарҳақиқат, бу борада баҳс ва тортишувлар давом этмоқда

Шундай бўлишига қарамасдан, юқорида берилган фикр ва мулохазаларга таянган ҳолда касаллик сабабларини умумлаштириб қуйидагича изоҳлаш мумкин: асаб тизимидаги ўзгаришлар (кучли руҳий зарба, узоқ вақтгача руҳий тушкунлик ҳолатида бўлиш); иммун тизимидаги ўзгаришлар; қалқонсимон без фаолияти издан чиққанда (бунда асосан, буқоқ касаллиги); бошқа эндокрин касалликлардан қандли диабетга чалиниш; танада рух, мис, йод каби фойдали моддалар етишмовчилиги; терига ранг берувчи меланин пигменти етишмаслиги; ҳомиладорлик пайтида ҳомиланинг гипоксия (кислород ва бошқа озиқ моддаларнинг етишмаслиги)га чалиниши; ўт йўли, жигар хасталиклари, айниқса, вирусли гепатитга чалиниш; ўспирин ва ўрта ёшдаги инсонларда касалликнинг юзага келишига вақтида овқатланмаслик ёки нотўғри овқатланиш натижасида гастрит, ошқозон ўн икки бармоқ ичак яраси каби иккиламчи юқумли ва паразитар (гижжа) касалликлар; аутоиммун ҳолат, аутодеструктив бузилишлар (ўз ўрнини парчалаш ёки қарши чиқиш); биокимиёвий бузилишлар назарияси; ирсий (генетик) мойиллик.

Бинобарин, витилигонинг ушбу сабабларининг барчасини тўғри деб қабул қилсак-да, аксинча, уларга яна шунча қарама-қарши фикрлар мавжуд бўлади.

Дарҳақиқат, касалликнинг пайдо бўлишида ҳаммабоп, ҳар томонлама хақиқатга яқинроқ томони бу нейроген – нейроэндокрин назариядир. Унга кўра нерв ҳужайралари ва меланоцитлар эктодерманинг битта йўналишдаги шохчасидан пайдо бўлади. Бу назариянинг асосчиси А. Лернер бўлиб, унга кўра ҳар иккала (нерв ҳужайраси ва мелоноцитлар) ҳужайралар пировардида секреция учун тирозинни ишлатади. Ундан ташқари, муаллиф асаб тизимидаги ўзгаришлар билан кечадиган хасталикларда витилигонинг кўпроқ учрашини қайд қилган. Шунга қарамасдан, витилиго касаллигида меланогенез бузилишининг марказий ва вегетатив нерв тизими билан боғлайдиган далил ва исботлар ҳанузгача етарли эмас.

Аутоиммун (иммун) назарияни А. Лоринез таклиф этган бўлиб, унга кўра витилигога чалинган беморларда ўзининг меланоцитлари ва тирозиназасига қарши аутосенсибилизация рўй беради.

Ушбу назарияни тушунтирувчи иккита вариант бор. Биринчи вариант – иммун тизимида бирламчи дефект (нуқсон) борлиги билан тушунтирилади. Унда дефект ҳолати аутосенсибилизацияга олиб келади ва меланин ҳамда тирозинга қарши антителалар пайдо бўлади, оқибатда мелонин ишлаб чиқарувчи ҳужайралар зарарланади. Иккинчи вариант – ташқаридан нохуш таъсиротлар бирламчи таъсиротга учрайди, бу ҳолат улардаги патологик ўзгаришларни келтириб чиқаради, натижада кейинчалик аутосенсибилизация рўй беради. Ҳозирги пайтга келиб беморларнинг иммун ҳолати чуқур ўрганилмоқда. Бу изланишлар аутоиммун назарияни ҳар томонлама тўғри деб тан олмайди ва текширишларни кўп қиррали қилиб давом эттиришни талаб қилади. Юқоридаги фикрларга қарамасдан, маҳаллий ва тизимли кортикостероидларнинг иммуносупрессив терапия тарзда қўлланишида олинаётган самарали ютуқлар витилигонинг ривожланишида иммун механизмининг иштироки борлигидан далолат беради.

Аутодеструкция (ўз-ўзидан парчаланиши) назариясига кўра (муаллифлар S/Bleehen et al., M. Pathak et al.), меланиннинг биосинтези жараёнида ажраладиган заҳарли моддалар ҳисобига мелоноцитлар зарарланади. Бундай ҳолатда Лангерган ҳужайралари меланоцитларни парчалаб, уларни фагоцитлаб ютиб олади. Аммо бу назария клиник ва экспериментал тасдиғини топа олмади, оқибатда амалий аҳамиятини йўқотди.

Аутоантитела. Аутоантитела витилигода бир неча ўн йил аввал аниқланган, шунга қарамасдан патогенетик роли шу кунга қадар тасдиқланмаган. Аутоантитела миқдори ва витилиго фаоллигининг ўзаро алоқадорлиги бўйича қарши фикрлар ҳам мавжуд (Harning R., et al. 1991., Kroon M.W., et al. 2013).

Бу эса аутоантителага нисбатан текширувлар олиб боришга қизиқишнинг камайишига олиб келди. Шунга қарамасдан, “Ретуксимаб” билан ўтказилган унча катта бўлмаган экпериментал текширувлардан олинган узоқ кутилган натижалар шуни кўрсатдики, эҳтимолга кўра витилиго патогенезида В-лимфоцитлар роли етарлича аҳамият касб этмаслиги маълум бўлди (Ruiz-Argüelles A., et al. 2013).

Оксидатив стресс (зўриқиш). Кўпгина адабиётларда витилигога чалинган беморлар териси ва қонида бир нечта юқори оксидатив стресс маркерлари (супероксид дисмутаза, малондиальдегид, фаол кислород турлари) ва антиоксидант механизмларининг коллапси кўрсатиб ўтилган. Бу маълумотлардан шундай тахмин юзага келадики, оксидатив стресс иммунитетга асосланган меланоцитлар деструкциясига олиб келувчи эрта омил бўлиб ҳисобланади. Афсуски, витилигони антиоксидантлар билан даволашда юқори муваффақиятли натижаларга эришилмаган. Қанчалик оксидатив стресс витилиго патогенезида ёки яллиғланишнинг ножўя таъсирига бўлган жавоб реакцияси ҳисобланади, буни ҳали аниқлаш лозим. Шундай бўлсада, in-vitro витилигода меланоцитлар оксидатив стрессга нисбатан юқори сезувчанликни намоён этиб, ҳужайра нобуд бўлишига олиб келиши кузатилган (Jimbow K. et al., 2001). *Биокимёвий бузилишлар* назарияси асосида оксидатив зўриқишлар ётади. Бундай ҳолатларда витилиго касаллигининг юзага келишида оксидатив бузилишлар билан антиоксидат ҳимоя оралиғидаги келишмовчиликлар пайдо бўлади. Антиоксидант ҳимоя ферментлари фаоллигининг пасайиши оқибатида витилигога чалинган беморлар терисида эркин радикаллар кўпайиб боради . Кейинчалик улар таъсирида меланоцитларнинг зарарланиши рўй беради. Кўпгина олимлар бундай жараёнларда эпидермал водород перикиснинг ошиб боришини кузатишган. Шу билан биргаликда кучли антиоксидантлик ферменти бўлмиш эпидермал каталазаларнинг фаоллиги ва концентрацияси пасайган. Шунинг учун ҳам антиоксидатив препаратларнинг витилигони даволашда аҳамияти бор деб тушунилади.

Цитокинлар ва хемокинлар. Витилигога чалинган беморларнинг CD8 цитотоксик лимфоцитлари, айниқса, меланоцитлар ўзгаргандаги пептидлар таъсиридан кейин IFN-γ, TNF-α ва IL-17 ишлаб чиқаради (van den Boorn JG., et al. 2009). Интерферон меланоцитлар емирилишининг охирги босқичида муҳим цитокин ҳисобланади. Витилиго билан оғриган беморлар ҳамда каламушларда ўтказилган тажрибадан маълум бўлишича, IL-1β, IL-2, IL-17, IL-22, IL-23 ва IL-33 каби цитокинлар миқдори тери ва қонда ошиши қайд этилган (Elela MA., et al. 2013., Tembhre M.K., et al. 2013., Vaccaro M., 2015). Бир қанча изланишлардан маълум бўлишича, IL-17 миқдорининг кўтарилиши инфламасом фаоллашишида ўрин тутиши мумкинлиги аниқланган. CXCL9 ва CXCL10 интерферон-γ билан боғланган хемокинлар, шубҳасиз, витилиго билан оғриган бемор терисида ҳамда каламуш моделидаги витилигода яққол юқори миқдори мавжудлиги аниқланган. Витилиго чақирилган каламушлар модели ўрганилганда, нейтралловчи антитела ёрдамида CXCL10 нинг ингибирланиши репигментация белгиларини юзага келтириб, витилигони бартараф этиш имкони мавжудлиги аниқланган (Rashighi M., et al. 2014). CXCL9 ва CXCL10 нинг витилигода касаллик фаоллиги билан боғлиқлигини тасдиқловчи маълумотлар кўпаймоқда. Меланоцитлар ишлаб чиқарувчи CXCL12 ва CCL5 ни антиген-намоён қилувчи ҳужайра ва Т-ҳужайраларни витилигиноз тери ва зардобда йиғилишида ўрин эгаллаши, CXCL12 эса витилиго фаоллиги билан боғлиқлиги аниқланган (Rezk A.F., et al. 2017., Speeckaert R., et al. 2017). Бундан ташқари, оксидатив стресс

CXCL16 каби хемокинларнинг секрециясига олиб келади (Li S., et al. 2016).

Витилиго касаллигида ирсий мойиллик тўғрисида юқоридаги фикрларимизда баён қилган эдик. Бинобарин, ирсий назария витилиго касаллигида HLA II генлари локуслари билан ҳамкорликда келиши, беморлар оиласи текширилганда эса, HLA – A2, HLA – DR3, HLA – DR4 генлар синфлари мос тушиши кўрсатилган. 2007 йилга келиб Буюк британиялик олимлар NALP 1 генлари борлигини қайд қилишди, бу янгилик ирсий назария тўғрисидаги маълумотларни янада бойитди.

ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИ МУАММО СИФАТИДА ЎРГАНИШИМИЗ КЕРАК!

ЭШБОЕВ Э.Х., ЭШБОЕВ С.Э.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Тери ташқи қоплама бўлибгина қолмай, силлиқ ва текис, майингина хусусиятлари билан инсоннинг ташқи кўринишига оро беради. У организмнинг бир маромда ишлаётгани, инсон тана саломатлигида камчиликлар йўқлигини намоён қилувчи кўзгу десак, янглишмаймиз. У организм билан ташқи олам ўртасидаги ҳимоя девори вазифасини ўтайди. Одам терисида кўзга ташланадиган ўзгаришларнинг пайдо бўлиши организм ичида муаммолар вужудга келганидан дарак беради. Терида пайдо бўладиган «оқ доғлар» ҳам шулар ҳисобидандир. Аслида меъёрда тана ранги ўзининг таркибидаги тўртта пигментга боғлиқ: кўк дезоксигемоглобин, қизил оксигемоглобин, сариқ керотин ва жигарранг меланин. Улар орасида меланин пигменти муҳим роль ўйнайди. Турли ирқлар (қора, сариқ, оқ) терисининг ранги айнан меланиннинг теридаги миқдори ва тарқалиши билан белгиланган, аммо меланиннинг ранг беришдан бошқа муҳим вазифалари ҳам бор. Асосийси, у тери ички қаватларини ультрафиолет нурланиш тасиридан асрайди. Шу боис меланин кўпроқ «ишлашга» тўғри келадиган ўта жазирама мамлакатлар аҳолисининг териси нисбатан қора бўлади.

Лекин баъзи ҳолатларда организм ишига путур етса, терининг айрим қисмлари ўзининг табиий рангини йўқотади. Натижада ҳар хил катталикда «оқ доғлар» вужудга келади. Уларга аксарият ҳолларда турли замбуруғли хасталиклар – аутоиммун ва генетик этиологияли тангачали темиратки, склероатрофик лихен, қизил югурук, альбинизм Фогма – Коянаги – Харада ва Алеззандрина синдроми, Ито гипомеланози, нейродермит, пигментсиз невус ва ниҳоят витилиго (пес) ва мохов (лепра) киради.

Булар ичида одамларни ҳар томонлама безовта қиладиган ва тушкунликка соладиган хасталиклар витилиго (пес) ва моховдир. Гарчанд бу икки касалликнинг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланиш механизми, ҳатто давоси бир-биридан кескин фарқ қилса-да, лекин доимо халқ орасида ва тиббиётда ёнма-ён ишлатилади. Бу икки касаллик тўғрисида ўнлаб афсоналар тўқилган. Буларнинг қайси бири тўғри қайси бири нотўғри? Асосий масала касалликнинг қандай юзага келишини билмасликдадир.

Мохов (лепра) касаллигининг витилигодан (пес) фарқли равишда аллақачон қўзғатувчиси аниқланган, унинг юқувчанлик даражаси тиббиётга маълум бўлганлигига салкам 150 йил бўлди. Давосида ҳам камчиликлар қолмаган. Хўш, унда муаммо нимада? Унда нимага тиббиёт илми чўққига чиққан замонда асосий халқ, ҳатто айрим шифокорлар бу икки касалликдан қўрқишади. Масаланинг асосий қисми оқ доғлар билан кечувчи хасталикларни замон тилида яхши билмаслигимиздадир.

ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИНГ БЕМОР ОИЛА-АЪЗОЛАРИ ОРАСИДА УЧРАШИ

ЭШБОЕВ Э.Х., ЭШБОЕВ С.Э.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Бутун дунё олимлари витилигонинг насл-дан-наслга ўтиши борасида ҳанузгача аниқ бир қарорга келишмаган. Берилган маълумотлар турлича, ҳатто бир бирини инкор қилади. Лекин, бу фикрларга қарама-қарши тарзда мохов касаллигининг насл сурмаслиги аллақачон тиббиёт

оламига маълум бўлган. Фақат мохов касаллиги оилада узоқ вақт маишиий мулоқот натижасида ҳаво-томчи йўли билан аввалига бола-чақасига, кейин яқин ака-укасига ёки опа-сингилларига юқиб қолиши мумкин. Йиллар ўтиб битта оиладан битта моховга чалинганлар қайд қилинади. Бу ҳолат сил касаллигида ҳам кузатилиши хеч кимга сир эмас.

Ўзбекистонда витилиго касаллигининг аҳоли орасида нақадар кўп тарқалганлиги тўғрисидаги илмий изланишларнинг дастлабки тадқиқотчиларидан бири Т.Т. Тожибоев ҳисобланади. У илмий фаолиятини узоқ йиллар витилиго касаллигининг пайдо бўлиши сабаблари ва даволаш муаммоларига бағишлаган. Унинг 1972 йилда олиб борган тадқиқотларидан маълум бўлганки, жами текширилган 722 беморнинг 67 тасида (9.3%) касаллик оилавий характерга эга бўлган. 72 та беморнинг яқин қариндош-уруғлари бўлиб, уларнинг яна иккитасида беш авлоддан бери касаллик давом этаётганлигини кузатган. Ҳатто битта витилигога чалинган отанинг учта фарзанди ҳам ўн йил давомида касалликка чалинганлиги қайд қилинган.

Худди шунга ўхшаш тадқиқот ишларини С.С.Арифов (1994) ҳам олиб борган ва яқин қариндошлар турмуш қурган 288 та одамнинг 10,9% ида витилиго аниқланган.

Профессор А.Ш.Ваисов (1989) Ўзбекистоннинг туб маҳаллий аҳолиси орасида касалликнинг қанчалик тарқалганлигини ўрганиб, уни таҳлил қилган. Унинг изланишларидан маълум бўлганки – 14% ҳолатларда касаллик маълум витилиголи бемор бор оилаларда учрар экан. В.Т.Базаевнинг (1990) изланишларида бу кўрсаткич – 9,1% ни ташкил қилган.

Россиялик олим Ю.Н.Кошевенко (1995) ўзининг назоратидаги мингдан ортиқ витилигога чалинган беморларнинг – 17,4% и оилавий характерга эга бўлган. Қизиғи шундаки беморларнинг – 5,5% ида онаси, 5,7% ида эса отаси ва яқин қариндошлари витилиго билан оғриган. Ҳатто 1,7% беморларнинг бир нечта қариндошлари ҳам бир пайтда витилиго бўлишган.

Профессор С.С.Арифовнинг (2006) узоқ йиллик тажрибасидан келиб чиққан ҳолда витилиго касаллигининг одамлар орасида нақадар учрашини қуйидагича хулоса қилиш мумкин. Дарҳақиқат, оиласида витилиго бор одамларни келажакда яна уларнинг биронтаси касалликка чалиниш мумкин деган гуруҳга киритиш мумкин. Улар орасида бизга номаълум қандайдир омил борки, хасталикнинг пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Шунга қарамасдан беморларнинг қон гуруҳини ва резус омилларини ўрганиш ҳеч қанақа янгиликларни бермади. Олинган натижаларни соғлом одамлар билан солиштириб кўрилганда айтарли даражада фарқ топилмади.

ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИ ТЎҒРИСИДА ТАРИХИЙ МАЪЛУМОТЛАР

ЭШБОЕВ Э.Х.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Витилиго грек тилидан, «vitum» – «нуқсонли касаллик» тушунмовчилик, хатолик ёки англашилмовчилик деган маънони англатиб, у кўп омилли, этиологияси ноаниқ дисхромиялар гуруҳига киритилган касаллик. У терида бир-бирига қўшилиб кетишга мойил бўлган оқ доғлар чиқиши билан намоён бўлади. Кўпчилик мутахасисслар оқ доғларнинг пайдо бўлишини меланоцитлар деструкцияси билан боғлашади.

Витилиго тўғрисидаги дастлабки маълумотлар эрамиздан 1400 йил аввалги қадимий ҳинд табобатчиларининг қўлёзмалари «Атхава ва Веда»да таъкидланган. Ундан ташқари, эрамиздан аввалги XVI асрда қадимги миср папируси Эберсда ҳам эслаб ўтилган. Яна айтиб ўтиш керакки, эрамиздан аввалги I асрнинг иккинчи ярмида қадимги римлик олим ва шифокор Авл Корнелий Цельс ўзининг классик асари бўлмиш «Тиббиёт ҳақида» («De medicina») китобида биринчи бор витилиго терминини қўллаган. Аммо қадимги Русда ҳам витилигони песь деб аташган. Витилиго сўзини айрим олимлар (vitilus), яъни ола-була бузоқча деган маънони англатади дейишади.

Терминалогиядаги ҳар хил сўз ўйинларига 1842 йилга келиб Д. Даниелсоннинг илмий тадқиқотлари чек қўйди. У биринчи бор дунё олимларига витилиго алоҳида, мохов алоҳида касаллик эканлигини исботлаб берди. Шунга қарамасдан, витилиго касаллигининг тарихи мохов билан узвий боғлиқлигини тўхтатадиган фикр ва мулохазаларни узоқ вақт ҳеч ким исботлай олмади. Оқибатда, бу ҳар иккала касалликка чалинганларни шаҳар ва қишлоқлардан кувғин қилиш, уларни алоҳида қилиб ажратиб қўйиш одат тусига кирган. 1873–1874 йилларга келиб норвегиялик олим А. Ганзен мохов касаллигининг қўзғатувчиси микобактериялар эканлигини ва бу хасталик фақат одамдан-одамга юқишини исботлаб берди. Шу тариқа витилиго (пес) ва мохов (лепра) алоҳида-алоҳида касаллик эканлиги бутун дунё

олимлари томонидан тан олинди. Лекин масаланинг иккинчи томони бор, нимага унда халигача одамлар бу икки касалликни ҳанузгача ажрата олишмайди, нимага ваҳима ва қўрқинч уларни тарк этмайди. Моховхоналарнинг (лепрофобия) узоқ йиллаб ҳукм суриши, уларда бир умр беморларнинг тутқунликда сақланиши қўрқинч ҳиссини янада оширар эди. Яна айтиш жоизки, витилиго (пес) касаллигининг дастлабки ва асосий объектив белгиси терига ҳар хил катталикдаги оқ доғларнинг тушиши ҳисобланади. Ваҳоланки, мохов касаллигининг ҳам дастлабки белгиларидан бири бўлиб оқимтир доғларнинг пайдо бўлиши ҳисобланади. Эътибор беринг, оқ доғ эмас, балки оқимтир доғлар тушади. Мана шу жараённинг ҳисобига қадимдан бу икки хасталик битта ёки бири иккинчисининг давоми деб келинган. Аслида бундай эмас.

XX асрнинг иккинчи ярмида тиббиёт шу даражада ривожланиб кетдики, мохов (лепра)га чалинган беморларни бемалол амбулатор шароитда даволашнинг услублари яратилди. Эндиликда моховхоналар ҳеч кимга керак бўлмай қолди. Унга қарши олиб борилган эпидимиологик профилактика тадбирлари ўз самарасини берди. Кейинги 10 йилда Ўзбекистонда 32 млн. аҳоли орасидан бир йилда битта моховга чалинган бемор аниқланмаяпти. Лекин бу икки касалликдан чўчиш, қўрқиш, ҳатто нафратланиш одамлар орасида камайганлиги унчалик сезилмаяпти. Оқибатда қанчадан-қанча витилигога чалинган беморлар ва уларнинг оила аъзолари изтиробда қолмоқда. Шунинг учун ҳам витилиго тўғрисидаги маълумотларни кенгроқ ёритишимиз, омма орасига чуқурроқ киришимиз керак. Ахир бундай беморларнинг жисмоний куч қудрати заифлашмайди, териси оғримайди, оқ доғлар уларнинг ҳаракатини чегараламайди, фақатгина руҳиятига таъсир қилади. Уларнинг орқаворотдан камситаётганлигини, ҳатто жирканаётганликларини кўз билан сезиб турадилар. Оқибатда, бир умр руҳий азият чекиб юришади.

ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИНГ ДУНЁДА НАҚАДАР ТАРҚАЛГАНЛИГИ ТЎҒРИСИДА

ЭШБОЕВ Э.Х.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, бугунги кунда дунёда жами аҳолининг 1–2% га яқини витилигога чалинган. Бу кўрсаткич турли давлатларда бир-бирига нисбатан озроқ фарқ қилади, холос.

Россиялик мутахассис Ю.Н. Кошевенконинг (2002) берган маълумотларига қараганда, даволаш-профилактика муассасаларига мурожаат қилган беморлар орасида витилигога чалинган беморлар россияликлардан 1735 тани, украиналиклардан 328 тани, қозоғистонликлардан 63 тани ва ўзбекистонликлардан 62 тани ташкил қилган. Лекин профессор А.А. Арифовнинг (2006) таъбири билан айтганда, бу кўрсаткичлар ҳақиқий объектив статистик маълумотларни бермайди.

Витилигонинг сабаби ва Ўзбекистонда қанчалик тарқалганлигини ўрганган. Т.Т. Таджибоевнинг (1972) берган маълумотларига қараганда, 1956 – 1958 йилар оралиғида тиббиёт ходимларига мурожаат қилган жами тери касалликлари орасида (Фарғона водийсида) витилигога чалинганлар 0,1 – 0,3% ни ташкил қилган. Аммо К.П. Комзалова (1969) Самарқанд вилояти бўйича (1964–1967) олиб борган изланишларида жами тери касалликларининг 0,8 – 3,3% витилигога чалинганлардан иборат бўлган.

Профессор А.Ш. Ваисов бошчилигида (1993) олиб борилган тадқиқотлар натижаларидан маълум бўлдики, республикамиз аҳолиси орасида 0,5–1,0% касалхонада ётиб даво олаётган тери касалликларининг эса 12,1% ташкил қилган ва олимнинг таъкидлашича, беморлар терисида оқ доғларнинг пайдо бўлиши уларда қўрқув, асабийлашиш ва руҳий ўзгаришларни келтириб чиқаради, беморларнинг жамоадан четлашишига ва оила аъзолари тинчлигининг бузилишига сабаб бўлади. Бундай руҳий, асабий кечинмалар натижасида бемор терисида янги-янги ҳар хил катталикдаги доғлар юзага келади, эски доғлар янада катталашади ва касаллик зўрайиб боришига олиб келади.

Ушбу фикр ва мулоҳазалардан, витилиго билан касалланиш инсон учун нақадар мусибат ва бу хасталик бизнинг ўлка аҳолиси орасида катта бир муаммо эканлигини англаб етиш қийин эмас.

Дерматология ва венерология илмий-тадқиқот институти олимларининг 2003–2005 йилларда олиб борган тадқиқотлари шуни кўрсатмоқдаки, аҳоли орасида текширилганларнинг 1,2% ига, турли хил тери касалликларига чалинган беморлар орасида эса 8,2% ига витилиго ташхиси қўйилган. Худди шунга ўхшаш маълумотлар европалик олимларнинг илмий- тадқиқот ишларида ҳам кўрсатилган: масалан, Австрияда – 2,0%, Россиянинг Санк-Петербург шаҳри аҳолиси орасида – 1,4%. Буюк Британия аҳолиси орасида

ярим миллионга яқин одам витилигога чалинган. Шимолий Европада касалланиш бирмунча пастроқ даражани ва ўртача – 1,2% ни ташкил қилади. Аммо айтиб ўтиш жоизки, кўрсатилган бу давлатларда псориаз 2,9% гача етади. Дания давлатида витилигога чалинганлар бор-йўғи 0,38% ни ташкил қилади. Бу кўрсаткич Бангладешда – 0,4%; Ҳиндистонда 0,5–2,5% дан – 8,8% гача. Қувайт давлатида витилигонинг умумий миқдори атопик дерматитдан кам, аксинча Саудия Арабистонида касалланиш 5% гача эканлиги қайд қилинган.

Дарҳақиқат, касалликнинг аниқланиш даражаси дунёнинг қайси минтақасида бўлмасин, бир-биридан унчалик фарқ қилмайди. Касалланиш 0,5–2% атрофида. Аммо худди танга каби масаланинг иккинчи томони бор. Масалан, Европа давлатларида витилиго касаллигини одамлар оддий косметологик камчилик деб тушунишади, холос. Бунинг устига уларнинг терисининг ранги оқимтир, демоқчимизки, атрофдагиларга унчалик сезилмайди. Қолаверса, оғримайдиган бу доғларга улар унчалик эътибор беришмайди ҳам. Улар доғларни тўлиқ бартараф этишда ҳанузгача камчиликлар борлигини яхши билишади. Аммо Марказий Осиё туб аҳолиси орасида бу касаллик энг катта муаммолардан ҳисобланади. Одамлар витилиго бўлиб қолишдан жуда-жуда қўрқишади. Ҳатто ўғилларини витилиго бўлган қизларга ҳеч қачон уйлантиришмайди ёки қизларини оқ доғи бор йигитларга беришмайди.

Умуман олганда, эркакларнинг касалланиши аёллар билан деярли бир хил. Бу борада ўзбекистонлик дерматологлар (А.Ш. Ваисов, 1989; В.Т. Базаев, 1989; С.С. Арифов, 1994) жуда катта изланишлар олиб боришган ва бир-бирига мос келадиган (аёллар – 50,5%, эркаклар – 49,5%) натижалар олишган. Россиялик олим Ю.Н. Кошевенко (1989) худди шу пайтларда олиб борган изланишаларида аёлларнинг витилиго билан касалланиши 74,2% ни ташкил қилган ва унинг таърифича аёллар косметик нуқсонларга кўпроқ эътибор беради, шунинг учун ҳам касалланиш улар орасида юқорироқдир дейди.

Африка қитъасида жойлашган Нигерия аҳолиси орасида 1980 – 1983 йилларда касалланиш – 6,0% гача етган, уларнинг 65–70% ини 30 ёшгача бўлган беморлар ташкил қилган.

Витилиго хасталик сифатида бутун дунёда одамларнг руҳиятига, соғлом турмуш тарзига оғир ботадиган касалликдир. Фақатгина Америка Қўшма Штатларида 2 млн дан ортиқ одам витилигодан азият чекмоқда, уларнинг аксарият қисми 40 ёшгача бўлган муддатда касалликка йўлиқишган.

Дарҳақиқат, жами касалланганларнинг 50% ини 10–30 ёшдагилар, қолганини эса 30–40 ёшдан юқориси ташкил қилади. Буюк британиялик олим Никола Вангнинг берган маълумотларига қарақанда, витилиго масаласида изланиб қизиққан мутахассислар сони 2012 йилдан бошлаб кескин ошиб бормоқда. Улар сони бир ойда 380,000 дан кўп бўлган. Қизиқишнинг 28% ини – америкаликлар, 7,6% ини – бразилияликлар, 5,8% ини – Буюк британияликлар, 4,8% ини – францияликлар, 4,2% ини – мексикаликлар ва ниҳоят – 49,6% ини қолган давлатлар ташкил қилган.

Айтиш жоизки, витилиго касаллигининг аҳоли орасида нақадар кўп тарқалганлигини кўрсатувчи мезон жуда кўп омилларга боғлиқ: масалан, одамларнинг касаллик тўғрисидаги билимдонлиги, хабардорлиги ёки эътибори, касалликни даволаш терапиясида самарали услублар борлигига ишониши. Қолаверса, рўйхатга олаётган шифокорлар билим савиясининг ҳам аҳамияти катта.

Ҳиндистонлик мутахассис Антонино Салҳафия (2014) берган маълумотларга қараганда, касалланиш ҳар иккала жинс орасида деярли бир хил. Фақат аёлларнинг бу касалликка эътибори юқори эканлигини ҳисобга олиш керак. Шунинг учун ҳам европалик шифокорларга аёллар, осиёликларга эса аксинча, эркаклар кўпроқ мурожаат қилишади.

Шундай қилиб, дунёда витилиго (пес) касаллигининг нақадар кўп тарқалганлиги тўғрисидаги адабиётлар ва тарихий маълумотлар таҳлилидан кўриниб турибдики, касаллик барча минтақаларда деярли бир хил тарқалган. Айрим тадқиқотчиларнинг Марказий Осиё давлатларида хасталик эндемик характерга эга дейиши мутлақо нотўғридир. Лекин айтиб ўтиш лозимки, африкалик ва осиёлик туб аҳолининг хасталанган терисида қуёш таъсири ҳисобига касалликнинг объектив симптомлари ташқаридан яққолроқ кўринади.

Витилиго билан мохов (лепра) касаллиги бир-биридан этиологик ва патогенетик жиҳатдан кескин фарқ қилишига қарамасдан, маҳаллий халқ орасида ханузгача нотўғри тушунчалар мавжуд. Дарҳақиқат, вақт биздан аҳоли орасига чуқурроқ кириб боришни ва тиббий билим ҳамда маданиятни юксак даражага етказишни талаб қилади.

Витилиго – мультифакторли дерматоз бўлиб, у тери дисхоромияси гуруҳига киритилган. Касалликнинг пайдо бўлиши беморнинг жисмоний аҳволига тўғридан-тўғри таъсир қилмайди. Ўзининг объектив белгилари билан беморни ногиронликка олиб келмайди. Лекин ваҳимали қўрқинч таъсирида асосий беморларнинг соғлом яшаш турмуш тарзи издан чиқади.

Беморнинг таъби хиралашади, руҳияти ва кайфияти пасайиб кетади. Бутун хаёлини косметик нуқсонларни йўқотиш ташвиши эгаллайди ва самарали даво чораларини излайди. Ҳанузгача касаллик давосининг етарлича ишлаб чиқилмаганлиги беморлар соғлом турмуш тарзининг бузилишига олиб келади ва пировардида беморларни руҳий эмоционал жиҳатдан қийнайди.

ТАКТИКА ТЕРАПИИ ОГРАНИЧЕННОЙ ФОРМЫ ВИТИЛИГО

ЯКУБОВА А.С., АРИФОВА М.Х.

Межрайонный кожно-венерологический диспансер № 4,
г. Ташкент. Узбекистан

До настоящего времени терапия витилиго представляла определенные трудности из-за недостаточно изученности ее патогенеза.

Цель нашей работы. Изучение эффективности лазерофотохимиотерапии в сочетании с топическим глюкокортикостероидом (ТГКС) и местным иммуномодулятором в терапии больных ограниченной формой витилиго.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находился 41 больной в возрасте от 12 до 46 лет. Мужчин было 19, женщин – 12. Все больные страдали ограниченной формой витилиго.

Больные в зависимости от получаемой терапии были разделены на 2 группы: первая группа (22 больных) получала наружно элоком мазь 1 раз в день в течение 20 дней, вторая группа (19 больных) принимала местно протопик (0,1 и 0,03% в зависимости от возраста) 2 раза в день. Больные обеих групп получали низкоинтенсивный лазер (0,632 nm) 5 раз в неделю в дозе 20 mW/см^2, продолжительностью 5 минут, на курс – 15 процедур.

Эффективность проводимой терапии была оценена после трех курсов терапии. При этом выздоровлением считалась репигментация 96–100% поверхности очага, значительным улучшением – 60–95%, улучшением – от 10 до 59%, без эффекта – от 0 до 9% и ухудшением процесса – при появлении новых или увеличении размеров старых депигментированных очагов.

Результаты лечения показали, что значительная репигментация в первой группе была отмечено у 5 больных, а во второй – у 4, улучшение в первой группе – у 6, во второй – у 5 больных. Следовательно, клинический эффект в виде значительного улучшения и клинического улучшения в первой группы достигнут у 50% больных, во второй – у 47,4%. Больных, как в первой, так и во второй группах, без эффекта и с ухудшением процесса от проводимой терапии мы не отмечали.

Заключение. Таким образом, терапия ограниченной формы витилиго с применением наружной лазерофотохимиотерапии в сочетании с ТГКС и протопиком в одинаковой степени влияют на процесс пигментации.

К РЕЗУЛЬТАТАМ НОВЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ

ЯХШИЕВА М.Ф[2]., МАВЛЯНОВА Ш.З[1]., ШУКУРОВ И.Б[2]., МАВЛЯНОВА З.Н[1]., РУСТАМОВ М.К[2].

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
[2]Бухарский Государственный медицинский институт. Узбекистан

Себорейный дерматит представляет собой хроническое, рецидивирующее заболевание кожи, характеризующееся поражением участков кожи, богатой сальными железами. Актуальность проблемы себорейного дерматита обусловлена частой рецидивностью и резистентностью к проводимой базисной терапии.

Цель исследования. Совершенствование методов терапии у больных себорейным дерматитом с учетом иммунологического и микробиологического статуса организма.

Материал и методы исследования. Обследованы 32 больных в возрасте от 14 до 65 лет. Лица мужского пола составили 18 больных, женского – 14. У всех больных проводили клинические, микробиологические и иммунологические методы исследования.

Результаты исследования. Изучение клинического течения СД по давности заболевания показало, что 9 больных страдали до 1 года, от 1 года до 5 лет – 19 и более 5 лет – 4 больных. По степени тяжести у 5 (15,6%) больных – диагностировали легкую степень тяжести, у 21 (65,6%) – среднюю и у 6 (18,7%) – тяжелую степень тяжести заболевания.

Иммунологические исследования выявили, что у больных себорейным дерматитом в крови наблюдается дисбаланс цитокинового статуса, выражающийся дефицитом ИЛ-4 и ФНО-α. Снижение уровня в крови ИЛ-4 и ФНО-α отражает развитие несостоятельности системы защиты организма. Эти изменения способствуют развитию благоприятной среды на коже у больных СД для размножения патогенных микроорганизмов, в частности представителей семейств Micrococcaceae и Malassesia. Так, микробиологические исследования кожи волосистой части головы очагов поражения у 36 больных себорейным дерматитом показали рост M.furfur у 7 из 36 (19,4%), st.aureus – у 14 (38,8%), st. Haemolyticus – у 8

(22,2%), st.saprophyticus – у 9 (25%). Тогда как на коже туловища рост M.furur отметили – у 2 (5,5%), st.aureus – у 11 (30,5%), st. Haemolyticus – у 3 (8,3%) и st.saprophyticus – у 13 (36,1%) больных.

С учетом полученных данных разработана патогенетическая терапия, характеризующаяся назначением иммунокоррегирующего препарата производного аминофталгидразида (галавит) по 100 мг в/м в течение 5 дней на фоне наружного применения топического кортикостероида, в составе которого имеется кетоконазол – 10 мг, клобетазол пропионат – 0,25 мг, неомицин сульфат – 5000 МЕ ежедневно в течение 5 дней. Иммунокоррегирующая терапия способствовала коррекции в цитокиновом статусе – повышение уровня ИЛ-4 ($P<0,05$), участвующего в регуляции противобактериальной инфекции организма, что отразилось в увеличении длительности периода ремиссии, уменьшению количества рецидивов.

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ONYCHODYSTROPHY IN PATIENTS WITH DERMATOLOGY PATHOLOGY

KARIEVA N.R, RAKHIMOV B.B, TOIROV B.A.

«Republican scientific-practical medical center of dermatovenereology and cosmetology», 4th Skin and Venereal diseases clinic, Tashkent. Uzbekistan

Onychodystrophy – Is collective term, which include symptoms damaging nail plate and appear in systemic illnesses, age-associated nail disorders, infection and congenital pathology. Nail plate changes are manifestation more dermatology pathology as psoriasis, lichen planus, fungal infections which occur with changes on nail plate.

Clinical sign Onychodystrophy is heterogeneously extraordinary and presented as changes in nail color, structure of nail, their brittle with subungual hyperkeratotic changes. Difference a onycholysis (separation of the nail plate from the underlying nail bed), onychogryphosis (nail plate becomes hyperkeratotic and grossly thickened), onychoatrophy (atrophic loss of the nails), brachyonychia (or short nails, the longitudinal dimension of the nail is shorter than normal), anonychia (is the absence of nail), onichoschizia (characterized by distal peeling and lamellar separation of the layers of the nail plate at the free edge).

In common cases nail changes is non-specific and presented as similar symptoms, but may be specific signs as Beau's lines in psoriasis. Onychodystrophy usually is occur with skin changes, but may occur isolated, which is difficult on diagnoses.

At present day is treatment methods Onychodystrophy common with the treatment of skin illnesses. But often nail treatment depends from common skin pathology and from depth and period illness in nail plate. Therefore is interesting analyzing clinical structure and specialty onychodystrophy on dermatoses.

Onychodystrophy studied on 97 patients, which have outpatient treatment in 4th Skin and Venereal diseases clinic, during 2017 year. Onychodystrophy is established on 27 (27,8%) patients, psoriatic onychodystrophy on 15 (15,5%), fungal changes with Trichophyton rubrum 47(48,4%), ichthyosis on 4 (4,1%), neurodermatitis 2 (2,0%), lichen planus on 2 (2,0%). In other cases patients were with eczema, alopecia areata combined with anemia and protozoa invagination.

On 27 patients founded damaging 2-3 nail plate, other patients suffered from multiple illness nail plate and pedis. Total onychodystrophy leaked as onychogryphosis and observed on 15 patients with mycotic infections of pedis, on 3 patients with diffuse psoriasis, complicated as erythrodermiya.

Studying clinical changes onychodystrophy is stimulate to find write etiology factors and make correct treatment.

МИКОЗЫ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

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

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино, г. Душанбе. Таджикистан

Актуальность. Микотическая инфекция кожи и ногтей была и остается одной из актуальных проблем современной клинической микологии. В последнее время отмечается рост числа регистрируемых случаев онихомикозов стоп в 2,5 раза. Число регистрируемых случаев метаболического синдрома (МС) стремительно растет. Малое количество публикаций и противоречивость данных о сочетании метаболического синдрома с грибковой инфекцией определило цель работы.

Цель исследования. Изучение особенностей течения микозов и онихомикозов кистей/стоп у больных с метаболическим синдромом.

Материал и методы. Обследованы 52 пациента (30 мужчин и 22 женщины) с микозами, онихомикозами кистей/стоп с метаболическим синдромом, которые получали амбулаторное лечение в ГКБ№1 г. Душанбе. Контрольную группу составили 15 пациентов с микозом, онихомикозом кистей и стоп. Средний возраст больных в

исследуемой группе составил 62,3±1,2 лет, длительность заболевания – 14,8±0,9 лет. Верификацию диагноза МС проводили согласно критериям ATP III национального института Здоровья США. Средняя давность заболевания составила 8,5 лет. У пациентов контрольной группы отмечалось изменение формы, цвета ногтевых пластинок, а у некоторых пациентов – выраженное шелушение. 12 пациентов получали короткие курсы системной антимикотической терапии. Большинство пациентов в обеих группах (87,7%) самостоятельно или по рекомендации врача использовали наружные фунгицидные средства.

Результаты и обсуждение. У всех обследованных отмечалось муковидное шелушение, трещины в межпальцевых промежутках, пятна в области кистей/стоп розового цвета с четкими краями. Ногтевые пластинки кистей/стоп были утолщены, исчерченны. У большинства пациентов наблюдали разрушение ногтевой пластинки с дистального края, изменение цвета ногтевой пластинки – от грязно-серого до желто-бурого. У 47 пациентов основной и у 11 – контрольной групп отмечался выраженный гиперкератоз. У 24 пациентов основной группы наблюдались изменения ногтевых пластинок первых пальцев стоп в виде подногтевого гиперкератоза, онихогрифоза. Поражение всех ногтевых пластинок стоп отмечалось в основной группе у 39 пациентов (74,9%), в контрольной группе – у 3 (20%). У 2 больных (13,33%) контрольной группы выявлена деструкция части ногтевых пластинок и их атрофия. Согласно критериям ATP III, диагноз метаболического синдрома был верифицирован у всех 52 пациентов основной группы. Так, с абдоминальным ожирением мы наблюдали 43 больных (82,7%), с гипергликемией – 42 (80,8%), с повышенным артериальным давлением – 38 (73,1%). У пациентов обеих групп лабораторно выявили нити мицелия.

Выводы. Для больных с метаболическим синдромом характерно тотальное поражение ногтевых пластинок (74,9%). У всех больных одинаково часто регистрировалось абдоминальное ожирение (82,7%) и гипергликемия (80,8%). На фоне антимикотического лечения необходимо обязательное назначение препаратов, корригирующих липидный и углеводный обмен.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ

***АБДУРАХМОНОВ Д.К., ХАКИМОВ М.А., ХАЛИЛОВ Ш.М., САЛИМОВ* О.А.**

Республиканский специализированный научно-практический центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Туберкулезное поражение кожи — явление достаточно редкое, в структуре заболеваемости туберкулезом составляет менее 0,1 %. Туберкулез кожи является одним из проявлений туберкулезного заболевания организма и вызывается микобактериями (Крутько В.С. с соавт., 2011).

В настоящем сообщении нами представлен анализ результатов комплексной терапии 55 больных с диссеминированными формами туберкулеза кожи, находившихся на стационарном лечении в клинике РСНПМЦФиП МЗ РУз.

У 31 (56,4%) обследованного установлена скрофулодерма, у 11 (20,0%) – папулонекротический туберкулез кожи, у 4 (7,3%) – индуративная эритема Базена, у 9 (16,4%) – папулонекротическая форма в сочетании со скрофулодермой.

При анализе возрастно-полового состава контингента больных туберкулезом кожи установлено, что 39 (70,9%) – лица мужского и 16 (29,1%) – женского пола, в основном молодого (23,6%) и зрелого (56,4%) возраста. Согласно данным анамнеза и выпискам из истории болезни, у 12 (21,8%) больных туберкулез кожи диагностирован в течение одного года после заболевания, у 43 (78,2%) – через один год и более, в течение 5 лет – у 19 (34,5%), 10 лет – у 12 (21,8%), через 10 лет – у 7 (12,7%). Как правило, больные с длительным сроком заболевания лечатся в медицинских учреждениях общей сети без улучшения или косметических кабинетах.

Основные местные симптомы диссеминированных форм туберкулеза кожи – выделения гноя из раны (60,0%), наличие свища (49,0%) и кожный зуд (40,0%). При постановке пробы Манту с 2ТЕ нормергическая реакция установлена в 12,2% случаев, положительная – в 29,3%. Проба Коха с 50ТЕ была положительной у 71,4% больных. Бактериоскопическим методом микобактерии туберкулеза из отделяемых язв выявлены у 73,2%, бактериологическим – у 33,3% и методом ПЦР – у 66,7% больных.

Обследование больных проводили в динамике – до и спустя три-четыре месяца лечения антибактериальными препаратами. Больные с диссеминированными формами туберкулеза кожи получали изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин в суточных дозах соответственно 0,3–0,6; 0,45–0,6; 0,8–1,4; 0,75–1,0. Кортикостероиды (преднизолон) назначались по 30мг в сутки на 5-6 недель, в последующие дни снижали дозу на 5 мг, в течение десяти дней. Комплексная терапия всем больным проводилась на фоне ре-

жима и витаминотерапии. По окончании лечения кортикостероидами антибактериальное лечение продолжалось.

Влияние комплексного лечения на общие симптомы заболевания у больных сказывалось, прежде всего, на улучшении общего состояния, их самочувствии, аппетите, отмечалась прибавка в весе. Изучение ближайших результатов комплексной терапии показало, что к моменту выписки видимое клиническое излечение наступило у 20 из 31 (64,5%) больного скрофулодермой. У 9 из 11 больных (81,8%) папулонекротическим туберкулезом кожи наступило видимое клиническое излечение. У 3 из 4 больных индуративной эритемой Базена наступило видимое клиническое излечение (75,0%), у одного больного – обострение. У 6 из 9 (66,7%) больных папулонекротической формой в сочетании со скрофулодермой наступило видимое клиническое излечение.

У 6 из 20 (30,0%) больных скрофулодермой наступило обострение. У 9 больных папулонекротическим туберкулезом кожи обострение процесса не отмечено. У одного из 3 больных индуративной эритемой Базена наступило обострение. У 2 из 6 больных папулонекротической формой в сочетании со скрофулодермой наступило обострение процесса.

Таким образом, противотуберкулезная терапия в комплексе с кортикостероидной дает хороший эффект у больных с диссеминированными формами туберкулеза кожи. Применяемая нами методика лечения больных туберкулезом кожи дала возможность уменьшить число обострений заболевания. Больные, перенесшие диссеминированные формы туберкулеза кожи, должны находиться под диспансерным наблюдением длительное время и подвергаться осмотрам с целью выявления обострения процесса.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ

АБДУРАХМОНОВ Д.К., ХАКИМОВ М.А., ХАЛИЛОВ Ш.М., САЛИМОВ О.А., КАРИЕВА Н.Р., РАХИМОВ Б.Б.

***Республиканский специализированный научно-практический центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз*;**
***Межрайонный 4-кожно-венерологический диспансер, МЗ РУз*,**
г. Ташкент. Узбекистан

Туберкулез кожи относится к немногочисленной группе кожных заболеваний и составляет 1,5% от общего числа больных внелегочным туберкулезом (Akhdari N. et al., 2006; Hay R.J., 2008; Sethuraman G. et al., 2008). В Узбекистане нет четких статистических данных о частоте встречаемости туберкулеза кожи.

Нами проведен анализ 76 больных туберкулезом кожи, леченных в РСНПМЦФиП МЗ РУз в 1993–2017 гг., и выяснено, что число госпитализированных больных этой патологией кожи с каждым годом растет. По данным ряда авторов, если туберкулез кожи в XX веке чаще встречался у женщин, то в настоящее время, по данным нашей клиники, у мужчин диагностируется в 3,5 раза чаще, чем у женщин (77,6 и 22,4% соответственно, P<0,001). Установлено также, что туберкулезом кожи чаще болеют лица молодого (22,4%) и зрелого (55,2%) возраста.

По формам туберкулеза кожи больные распределяются следующим образом: скрофулодерма – у 31 (40,8%), папулонекротическая форма – у 28 (36,8%), индуративная эритема Базена – у 11 (14,5%), туберкулезная волчанка – у 4 (5,3%) и бородавчатая форма – у 2 (2,6%) больных. Скрофулодерма чаще локализовалась на лице и в области верхней половины туловища (25 больных); папуло-некротическая форма – на лице и шее (16 больных); эритему Базена наблюдали только на ногах.

При изучении клинических симптомов заболевания основными местными проявлениями туберкулеза кожи были: выделения гноя из раны (59,2%), наличие свища (48,7%), зуд (56,7%). При постановке пробы Манту с 2ТЕ положительно реагировали 32 (42,1%) больных, из которых у большинства наблюдалась гиперергическая реакция (46,8%). Более информативной оказалась проба Коха с 50 ТЕ, она была положительной у 69,7% больных.

Микобактерии туберкулеза из отделяемого язв или из ткани кожи обнаружены микроскопическим методом у 30 из 41 больного (73,2%), бактериологическим методом – у 10 из 30 (33,3%), методом ПЦР – у 6 из 9 больных (66,4%).

Таким образом, диагностика туберкулеза кожи затруднена из-за идентичности клинической картины с другими поражениями кожи. Наиболее частыми клиническими проявлениями туберкулеза кожи были выделение гноя из раны (59,2%) и образование гнойного свища (48,7%).

АНТИПАРАЗИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕМОДЕКОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА «СПРЕГАЛЬ»

АБДУСАМАТОВ У.А., МАМАТКУЛОВ Х.Ч., РАХМАТОВ А.Б.

Сурхандарьинский кожно-венерологический диспансер и РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Узбекистан

Демодекоз – часто встречающееся в практике дерматолога паразитарное заболевание, возбудителем которого являются клещи Demodex folliculorum longus et brevis. Демодекоз обусловлен многими сопутствующими факторами: наличием патологии пищеварительной системы, эндокринопатии, гиперфункцией сальных желез, длительным приемом гормональных средств.

Основными средствами в лечении демодекоза являются антипаразитарные препараты. Существует большое количество веществ, убивающих клеща. Основными из них являются сера, ртуть, керосин, деготь, карболовая кислота, сулема, хлороформ, йод и др. Однако эти препараты, успешно применяемые для лечения демодекоза животных, не всегда приемлемы в практике лечения человека. Наиболее активными средствами в терапии демодекоза являются препараты серы и 10–20%-ая эмульсия бензил-бензоата.

Цель исследования. Изучение эффективности применения препарата «Спрегаль» у больных с установленным демодекозом кожи. Под наблюдением находились 36 больных демодекозом (25 женщин в возрасте от 21 до 56 лет и 11 мужчин – от 30 до 67 лет).

«Спрегаль» содержит синтетический пиретрин в более высокой концентрации. Пиретрины наименее токсичны для теплокровных, не обладают кумулятивными и аллергогенными свойствами. Местом действия пиретринов является нервная система клещей. Молекулы препарата, проникая через кутикулу паразитов, концентрируются в их гемолимфе и, вызывая деполяризацию мембран нервных клеток, модифицируют их так, что у клещей возникают вначале конвульсии, а затем паралич и гибель. Нами использовался препарат «Спрегаль» в качестве акарицидного средства у больных с эритематозной и папулезной формами демодекоза. Местно наносили препарат на очаги поражения с помощью ватного тампона. При пустулезной и комбинированной формах предварительно устраняли пустулизацию путем применения антибиотиков, спиртовых смесей, а затем использовали спрегаль.

Анализ клинической эффективности препарата «Спрегаль» свидетельствовал о его преимуществах по сравнению с другими антипаразитарными препаратами, что позволяет рекомендовать его в качестве препарата выбора для местного лечения демодекоза.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ И МИКОЗОВ СТОП У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

АБИДОВ А.М., АБИДОВА З.М., АБДУРАХМАНОВА Н.А., АЛИМЖАНОВ Ж.А.

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Число больных дерматомикозами и особенно онихомикозами во всем мире растет из года в год. По данным ВОЗ, микозами стоп страдают от 11,5 до 18% населения. Инфицированию ногтей и тяжелому распространению процесса более подвержены лица, страдающие соматическими и эндокринными заболеваниями (особенно сахарным диабетом – СД). Сахарный диабет (СД) представляет собой не одно заболевание, а целую группу болезней, которые возникают по различным причинам, но проявляются одинаково. Из болезней, которые могут сопровождаться диабетом, наиболее часто встречается онихомикозы и микозы стоп.

Как правило, у таких больных выявляются недостаточность активации иммунокомпетентных клеток, процессов хемотаксиса, регуляции функциональной активности макрофагов в очаге поражения и др.

Лечение больных СД с микозами стоп и онихомикозами представляют трудную задачу, поскольку это связано с полиэтиологичностью данной патологии и требует проведения длительного, регулярного лечения, повторения профилактических курсов.

Под наблюдением находились 48 больных микозом стоп и онихомикозом, страдающих сопутствующим СД. Из них мужчин – 16, женщин – 32 в возрасте от 30 до 68 лет. Давность заболевания от одного года до 25 лет. У всех больных диагноз микоза стоп и онихомикоза подтвержден микроскопическим обнаружением грибов в че-

шуйках и ногтях. У 47% (23) получен рост культуры Tr. Rubrum. Из них в 8 случаях сочетание Tr. Rubrum с Candida, у 10 обследованных выявлены различные ассоциации грибов: Tr. Rubrum + плесневые грибы – у 4, дерматомицеты + дрожжеподобные грибы у 3, и у 2 больных Tr. Rubrum + плесневые грибы + Candida albicans.

Сочетанное поражение кожи и ногтей наблюдалось у 36 больных, изолированный онихомикоз – у 12. Сквамозная форма микоза стоп была выявлена у 30 пациентов, интертригинозная – у 6. Поражение ногтевых пластинок по гипертрофическому типу было отмечено у 25 больных, по атрофическому – у 19, по нормотрофическому – у 4. Инсулинзависимым СД страдало 16 человек, инсулиннезависимым – 32. Компенсированная стадия СД наблюдалась у 8 больных, субкомпенсированная – у 19, декомпенсированная – у 21 пациента. Результаты иммунологических исследований показали, что 96% больных имели достоверные отклонения в клеточных и гуморальных звеньях иммунитета. Относительное количество Т-лимфоцитов составило 57,8% от уровня контрольных значений. При этом наиболее значимые изменения отмечены в относительном содержании Т-хелперов (19,5±0,83% при норме 36,2±1,75%), В-лимфоцитов (22,6±1,94% при норме 13,4±1,46%), ЦИК (36,9±4,53% при норме 14,5±1,19%).

Характер выявленных иммунологических нарушений у больных микозом стоп и онихомикозом, страдающих СД, послужили основой для назначения комплексной патогенетической терапии: системного антимикотика тербизила (Гедеон Рихтер) по 250 мг один раз в сутки, иммунокорректора иммун-5 по 2 капсулы один раз в день, а также необходимых сахароснижающих препаратов. Длительность назначения препаратов зависела от характера клинических проявлений, глубины иммунной и эндокринной недостаточности. Результаты комплексной терапии показали, что при микозе стоп после 2 недель назначения тербизила и иммун-5 клинико-микологическое излечение наступило у 92,6% больных, а через 4 недели эффективность лечения повысилась до 98,8%. У 90% больных онихомикозом излечение наступило через 3 месяца терапии тербизилом, а к концу 6 месяца – количество излечившихся пациентов достигло 94%.

Таким образом, наряду с наступлением клинико-микологического выздоровления наблюдалось восстановление нарушенных функций иммунной системы путем повышения активности иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов, уменьшения количества В-лимфоцитов и снижения уровня ЦИК.

РОЛЬ МИКРОЭЛЕМЕНТА ЦИНКА В ПАТОГЕНЕЗЕ МИКОЗА СТОП, ОБУСЛОВЛЕННОГО T.RUBRUM

АБИДОВА З.М., АЛИМЖАНОВ Ж.А, АБДУРАХМАНОВА Н.А

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Микозы стоп с онихомикозом являются одними из самых распространенных заболеваний среди грибковых поражений кожи. Несмотря на то, что в настоящее время в практике дерматолога для лечения микозов кожи имеется много различных противогрибковых препаратов, лечение этой инфекции вызывает определенные трудности.

Нами в амбулаторных условиях обследованы 15 больных микозом стоп в возрасте от 30 до 65 лет. Мужчин было 10, женщин – 5 человек. У всех больных при микроскопическом анализе с очагов поражения найдены мицелий грибов. В посеве во всех случаях получен рост T.rubrum. Распространенный микоз гладкой кожи, кистей, стоп с онихомикозом был у 3 больных, микоз стоп с онихомикозом – у 5 больных и микоз стоп без поражения ногтевых пластинок – у 7 больных. Длительность микоза – от 5 до 20 лет.

Нами изучено содержание цинка в сыворотке крови у всех больных с микозом стоп и онихомикозом. Контрольную группу составили 8 здоровых лиц.

Результаты исследований показали достоверное снижение уровня сывороточного цинка, что составило 0,105 ± 0,022 ммоль/л (при 0,401 ± 0,13ммоль/л; P<0,05 в контроле), который не зависел ни от пола больных, ни от распространенности патологического процесса. Содержание цинка с длительностью течения микоза увеличивалось. Так, у больных с длительностью болезни от 5 до 10 лет уровень цинка в сыворотке крови составил 0,074±0,023 ммоль/л, а у больных с длительностью заболевания более 10 лет этот показатель составил 0,135±0,026 ммоль/л (P<0,05). В комплекс лечения больным был включен препарат Виталайн с цинком. Включение в комплексную терапию препарата, содержащего цинк, позволило ускорить сроки выздоровления больных в среднем на 8–10 дней по сравнению с группой больных, не получавших препарат цинка. После прове-

денного лечения отмечалось недостоверное повышение содержания цинка в сыворотке крови больных.

Полученные результаты позволяют продолжить исследования по изучению содержания микроэлементов в крови больных микозом стоп и рекомендовать включение в комплексную терапию больных препараты цинка.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕРМАТОМИКОЗАМИ

АБИДОВА З.М., ИКРАМОВА Н.ДЖ., КАРАБАЕВА И.Т., ТОШЕВ А.Э.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Были обследованы и пролечены 109 больных с дерматомикозами, находящихся на стационарном лечении в РСНПМЦДиВ МЗ РУз. Из них 62 больных с трихофитией и 47 больных с микроспорией. Трихофития гладкой кожи установлена у 20 больных, волосистой части головы – у 30, смешанная форма (гладкая кожа и в/ч головы) – у 7 пациентов и трихофития лобковой области – у 3 пациентов. Микроспория волосистой части головы и гладкой кожи была у 7, микроспория только в/ч головы – у 32 и микроспория гладкой кожи – у 8 больных. Возраст больных варьировал от 2 до 18 лет. Мужчин было 72 (66%) женщин – 37 (34%). Дети до 14 лет составили 71 (65,1%) больных. Количество очагов варьировало от одного до 30. Трихофития волосистой части головы и гладкой кожи чаще встречалась у лиц до 14 лет, а трихофития лобковой области у больных до 18 лет.

При микроскопическом исследовании с очагов у всех больных грибы найдены. При культуральном исследовании в 100 случаях (92%) получен рост дерматофитов. В том числе в 36 случаях получен рост M. canis, в 9 случаях – M.ferrugineum, в 28 случаях – Tr.verrucosum, в 11 случаях – Tr.violaceum, в 2 случаях – Tr.gypseum, в 5 – Tr. Tonsurans и в 9 случаях – Tr.mentografitis var. Mentografitis.

Комплексное иммунологическое обследование больных дерматомикозами состояло в изучении показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета, с учетом их клинических и анамнестических параметров. Результаты исследования иммунного статуса в общей выборке больных проведены в сопоставлении с данными контрольной группы (26 практически здоровых лица в возрасте от 21 до 36 лет).

У больных дерматомикозами, как при микроспории, так и при трихофитии отмечается значимое повышение содержания В-лимфоцитов по сравнению с данными контрольной группы: 22,2±0,37% и 23,3±0,49% соответственно, при P<0,001. Содержание общих Т-лимфоцитов у больных обеих групп достоверно понижалось и составляло 51,2±0,44% и 49,6 ± 0,74% против 58,8±0,46% в контрольной группе при P<0,001. Что касается состояния субпопуляции Т-лимфоцитов, то нами было выявлено достоверное снижение уровня Т-хелперов по сравнению с данными контрольной группы (31,5 ± 0,44% и 30,6 ± 0,4% против 37,2 ± 0,28% в контроле соответственно, при P<0,001) и, наоборот, повышение содержания Т-супрессоров (19,2±0,38% и 19,6 ± 0,62 против 18,1±0,19% соответственно, при P<0,05). Выявленные изменения привели к снижению показателя иммунорегуляторного индекса (ИРИ), который у больных микроспорией составил 1,64±0,03 и трихофитией 1,56 ± 0,04 против 2,05±0,24 в контроле, что является доказательством достоверного угнетения иммунной системы у больных дерматомикозами. Вышеизложенное свидетельствует о том, что у больных дерматомикозами выявляются нарушения иммунного статуса, которые выражаются в подавлении активности клеточного звена иммунитета при одновременном повышении активности его гуморального звена.

Нами был разработан патогенетический метод терапии. В зависимости от проводимого лечения все больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 30 больных, которым на фоне традиционной терапии назначался антифунгальный препарат тербизил. Во 2 группу вошли 30 больных, которым на фоне традиционной терапии и назначения противогрибкового препарата тербизила для восстановления нарушений в иммуной системе был назначен препарат Рагосин. Рагосин – индуктор синтеза интерферона, разработан институтом биоорганической химии Академии наук Республики Узбекистан, создан на основе полифенола из хлопчатника (госсипола и его производных). Рагосин назначался по 1 таб (0,05 г) один раз в день по схеме: 3 дня приема – 3 дня перерыва, продолжительность курса 21 день.

Тербинафин – 250 мг назначали по 250 мг (1 таб) в сутки после еды ежедневно в зависимости от веса: до 20 кг – 62,5 мг, при весе от 20 до 40 кг – 125 мг, более 40 кг – 250 мг. Критериями эффективности проводимой терапии являлись раз-

решение воспалительных явлений, микологическая негативация.

Как показали наши клинические наблюдения, после лечения тербизилом, у больных с поражением волосистой части головы разрешение воспалительных явлений в среднем происходило на 20,5 ± 0,26, сочетанном поражении волосистой части головы и гладкой кожи – на 21,1 ± 0,28, гладкой кожи – на 13,3 ± 0,23 и бровей, ресниц и пушковых волос – на 15,5 ± 0,76 дней лечения соответственно.

Микологическая негативация у больных микозом волосистой части головы происходила на 27,2 ± 0,23, 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.

У больных детей с поражением волосистой части головы, леченных на фоне традиционной терапии тербинафином и рагосином, разрешение воспалительных явлений в среднем происходило на 16,3 ± 0,32 день, у больных при сочетанном поражении волосистой части головы и гладкой кожи – на 16,8 ± 0,24 день, гладкой кожи – на 11,9 ± 0,31 и бровей, ресниц и пушковых волос – на 14,3 ± 0,56 дни лечения соответственно.У больных данных групп на фоне проведенной терапии микологическая негативация происходила в среднем на 27,0 ± 0,29, 27,7 ± 0,28, 18,4 ± 0,25 и 23,5 ± 0,72 дни лечения соответственно.

Анализ сроков клинического разрешения патологического процесса по группам наблюдения и их сопоставление с выраженностью иммунологических изменений показал, что у больных, получавших комплексную терапию с рагосином, отмечались более ранние сроки регресса воспалительных явлений в очагах по сравнению с группами без иммуномодулятора.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОКСИДА АЗОТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП

АБИДОВА З.М., МАХСУДОВ М.Р., АБДУРАХМОНОВА Н.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Микоз стоп – наиболее распространенный дерматомикоз, характеризующийся хроническим рецидивирующим течением. На сегодня изучение влияния инфекционного фактора на различные биохимические процессы в организме представляют определенный интерес. 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 и недостаток NO может быть значимым в патогенезе многих заболеваний. В связи с этим изучение содержания оксида азота в сыворотке крови у больных микозом стоп является актуальным в дерматомикологии.

Цель настоящей работы. Изучение содержания оксида азота в сыворотке крови у больных микозом стоп.

Материал и методы. Под наблюдением находились 10 больных микозом стоп в возрасте от 26 до 56 лет. Среди них лица мужского пола составили 7, лица женского пола – 3. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц. У всех больных проводились микологические и биохимические исследования.

Изучение клинической формы микоза стоп показало, что среди 10 обследованных больных у 7 (70%) диагностировали сквамозную и у 3 (30%) интертригинозную форму микоза стоп.

Результаты исследования содержания оксида азота у обследуемых больных показали, что у больных микозом стоп отмечается повышение содержания оксида азота в сыворотке крови в 1,7 раза по сравнению с данными контрольной группы, при этом более выраженное повышение данного показателя выявлено у больных с осложненной формой микоза стоп.

Заключение. Полученные результаты исследования свидетельствуют, что при лечении больных микозом стоп необходима целенаправленная коррекция комплексной терапии с учетом показателей оксида азота в сыворотке крови больных данным дерматозом.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ТРИХОФИТИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

АБИДОВА З.М.[1], О.С. ИМАМОВ[2], Ш.У. СОБИРҚУЛОВ[1], Д.Х. ЖУМАНОВ[1]

[1]«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент шаҳри.
[2]Тошкент вилояти тери-таносил касалликлари диспансери, Тошкент вилоят

2013–2017 йиллар давомида Ўзбекистон Республикасида 37480 та трихофития билан касалланиш аниқланган. 2013 йилда жами 6109 та трихофития рўйхатга олинган бўлиб, 100 минг аҳолига нисбатан касалланиш 20,2 ни ташкил қилган. Аниқланган беморлардан 3582 нафарини (58,6%) эркаклар, 2527 нафарини (41,4%) аёллар ташкил қилиб, шулардан 2581 нафари (42,2%) болалар, 772 нафари (12,6%) ўспиринлар ва 2756 нафари (45,1%) катталар ўртасида кузатилган.

Республикада трихофития билан касалланиш 2013 йил билан солиштирганда 2017 йилда 1,4 маротабага ошганлиги кузатилмоқда. Шуниси эътиборга лойиқки, трихофития билан касалланиш катта ёшдаги шахслар ичида ортиб бормоқда ва бу кўрсаткич охирги 5 йил ичида 2756 тадан (2015 йил) 4191 тага (2017 йил) ошган, яъни умумий касалланишга нисбатан 45% ва 47,7% ни ташкил этади.

Трихофития касаллиги қўзғатувчилари турларининг тарқалиш даражасини аниқлаш мақсадида РИДВ ва КИАТМ микология лабораториясида 2015–2017 йиллар давомида бажарилган культурал усулда текширувлар натижалари ўрганилганда жами 96 та экмада трихофития культураси аниқланган. Шулардан 95 та (36,0%) ҳолатда – Tr.rubrum, 57 та (21,6%) ҳолатда – Tr. mentagrophytes var interdigitale, 18 та (6,8%) ҳолатда – Tr. mentagrophytes var mentagrophytes, 32 та (12,1%) ҳолатда – Tr. violaceum, 23 та (8,7%) ҳолатда – Tr. gypseum, 39 та (14,8%) ҳолатда – Tr. verrucosum культуралари аниқланган.

Касаллик қўзғатувчилари турлари бўйича оёқ микози касаллигини асосан трихофитон гуруҳига мансуб терининг замбуруғли касалликлари ичида Tr.rubrum ва Tr. mentagrophytes var. interdigitale тури келтириб чиқарган. Зооноз турдаги трихофития касаллигини, асосан, Tr. verrucosum (14,8%) ва Tr. gypseum (8,7%) турига оид замбуруғлар келтириб чиқарган. Шуни таъкидлаш лозимки, антропаноз замбуруғлар туркумига кирувчи Tr. violaceumнинг аниқланиши ортиб бормоқда ва у замбуруғ культуралари ичида 12,1% ни ташкил этади.

Хулоса қилиб айтганда, Ўзбекистон Республикасида турли ёшдагилар, айниқса, болалар ўртасида трихофития касаллигининг ошиб бориши сақланиб келмоқда. Касаллик нафақат болалар, балки катталар орасида ҳам тарқалганлиги кузатилмоқда. Бу эса келажакда касаллик манбалари ва контакда бўлган беморларни ўз вақтида аниқлаш, инфекция ўчоқларида профилактик ишларни олиб бориш, замбуруғ касаллигига қарши курашиш чора-тадбирларини такомиллаштиришни кўрсатади.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА МИКРОСПОРИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИ

АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р., БЕГИМКУЛОВ С.Ш., ЖУМАНОВ Д.Х., ТОШЕВ А.Э.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ,
Тошкент ш. Ўзбекистон

Микроспория кенг тарқалган ва юқори контагиоз инфекция гуруҳига киради. 2017 йилда Ўзбекистон Республикасида ҳар 100 минг аҳолига нисбатан касалликнинг интенсив кўрсаткичи 4,6 ни ташкил қилган.

2013–2017 йиллар давомидаги Соғлиқни сақлаш вазирлигининг SSV-9 йиллик республика ҳисобот шакли маълумотлари таҳлил қилинганда, охирги 5 йилда Ўзбекистон Республикаси аҳолисининг микроспория касаллиги билан касалланиши ортиб бормоқда. Республика бўйича касаллик 2017 йилда энг юқори (100 минг аҳолига нибатан – 4.6) кўрсаткични ташкил қилган, энг паст кўрсаткич 2013 йилда (100 минг аҳолига нибатан – 2,7) кузатилган.

2013–2017 йиллар давомида жами 5235 та микроспория касаллиги рўйхатга олинган. Ушбу давр мобайнида катталарда 1635 та (31,2%), ўспиринлар ўртасида 603 та (11,5%) ва болаларда 2997 та (57,3%) микроспория касаллиги кузатилган. Микроспория билан хасталанган беморлар жинси бўйича таҳлил қилинганда 5 йил давомида аниқланган жами беморлардан 2948 нафари (56,3%) эркакларни ташкил қилса, 2287

нафари (43,7%) аёлларни ташкил қилди. Аёллар ўртасида энг юқори касалланиш 45,1% ни (2013 йилда) ташкил қилган.

Вилоятлар кесимида касалланиш ўрганилганда, микроспория касаллигининг умумий популяциясининг ортиши, асосан Тошкент шаҳри (19,5% га ошган), Сурхондарё (35,7% га ошган) ва Тошкент вилоятлари (56,2% га ортган) ҳисобига тўғри келади.

Касаллик юқиш манбалари таҳлил қилинганда беморларнинг 83% и мушуклар ва 6% и итлар орқали зарарланганлиги аниқланди.

Касаллик қўзғатувчиларининг турини аниқлаш бўйича культурал усул натижалари таҳлил қилинганда 247 та (66,9%) беморда микроспория касаллик қўзғатувчиси – M.canis, 85 та (23,0%) беморда – M.gypseum ва 37 та (10,0%) беморда – M.ferrugineum соф культуралари ажратиб олинган.

Тадқиқот натижаларига кўра, микроспория билан касалланган беморларнинг асосий қисмини (66,9%) зооноз замбуруғлар туркумига кирувчи M.canis қўзғатувчилари келтириб чиқарган. Антропаноз замбуруғлар туркумига кирувчи M.ferrugineum қўзғатувчилари микроспория билан оғриган беморларнинг 10% ини ташкил қилган. Геофил замбуруғлар туркумига кирувчи M.gypseum аниқланишининг (23,0%) йилдан-йилга ортиб бориши соҳада ташвишли ҳисобланади. Жами аниқланган беморлар орасида катталар 31,2% ни ташкил қилганлиги сабабли микроспория касаллиги катталар ўртасида кам учрайди деган фикрни инкор этади. Касаллик юқтирувчи манба бўлиб уй ҳайвонларидан мушуклар асосий ўринни эгаллаб, касаллик қўзғатувчиси сифатида M.canis турига тўғри келади. Адабиётларда келтирилишига кўра, асосан микроспориялар зоантропаноз микроспория ҳисобланади. Лекин кузатувларимизда антропаноз турининг учраши ҳам кузатилди.

ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ У БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ

АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р., КАРАБАЕВА И.Т., ИКРАМОВА Н.Д

Нами были изучены основные показатели эндогенной интоксикации у больных микроспорией.

Оценку эндогенной интоксикации проводили изучением сорбционной способности эритроцитов (ССЭ) и уровня среднемолекулярных пептидов (СМП) согласно стандартным методам.

В общей группе 60 больных микроспорией показатель ССЭ был повышен по сравнению с данными контрольной группы: 42,40 ± 1,05% и 29,60 ± 0,81% соответственно, при p<0,001. Аналогичная ситуация отмечалась и по показателю СМП: 0,887 ± 0,060ЕЭ и 0,215+0,004ЕЭ соответственно, при p<0,001, что является доказательством наличия эндогенной интоксикации при данном грибковом заболевании.

Были анализированы показатели эндогенной интоксикации в зависимости от формы заболевания. Так, при классической форме микроспории показатели ССЭ (35,20 ± 0,45%) и СМП (0,453 ± 0,005 ЕЭ) были достоверно повышены (p<0,001). При атипичных формах микроспории как показатель ССЭ (51,10 ± 0,53% против 29,60 ± 0,81% в контроле, при p<0,001), так и показатель СМП (1,411 ± 0,010 ЕЭ против 0,215+0,004ЕЭ в контроле, при p<0,001) отличались достоверно и были более выражены, чем у больных с классической формой заболевания.

Исследования показателей эндогенной интоксикации у больных микроспорией в зависимости от давности заболевания показали, что во всех обследованных группах больных независимо от давности существования патологического процесса в сыворотке крови выявляется достоверное увеличение как значения ССЭ (p<0,001), так и уровня СМП (p<0,001) по сравнению с контрольной группой. Однако эти изменения были различной степени выраженности. Наименьшая выраженность явлений эндогенной интоксикации определена у больных с давностью заболевания до одного месяца (37,59 ± 0,86% и 0,621 ± 0,054 ЕЭ соответственно против 29,60 ± 0,81% и 0,215+0,004 ЕЭ соответственно в контроле), а наибольшие изменения у больных с длительностью болезни свыше 6 месяцев (54,14 ± 0,52% и 1,472 ± 0,008 ЕЭ соответственно, при 29,60 ± 0,81% и 0,215+0,004 ЕЭ соответственно в контроле). Полученные данные указывают на то, что с увеличением длительности существования грибкового поражения кожи нарастает степень выраженности эндогенной интоксикации, что, естественно, должно учитываться при выборе лекарственных средств.

СОСТОЯНИЕ ОКСИДА АЗОТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р., САЛИХОДЖАЕВА С.С.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

На сегодняшний день изучение влияния инфекционного фактора на различные биохимические процессы в организме представляет определенный интерес. В последние годы в медицинской практике особое внимание уделяется изучению роли свободнорадикальных реакций в патогенезе многих патологий (Андронов Е.В., Киричук В.Ф., 2007; Ваисов А.Ш., Миродилова Ф.Б., 2007).

Одним из представителей свободнорадикального окисления является оксид азота (NO), сигнальная молекула, осуществляющая межклеточную коммуникацию и регуляцию множества функций в разных тканях и системах организма (Ванин А.Ф., 2006; Плехова Н.Г., Сомова Л.М., 2012).

В связи с этим представляет интерес изучение регулирующего влияния оксида азота (NO) на клиническое течение и развитие осложнений при кожном лейшманиозе.

Нами был изучен уровень оксида азота в сыворотке крови у 119 больных кожным лейшманиозом. Контрольную группу составили данные 12 практически здоровых лиц.

Результаты исследования показали, что в общей группе больных кожным лейшманиозом в сыворотке крови отмечается достоверное повышение уровня оксида азота по сравнению с данными контрольной группы, что в среднем составляет 15,18 ± 0,33 мкмоль/л против 9,50 ± 0,27 мкмоль/л в контроле ($p<0,001$). Полученные данные свидетельствуют, что при кожном лейшманиозе в сыворотке крови выявляется нарушение продукции оксида азота и это оказывает отрицательное влияние на течение данного дерматоза.

Таким образом, при кожном лейшманиозе выявляется нарушение продукции оксида азота во всех клинических формах заболевания не зависимо от давности заболевания. Повышенное содержание оксида азота у больных с кожным лейшманиозом может объясняться воспалительной деградацией соединительно-тканных структур и эндогенной интоксикацией, развивающейся, в основном, вследствие усиленного распада азотистых соединений. Это, в свою очередь, указывает на необходимость включения в комплекс терапии больных кожным лейшманиозом препаратов, регулирующих выработку оксида азота, которые в дальнейшем могут быть использованы в разработке комплексных методов терапии больных кожным лейшманиозом.

СОСТОЯНИЕ ОКСИДА АЗОТА НА ПОРАЖЕННЫХ УЧАСТКАХ КОЖИ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р., САЛИХОДЖАЕВА С.С.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

На сегодняшний день изучение влияния инфекционного фактора на различные биохимические процессы в организме представляет определенный интерес. В последние годы в медицинской практике особое внимание уделяется изучению роли свободнорадикальных реакций в патогенезе многих патологий (Андронов Е.В., Киричук В.Ф., 2007; Ваисов А.Ш., Миродилова Ф.Б., 2007).

Одним из представителей свободнорадикального окисления является оксид азота (NO), сигнальная молекула, осуществляющая межклеточную коммуникацию и регуляцию множества функций в разных тканях и системах организма (Ванин А.Ф., 2006; Плехова Н.Г., Сомова Л.М., 2012).

В связи с этим представляет интерес изучение регулирующего влияния оксида азота (NO) на клиническое течение и развитие осложнений при кожном лейшманиозе.

Нами был изучен уровень оксида азота на пораженных участках кожи у 45 больных кожным лейшманиозом. Контрольную группу составили данные 10 больных, у которых материал был взят из здоровой области кожи.

Исследование показало, что на пораженных участках кожи выявляется достоверное увеличение концентрации оксида азота по отношению к показателям группы контроля и в среднем равняется 12,11 ± 0,33 мкмоль/л против 3,23 ± 0,10 мкмоль/л в контроле ($p<0,001$).

Результаты исследования показывают, что при кожном лейшманиозе на пораженных участках кожи выявляется нарушение продукции оксида азота, что оказывает отрицательное влияние на течение данного дерматоза.

Таким образом, при кожном лейшманиозе выявляется нарушение продукции оксида азота во всех клинических формах заболевания не зависимо от давности заболевания. Повышенное содержание оксида азота у больных с кожным лейшманиозом может объясняться воспалительной деградацией соединительно-тканных структур и эндогенной интоксикацией, развивающейся, в основном, вследствие усиленного распада азотистых соединений. Это, в свою очередь, указывает на необходимость включения в комплекс терапии больных кожным лейшманиозом препаратов, регулирующих выработку оксида азота, которые в дальнейшем могут быть использованы в разработке комплексных методов терапии больных кожным лейшманиозом.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЕМ

АБИДОВА З.М., ХАЛИДОВА Х.Р., ИСАМУХАМЕДОВА С.С.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Опоясывающий лишай (ОЛ) – острая локализованная инфекция сенсорного нерва и ганглия, которая характеризуется болью и везикулезным высыпанием по ходу иннервируемых дерматодов. Она возникает в результате реактивации пожизненно латентной инфекции вируса ветряной оспы, приобретенного во время предыдущего заболевания ветряной оспой.

Цель исследования. Изучение анамнеза и клинического течения больных с ОЛ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 20 больных, находившихся на стационарном лечении в РСНПМЦДиК.

Результаты исследования. Среди 20 больных с ОЛ лиц мужского пола было 8 и женского – 12, в возрасте от 9 до 80 лет и давностью заболевания от 3 дней до недели. Из них у 2 больных в процессе стационарного лечения и полного обследования была выявлена ВИЧ-инфекция, подтвержденная методом иммуноблот, у одного больного диагностирован вирусный гепатит типа В, одна больная была на сроке 28 недель беременности, остальные – без сопутствующих заболеваний.

Провоцирующими факторами в развитии заболевания были отмечены: 12 из общего числа больных связывали болезнь с переохлаждением, 4 из них с нервным стрессом, 4 больных ни с чем не связывали. Нужно отметить, что ветряной оспой переболели в детстве 14 пациентов. Высыпания располагались у 3 на коже по ходу тройничного нерва , с вовлечением кожи ушной раковины, у 1 – на коже ягодицы, охватывая заднюю поверхность голени и кожи подошвы, у 16 – на коже боковой поверхности живота, охватывая кожу спины. Клинические проявления характеризовались сгруппированными мелкими пузырьковыми элементами, имеющими плотную покрышку, с серозным содержимым на эритематозном основания. На месте вскрывшихся пузырей отмечались ярко-красного цвета эрозии с последующим образованием серозно-кровянистых корок. Из 20 больных мы выявили следующие клинические формы: у 3 больных Синдром Рамсея –Ханта с развитием постгерпетической невропатии, у 3 – геморрагическая форма ОЛ, у 14 – простая форма ОЛ. Продромальные явления в виде повышения температуры тела за неделю до появления высыпаний отмечались у 6 больных; сильные колющие боли до появления высыпаний – у 15 больных. Из субъективных ощущений 20 больных жаловались на зуд кожи, боли после появления пузырьков. Методом ПЦР у всех больных была исключена зостероформная форма простого герпеса. У всех больных проводились дополнительные исследования крови на ПЦР с везикул, ИФА-исследования на ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-17А, ИФН- μ, ФНО-α . Клинические и лабораторные исследования продолжаются.

Выводы. Таким образом, анализ анамнестических и клинических данных показал, что у лиц более старшего возраста при наличии сопутствующих вирусных заболеваний клинические проявления ОЛ протекали более осложненно с развитием постгерпетической невралгии.

РОЛЬ IL-17 В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗОВ (ОБЗОР)

АБИДОВА З.М., ХАЛИДОВА Х.Р., ИСАМУХАМЕДОВА С.С.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Цитокины – это важные медиаторы в иммунном ответе, которые играют существенную роль в экспрессии клеточного иммунитета.

Семейство интерлейкина-17 (IL-17) состоит из подсемейства цитокинов, которые участвуют в острых и хронических воспалительных реакциях. С момента открытия IL-17A (также называемого IL-17 или CTLA8) в 1993 году пять других членов этого семейства IL-17B, IL-17C, IL-17D, IL-17E (также называемые IL-25) и IL-17F были идентифицированы на основе гомологии аминокислотных последовательностей . В то время, как некоторые из них хорошо описаны, другие остаются недостаточно изученными. Наиболее широко изученный цитокин этого семейства IL-17A является провоспалительным цитокином, который играет важную роль в защите организма от микробных инфекций и участвует в различных воспалительных состояниях, таких как аутоиммунные заболевания, нарушения обмена веществ и рак. Благодаря продуцированию различных молекул, включая цитокины, хемокины, белки острой фазы, антимикробные пептиды, муцины и матриксные металлопротеиназы, IL-17A могут распространять каскады событий, которые приводят к рекрутингу нейтрофилов, воспалению и защите организма хозяина. Патологическое обрзование IL-17A приводит к чрезмерному воспалению и открытому повреждению тканей. Он получил значительное внимание при открытии хелперных CD4 + Т-клеток, отличающихся от классических линий Т-хелпера 1 (Th1) и Т-хелпера 2 (Th2), которые продуцируют IFN-γ и IL-4 соответственно. Эта линия Т-хелпера 17 (Th17) продуцирует IL-17A в качестве сигнального цитокина и играет патологическую роль в воспалительных и аутоиммунных заболеваниях. Дифференциация наивных CD4 + Т-клеток на клетки Th17 запускается и жестко контролируется набором цитокинов, которые включают IL-6, IL-1β, IL-21, IL-23 и TGFβ, что приводит к активации RORγt для включения Th17 программирования.

В работах зарубежных авторов были проведены исследования провоспалительного цитокина IL-17, которые обнаружили гиперпродукцию IL-17 при хронических воспалительных заболеваниях, таких как астма, атопический дерматит и псориаз. Недавнее открытие IL-17, которое способствует развитию псориаза, открыло новые возможности для дальнейшего лечения. В настоящее время один из анти-IL17 – биологический агент, который одобрен FDA для лечения псориаза – человеческое моноклональное антитело, которое нацелено именно на IL-17A (секукинумаб). Дальнейшие клинические испытания дали возможность воздействия на IgG4- специфичный IL-17 (иксекинумаб) и человеческое антитело, которое нацелено на рецептор IL-17 A (бродалумаб).

С другой стороны, в случаях инфекционных заболеваний, IL-17 плохо изучен и мало описан как в национальной, так и зарубежной литературе, что дает большие перспективы в диагностике и лечении инфекционных заболеваний, в частности опоясывающего лишая.

К ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ

АБИДОВА З.М.,ХАЛИДОВА Х.Р., ИСАМУХАМЕДОВА С.С.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Диагноз ОЛ обычно ставится клинически, потому что признаки и симптомы ветряной оспы и ОЛ являются характерными и очевидными. Лабораторная диагностика становится важной, когда клиника болезни атипична, для контроля инфекции, у лиц с ослабленным иммунитетом, у которых подозревается лекарственно-устойчивый ОЛ, или в вакцино-модифицированных прорывных случаях возможной ветряной оспы. Доступен ряд подходов к лабораторной диагностике. «Золотой стандарт» для диагностики инфекций ОЛ был когда-то изолированностью вируса. Это требует использования свежей везикулярной жидкости, которая сразу же инокулируется на монослои восприимчивых клеток, таких как фибробласты эмбриональных легких человека (HELF), и инкубируется при 35–37° С в течение 3–7 дней; культуры затем исследуются микроскопически для определения цитопатического эффекта. Этот метод является дорогостоящим и медлен-

ным. Хуже того, в связи с тем, что ОЛ является лабильным вирусом, культуры могут не выявить инфекцию, даже когда ОЛ присутствует. Медленный рост VZV в клеточной культуре также является серьезным препятствием для ухода за пациентами, что часто включает решения, которые необходимо принимать быстро. Таким образом, изоляция вирусов сегодня мало используется для диагностики, хотя она по-прежнему полезна при определении того, является ли предполагаемая инфекция VZV устойчивой к противовирусным препаратам.

Диагностика выбора сегодня заключается в использовании ПЦР для амплификации ДНК VZV. Этот анализ можно проводить быстро, в течение одного или двух дней. Он очень точен и чувствителен и стоит примерно так же, как вирусная культура. ПЦР можно использовать для обнаружения VZV в везикулярной жидкости, струпьях из пузырьков, мазков для кожи, мазков горла, цереброспинальной жидкости, тканей из биопсий или вскрытий, крови и слюны (Leung J., 2010). Особого упоминания заслуживает демонстрация ДНК VZV в слюне; это привлекательный тест, потому что неинвазивный. Присутствие ДНК VZV в слюне в результате реактивации VZV впоследствии было переведено на диагностическую полезность у пациентов с HZ. Этот тест особенно полезен для диагностики тех инфекций VZV, которые не сопровождаются кожными повреждениями, такими как Zoster Sine Herpete «Герпес без сыпи». Этот тест является неинвазивным и удобным в применении для диагностики ОЛ.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ С ПРОВЕДЕНИЕМ АППАРАТНОЙ ЧИСТКИ НОГТЕЙ

АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р., АБДУРАХМАНОВА Н.А., АЛИМЖАНОВ Ж.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

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%, на 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.), так и длительным приемом лекарственных средств (антибиотики, кортикостероиды, цитостатики), так называемые ониходистрофии. В РСНПМЦДиВ с 2016 года функционирует Кабинет подологии. Подология – это наука, стоящая на грани между дерматологией и хирургией, занимающаяся заболеваниями кожи стоп.

За прошедшие 6 месяцев 2017 года в кабинете подологии пролечены 30 больных с онихомикозом стоп и кистей, не имеющих серьезных сопутствующих заболеваний. Мужчин было 12, женщин 18 человек. Возраст больных варьировал от 20 до 68 лет. При микроскопическом исследовании чешуек с очагов поражения и частичек ногтей грибы были обнаружены у всех пациентов. Больным назначена комбинированная 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 следующим клиническим признакам: начало роста здоровых ногтей. Результаты наблюдения за больными онихомикозами, получавшими метод комбинированной терапии с проведением чистки, показал, что средний срок начала роста здоровых ногтей начинался уже 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.

ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИДА, ЛЕЙШМАНИЯЛАРНИ КУЛЬТУРАЛ АНИКЛАШ ВА УНИНГ АХАМЯТИ

ДАВУРОВ А.М., АБИДОВА З.М., УМУРОВ Ф., АЛИМЖОНОВ Ж.А.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги. Лейшманиоз қўзғатувчилари – содда жониворлар қаторига кирувчи, Leishmania туркуми, Trypanosomidae оиласи, Mastigophora синфига мансуб бўлган микроорганизлар ҳисобланади. Ҳозирги вақтда бир неча ўнлаб лейшманиялар турлари мавжуд бўлиб, шулардан 17 таси одам организмида касаллик чақириш хусусиятига эга.

Лейшманиялар ҳужайра ичида паразитлик қилиб, макрофаг ёки ретикулоэндотелиал ҳужайраларда кўпаяди. Лейшманиялар ҳаёт цикли хўжайин ҳужайралари алмашинуви билан кечади ва икки босқичдан иборат: хивчинсиз (амистигот) умуртқали ҳайвонлар ва одам организмида, хивчинли (промастигот) бўғимоёқлилар организмида. Иккига бўлиниш йўли билан кўпаяди. Лейшманиялар бир биридан деярли фарқ қилмайди.

Олиб борилган тадқиқот. Марказ клиникасига «тери лейшманиози» ташхиси билан стационарда даволаниш учун 2018 йилнинг I чорагида 6 та бемор мурожаат қилган. Беморларнинг касаллик ўчоқларидан «лейшмания»ларга, яъни «Баровский таначаларига» патологик материал олиниб, микробиологик суртма ҳамда культурал текширувлар олиб борилди. Суртмалар стерил бир маратоба ишлатиладиган скальпеллар ёрдамида, касаллик ўчоқларидан яллиғланган тери қатқалоқлари кўчирилиб, яра четлари тери бурмаларидан ажралмалар олинди. Патологик материаллардан буюм ойнасига юпқа қилиб суртма тайёрланди ва хона ҳароратида 10–15 дақиқа давомида қуритилди. Яна бир қисми эса марказда тайёрланган «ЭД-1» озиқ муҳитининг модификацияланган вариантига, пробиркаларга солинган махсус озиқ муҳитларга ва Петри ликобчаларига қуйилган махсус эритроцитлар қўшилган қаттиқ озиқ муҳит юзасига лейшманияларни ундириш, яъни соф колонияларни ажратиб олиш учун экилди. Пробирка ва Петри ликобчалари термостатнинг 22°С ҳароратида 48 соатдан 10 кунгача кузатилиб турилди.

Кузатилган натижалар. Суртма олинган препарат тайёр бўлгач, 96% ли этил спиртда қотирилди (фиксацияланди) ва Рамоновский Гимза бўёғида 20–40 дақиқагача бўялди. Бўёқлар сувда ювилиб қуритилди. Препаратларни микроскопнинг иммерсион системасида 10х100 катталикда кўздан кечирилди. Жами 6 нафар беморнинг ҳаммасида лейшманиялар, яъни Баровский таначалари борлиги аниқланди. Промастиготлар жийда шаклида узунчоқ 10–15 мкм таначалардан иборат бўлиб, цитоплазмаси оч-кўкимтир рангда, ўртасида қизғиш-сиёҳранг кўринишда ядроси ажралиб тургани кузатилди. Лейшманиялар кинетопластидан хивчинлари бошланиб, ҳужайра олд қисмидан чиқиб, 10–20 мкм узунликка эга. Хивчинлар қизғиш-сиёҳрангга бўялди. Микроскопик кузатув натижасида барча 6 нафар беморнинг ҳаммасида лейшманиялар борлиги аниқланди.

Экмалар 22°С ҳароратда 48 соатдан кейин кузатилиб, 10 кунгача давом эттирилди. Натижада 2 та бемордан олинган экмаларда 3–4 кундан кейин соф колониялар ҳосил бўлди. Улардан натив препаратлар тайёрланиб, микроскопнинг 10х40 катталигида кузатиб борилди. Промастиготлар узунчоқ жийда шаклида бўлиб, хивчинлари ёрдамида ҳаракатчанлиги кузатилди. Қолган 4 нафар бемордан олинган экмаларда ўсиш кузатилмади ва 40 кунгача назорат қилиб турилди.

Хулоса. Лейшманиоз кассалиги билан оғриган беморлардан патологик материаллар олиниб, микроскопик ва культурал текширишни параллел равишда олиб бориш, беморларда патологик жараённинг қандай кечишини кузатишга ва спецефик даво муолажаларини олиб боришга катта ёрдам беради.

РОЛЬ TRICHOPHYTON RUBRUM В ЭТИОЛОГИИ МИКОЗОВ СТОП НА ТЕРРИТОРИИ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015–2017 гг.

ИМАМОВ О.С., ДЖУМАЕВ Н.Д., МАХМУДОВ С.С.

Ташкентский областной кожно-венерологической диспансер. Узбекистан

Цель исследования. Изучение рода Trichophyton rubrum в этиологии микозов стоп на территории Ташкентской области, динамики распространенности гриба за исследуемый период и взаимодействие T. rubrum с другими возбудителями микозов стоп.

Материал и методы. Работа выполнена на базе Ташкентского областного кожно-венерологического диспансера. Изучен архивный материал микологической лаборатории за 2015–2017 гг.

Материалом для исследования служили соскобы с кожи подошв, межпальцевых складок стоп, ногтевых пластинок стоп и кистей больных, обратившихся в консультативную поликлинику и находящихся на лечении в отделениях ТашОКВД. Культуральную диагностику проводили с использованием среды Сабуро, в которую добавляли эритромицин для предупреждения роста сапрофитных микроорганизмов. Рост колоний T. rubrum отмечали на 10–12 день, T. mentagraphytes (T. interdigitales) – 13–14 день и Candida spp. – на 4–5 день.

Результаты и обсуждение. За исследуемый период времени (2014–2017 гг.) в микологической лаборатории ТашОКВД обследовали 309 больных, проживающих в Ташкентской области, страдающих микозами стоп и онихомикозами: 2015 г. – 101 больной, 2016 г. – 98 больных и 2017 г. – 110 больных.

Получено 44,4% положительных результатов за 2015 г.: 40,9% – на T. rubrum, на T. mentagraphytes – 2,97%, на Candida spp. – 0,53%; за 2016 г.: 41,2% – на T. rubrum, на T. mentagraphytes – 2,28%, на Candida spp. – 0,92% и за 2017 г.: 39,9% – на T. rubrum, на T. mentagraphytes – 3,80%, на Candida spp. – 0,70% соответственно. Отмечали рост частоты высеваемой T. rubrum на 123 случая (90%), T. mentagraphytes – на 12 случаев (8,7%) и Candida spp. – на 2 случая (1,3%) соответственно. За изученный период времени возрос процент выявления T. rubrum с подошв стоп – с 25,6 до 27,3%, T. mentagraphytes – с 4,2 до 4,3% и Candida spp. – до 0,2%, незначительно снизилось выявления T. rubrum с ногтевых пластин стоп – с 44,1 до 39,9%, T. mentagraphytes – с 3,2 до 2,9 % и возросло грибов рода Candida spp. – с 0,1 до 0,2%; с ногтевых пластинок кистей снизилось выделение T. Rubrum – с 40,9 до 37,6%, T. mentagraphytes – с 3,3 до 2,8% и Candida spp. – с 4,3 до 4,2%, увеличилась частота выявления T. rubrum из межпальцевых промежутков – с 38,4 до 39,2% и T. mentagraphytes из межпальцевых промежутков – с 2,7 до 3,4 %, так же снизилась высеваемость Candida spp. – до 0,1%.

Выводы. Таким образом, основную роль в этиологии микозов стоп на территории Ташкентской области отводится T. rubrum. Второе место по частоте распространения занимают T. mentagraphytes (T. interdigitales) и Candida spp.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕПРОЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ

НУРАТДИНОВА З.К.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Территория Республики Каракалпакстан считалась эндемической зоной по заболеваемости лепрой. Датой начало борьбы с лепрой считается 1933 год, год открытия Каракалпакского Лепразория. Начиная с 1953 год для лечения лепры в Республике Каракалпакстан начали применять сульфоновые препараты. В результате чего больные выписывались на амбулаторное лечение и диспансерный контроль. Эффективность массовых обследований была очевидной. Так, если с 1933 по 1955 г. было выявлено 2318 (в среднем 100,78 ежегодно), то в последующие годы (1956–1963 гг.) еще 857 больных (по 107,37 ежегодно). Проведение широкомасштабных выборочных и массовых обследовательских работ, диспансерное обслуживание, превентивное лечение контактных позволило снизить заболеваемость с 100,7 ежегодных случаев на 1,8 (1986–1995 гг.)

Заболеваемость лепрой связана с нижеследующими факторами:

1. Получение неполного курса лечения лепры, когда в тканях, нервных волокнах остаются жизнеспособные микобактерии, являющиеся основными источниками инфекции. Большую роль также играет сильная миграция населения.

2. Миграция населения усиливает рассеивание инфекции, препятствует планомерному ведению противоэпидемических мероприятий.

3. Снижение темпа заболеваемости – результат запоздалого выявления новых больных, а также наличие длительно уклоняющихся от лечения больных – бактериовыделителей.

4. Длительный инкубационный период (от 5–7 лет до нескольких десятилетий) при заболевании лепры.

Принимая во внимание сложившуюся эпидемиологическую ситуацию в Республике Каракалпакстан необходимо в ближайший период **осуществлять следующие мероприятия:**

1. Проводить ежегодное эпидемиологическое обследование контактных лиц с обязательным бактериоскопическим исследованием.

2. Подготовка врачей общей сети здравоохранения, изучение проведения стандарта обсле-

дования лепры и систематическое обследование контактных и контингентов населения, наиболее подверженных заболеванию.

3. Разбор каждого случая запоздалой диагностики лепры, выявление источников заражения должно быть приближенным к 100%.

4. Все больные с положительными бактериоскопическими результатами должны госпитализироваться для последующего проведения лечения с помощью современных противолепрозных средств до бактериоскопической негативизации.

5. Воздействие на условия передачи инфекции и восприимчивость к ней населения: уменьшение рассеивания инфекции путем улучшения санитарно-бытовых условий жизни населения и санитарной пропаганды, проведения превинтивного лечения контактных.

6. Улучшение специализированной, физиотерапевтической, неврологической, ортопедической и другой помощи в целях скорейшей физической реабилитации.

ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДАГИ МОХОВ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЎЧОҚЛАРИ

НУРАТДИНОВА З.Х., БАБАЖАНОВ Х.Р.

Қорақалпоғистон Республика лепразорияси, Тошкент Тиббиёт Академияси. Ўзбекистон

Қорақалпоғистон Республикасида мохов касаллигининг нақадар кўп тарқалганлигини ўрганиш ўтган асрнинг 1923-йилларига тўғри келади. “Мохов касаллигига қарши кураш” номли қарорга асосан республикада биринчи бор махсус хизмат очилган. 1930–1932-йилларга келиб, бу ҳудудда касалликнинг жуда катта эндемик ўчоқлари борлиги маълум бўлди. Беморларни эрта аниқлаш, даволаш ва уларни изоляция қилиш мақсадида 1933 йили Қорақалпоғистон Республикаси моховга қарши кураш лепрозорияси ташкил этилди. Зудлик билан ўтказилган текширувлар натижасида касалликнинг нақадар кўп тарқалганлиги харитаси тузилди. Унга кўра, республикада “Касаллик энг кўп тарқалган” ва “Касаллик нисбатан кам аниқланадиган ҳудудлар”га ажратилди. Жумладан, шимолий зона – Мўйноқ, Тахтакўпир, Чимбай, Караузак, Нукус, Қўнғирот, Хўжайли, Шуманай ва Бўзатов туманлари ҳамда Тахиятош ва Нукус шаҳри энг кўп тарқалган, жанубий зона – Амударё, Тўрткўл, Элликқалъа ва Беруний туманлари эса касаллик кам тарқалган ҳудудларга ажратилди. Масалан, 1960 йили Қорақалпоғистонда жами 166 та моховга чалинган бемор аниқланган бўлса, шуларнинг 161 таси шимолий ҳудуддан, 5 таси эса жанубий ҳудуддан аниқланган. Аниқланган ушбу беморларнинг 57 таси (185,66) Мўйноқ туманига тўғри келади. Худди шундай ҳолат 1969 йили ҳам аниқланиб, унда 60 та бемор, яъни уларнинг асосий қисми шимолий ҳудудга тўғри келади.

Олиб борилган эпидемиологик, клиник, микробиологик ва профилиактик чора-тадбирлар орқали (1961–1991) 30 йил давомида мохов билан касалланиш 23,5 дан 5,9 га туширилди. Яъни, бу 4 бараварга камайди, дегани. Зарарланиш шимолий ҳудудда 33,7 дан 8,7 га, жанубий ҳудудда эса 2,2 дан 0,8 гача туширилди.

Шундай қилиб, 1991 йилгача касалликнинг ўчоқлар бўйича тавсифи қуйидагича: жами 1498 та ўчоқ бўлиб, унинг 1375 таси шимолий (91,78) ҳудудга, 123 таси (8,21) эса жанубий ҳудудга тўғри келади. Шимолий ҳудуддаги беморларнинг маиший контактлари 2233 тани ташкил қилса, жанубий ҳудудда 216 тани ташкил қилади, холос.

ЗООАНТРОПОНОЗ ТРИХОФИТИЯ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА АЗОТ ОКСИДИ МИҚДОРИ ҲОЛАТИ

РАХИМОВ И.Р., МАХСУДОВ М.Р.

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Охирги йилларда терининг замбуруғли касалликлари билан касалланиши ортиб бормокда. Бу гуруҳдаги касалликлар орасида зооантропоноз трихофития олдинги ўринларни эгаллаб келмокда.

Кейинги йилларда ҳар хил патологик жараёнларнинг ривожланишида универсал биорегулятонинг азот оксиди (NO) ролини ўрганишга катта аҳамият берилмокда. У иммунитетга, лейкоцитлар шаклий элементлар фаоллигига, асаб импульсларининг ўтказувчанлигига таъсир этади ва инфекцияга қарши фаоллигининг юзага келишига сабаб бўлади. Бундан ташқари, организмда азот оксиди (NO) микдорининг кўпайиши патологик

жараёнларнинг, яъни томир ўтказувчанлигининг ошиши, молекуланинг адгезив моддаларининг кўпайишига ва цитотоксик ҳолатларнинг юзага келишига сабаб бўлади. Шу муносабат билан зооантропоноз трихофития патогенезида азот оксиди ҳолатини ўрганиш дерматомикология соҳасида долзарб муаммолардан ҳисобланади. Шундан келиб чиққан ҳолда, текширувнинг мақсади зооантропоноз трихофития билан хасталанган беморлар қон зардобида азот оксиди миқдори ҳолатини ўрганиш бўлди. Шу мақсадда 15 та трихофитияли бемордан 40% ини (6 нафар) силлиқ тери трихофитияси ва 60% ини силлиқ тери инфильтратив йирингли шаклли беморлар ташкил қилди. Назорат гуруҳини 10 нафар соғлом шахслар ташкил этди.

Олиб борилган изланиш натижалари шуни кўрсатдики, силлиқ тери трихофитияли шаклли беморлар қон зардобида азот оксид метаболитлари назорат гуруҳига нисбатан 30% га, силлиқ тери инфильтратив йирингли шаклли беморлар 61% га ошганлигини кўрсатди.

Шундай қилиб, олинган натижалар шуни кўрсатдики, азот оксиди метаболитлари миқдори зооантропоноз трихофития билан хасталанган беморларда назорат гуруҳи кўрсаткичлардан ошганлиги маълум булди. Бу ўз навбатида, кейинги изланишлар учун замин яратади, патология патогенезини ўрганиш жараёнини кенгайтиради ва ушбу касалликнинг асоратли кечиши олдини олиш жараёнида қон зардобидаги азот оксид метаболитлари кўрсаткичларига таяниб, такомиллишган даво чораларини ишлаб чиқишга имкон беради.

ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА МИКОЗОВ СТОП И ОНИХОМИКОЗОВ У РАБОТНИКОВ ГОРНО-МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

РАХМАТОВ А.Б., АБИДОВА З.М., МИРЗАЕВ А.У.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз и МСО НГМК. Узбекистан

Вторичная иммунодепрессия, нарушения периферического кровообращения, подавление гемопоэтической функции, ферменто- и эндокринопатии может развиваться под воздействием различных профессиональных факторов, связанных с разнообразными технологическими процессами производства (высокая температура, ношение герметичной резиновой обуви и др.).

Цель исследования. Изучение клинико-эпидемиологической характеристики и степени влияния профессиональных факторов на развитие и течение микотических поражений, а также разработка и внедрение комплекса профилактических мероприятий на предприятиях горно-металлургической отрасли.

Материал и методы. В ходе проведения медицинских осмотров у 356 (29,6%) работников был установлен микоз стоп и у 236 (19,6%) – онихомикоз. Средний возраст больных онихомикозами составлял 45,6 лет. Давность заболевания у большинства пациентов – свыше 10 лет. Изученный индекс КИОТОС составлял 15,7±1,3 баллов. Больные получали пульсотерапию антимикотическим препаратом итраконазолового ряда (текназол) в суточной дозировке 400 мг с трехнедельными перерывами. Больным с онихомикозами кистей проводилось три курса пульсотерапии, с онихомикозами стоп – четыре курса. Больные онихомикозами осматривались ежемесячно в здравпунктах комбинатов в течение всего лечения и затем через 6 и 9 месяцев после начала терапии текназолом. Терапевтический эффект в виде отрастания нормального вида ногтевой пластинки в проксимальной своей части было отмечен уже к началу второго курса пульсотерапии. Через 4 месяца с момента начала лечения клинико-микологическое излечение было отмечено у 82% пациентов, через 6 месяцев – у 88%, через 9 месяцев – у 93%. С целью профилактики микозов стоп и онихомикозов были усовершенствованы методы индивидуальной и общественной профилактики в местах пребывания работников горно-металлургической отрасли, что привело к снижению примерно в 5 раз грибковой инфекции на производстве.

Заключение. Таким образом, разработанный комплексный подход позволяет до минимума сводить количество больных, страдающих указанными микозами.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

РАХМАТОВ А.Б., АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

До настоящего времени сохраняется проблема лечения больных кожным лейшманиозом (КЛ). Ежегодно регистрируются сотни новых случаев дерматоза, причем с увеличением городского типа КЛ. Разрабатываются различные этиопатогенетические методы терапии больных КЛ, такие как лимфотропное введение антибиотиков и ферментных препаратов, иммунотерапия.

Системная энзимотерапия (СЭТ) представляет собой метод лечения и профилактики заболеваний с помощью полиэнзимных препаратов, которые обладают широким спектром системных и местных неспецифических воздействий на организм и оказывают влияние на ключевые физиологические и патофизиологические процессы.

Под наблюдением находились 44 больных (мужчин – 32, женщин – 12) в возрасте от 20 до 44 лет и давностью заболевания от 2 до 11 месяцев. Во всех случаях диагноз кожного лейшманиоза был подтвержден обнаружением в очагах поражений лейшманий. На основании анамнестических и клинических данных у 35 больных был установлен сельский, у 9 – городской тип КЛ. У 14 из 44 больных проявления КЛ были в виде бугорков и у 30 – лейшманиозных язв. Всем больным назначалось лечение, согласно имеющимся «Стандартам». Наряду с этим для ускорения рассасывания бугорковых элементов и эпителизации лейшманиозных язв применяли препараты СЭТ, в частности Вобэнзим по 5 драже 3 раза в день в течение одного месяца. Переносимость лечения – удовлетворительная. Ни в одном клиническом наблюдении не выявлено каких-либо побочных эффектов. Для оценки клинической эффективности СЭТ нами выделены две группы больных, которым проводилась только стандартная терапия (группа контроля) и в комбинации с СЭТ (основная группа). Следует указать, что терапевтический эффект у больных КЛ преобладал примерно на 22% в основной, нежели контрольной группе.

Таким образом, при лечении различных форм кожного лейшманиоза целесообразно применение СЭТ как метода комплексного патогенетического воздействия, что позволяет ускорить сроки заживления язв и предотвращать возможности дальнейшей диссеминации этиологического фактора, т.е. осуществлять профилактику развития осложненных форм кожного лейшманиоза.

ЭНЗИМОТЕРАПИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

РАХМАТОВ А.Б., АБИДОВА З.М., РАХИМОВ И.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Ежегодно в эндемических регионах Узбекистана регистрируются сотни случаев кожного лейшманиоза, которые требуют проведения современной этиопатогенетической терапии.

Цель настоящего исследования. Оценка терапевтической эффективности системной энзимотерапии у больных кожным лейшманиозом.

Материал и методы. Под наблюдением находились 104 больных (мужчин – 79, женщин – 25) в возрасте от 20 до 55 лет и давностью заболевания от 3 месяцев до 1,5 лет. Во всех случаях диагноз был подтвержден обнаружением лейшманий с очагов поражений. В большинстве случаев диагностировалась сельская (78,8) и реже – городская (21,2%) форма кожного лейшманиоза. По клиническим формам различались: бугорковая – у 22 (21,2%), лейшманиозная язва – у 49 (47,1%), лейшманиозная язва с явлениями лимфангита и лимфаденита – у 13 (12,5%), лейшманиозная язва с бугорками обсеменения – у 10 (9,6%), явления металейшманиоза – у 10 (9,6%) больных кожным лейшманиозом.

Включение системной энзимотерапии (СЭТ) в комплексное лечение больных кожным лейшманиозом обусловлено противовоспалительными и иммуномодулирующими свойствами этой группы препаратов. Как показали исследования, СЭТ способна значительно понижать уровень известных провоспалительных цитокинов, в частности в наших исследованиях отмечено уменьшение ФНО-α примерно в 3 раза, наряду с тенденцией к нормализации известных показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Для оценки эффективности все больные были распределены на две репрезентативные группы по возрасту, полу, давности заболевания и клиническим формам дерматоза: I группа (54 больных) – контрольная, получала традиционное лечение, согласно Стандартам (2017г.); II группа (50 больных) дополнительно принимала СЭТ в виде препарата Вобэнзим по 3 таблетки 3 раза в день (до еды) в течение 20 дней. Переносимость лечения в обеих группах была удовлетворительной. Побочных явлений не наблюдалось. Клиническое выздоровление отмечалось в 64,8% случаев больных I группы и в 82% – II группы, что является убедительным доказательством целесообразности включения препаратов СЭТ в комплексную терапию больных с различными формами кожного лейшманиоза.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ

РАХМАТОВ А.Б., РАВШАНОВА Д.Т.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Цель настоящего исследования. Разработка своевременной диагностики и комплексного лечения больных онихомикозами.

Материал и методы. Под наблюдением находились 108 больных (мужчин – 84, женщин – 24) в возрасте от 20 до 40 лет и давностью заболевания от одного года до 10 лет. У всех больных диагноз онихомикоза был подтвержден микроскопическим методом, причем анализы ногтевых пластин брались трехкратно. Согласно международной классификации были выделены: дистальная форма ОМ у 72 (66,7%), проксимальная – у 36 (33,3%) пациентов. В большинстве случаев были поражены ногтевые пластинки стоп, нежели кистей, причем один палец в обязательном режиме. У больных ОМ были исследованы общеклинические анализы, иммунограмма и цитокиновый статус (ИЛ-2, ИЛ-4, ФНО-α и др.), допплерография сосудов конечностей, биохимические параметры (печеночные пробы). При лечении больных ОМ был использован антимикотический препарат широкого спектра действия – итраконазол (Текназол), который принимался по 200 мг 2 раза в день (после еды) в течение 7 дней с последующим трехнедельным перерывом, в период которого использовался онихотропный препарат Пантогар по 1 капсуле 3 раза в день (после еды). В зависимости от пульсотерапии Текназолом пациенты получали 2–3 раза 20-дневными циклами препарат Пантогар.

Результаты. В зависимости от проводимой терапии все больные были разделены на две сопоставимые по полу, возрасту, клинической форме и давности заболевания группы: I группа (55 больных) – получала стандартную пульсотерапию (ОМ кистей – 2 курса; ОМ стоп – 3 курса); II группа (53 пациента) – получала дополнительно онихотропный препарат Пантогар. Клинико-микологическое выздоровление в I группе достигнуто у 43 (78,2%), во II группе – у 49 (92,5%), что является доказательством целесообразности включения в комплексную терапию онихотропного препарата Пантогар. Улучшение клинических проявлений ОМ сопровождалось положительной динамикой и со стороны изученных параклинических исследований, особенно по данным цитокинового статуса (ФНО-α) и печеночным пробам.

Заключение. Использование онихотропного препарата исключает вероятность развития вторичной ониходистрофии.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ НОГТЕЙ

РАХМАТОВ А.Б., РАВШАНОВА Д.Т.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Последнее десятилетие характеризуется значительным ростом патологии ногтей (ониходистрофии), включая и онихомикозы, связанные с обменными и иммунными нарушениями в организме человека.

Под наблюдением находились 368 больных, среди которых были установлены ониходистрофии (ОД) микотической этиологии (187 больных – 50,8%), дерматологической этиологии (96 больных – 26,1%), травматической этиологии (85 больных – 27,1%). Для установления диагноза онихомикоза использовались стандартные микробиологические исследования и метод генодиагностики.

Больные онихомикозами получали пульсотерапию антимикотическим средством итраконазолового ряда (текназол), эффективность которой составляла 75–90%. Дополнительно, как и у пациентов с другими формами ониходистрофий, применялись онихотропные препараты (специальное драже МЕРЦ или Пантогар) в течение 3–4 месяцев, что позволило повысить терапевтическую эффективность комбинированного метода лечения на 15–20%. При явлениях онихоуксиса (37 больных) использовался метод ортониксии (установление специальных пластин), что исключало необходимость оперативного вмешательства. И в этих случаях назначались онихотропные препараты в течение 2–3 мес. для ускоренного отрастания ногтевой пластинки и профилактики вторичной ониходистрофии. Целесообразность использования указанных онихотропных препаратов была доказана проведением морфологических, биохимических и других методов исследования.

Таким образом, разработанный комплекс с использованием системного антимикотика и онихотропных препаратов можно рекомендовать для применения в дерматологической практике как современный комплексный метод эффективного лечения онихомикозов и других форм ониходистрофий, позволяющий в более короткие сроки достичь клинической ремиссии с элиминацией возбудителя, улучшить структуру ногтевых пластин, значительно ускорить их отрастание.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

РАХМАТОВ А.Б., РАВШАНОВА Д.Т.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Последнее десятилетие характеризуется значительным ростом грибковых заболеваний, в том числе микозов стоп и онихомикозов. Онихомикозы могут возникать на фоне микоза стоп или самостоятельно при непосредственном попадании патогенных грибов в подногтевое пространство или матрикс ногтя.

Под нашим наблюдением находились 122 больных онихомикозами, подтвержденными микробиологическими исследованиями. Дистальная форма онихомикоза была диагностирована у 88 (72,1%) и проксимальная – у 36 (27,9%) пациентов. Пульсотерапия текназолом (антимикотический препарат итраконазолового ряда) проводилась классическим методом пульс-терапии в суточной дозировке препарата 400мг в течение одной недели с последующим трехнедельным перерывом. В перерывах приема текназола пациенты принимали в течение 20 дней онихотропные (специальное драже МЕРЦ), иммуномодулирующие (иммуномакс), вазопротекторные (агапурин) препараты, в зависимости от преобладания сопутствующей патологии, изученные параклиническими методами (иммунограмма, УЗД сосудов конечностей и т.д.).

Контрольный осмотр и взятие биоматериала осуществлялось ежемесячно, а после окончания пульс-терапии каждые 3 месяца. Критерием излечения считали отрастание здоровой ногтевой пластинки и отрицательные анализы на грибы. Отдаленные результаты были изучены спустя 3 года после окончания лечения. Рост здоровых ногтевых пластинок (с проксимальной ее части) начинался уже через 4–5 недель на пальцах рук и через 6–7 недель – на пальцах стоп. Излечение на кистях наблюдалось через 2–3 месяца, на стопах – через 3–5 месяцев у лиц молодого и среднего возраста. У пациентов старших возрастных групп излечение отмечалось в более поздние сроки (иногда 10–12 месяцев). В общей сложности примененный комплексный метод лечения больных онихомикозами позволил получить клинико-микологическое излечение у 94,2% пациентов.

Таким образом, лечение больных с онихомикозами должно быть обязательно комплексным, когда с учетом патогенетических механизмов микоза возможно использование иммуномодулирующих и онихотропных средств.

«КОНТРАКТУБЕКС» В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВОЙ АТРОФИИ КОЖИ

РАХМАТОВ А.Б., ХОЛИЕРОВ А.П.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз; Кашкадарьинский кожно-венерологический диспансер. Узбекистан

Продолжают регистрироваться свежие случаи кожного лейшманиоза (сельский и городской типы), которые, как правило, заканчиваются формированием рубца.

Цель настоящего исследования. Оценка клинической эффективности использования геля «Контрактубекс» у больных кожным лейшманиозом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 46 больных (мужчин – 36, женщин – 10) в возрасте от 20 до 40 лет и давностью заболевания от 3 до 6 месяцев. Были отобраны больные только с сельским типом кожного лейшманиоза. Во всех случаях диагноз был подтвержден микробиологическим методом. Стадия бугорка была установлена у 5, лейшманиозной язвы – у 22, лейшманиозной язвы с явлениями лимфангита и лимфаденита – у 9, лейшманиозная язва с бугорками обсеменения – у 10 пациентов. Все больные получали стандартное лечение. У всех на стадии появления грануляционной ткани (симптом «рыбьей икры») наружно применяли гель «Контрактубекс» 2 раза в день в течение 1–2 месяцев. Лечение переносилось хорошо и каких-либо побочных явлений не наблюдалось. Препарат способствует регенерации здоровых клеток, оказывает противовоспалительный эффект, смягчает и увлажняет рубцовую ткань, тормозит пролиферацию клеток соединительной ткани. Следует указать, что действующими веществами геля «Контрактубекс» являются: экстракт лука Серае (противовоспалительное и бактерицидное действие), гепарин (смягчает рубцовую ткань) и аллантоин (ускоряет процессы заживления и устраняет субъективные ощущения). Необходимо отметить, что свойства всех ингредиентов усиливают и дополняют друг друга. Сероловая основа геля оставляет на поверхности рубца тонкую защитную пленку, которая предохраняет чувствительную рубцовую ткань от повреждений. Чем раньше начинается применение геля, тем выраженнее будет его эффект. При определенных локализациях (кисти, стопы) использовались ванночки с гелем «Контрактубекс» (2 см препарата на 1 л воды) в течение 10–15минут.

Заключение. Таким образом, практической дерматологии предлагается доступный и эффективный метод заживления лейшманиозных язв с минимизацией рубцовой атрофии кожи.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ

РАХМАТОВ А.Б., ШАРАФУТДИНОВ С.Ш.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, МСО НГМК, г. Ташкент. Узбекистан

До настоящего времени проблема разноцветного лишая (РЛ) остается актуальной. Патоморфоз данного заболевания приводит к появлению диссеминированных и атипичных форм микоза, что затрудняет диагностику и обусловливает появление торпидности в отношении проводимой терапии.

Под наблюдением находились 126 больных (мужчин – 115, женщин – 11) в возрасте от 19 до 45 лет и давностью заболевания от 3 месяцев до 5 лет. Во всех случаях диагноз был подтвержден выявлением M.furfur. Распространенная форма РЛ установлена у 120 (95,2%) больных и ограниченная – лишь в 4,8% случаев. Обращает на себя внимание наличие субъективных ощущений в очагах поражений, которые были отмечены у 97 (76,9%) пациентов. Атипичные формы (уртикороподобная, папулезная и др.) составили 33,3%, которые в большинстве случаев были связаны с определенными иммунологическими нарушениями.

Больным было разработано комплексное лечение, которое включало в себя использование антимикотического препарата (Текназол) и иммуномодулирующего препарата (Полиоксидоний). В редких случаях использовались наружные средства (2%-й салициловый спирт, местные антимикотики и др.). Текназол назначался по 100 мг 2 раза в день (после еды) в течение 30 дней. Полиоксидоний назначался по 12 мг 2 раза в день в течение 20 дней. Переносимость лечения – удовлетворительная, каких-либо побочных явлений или осложнений не наблюдалось. Клинические проявления микоза у большинства паци-

ентов стали исчезать на 10–15 сутки с момента назначения антимикотического препарата, хотя с очагов поражений в отдельных случаях выявлялся M.futfur, что служило основанием для продолжения этиотропной терапии. К концу приема текназола ни в одном исследовании M.furfur не выявлялся. Проведенные параклинические исследования не выявили побочных явлений при использовании антимикотического препарата итраконазолового ряда наряду со значительным улучшением иммунного статуса, особенно клеточного его звена.

Заключение. Таким образом, при лечении больных разноцветным лишаем, независимо от его формы, необходимо применение системной антимикотической терапии, которая практически способствует клиническому и микологическому выздоровлению.

ЛЕЙШМАНИОЗ КАСАЛЛИГИ ВА КАСАЛЛИКНИНГ БУХОРО ВИЛОЯТИДАГИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИ

УМУРОВ Ф.Ф., АБИДОВА З.М., ДАВУРОВ А.М., КАРАБАЕВА И.Т., АБДУРАХМАНОВА Н.А.

«Республика ихтисослашган дерматовенерология ва косметология илмий-амалай тиббиёт маркази» ДМ,
Тошкент ш. Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги. Статистик маълумотларга қараганда, сўнгги 5 йилда (2013–2017 йиллар) Бухоро вилоятида тери лейшманиози билан касалланиш деярли 2,5 баробарга кўпайган. 2014 йилда тери лейшманиози билан касалланиш 50 та ҳолатда аниқланган бўлса, 2017 йилда бу кўрсаткич 123 тани ташкил этди.

Тадқиқод ва натижалар. Тери лейшманиозининг Бухоро вилоятида тарқалишини 2016–2017 йиллар мониторинги бўйича кузатувларимизни таҳлил қиладиган бўлсак, 2017 йилда беморларнинг 64,3% ини (2016 йилда 65% ини) катта ёшлилар, 35,7% ини (2016 йилда 35% ини) 0–18 ёшлилар, жинсига кўра 63,4% ини (2016 йилда 58,9% ини) эркаклар, 36,5% ини (2016 йилда 41,1% ини) аёллар ташкил этишини кўришимиз мумкин. Беморларнинг барчасида Баровский таначаси топилган (100%). Бемор танасидаги ўчоқлар сонига кўра, 1 та ўчоқ 27,8% да (2016 йилда 31,8% да), 2–5 та ўчоқ 55,7% да (2016 йилда 46,7% да), 6–10 та ўчоқ 6,1% да (2016 йилда 14,9% да), 10 тадан кўп ўчоқ 10,4% да (2016 йилда 6,5% да) учраганлиги аниқланди. Бемор эндемик ўчоқда бўлганидан то танасидаги тошма туфайли касалхонага мурожаат қилган вақт оралиғига эътибор қаратганимизда, 2017 йилда 7,8% и (2016 йилда 7,5% и) 1 ойгача, 40% и (2016 йилда 37,4% и) 1 ой, 27% и (2016 йилда 37,4% и) 2 ой, 23,5% и (2016 йилда 14,9% и) 3 ой, 1,7% и (2016 йилда 2,8% и) 3 ойдан кейин мутахассисга мурожаат қилганини кузатишимиз мумкин. Беморлар касалхонага келган вақтидаги тошма характерини кузатганимизда асосан, 98,3% да (2016 йилда 85% да) ярали формада бўлганлиги аниқланди. Тери лейшманиози касаллиги 12,2% да (2016 йилда 12,2% да) лимфангит, 4,4% да (2016 йилда 8,4% да) лимфаденит каби асоратлар берганлиги аниқланди.

Хулоса. Тери лейшманиозининг географик тарқалиши жиҳатидан кузатадиган бўлсак, асосан, шимолдан Қизилқум чўли (Пешку ва Шофиркон туманлари), жанубдан Қорақум чўли (Қоракўл, Олот, Жондор ва Қоровулбозор туманлари) билан чегарадош ҳудудларда кенг тарқалганлигини кўришимиз мумкин.

Бу эса айни шу ҳудудлардаги касаллик манбалари, яъни қум сичқонлари ва ёввойи йиртқич ҳайвонларни бартараф этиш, шу билан бир вақтда касалликнинг йилдан-йилга кўпаяётганлигини ҳисобга олиб, вақтида ташхис қўйиш ҳамда касаллик асоратларининг олдини олиш муаммолари устида жиддий ёндашишни тақазо қилоди.

TRIXOFITIYA KASALLIGINING KECHISHI VA OLDINI OLISH

UTEPBERGENOVA U.D., BEKNIYAZOVA D.K.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti Nukus filiali

Dolzarbligi: Hozirgi vaqtda Qoraqalpog‘iston Respublikasi aholisi o‘rtasida ko‘pincha bolalarda teri kasalliklari orasida yuza trixofitiya kasalligi ko‘p uchramoqda. Kasallikning bu turi 4–15 yoshli bolalar orasida keng tarqalib kelmoqda. Kasallikning sababchisi Trichophyton guruhiga kiruvchi zamburug‘ bo‘lib, ko‘pincha boshning sochli qismi, teri va tirnoqlarni zararlaydi.:[Baisov A-2009, Arifov S.S.-2010]

Kuzatuvdan maqsad: Yuza trixofitiya bilan kasallangan bemorlarda kasallikning kelib chiqishi, kechishi va oldini olishni o‘rganish

Materiallar va metodlar: ToshPTI Nukus filiali «Yuqumli kasalliklar» kafedrasi joylashgan, Qoraqalpog‘iston Respublikasi teri-tanasil kasalliklar dispanserida kasallik tarixidan o‘rganib chiqildi.

Kuzatuv natijalari: Teri kasalliklari ichida yuza trixofitiya bilan kasallangan 28 ta bemorning kasallik tarixi o‘rganib chiqildi.

Bemorning shikoyatlari: teridan biroz ko‘tarilib turuvchi qizg‘ish dog‘lar paydo bo‘lishi, sochlarning teri yuzasidan sinib to‘kilishi, ba’zida yengil qichish. **Obyektiv ko‘rik:** boshning sochli qismida kattaligi olchaday keladigan bir qancha kasallik o‘choqlari paydo bo‘lgan, shu joyning terisi qobiqlanib, sochlari siyraklashgan. Sochning teri yuzasidan sinib to‘kilgan joylari qora nuqtaga o‘xshab qolgan. Ba’zi bemorlarda teridan biroz ko‘tarilgan och qizil rangli yumaloq dog‘ni, dog‘ chetlarida qizg‘ish halqa bor, markazi yassi bo‘lib, qobiqlar bilan qoplangan.

Xulosa. Trixofitiya kasalligi sababchisi Trichophyton guruhiga kiruvchi zamburug‘ bo‘lib, uning yuqishi oldini olishimiz kerak. Bu kasallik ko‘pincha bemor qo‘llagan har xil buyumlar – taroq, bosh kiyim va boshqalardan yuqadi. Shuning uchun gigiyenaga qat’iy rioya qilish kerak. Kasalligi aniqlangan bemorning ustki kiyimlari, sochiq va ko‘rpalari zararsizlantirilishi, ichki kiyim va yostiq qoplari oldin qaynatilib, so‘ngra yuvilishi kerak. Kasallik o‘z vaqtida aniqlanib, davolanmasa, surunkali shaklga o‘tib ketishi mumkin.

ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ МИКОЗА СТОП У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

ХАМИДОВ Ф.Ш., САТИМОВ А., НАСРИДДИНОВА Н., МУМИНОВ М., САЛАХИДДИНОВ А., САРИМСАКОВ Б., ХАМИДОВ Ф., ХАМИДОВ С.

Андижанский государственный медицинский институт. Узбекистан

На смену традиционным антимикотикам из классов имидазолов и аллиламинов приходят новые соединения. Одним из таких препаратов является сертаконазол, отличающийся широким спектром действия, фунгицидностью и противовоспалительным эффектом. Международный опыт также свидетельствует о преимуществе новой лекарственной формы сертаконазола нитрата, в виде лекарственных форм – 2%-го крема и раствора (действующее вещество – сертаконазол).

Цель исследования. Анализ клинической эффективности применения крема «Сертаконазол» в лечении микозов стоп у больных розацеа.

Материал и методы. Критерии включения в исследование: клинически и бактериологически установленный диагноз микоза стоп у больных розацеа (20 пациентов). Оценивали эффективность и переносимость крема «Сертаконазол » (2 раза в день). Включительно больные получали стандартное лечение розацеа с применением Аверм плюс. Продолжительность терапии – от 2 недель до одного месяца. Динамику клинической картины фиксировали один раз в 7 дней. В эту (первую) группу вошли 10 больных микозом стоп с розацеа с длительным (более 3 лет) анамнезом, но из их числа никто ранее не лечился противогрибковыми средствами. Вторую группу составили 10 пациентов розацеа с микозом, получавших наружно другие антимикотические препараты. Межпальцевую форму установили примерно у 25% больных, подошвенную – у 12,5%, а дисгидротическую – у 12,5%; в то же время микоз стоп у больных розацеа осложнялся вторичной пиодермией и микотической экземой у 2%.

Результаты. Через 2 недели у 50% пациентов наблюдали клиническое выздоровление или улучшение. По окончании исследования частота выздоровления и улучшения составила 60 и 30% соответственно. У больных 2 группы не обнаружили значительной динамики симптомов, лечение было продолжено до 3 месяцев.

Выводы. При исследовании клинической эффективности крема «Сертаконазол» выявили хорошую эффективность (75%) и переносимость, все пациенты с микозом стоп и розацеа отметили экономическую доступность препарата. «Сертаконазол» может быть препаратом первой линии в терапии дерматофитии стоп, кистей, гладкой кожи и складок у больных розацеа, в том числе – рецидивирующих, ассоциированных с аллергией, и воспалительных форм данной инфекции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «ЭРБИНОЛА» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП

ХАМИДОВ Ф.Ш., ХАМИДОВА М., САТИМОВ И., НАСРИДДИНОВА Н., ХАМИДОВ М.

Андижанский государственный медицинский институт. Узбекистан

Выбор антимикотической терапии, которая одновременно была бы высокоэффективной, удобной и доступной для пациента, довольно труден. Одним из препаратов, отвечающих этим требованиям, является «Эрбинол» – генерик тербинафина.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности противогрибкового препарата «Эрбинол» при лечении больных микозами стоп.

Материал и методы. Под наблюдением находились 105 больных микозом стоп в возрасте от 18 до 60 лет, давность заболевания – от 5 месяцев до 30 лет. Сквамозная форма микоза стоп была диагностирована у 32 (30,5%) пациентов, интертригинозная – у 34 (32,4%) и дисгидротическая – у 39 (37,1%). При культуральном исследовании в 90% случаев получен рост гриба. Больным проводили комплексное лечение с включением противогрибкового препарата системного действия, витаминов, ангиопротекторов, антигистаминных препаратов, иммуномодуляторов. В качестве противогрибкового средства применяли системный антимикотик «Эрбинол», действующее вещество – тербинафин, синтетическое противогрибковое средство широкого спектра действия.

Тербинафин обладает уникальным механизмом действия, ингибируя скваленэпоксидазу, подавляет синтез эпоксида сквалена, а, следовательно, нарушает образование эргостерола, являющегося важнейшим структурным элементом клеточной стенки гриба. Вторым следствием подавления активности скваленэпоксидазы является накопление в цитоплазме клетки гриба сквалена, который сам способен повреждать мембраны клеток. Благодаря этим двум механизмам обеспечивается гибель клеток гриба, т.е. фунгицидное действие. Тербинафин более активен в отношении, прежде всего, дерматомицетов, а также некоторых видов дрожжеподобных грибов, менее – плесневых грибов и возбудителей глубоких микозов.

Результаты. Эрбинол назначали по 250 мг (1 таблетка) один раз в день в течение 14 дней. Клинические наблюдения за больными проводили до 20 дней с динамическим проведением микроскопических и культуральных исследований. Клиническое и микологическое излечение достигнуто у 82 (78,1%) больных в сроки до 12 дней. Переносимость препарата была хорошая. У третьего больного отмечали побочный эффект препарата в виде головных болей, не требовавший его отмены.

Выводы. «Тербинафин» в лекарственной форме «Эрбинол» (250 мг) является высокоэффективным, удобным и доступным препаратом при лечении больных микозом стоп.

ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ВА ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА МОХОВ КАСАЛЛАРИНИНГ МАИШИЙ КОНТАКТЛАРИНИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАСИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, З.Х. НУРАТДИНОВА, Х.Р. БАБАЖАНОВ, С.Э. ЭШБОЕВ

«Республика ихтисослашган дерматовенерология ва косметология илмий-амалай тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент Тиббий Академияси лепразорияси. Ўзбекистон

Адабиётлардан маълумки, моховга чалинган беморларни эрта аниқлаш учун уларнинг яқин қариндошларини, жумладан, ака-укаси, опа-синглисини, тоға-жиянлар, амма-холасини маиший контактлари сифатида бевосита текшириб борилганда янги беморларни аниқлаш эрта кечади. Аксарият олимларнинг кузатувларидан маълумки, мохов касаллиги 70–80 фоиз ҳолатларда маиший мулоқотдорлар орасида топилади.

Ушбу маълумотларга асосланган ҳолда бир гуруҳ германиялик, россиялик, ўзбекистонлик ва қорақалпоғистонлик олимлар томонидан ушбу эндемик ҳудудда жойлашган беморлар ва уларнинг маиший контактлари тиббий кўрикдан ўтказилди. Ҳозирги кунга келиб, Қорақалпоғистон Республикасида 236 та, Ўзбекистон Республикасида эса 15 та моховга чалинган беморлар рўйхатларда турибди.

Эпидемиологик, клиник ва микробиологик текширувлар 2018 йилнинг 18–26 май кунлари амалга оширилиб, унда Қорақалпоғистон Республикасининг Беруний, Тахтакўпир, Нукус туманлари ва Нукус шаҳри, Ўзбекистон Республикасининг Хоразм вилояти Тахтакўпир, Янгиариқ ва Хазорасп туманлари аҳолиси қамраб олинди. Жумладан, Беруний туманида 114 та, Тахтакўпир туманида 55 та, Нукус туманида 102 та ва Нукус шаҳрида 122 та бемор ва уларнинг маиший контактлари кўздан кечирилиди.

Текширишлар натижасидан маълум бўлдики, беморларнинг маиший контактлари орасида 3 та камбацилляр ва 1 та кўпбацилляр (рецидив) янги мохов билан касалланиб юрганлар қайд қилинди. Уларнинг ёши 21–60 ёшгачани ташкил қилди. 3 таси эркак, 1 таси аёл. Шуни айтиб ўтиш жоизки, санаб ўтилган беморлар деярли юз фоиз ҳаммаси эскидан моховга чалинган хасталарнинг маиший контактлари ҳисобланади. Демак, олиб борилган илмий-амалий изланишлар натижаси шуни кўрсатмоқдаки, беморларнинг яқин маиший контактларини доимий назорат қилишгина касалликни эрта аниқлаш имконини беради.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОСПОРИИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

ЯКУБОВИЧ А.И.[1], САЛДАМАЕВА Л. С.[2], СЕРГЕЕВА И.Г.[3]

[1]ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет;
[2]Усть-Ордынское КДО ГБУЗ ОКВД, г.Иркутск;
[3]Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск. Россия

Актуальность. Наиболее распространенной формой дерматофитии является микроспория. Микроспории особенно подвержены дети и подростки (до 90% случаев). Этому способствуют свойства самого микроорганизма, такие как вирулентность, способность длительное время сохранять свои патогенные свойства во внешней среде. С другой стороны, у детей наблюдается недостаточная плотность и компактность кератина эпидермиса и волос, непрочные связи между клетками эпидермиса, несовершенная защитная функция водно-липидной мантии из-за сдвига pH в нейтральную сторону.

В последние годы отмечены изменения течения микроспории: клинический патоморфоз, стертые и атипичные клинические варианты, торпидность течения, рецидивирующие формы, самолечение и вследствие этого устойчивость к антимикотикам, более позднее обращение больных за специализированной помощью. Актуальность проблемы микроспории обусловлена высокой контагиозностью, продолжительностью лечения, отсутствием системного подхода к проведению противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление и санацию животных.

Клиническое наблюдение. За 6 месяцев 2018 года в Усть-Ордынском КДО ГБУЗ ОКВД было зарегистрировано 50 случаев заболевания микроспорией детей в возрасте до 18 лет, 90% случаев в возрастной группе от 0 до 14 лет. Анализируя пути заражения микроспорией, было установлено, что 80% больных указали на бродячих кошек, 5% – на домашних кошек, 8% – на бродячих собак, 2% – на домашних собак, 5% заразились при занятиях контактными видами спорта (вольная борьба). Пик роста заболеваемости приходился на весенне-летний период. Удельный вес больных сельского населения составлял 78%, причем некоторые, имея городскую прописку, длительное время проживают в сельской местности. Клинические формы характеризовались стертым атипичным течением, большинство больных занимались самолечением, отмечались рецидивы заболевания у детей со школы-интерната и детей-спортсменов. Большинство больных (90%) получили амбулаторное лечение, 10% – лечение в условиях круглосуточного стационара. Лечение проводилось согласно утвержденным стандартам.

Заключение. Установлено, что в настоящее время источником заражения микроспорией в большинстве случаев являются бродячие кошки и собаки, а также немалая роль отводится занятиям контактными видами спорта, поэтому необходимо наладить межведомственный системный подход с ветеринарными службами, санэпиднадзором, администрацией района, детско-юношескими спортивными школами для решения вопроса о санации больных животных, а также обработки спортивного инвентаря в спортшколах района.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ДЕРМАТОМИКОЗЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ТЎҒРИСИДА

Э.Х. ЭШБОЕВ, Ў.А. АБДУСАМАТОВ, Д. ЖУМАНОВ

«Республика ихтисослашган дерматовенерология ва косметология илмий-амалай тиббиёт маркази» ДМ,
Тошкент ш. Ўзбекистон

Терининг замбуруғли касалликлари дунё бўйича йилдан-йилга ошиб бораётганлиги сир эмас ва шунга яраша янгидан-янги муаммолар пайдо бўлмоқда. Ушбу масалаларни ҳал

қилишда аҳоли орасида беморларни ўз пайтида аниқлаш, қайд қилиш, даволаш ва профилактикасини амалиётга татбиқ қилишнинг аҳамияти катта. Аммо аҳоли орасида аниқланган беморларни статистик жиҳатдан таҳлил қилмасдан туриб, юқорида билдирилган фикрларни амалга ошириш жуда қийин.

Айтилган мулоҳазаларга таяниб, республикамизда дерматомикозлар билан касалланишни ўрганиб чиқишни ўз олдимизга мақсад қилиб қўйдик.

Бу борадаги статистик таҳлил ишлари шуни кўрсатдики, микроспория билан касалланиш республикада 2016 йил абсолют рақамларда – 1093 та бўлиб, интенсив кўрсаткичи – 3,5 га тенг бўлган. Улар орасида 14 ёшгача бўлган болалар – 633 тани, интенсив кўрсаткич эса 57,5 ни ташкил қилган. Худди шундай трихофития билан – 8672 та бемор қайд қилинган бўлиб (инт – 26,9), улардан 3292 тасини болалар, интенсив кўрсаткич – 37,9 ни ташкил қилган. 2017 йилга келиб, микроспория – 1093 тадан 1472 га, трихофития эса – 8672 тадан 8776 тага ошган. Дарҳақиқат, ушбу жараёнда болалар орасида ҳам касалланиш параллел равишда ортиб борган.

Оёқ панжа микози билан касалланиш 2016 йилда жами – 5530 тани (инт 17,5) ташкил қилган бўлса, 2017 йилга келиб, бу кўрсаткич 4822 га (инт 14,9) тушган. Худди шундай онихомикозда ҳам – 3172 (инт 9,8)дан 2602 (инт 7,9) га камайган. Лекин Хоразм, Тошкент, Сирдарё вилоятларида, шу жумладан, Тошкент шаҳрида онихомикоз билан касалланиш республика кўрсаткичидан юқорилигича қолмоқда.

Олиб борган ретроспектив таҳлилларимиздан маълум бўлдики, Республикамизда дерматомикозлар билан касалланиш, айниқса, болалар орасида ошиб бормоқда. Шу билан бирга айрим ҳудудлардан олинган ҳисоботлар статистик жиҳатдан кўпгина маълумотларга жавоб бермайди.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ҚЎТИР (ЧЕСОТКА) БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ҲАҚИДА

Э.Х. ЭШБОЕВ, Ў.А. АБДУСАМАТОВ, Д. ЖУМАНОВ

«Республика ихтисослашган дерматовенерология ва косметология илмий-амалай тиббиёт маркази» ДМ,
Тошкент ш. Ўзбекистон

Қўтир терининг паразитар касалликлари орасида энг кенг тарқалган хасталикларидан ҳисобланади. Касалланиш тўғридан-тўғри аҳолининг ижтимоий маиший ҳолати ва тиббий маданияти билан боғлиқ. Шу билан бирга дерматовенеролог ҳамда эпидемиолог каби мутахассисларнинг иш сифати, олиб борилаётган профилактик чора-тадбирлар касалланишни қайд қилишда катта аҳамиятга эга.

Биз республикамиз аҳолиси орасида қўтир билан касалланиш кейинги 6–7 йилда қай аҳволда эканлигини таҳлил қилишни ўз олдимизга мақсад қилиб қўйдик. Олиб борилган илмий-амалий ишлардан маълум бўлдики, 2010 йили республикамизда 5129 та қўтир касаллигига чалинганлар қайд қилинган. Юз минг аҳолига интенсив кўрсаткич 18,1 ни ташкил қилган. 2011 йилда 4237 та бемор аниқланган бўлиб, уларнинг 1804 тасини, яъни 42,6 сини 14 ёшгача бўлган болалар ташкил қилган. Касалланиш Бухоро, Андижон, Тошкент, Наманган ва Хоразм вилоятларида республиканинг ўртача кўрсаткичидан юқори бўлган.

Худди шундай маълумотлар 2016 йилга келиб, қуйидагича бўлган: жами қўтирга чалинган 4656 та бемор аниқланган бўлиб (инт 14,5), уларнинг 2279 тасини, яъни 42,2% ини 14 ёшгача бўлган болалар ташкил қилган. 2017 йилга келиб, касалланиш 4656 дан 5683 га ошган. Болалар орасида касалланиш 2391 га тенг бўлиб, улар жами касалланишнинг 42,1% ини ташкил қилган. Қўтир билан касалланиш Тошкент шаҳрида, Бухорғо, Жиззах, Қашқадарё, Наманган, Сурхондарё, Хоразм, Сирдарё ва Фарғона вилоятларида республиканинг ўртача кўрсаткичидан юқори бўлган.

Шундай қилиб, 2010 йилдан то 2017 йилгача бўлган қўтир касаллиги билан хасталанишнинг ретроспектив таҳлилидан маълум бўлдики, республикамизда эпидемиологик аҳвол унчалик яхши эмас. Айниқса, кўп ҳудудларда касалликни қайд қилмаслик, унга эътиборсизлик билан қараш давом этмоқда. Лаборатория хизматида камчиликлар анчагина.

ИППП И УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

SOME ASPECTS OF TREATMENT OF RECURRENT GENITAL HERPES WITH ORAL FAMCICLOVIR

IVANOV S.V.

O.O.Bogomolets National Medical University, Kyiv (Ukraine)

Objective. The efficacy of oral famciclovir (FCV) in the episodic and suppression treatment (TRT) of recurrent genital herpes (RGH) was assessed in 3 multicenter, placebo-controlled studies. In Studies 1 (clinic-initiated) and 2 (patient-initiated) patients (men and women) received either 125, 250 or 500 mg bid of oral FCV or placebo (P) for 5 d≤ 6h after prodrome onset for episodic trt of RGH. In Study 3, women received either 125 mg qd or bid, 250 mg qd or bid, or 500 mg qd of oral FCV or P for 4 mo for suppression of RGH.

Methods. Times-to-event data were analyzed for all 3 studies on the intent-to-treat population using the Cox proportional hazards model with the modified Bonferroni correction. Primary parameters were cessation of viral shedding, complete healing, and loss of symptoms for Studies 1 and 2 combined (metaanalysis), and time to first recurrence for Study 3.

Results. In Studies 1 and 2, 775 patients (379 men, 396 women) received trt. For all 3 groups (125, 250, 500 mg) statistically significant differences in times-to-event hazard ratios vs P were noted for all primary efficacy parameters (p=0,0001 for all groups): cessation of viral shedding; complete healing, and, loss of symptoms. Shorter median times (d) were noted for all FCV groups vs P as follows, respectively: cessation of viral shedding – 1.7, 1.5, 1.4, 3.4; complete healing – 3.9, 3.8, 4.0, 4.9; and, loss of symptoms – 3.3, 3.0, 3.0, 3.8. A total of 375 women were randomized in Study 3. Median times to first clinical recurrence (mo) were 2.7 for P, 3.8 for FCV 125 qd group, and > 4 for the other FCV groups. Time to first clinical recurrence was significantly longer for the 125 mg bid (p=0.031) and250 bid (p=0.0001) groups.

Conclusions. Oral 125, 250, and 500 mg FCV administered bid for 5 d is an effective and well-tolerated trt for episodic RGH, and oral FCV given bid for 4 mo is effective and well-tolerated in the suppression of RGH in women with frequent episodes.

2014 – 2017 ЙИЛЛАРДА «РЕСПУБЛИКА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА КОСМЕТОЛОГИЯ ИЛМИЙ – АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ» ДАВЛАТ МУАССАСАСИ КЛИНИКАСИДА СТАЦИОНАР ДАВОЛАНИШГА МУРОЖААТ ҚИЛГАН АЁЛЛАРНИНГ ГИНЕКОЛОГИК СТАТУСИ

А.М. АБИДОВ, З.Ш. ИСРАИЛОВА, Н.А. РАЗИКОВ, М.Ф. РАЙИМЖАНОВА

«Республика ихтисослашган дерматовенерология ва косметология илмий-амалай тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

2017–2021 йилда Ўзбекистон Республикаси ривожланишининг 5 та устувор йўналиши тамойили бўйича ижтимоий соҳани ривожлантириш доирасида барча ёшдаги аёлларни соғломлаштириш мақсадида режали тиббий кўриклар ўтказилмоқда. Асосий мақсад – тиббий ёрдам ва профилактикага муҳтож бўлган аёлларни аниқлаб, уларни соғломлаштириб, соғлом авлодни вояга етказиш. Айниқса, республикамизнинг чекка, бориш қийин бўлган туманларида тиббий кўриклар ўтказиш, фертил ёшдаги аёлларни соғломлаштириб, замонавий контрацепция воситалари билан таъминлаш, аҳоли репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш тизимини такомиллаштириш, янги инновацион технологияларни вилоятларнинг чекка жойларида андазавий ҚВПлар билан татбиқ этиш ишлари амалга оширилмоқда.

Марказимиз клиникасида республикамизнинг барча вилоятларидан, шу жумладан қўшни давлатлардан келган беморларда стационар, амбулатор, консультатив даволаш ишлари ўтказилади.

Асосий тери касалликлари билан даволанаётган барча аёлларда гинекологик кўрик ўтказилиб, керакли муолажа ва маслаҳат берилади. Даволаниш жараёнида ҳомиладор аёллар гинеколог назоратида бўлишади. Барча аёллар кўрикдан ўтказилганда кўрсатмаларга асосан U.C.V.дан суртма, натив препаратлар, pH ва КОН реакциялари (Амсел критериялари), бактериологик экма, ПАП суртма, кольпоскопия УЗИ, гормонал текширувлар, ПЦР, ИФА, гистологик текширувлар ўтказилади.

2014–2017 йилда барча мурожаат қилган аёллар қуйидаги жадвалда кўрсатилган

T/p		2014	2015	2016	2017	Умумий
	Умумий сони	2904	2803	2513	2700	10920
	Бирламчи кўрик	1354	1290	1226	1380	5250
	Қайта кўрик	1550	1513	1287	1320	5670
	Анализ олинган аёллар	1298 (44,7%)	1114 (39,7%)	974 (38,7%)	1077 (39,8%)	4463(40,8%)
	Санация	595	664	546	521	2326 (52,1%)

Жадвалдан кўриниб турибдики, умумий кўрикдан ўтган аёллар сони 10920 бўлиб, 4463 (40,8%) тасидан анализлар олинган. Шулардан гинекологик хасталикларга чалинганлари 2326 (52.1 %).

Шундан фертил ёшдаги аёллар 73% ни ташкил этади. Қуйидаги жадвалда аёллар ўртасида ЖЙОЮК турлари ва лейкоцитоз ҳолатлари келтирилган

T/p		2014	2015	2016	2017	Умумий
	Гонорея	1	4	3	2	10
	Трихомонада	13	9	6	7	35
	Кандидалар	136	169	162	150	617
	Гарднерелла	160	137	125	132	554
	Уреаплазма	35	74	85	93	287
	Лейкоцитоз	321	230	171	237	959

Аёлларнинг 52,1% (2326 нафардан)да санация ўтказилган. Фертил ёшдаги аёллар орасида кичик чаноқ яллиғланиши касалликлари билан бирга гормонал ўзгаришлари сабабли бепуштликдан даволанаётган аёллар ҳам бор.

Юқоридаги фикрларни инобатга олган ҳолда соматик ва барча ихтисослашган даво муассасаларида гинекологик кўрик ташкил қилиниши керак, чунки, бу уларнинг соғломлашиши учун катта аҳамиятга эга.

БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИНИ ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВ ЁРДАМИДА ОЛДИНИ ОЛИШ АҲАМИЯТИ»

К.М.Н. АБИДОВ А.М., МАДРАХИМОВА Н.Я., РАЗИКОВ А.А., РАИМЖОНОВА М.Ф.

«Республика ихтисослашган дерматовенерология ва косметология илмий-амалай тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Бутун жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, ҳар йили 371,000 нафар аёлда бачадон бўйни саратони аниқланади. Шу касаллик сабабли аёллар бевақт вафот этадилар.

Бачадон бўйни саратони касаллигининг сабаблари:

1. Одам папиллома вируси (ВПЧ).
2. Кўп ва тез-тез туғруқлар.
3. Жинсий йўллар орқали юқувчи инфекциялар.
4. Эрта никоҳдан ўтқувчилар.
5. Аборт асоратлари.

Касалликни ва ўлим ҳолатини камайтириш мақсадида Скрининг кўрик (яъни, Пап-Тест) ўтказилиши керак.

А) Визуал кўрик.

Б) Папаниколау бўйича суртма олиш.

В) Кольпоскопия.

Г) Биопсия.

Бизнинг амалиётимизда суртмаларнинг Грам-Романовский, метилен кўки усуллари билан бўялган айрим суртмаларда атипик ҳужайралар борлиги аниқланди. Лекин бу ҳужайраларга тўлиқ изоҳ қилиб бўлмади. Шуни назарда тутиб, қуйидаги текширув усулларини тақдим этамиз. Пап–Тест текширув усули – бу бачадон бўйни саратонини энг эрта аниқлаш усули. Бу усулда бачадон бўйнида атипик ҳужайраларнинг бор ё йўқлиги аниқланади.

Бизнинг таҳлил натижаларига кўра – скрининг кўрик 25 ёшдан 60 ёшгача бўлган аёлларда ўтказилади. 2017–2018 йилларда Марказ гинекологига 745 нафар аёл мурожат қилган. Таҳлил натижаларига кўра, 52 (6.8%) нафарида бачадон бўйнида атипик ҳужайралар борлиги аниқланди.

Шундай қилиб, аёлларни Пап–Тест усули билан текшириш, бачадон бўйни саратони касаллигининг олдини олишга, касалликни эрта аниқлашга ва шу касалликларни ихтисослаштирилган марказларда қўшимча таҳлиллар ўтказиб, ташхис қўйиб, барвақт даволашга ёрдам беради.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА NEISSERIA GONORRHOEAE ВА TRIHOMONAS VAGINALISHNI ЛАБОРАТОРИК АНИКЛАШНИНГ 2016–2017 ЙИЛЛАР ТАҲЛИЛИ

АБИДОВ А.М., МАХСУДОВ М.Р., РОЗИКОВ А.А.

«Республика ихтисослашган дерматовенерология ва косметология илмий-амалай тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Юқумли инфекцион касалликлар орасида жинсий йўл билан юқувчи касалликлар бутун дунёда тиббий-ижтимоий муаммолардан бири ҳисобланади. Ҳозирги кунда республика миқёсида терининг юқумли касалликлари ва жинсий йўл орқали юқувчи инфекцияларни аниқлаш билан шуғулланувчи лабораториялар сони 513 та бўлиб, бу лабораторияларнинг 55 таси дерматовенерологик муассасаларда жойлашган. Қолган 458 та лаборатория эса бошқа даволаш профилактика муассасалари қошида фаолият олиб боради.

Республика бўйича терининг юқумли касалликлари ва жинсий йўл орқали юқувчи инфекцияларни аниқлаш билан шуғулланувчи лабораторияларда жами 2016 йилда 3023035 ва 2017 йилда 2889029 та текширилган нафар, суртма таҳлиллари 2016 йилда 6734639, 2017 йилда 397161 та бажарилган.

Лаборатория таҳлил натижаларга кўра, 2016 йилда 4923 (0,16%) та гонококк инфекцияси, 19251 (0,64%) та трихомонада аниқланган бўлса, 2017 йилда 4759 (0,16%) та гонококк инфекцияси, 18229 (0,63%) та трихомонада топилган. Ушбу кўрсаткичларни баъзи бўйича кўрадиган бўлсак, Самарканд вилоятида 2016 йилда 130677 нафар суртма таҳлил ишлари бажарилиб, 540 (0,4%) та гонококк, 1980 (1,5%) та трихомонада топилган бўлса, 2017 йилда 121123 нафар сурма таҳлил ўтказилиши натижасида 440 (0,36%) та гонококк, 2000 (1,52%) та трихомонада аниқланган. Сурхондарё вилоятида 2016 йилда 96854 нафар суртма таҳлил ишлари бажарилиб, 371 (0,38%) та гонококк, 1166 (1,2%) та трихомонада топилган бўлса, 2017 йилда 85698 суртма таҳлил ўтказилиши натижасида 484 (0,56%) та гонококк, 1627 (1,89%) та трихомонада аниқланган. Қоракалпоғистон Республикасида эса 2016 йилда 3238 (1,32%) та 2017 йилда 3059 (1,6%) та трихомонада топилган. Хоразм вилоятида 2016 йилда 910 (1,1%) та, 2017 йилда 1199 (1,2%) та трихомонада топилган. Бу кўрсаткичлар республика кўрсаткичига кўра бирмунча юқори бўлган натижалардир. Аммо, Тошкент шаҳри, Сирдарё, Жиззах, Навоий вилоятлари, Қоракалпоғистон Республикасида аниқланган кўрсаткичлар республикага нисбатан пастрок эканлиги кўзга ташланди. Сирдарё вилоятида 2016 йилда 119032 нафар суртма анализ ишлари бажарилиб, 58 (0,05%) та гонококк, 471 (0,4%) та трихомонада топилган булса, 2017 йилда 146744 нафар суртма таҳлил ўтказилиши натижасида 63 (0,04%) та гонококк, 468 (032%) та трихомонада аниқланган. Қорақалпоғистон Республикасида эса 2016 йилда 245060 нафар, 2017 йилда 194071 нафар суртма таҳлил ишлари бажарилган ва гонококк инфекцияси қамрок аниқланган – 198 (0,08%), 164 (0,08%). Навоий вилоятида 2016 йилда 129850 нафар, 2017 йилда 154223 нафар суртма таҳлили ўтказилган ва 105 (0,08%), 87 (0,06%) та гонококк 2017 йилда трихоманада – 592 (0,38%), Жиззах вилоятида 2017 йилда 51490 нафар суртма таҳлили ўтказилганда 42 (0,08%) та гонококк, Тошкент шахрида 2016 йилда 340638 нафар, 2017 йилда 302785 нафар суртма тахлили ўтказилган ва 441 (0,13%), 361 (0,12%) та гонококк, трихоманада 1080 (0,3%), 751 (025%) та аниқланган.

Шундай қилиб, таҳлиллар шуни кўрсатдики, республикада 2016–2017 йилларда Neisseria gonorrhoeae ва Trihomonas vaginalishni аниқлаш деярли ўзгармаган. Бироқ, айрим вилоятларда ушбу инфекцияларнинг аниқланиши даражаси пасайганлигини кўрса бўлади. Юқорида кўрсатилган кўрсаткичларга қараганда, вилоятларда ҳар хил типдаги йирик тиббий муассасаларда жинсий йўл билан юқувчи касалликлар диагностикаси замон талаб даражасида эмас. Бундан ташқари, культурал диагностиканинг етарли даражада ишлатилмаслиги, грамм усулидаги бўёкларнинг йўқлиги, материал олишда ностандарт усуллардан фойдаланиш, суртмаларни марказлашмаган ҳолда текшириш ва малакали кадрларнинг етишмаслиги ушбу инфекцияларнинг аниқланиши даражаси пасайишига сабаб бўлмокда. Шундай килиб, юқоридаги муаммолардан кўриниб турибдики, жинсий йўл билан юқувчи касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва замонавий диагностика усулларини амалиётга татбиқ этиш ҳамда малакали кадларни тайёрлаш бугунги куннинг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади.

ИЗМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У МУЖЧИН С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

АБИДОВ А.М., ФАТТАХОВ Б.Ш.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МР РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Известно, что независимо от этиологии заболевания, внедрение в организм инфекционного возбудителя сопровождается возникновением различных общих и местных изменений. К общим изменениям в организме следует отнести биологические, аллергические, иммунологические процессы, которые для организма имеют огромное значение.

Помимо системных нарушений иммунологической реактивности в организме человека происходят и локальные изменения, которые являются результатом комплексных, многоступенчатых процессов.

Цель исследования. Изучение состояния местного иммунитета у больных урогенитальным хламидиозом.

Материал и методы. Проводили обследование 25 больных мужчин в возрасте от 19 до 42 лет. Среди больных у 21 диагностирован урогенитальный хламидиоз. Контрольную группу составили данные 10 практически здоровых лиц.

Состояние показателей местного иммунитета изучали путем определения количественного содержания IgM, IgG и sIgA в уретре методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА).

При исследовании концентрации сывороточных иммуноглобулинов выявлено, что у больных данной группы наблюдалось достоверное снижение уровня sIgA ($p<0,05$), повышение IgG ($p<0,05$), а содержание IgM оставалось на уровне контроля.

У больных обследуемой группы отмечалось снижение уровня sIgA в 1,1 раза, повышение концентрации IgG – в 1,5 раза, а содержание IgM не изменялось.

По данным научных литератур, у больных с урогенитальным хламидиозом наблюдается нарушение функционирований иммунной системы, выражающееся дисбалансом как клеточного, так и гуморального звеньев иммунной системы. Полученные данные в изученной группе на системном уровне отмечаются у больных с урогенитальным хламидиозом.

Выявленные нарушения в иммунной системе, естественно, могут оказывать определенное влияния на состояние местного иммунитета.

Результаты исследования состояния местного иммунитета показали, что у больных урогенитальным хламидиозом в соскобе из уретры содержание IgM было снижено в 1,4 и 1,5 раза, IgG – 1,2 и 1,1 раза и sIgA – 1,2 и 1,3 раза соответственно по сравнению с данными контрольной группы.

Наиболее выраженное снижение изученных показателей местного иммунитета было выявлено у больных ассоциированным урогенитальным хламидиозом и уреомикоплазмозом. Так, у больных данной группы уровень IgM был снижен в 1,7 раза, IgG – в 1,4 раза и sIgA – в 1,6 раза. Такое снижение показателей местного иммунитета может указывать на выраженное подавление способности иммунокомпетентных клеток слизистой уретры к местному синтезу иммуноглобулинов и снижение уровня степени компенсаторной иммунодиффузии их из периферического кровотока, которые могут быть связаны с развитием состояния вторичного иммунодефицита вследствие длительно персистирующей инфекции.

Выводы. Таким образом, вышеизложенное свидетельствует, что при урогенитальном хламидиозе выявляется нарушение состояния иммунной системы, как на системном, так и на локальном уровне. Полученные данные дают возможность достаточно информативно оценить степень изменений иммунной системы у больных урогенитальным уреамикоплазмозом и хламидиозом и выработать адекватную лечебную тактику при данной патологии с учетом выявленных нарушений.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

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

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии», г. Ташкент. Узбекистан

Введение. В настоящее время при обследовании населения с целью выявления сифилитической инфекции осуществляется поэтапное применение лабораторных методов исследований.

В медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, выполняется первичный скрининг с использованием так называемых отборочных тестов, таких как реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном (РМП, RPR и другие), реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), иммуноферментный анализ (ИФА) или иммунохроматографический анализ (ИХА).

Для быстрого получения результатов иммунологического исследования на сифилис разработаны экспресс-методики на основе технологии ИХА с использованием в качестве антигенов наиболее специфичных детерминант T.pallidum, что позволяет их относить к трепонемным тестам. Наборы реагентов для ИХА, обладающие рядом преимуществ для быстрого выявления больных сифилитической инфекцией, в течение ряда лет изучались в мультицентровых исследованиях по Международной программе «Инициатива диагностики заболеваний, передаваемых половым путем (Sexual Transmitted Deceases Diagnostic Initiative, SDI)», организованных под эгидой ВОЗ и при поддержке Всемирного банка (UNDP/ World Bank/ WHO, 2003). В республике Узбекистан ИХА-наборы зарегистрированы, разрешены к использованию в учреждениях здравоохранения.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность применения иммунохроматографических наборов для скрининга сифилитической инфекции.

Материал и методы. Использованы образцы сыворотки и плазмы крови больных сифилисом и здоровых лиц, аттестованные в иммуноферментном анализе («ИФА-Анти-Люис суммарные антитела» производства «ООО НПО-Диагностические системы», Россия), и наборы реагентов ИХА (ONE STEP ANTI-TP TEST CARD производства Китай).

Пробу биоматериала, полученного от пациента (цельную кровь, плазму или сыворотку крови), помещают на полоску (стрип) из нейтрального волокнистого материала, на который промышленным способом уже нанесены все необходимые для исследования реагенты. В результате последовательного взаимодействия определяемых компонентов биопробы с реагентами происходит формирование окрашенной полосы на стрипе в зоне регистрации результата, о правильности проведения теста свидетельствует внутренний контроль валидности; учет результатов – визуальный.

Результаты. При исследовании 879 образцов крови, полученных от больных различными формами сифилиса, и лиц, находившихся под клинико-серологическим наблюдением после проведенного им специфического лечения, и аттестованных в иммуноферментном анализе как содержавшие антитела (IgG, IgM, IgA) к антигенам T.pallidum, с наборами для иммунохроматографического анализа было получено 867 положительных результатов (клиническая чувствительность метода составила 98,7%). При исследовании 130 образцов сыворотки и плазмы крови здоровых доноров с отрицательными результатами исследования в иммуноферментном анализе в иммунохроматографическом тесте было получено 127 отрицательных результатов (клиническая специфичность метода исследования – 97,6%).

Выводы. Высокие показатели диагностической чувствительности (98,7%) и специфичности (97,6%) иммунохроматографических исследований с набором ONE STEP ANTI-TP TEST CARD позволили рекомендовать этот метод в качестве скринингового теста при обследовании беременных (приказ № 633 МЗ РУз от 23 октября 2017 г.), дополнительного диагностического теста для скрининга различных форм сифилитической инфекции, особенно в случаях необходимости исследования единичных образцов в лабораториях с ограниченными возможностями.

ОНКОМАРКЕР HE-4 В СКРИНИНГЕ ОНКОПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОК С ВЗОМТ

АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А., ХАЛИДОВА Х.Р., ПОРСОХОНОВА Д.Ф.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Онкомаркеры – это вещества, которые вырабатываются непосредственно опухолевой тканью либо организмом в ответ на злокачественную инвазию. HE4 относится к маркерам второй группы. Это вещество белковой природы в небольшом количестве присутствует даже в здоровом организме. HE4 (белок 4 эпидидимиса человека) – кислый гликопротеин с молекулярной массой 25 кДа. Низкий уровень экспрессии этого белка установлен в нормальном эпителии репродуктивных органов, дыхательных путей и поджелудочной железы. Повышенная продукция белка установлена в ткани пораженного раком яичника. Отмечают более высокую чувствительность и специфичность HE4 в сравнении с другим онкомаркером – CA 125. Особое значение для ранней диагностики рака яичников и дифференциальной диагности-

ки доброкачественных и злокачественных образований малого таза придается сочетанному определению онкомаркеров. Показано, что именно комбинация СА 125 и НЕ4 является более точным прогностическим фактором наличия злокачественного образования, чем любой из маркеров в отдельности.

Как и для других онкомаркеров, метод определения НЕ4 должен обладать высокой аналитической чувствительностью, специфичностью и, что особенно важно при наблюдении динамики, – воспроизводимостью. Этим условиям удовлетворяет метод определения маркера в сыворотке крови с помощью ИФА.

При интерпретации результатов анализа следует помнить об ограниченной специфичности теста: некоторые гистологические типы рака яичников (например, мукоидные или герминогенные опухоли) редко экспрессируют НЕ4. С другой стороны, повышенные значения НЕ4 могут наблюдаться у женщин, не страдающих злокачественными заболеваниями.

Материал и методы. Материалом исследования служила сыворотка пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) с возрастными колебаниями от 20 до 52 лет. Всего исследовано 32 образца сыворотки крови пациенток с использованием ИФА.

Результаты. Среди исследованных образцов увеличение НЕ4 – только в одном случае (1%), при этом результаты незначительно превышали референсные значения. СА 125 был выявлен в двух случаях, что составляет 6%. Одновременного повышения уровня двух онкомаркеров в одном образце не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, повышение концентрации белка НЕ4 является ценным диагностическим признаком, который позволяет отследить эпителиальный рак (карциному) половых желез даже на ранних стадиях, когда ни осмотр, ни анализы на другие онкомаркеры не покажут развития онкологического процесса.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАПИЛЛОМАТОЗНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

АШИРОВ З.Ф., РАВШАНОВА Д.Т., ЮСУПОВ И.А., РАХМАТОВ А.Б.

Самаркандский кожно-венерологический диспансер;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, МЗ РУз. Узбекистан

Вирусные болезни кожи и слизистых оболочек характеризуются хроническим рецидивирующим течением, пожизненным вирусоносительством, в большинстве случаев их возбудителем является вирус папилломы человека (ВПЧ).

Следует отметить, что специфических эффективных медикаментозных средств для подавления ВПЧ не существует и необходимо искать новые подходы в терапии этого заболевания. Наряду с деструктивными методами лечения для элиминации ВПЧ целесообразно проводить противовирусное лечение с иммунокоррекцией функциональных расстройств, на фоне которых развиваются клинические проявления папилломатозной вирусной инфекции.

Причиной возникновения и развития различных видов бородавок являются некоторые типы ВПЧ, которые относятся к кариотропным ДНК-вирусам и в месте его проникновения развивается эпителиальная гиперплазия с вовлечением в патологический процесс сосочкового слоя дермы (папилломатоз).

Под нашим наблюдением находились 22 больных с обыкновенными, 9 – плоскими, 16 – подошвенными бородавками и 10 больных с остроконечными кондиломами. Методика лечения заключалась в использовании с первого дня препарата «Циклоферон» (12,5%-й раствор в ампулах по 2 мл (250 мг), который вводился внутримышечно по 2 мл 1 раз в сутки через день (на курс 10 инъекций). «Циклоферон» является низкомолекулярным индуктором интерферона, обладающим противовирусным действием в отношении ДНК- и РНК-геномных вирусов. Для местной терапии при плоских бородавках и папилломах на коже применяли 5%-й «Циклоферон» (линимент), который наносили на очаги поражения 2–3 раза в сутки в течение 10–15 дней. Положительный терапевтический эффект был достигнут у 95% пациентов. С целью профилактики рецидивов заболевания в участки бывших очагов поражения необходимо втирать тонким слоем 5%-й линимент «Циклоферона» в течение 1 минуты один раз в сутки (1 месяц и более).

Таким образом, комплексная терапия папилломатозной вирусной инфекции с применением препарата «Циклоферон» парентерально и 5%-го линимента «Циклоферон» местно отличается высокой терапевтической эффективностью.

ЛАМИЗИЛ-КРЕМ В ЛЕЧЕНИИ БАЛАНОПОСТИТОВ

АШИРОВ З.Ф., ЮСУПОВ И.Я., ХОЛИЕРОВ А.П., РАХМАТОВ А.Б.

***Самаркандский и Кашкадарьинский ОКВД,
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз.
Узбекистан***

Воспаление кожи головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти, сопровождающиеся гиперемией, отечностью и инфильтрацией, встречаются в последнее время довольно часто. Это обусловлено как повышением агрессивности условно-патогенной микрофлоры кожи, так и рядом факторов, снижающих иммунный статус организма вследствие экзогенных или эндогенных причин.

Клиническая картина поверхностного кандидоза наружных половых органов у мужчин довольно вариабельна. Кандидозный баланопостит может протекать в эрозивной, мембранозной и эритемо-пустулезной формах. На коже полового члена одновременно с баланопоститом могут появляться эритемо-сквамозные высыпания, сочетающиеся с поражением бедренно-мошоночных, паховых и межягодичных складок. На пораженных участках роговой слой мацерирован, влажный, покрыт белесовато-серым налетом, после удаления которого появляется эрозированная красная поверхность. Поражение обычно сопровождается умеренным зудом и легким жжением.

Одним из эффективных противогрибковых средств, применяемых для лечения кандидозных поражений, является аллиламиновое соединение тербинафин гидрохлорид (ламизил). Местом приложения ламизила являются цитоплазматические мембраны грибковых клеток. Подавляя скваленовую эпоксидазу, ламизил, с одной стороны, тормозит формирование основного компонента клеточной стенки грибов – эргостерола, с другой, препятствуя дальнейшему превращению скваленов, способствует их накоплению. Действие ламизила на грибковые клетки двоякое – фунгистатическое и фунгицидное.

В последнее время хорошо себя зарекомендовал в лечении кандидозных заболеваний кожи 1%-й крем «Ламизил», который наносится на кожу 1–2 раза в сутки. Помимо противогрибковых свойств 1%-й крем «Ламизил» обладает антибактериальным действием, которое сопоставимо 0,1%-му гентамициновому крему (кандидозный и микробный компонент). Используется 1%-й «Ламизил» 2 раза в сутки в течение первой недели, а в последующем один раз в сутки. Уже на 3–5 день лечения исчезают субъективные ощущения, уменьшается эритема и отечность кожи головки полового члена. Полное разрешение катарального баланопостита происходит через 5–7 дней, эрозивного – за 8–12 дней.

Таким образом, лечение баланопоститов 1%-м «Ламизил»-кремом высокоэффективно, удобно в применении и хорошо переносится больными.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

ЖУНУСОВА А.К., ЖУНУСОВА Ж.Д., АХМЕТОВА А.К., КУСАИНОВА А.А., КАСЫМ Л.Т., ИБРАЕВА Т.Б.

Государственный медицинский университет, г. Семей. Казахстан

Актуальность. Кожные заболевания – частое явление у ВИЧ-инфицированных пациентов, они регистрируются у 90% больных в разные сроки болезни. В среднем у одного больного может быть, по меньшей мере, два или более кожных поражений одновременно.

Описание клинического случая. Пациентка Г., 02.05.2017 г., 35 лет, парикмахер, впервые обратилась в Кожно-венерологический диспансер г. Семей. При обследовании выставлен диагноз: Контагиозный моллюск наружных половых органов. Назначено лечение. 04.01.2018 г. зарегистрироано повторное обращение больной с выраженными проявлениями опоясывающего лишая. Лечащим врачом назначено: ИФА на Анти HIV (ВИЧ), противовирусная терапия. При повторном обращении, ИФА на Анти HIV (ВИЧ) – отрицательный, симптомы заболевания на фоне проводимой терапии сохраняются. 12.06.2018 г. пациентка вновь обращается за медицинской помощью с жалобами на выраженную слабость, потерю массы тела около 15 кг, высыпания в области наружных половых органов. Общий анализ крови: СОЭ 64 мм/час. Взят анализ на ВИЧ-инфекцию в СПИД-центре, результат положительный. Пациентка направлена в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом г. Семей. Поставлен клинический диагноз: ВИЧ-инфекция в стадии IIIB (СПИД), потеря массы тела более 10%, рецидивирующий контагиозный моллюск, опоясывающий лишай в стадии неполной ремиссии.

Заключение. Интерес представленного клинического случая связан с диагностической важностью дерматологических проявлений СПИДа, как ранних симптомов заболевания, а так же необходимостью неоднократного исследования крови на ВИЧ-инфекцию (во избежание «периода окна»).

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗНЫХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ

ИВАНОВ С.В., СОЛОГУБ Л.В.

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

Актуальность проблемы. Кандидозный вульвовагинит – заболевание слизистой оболочки влагалища, обусловленное грибковой инфекцией. В последние десятилетия его частота возросла и составляет, по различным данным, от 26 до 43% среди всей инфекционной патологии нижнего отдела половой системы. Учитывая вышеприведенное, лечение урогенитального кандидоза продолжает оставаться актуальной и сложной проблемой для врачей-гинекологов и дерматовенерологов. В настоящее время в лечении кандидозного вульвовагинита наиболее часто рекомендованы препараты имидазолового ряда местного применения. Наше внимание привлек фентиконазола нитрат или α (2,4 – дихлорофенил – β, N, имидазолилетил) – 4 эфир витрата фенил тиобензола, который является антимикотическим веществом группы имидазолов нового поколения. Это наиболее современное и активное соединение из серии α – арил – β, N – эфиров алкинбензола имидазола.

Цель работы. Провести сравнительную оценку клинической и этиотропной эффективности антимикотического препарата имидазолового ряда нового поколения, в частности фентиконазола нитрата в лечении кандидозного вульвовагинита у женщин.

Материал и методы исследования. Комплексно обследованы и пролечены 76 женщин, которые страдали кандидозным вульвитом и вестибулитом, или кандидозным вагинитом. Проведена сравнительная оценка клинической и этиотропной эффективности одного из антимикотических препаратов нового поколения группы имидазолов в лечении кандидозного вульвовагинита.

Результаты и обсуждение. Всем 76 пациенткам было проведено комплексное клиническое, лабораторное (бактериоскопическое, бактериологическое) и специальное гинекологическое обследование. Больные женщины были разделены на две равноценные группы. Первая группа в составе 38 женщин получала лечение фентиконазола нитратом (препарат «Ломексин»). При остром течении кандидозного вульвита и кандидозного вагинита препарат «Ломексин» применялся одноразово – перед сном одна мягкая вагинальная капсула, которая содержит 600 мг активного вещества. При хроническом течении кандидозного вульвовагинита назначали ежедневное введение перед сном одной вагинальной капсулы «Ломексина» по 200 мг/день на протяжении трех дней подряд. Вторая группа больных женщин получала традиционное местное лечение препаратом «Миконазол» – одна вагинальная таблетка по 400 мг/день на протяжении семи дней. Учитывая довольно частое поражение кандидозом перианальных участков и области пахово-бедренных складок, всем пациенткам рекомендовалось применение с лечебной и профилактической целью крема «Ломексин» или «Миконазол» – соответственно, наружно один-два раза в день на протяжении 10–14 дней. Как установлено в результате исследований, на второй визит (8 день наблюдения) клиническая эффективность составляла 82,5% (31/38) для группы фентиконазола и 72,5% (28/38) для группы миконазола. Также на третий визит (28 день) общая удовлетворительная клиническая эффективность оказалась равной 100% (38/38) для группы фентиконазола и 94,7% (36/38) для группы сравнения. При оценке микробиологической эффективности (эрадикация возбудителя) на второй визит показатель излеченности составил 92,5% (35/38) пациенток из группы фентиконазола и 85% (32/38) пациенток из группы миконазола. На третий визит этиологично излеченные составили 97,5% (37/38) пациенток в группе пролеченных фентиконазолом и 89,5% (34/38) при использовании миконазола.

Выводы. Проведенными исследованиями установлено, что фентиконазола нитрат (препарат «Ломексин», вагинальные капсулы и крем) обладает высокой противокандидозной активностью при местном лечении вульвовагинального кандидоза. Наиболее рационально комбинированное применение вагинальных свечей и крема «Ломексин».

ДЕРИВАТЫ НИТРОИМИДАЗОЛА В НАРУЖНОМ ЛЕЧЕНИИ БАЛАНОПОСТИТОВ, ВУЛЬВОВАГИНИТОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

ИВАНОВ С.В., ШУПЕНЬКО Е.Н.

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

Актуальность. Воспалительные заболевания половых органов, в частности баланопостит и вульвовагинит, являются одной из наиболее частых причин обращения пациентов в дерматовенерологические учреждения. Характерной особенностью течения баланопоститов у мужчин и вульвовагинитов у женщин – это разнообразие этиотропных факторов, а также широкий спектр симптомов и клинических вариантов, что определяет необходимость выбора рационального подхода к терапии. В последние десятилетия в комплексном лечении баланопоститов и вульвовагинитов применяют препараты нитроимидазолового ряда. Они характеризуются избирательным бактерицидным и антипротозойным эффектами. Метронидазол − {1-(3-оксиэтилен)-2-метил-5-нитроимидазол} – синтетический противоинфекционный препарат, дериват группы нитроимидазола. Основой механизма его действия является биохимическое восстановление 5-нитрогруппы (трансформация в гидроксиламин) препарата внутриклеточными транспортными протеинами анаэробных микроорганизмов и простейших. Активные восстановленные формы метронидазола взаимодействуют с ДНК клеток паразитов, ингибируют тканевое дыхание, нарушают репликацию ДНК и синтез белка в микробных клетках, что приводит к их гибели. В соответствующем аспекте заслуживает внимания препарат «Розамет» (крем), содержащий дериваты нитроимидазола.

Цель работы. Исследовать клиническую эффективность препарата «Розамет» (крем) в лечении воспалительных заболеваний половых органов (баланопостит, вульвовагинит).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 46 больных баланопоститом мужчин и 42 больных вульвовагинитом женщин. Возраст пациентов колебался от 21 до 48 лет, а продолжительность заболевания – от 2 недель до 12 месяцев. У 20 (43,5%) мужчин выявлено полимикробная ассоциация (включительно с Gardnerella vag.); у 15 (32,6%) – Trichomonas vag.; у 11 (23,9%) – неспецифический баланопостит. 40 мужчинам назначали комплексную терапию, а 6 пациентам с первым клиническим эпизодом баланопостита неспецифической этиологии – «Розамет» (крем) в качестве монотерапии. Динамика негативации патологического процесса характеризовалась исчезновением налета и специфического запаха (на 3–4-й день терапии), уменьшением количества выделений, гиперемии и отечности (на 4–6-й день), эпителизацией эрозивных дефектов (на 8–10-й день). После завершения назначенной терапии баланопоститов полное клиническое излечение зарегистрировано у 30 (65,2%) пациентов, значительное улучшение – у 8 (17,4%), улучшение – у 6 (13,0%), без эффекта – у 2 (4,4%).

У 16 (38,1%) обследованных женщин, страдающих вульвовагинитом, диагностировано Gardnerella vag., у 14 (33,3%) – Trichomonas vag., у 12 (28,6%) – сочетание этих двух возбудителей. Регресс клинических симптомов характеризовался уменьшением количества выделений, исчезновением запаха (2–4-й день), разрешением эритемы, эпителизацией эрозивных дефектов (на протяжении 7–14 дней). Клиническое излечение зарегистрировано у 39 (92,9%) пациенток, у 2 (4,8%) – улучшение. В одном случае после лечения развился урогенитальный кандидоз, что было расценено как отсутствие эффекта.

Выводы. Установлена достаточно высокая эффективность 1%-го крема «Розамет» с содержанием метронидазола в комплексном лечении разных клинических форм неспецифических баланопоститов и вульвовагинитов.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

МИРСАИДОВА М.А., РАДЖАБОВА Ю.Н.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Болезнь Бехчета – редко встречающееся хроническое мультисистемное заболевание с характерной триадой клинических проявлений: рецидивирующий афтозный стоматит, язвенное поражение гениталий и области промежности и увеит. Вопрос об этиологии заболевания еще до конца не разрешен. Наиболее убедительной является вирусная теория. Впервые Бехчет сказал о роли

простого герпеса в развитии заболевания. В 1952 и 1956 годах в литературе появились работы Sezar, в которых автор сообщил о выделении вируса из стекловидного тела, субретинального экссудата, крови и мочи больных болезнью Бехчета. В дальнейшем Kozousek, Jandasek (1956), Mortada, Imam (1964) указали, что им удалось выделить вирус из эпителиальных клеток конъюнктивы, гнойного содержимого передней камеры, язв слизистой полости рта и половых органов. В 1958 году М.А. Морозов, В.И. Боришполец обнаружили вирусные элементарные тельца из соскоба конъюнктивы с помощью электронной микроскопии, что также позволило отнести ББ к вирусным заболеваниям.

Цель исследования. Исследование вируса простого герпеса из эрозий и язв путем ПЦР-диагностики.

Материал и методы. Из обследованых 6 пациентов с болезнью Бехчета женщин было 4, мужчин – 2, в возрасте от 15 до 55 лет. Диагноз ББ подтверждался гистологическим путем. У 6 больных с ББ из больших (симптомов) критериев у всех были язвы в полости рта, у 3 больных язвы на гениталиях, у одной больной была атипичная локализация на своде шейки матки. У одного мужчины и одной женщины наблюдалась слепота как осложнение ББ. Из малых критериев у двух тромбоз вен нижних конечностей, так же отмечались кожные проявления, характеризующиеся клиникой многоформной экссудативной эритемой.

Результаты и обсуждение. В процессе обследования из 6 больных с ББ HSV при ПЦР-исследовании было выявлено, что у 4 пациентов были обнаружены ВПГ, у 1 язвы и эрозивные поражения гениталий. Рецидивы у данных пациентов наблюдались в год два раза. Выявление вируса и частое рецидивирование болезни указывает на важность обследования данного вируса из отделяемого язв, эрозий и в дальнейшем выбора тактики этиотропного лечения.

Выводы. Возможно вирус простого герпеса может быть не только этиологическим фактором, но и способствовать частому рецидиву заболевания в случае персистенции его в организме.

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ (ПАП-ТЕСТ) У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ В АССОЦИАЦИИ С ИППП

МИРСАИДОВА М.А., РОССТАЛЬНАЯ М.Л., МАДРАХИМОВА Н.Я., РАДЖАБОВА Ю.Н.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Цитология – определение количественного и качественного клеточного состава мазка-отпечатка, соскоба или аспирата, полученного из определенного органа. Результат цитологического исследования мазков-отпечатков может быть представлен цитологом в виде описания клеточного состава. Наиболее правильным и общепринятым является цитологическое описание шейки матки по Папаниколау.

Мазок по Папаниколау – это простой эффективный тест на выявление отклонений со стороны клеток шейки матки. Разработанный в 1943 г., изначально этот тест был предназначен для выявления только раковых клеток. В настоящее время с помощью данного теста могут быть выявлены отклонения в клетках на предраковой стадии.

В настоящее время для ПАП-теста используется классификация по Бетесда (2001 г.), в котором вместо CIN было предложено новое понятие SIL – плоскоклеточное интраэпителиальное повреждение (squamous intraepithelial lesion). LSIL- CIN I, HPV. HSIL-CIN II, CIN III, Cr in situ. Введен новый термин ASC-US – атипичные плоские клетки неопределенного значения (atypical squamous cells undetermined significance). ASC-H – атипичные плоские клетки высокой степени повреждения.

Мазок для ПАП-теста необходимо брать из зоны трансформации, где наиболее часто развивается рак шейки матки. Качество ПАП-мазка зависит: от качества забора материала, от используемых инструментов, от качества фиксации, от гормонального фона, от времени взятия и фиксации мазка.

Цель исследования. Изучение ПАП-мазка у женщин с заболеваниями шейки матки при различных урогенитальных инфекциях.

Материал и методы исследования. За период 2016–2018 гг. проведена скрининговая диагностика 997 пациенткам старше 35 лет. Амбулаторные больные – 97, остальные 900 из всех отделений РСНПМЦДВиК.

Материал для цитологической диагностики получали в основном путем легкого соскоба и раздельно наносили на предметное стекло тонким ровным слоем. Для забора материала использовали специальные щеточки, шпатели (шпатели Эйра, цитобраш). Материал брали с

трех участков: с поверхности влагалищной части шейки, с участка на границе плоского многослойного эпителия со слизистой оболочкой цервикального канала и из нижней трети эндоцервикса.

Результаты исследования. Среди обследуемых 977 пациенток у 420 женщин отмечалась удовлетворительная цитологическая картина. У 296 пациенток картина выраженного воспаления. У 41 больной картина ASC-US атипичные плоские клетки неопределенного значения в основном встречались при сопутствующих урогенитальных (ВПЧ, уреаплазмоз, хламидиоз) инфекциях. Реактивные изменения, выражающиеся воспалением, атрофиеей или гипер- и паракератозом, наблюдались у 240 пациенток, у которых были диагностированы бактериальные вагиноз и кандидоз. При клинической и субклинической инфекции (ВПЧ) наблюдались резко или слабо выраженные изменения эпителиальных клеток. В мазках с поверхности эпителия обнаруживались измененные (инфицированные вирусом папиломы) клетки, т.н. койлоциты – клетки по своим размерам меньше нормальных, которые имели перинуклеарный светлый ободок (клетки выглядели как бы «пустыми», отсюда и происходит их название: «koilos»-пустой).

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют, что скрининговое диагностирование на ПАП-тест дает возможность выявить начальные этапы перерождения и трансформации эпителия шейки матки при наличии некоторых урогенитальных инфекций. Раннее выявление и устранение ИППП и скрининговое обследование на ПАП-тест женщин старше 35 лет дает действенную профилактику рака шейки матки.

КОЛЬПОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ШЕЙКИ МАТКИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ИППП

МИРСАИДОВА М.А., ПОРСОХОНОВА Д.Ф., РАДЖАБОВА Ю.Н.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Патология шейки матки является актуальной проблемой на сегодняшний день. Большое внимание привлекают к себе женщины пери - и постменопаузального возраста с фоновыми и предраковыми заболеваниями, так как они находятся в группе повышенного риска развития рака шейки матки. В настоящее время одним из информативных клинико-эндоскопических методов изучения патологических процессов в шейке матки является кольпоскопия, позволяющая оценить распространенность поражений и выявить их локализацию на границе плоского и цилиндрического эпителия, что при обычном осмотре сделать невозможно. При оценке кольпоскопических картин используется международная терминология кольпоскопических терминов.

Цель исследования. Изучение кольпоскопических особенностей эпителия шейки матки при различных урогенитальных инфекциях.

Материал и методы исследования. За период 2016–2018 гг. проведена скриннинговая диагностика 271 пациентке старше 35 лет всех отделений РСНПМЦДВиК. Обращаемость амбулаторных пациентов 99 женщин. Всего осмотрены 370 женщин репродуктивного возраста. Из 170 обследованных на УГИ больных у 35 было обнаружено ur.urealyticum, у 15 – chl. trachomatis, у 7 – ВПЧ 16/18типа, у остальных больных диагностированы бактериальный вагиноз и кандидоз.

Кольпоскопию производили расширенную, поэтапно: вначале шейку матки очищали от отделяемого ватным тампоном, затем смазывали поверхность раствором уксуса в разведении, после чего обрабатывали шейку матки раствором Люголя (проба Шиллера) для определения состояния эпителия шейки матки и локализации патологического очага.

Результаты исследования. Жалобами 65% пациенток были выделения из половых путей различного характера, боли внизу живота, зуд, жжение, 45% больных никаких жалоб не предъявляли. При осмотре невооруженным глазом у всех больных визуально наблюдались явления эндоцервицита, эктопии шейки матки.

Кольпоскопически у 60% исследуемых больных была обнаружена картина эктопии шейки, которая представлялась участком слизистой оболочки, лишенным эпителиального покрова, с четкими выступающими краями; дно неровное, бугристое, ярко-красного цвета, местами с рыхлыми некротическими наложениями. При расширенной кольпоскопии после обработки слизистой оболочки шейки матки 3%-м раствором уксусной кислоты наблюдалась картина незавершенной метаплазии многослойного плоского эпителия. При нанесении раствора Люголя на участок шейки матки, лишенного эпителия, наблюдались явления йоднегативной зоны (патологические очаги измененного кератинизированного эпителия).

У женщин в сочетании с хламидийной инфекцией, при расширенной кольпоскопии, нормаль-

ная зона трансформации отмечена у 50%, йоднегативная зона – у 70% женщин, ацетобелый эпителий – у 50% женщин, явления пунктации, мозаики и атипичные сосуды наблюдались у 10% женщин. У женщин с уреаплазменной инфекцией наблюдалась анологичная картина.

Полип эндоцервикса наблюдался у 8 больных старше 40 лет, представлял собой разрастание слизистой оболочки канала шейки матки с вовлечением в процесс подлежащей соединительной ткани. В основном встречались крупные единичные полипы. Их величина и форма была разнообразной, поверхность гладкая, консистенция мягкая, цвет от розового до темно-бордового, полип был окружен атипичными сосудами. Основание полипа (ножка) было широкое, располагался в средней или верхней трети цервикального канала.

У 20% обследуемых больных кольпоскопически была диагностирована лейкоплакия шейки матки, которая имела вид белого пятна или тонкой плотной бляшки, прочно связанной с подлежащей тканью и не исчезающей после высушивания слизистой оболочки шейки матки тампоном.

Кольпоскопически у 10% обследуемых больных была диагностирована дисплазия шейки матки, которая характеризовалась на фоне белесых или гиперемированных участков определением участков лейкоплакии. Грубая пунктация наблюдалась у 60% и мозаика – у 55% женщин. Наиболее подозрительны в отношении малигнизации железы, имеющие широкую кайму с матовым оттенком вокруг устья протока. Атипические штопорообразные сосуды, не сокращающиеся под действием уксусной кислоты, наблюдались у 60% больных. При дисплазии в сочетании с хламидиозом и уреаплазмозом при кольпоскопической картине явления йоднегативной зоны наблюдались у 80% и ацетобелого эпителия – у 60% женщин, явления грубой мозаики – у 70% и пунктации – у 70% женщин, атипичные сосуды – у 80% женщин. Из женщин с ВПЧ у 90% отмечалась йоднегативная зона и стойкий ацетобелый эпителий – 70%, грубая пунктация и мозаика, атипичная древовидная сеть сосудов у всех пациентов с дисплазией шейки матки.

Выводы. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что при расширенной кольпоскопии при заболеваниях шейки матки в сочетании с ИППП наблюдаются выраженные изменения картины, проявляющиеся повышением частоты обнаружения атипичных кольпоскопических показателей – мозаики, пунктации и атипичных сосудов, особенно ярко выраженные у женщин с заболеваниями шейки матки, которые ассоциировались с ИППП. Данное исследование доказывает, что некоторые урогенитальные инфекции имеют определенную роль при прогрессировании и озлакачествлении процессов в слизистой шейки матки, что требует своевременного выявления и устранения данных ИППП.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

НУРМАТОВ У.Б., УМАРОВ Б.А., КАМАЛОВ А. Р.

Ферганский областной кожно-венерологический диспансер. Узбекистан

Сифилис – хроническое инфекционное заболевание, передаваемое преимущественно половым путем. Характеризуется периодичностью течения и разнообразными клиническими проявлениями. Возбудителем заболевания является бледная трепонема которая относится к роду Treponema. 1905 год – дата открытия возбудителя сифилиса – бледной трепонемы, который является началом этиологического изучения сифилиса. Причины заболевания – заражение организма бледной трепонемой до появления первого клинического симптома твердого шанкра, который в дальнейшем сопровождается регионарным лимфонгитом и лимфоденитом, в последующем переходящий в спецефический полиаденит, сохраняющийся без особых изменений в течение полугода.

Цель исследования. Изучение этиологических аспектов и характера клинического течения сифилиса с учетом возраста больных.

Материал и методы. Больные с сифилисом, получившие стационарное лечение в Обл.КВД за период 2013–2018 гг.

Результаты. При анализе историй болезней за 2013–2018 гг. выявлено 175 больных, из которых мужчин – 111 (63,4%), женщин – 64 (36,5%). Первичный сифилис встречался у 104 (59,4%) больных, вторичный сифилис – у 356 (203,4%), сифилис скрытый ранний и сифилис вторичный рецедивный – у 460 больных (2,6%). Заболевание сифилисом по возрасту до 14 лет – 0; 15 – 20 лет – 2 больных (2 мужчин); 21–30 лет – 42 больных (24 мужчины и 18 женщин); 31–40 лет – 60 больных (39 мужчин и 21женщина); 41–

50 лет – 91 больной (24 мужчины и 18 женщин); 51–60 лет – 25 больных (20 мужчин и 5 женщин); 61 и более лет – 4 больных (2 мужчин и 2 женщины). В основном превалировали больные 30 до 40-летнего возраста. К атипичным формам: с индуративным отеком 2 (1,1%) больных, шанкр-амигдалит – 3 (1,7%); сифилитическая розеола – у 47 (26,8%) больных; регионарный лимфаденит – 87 (49,7%) больных. Папулезные сифилиды – 109 больных: из них лентикулярный сифилид – 17 (15,5%); миллиарный сифилид – 7 (6,4%); нуммулярная – 12 (11,0%); кольцевидная – 14 (12,8%); себорейная – 7 (6,4%); эрозивный – 39 (35,7%); широкие кондиломы – 13 (11,9%).

Выводы. Полученные данные имеют важное научно-практическое значение и требуют дальнейшего изучения для разработки своевременных методов терапии и профилактики.

УЧАСТИЕ НЕКОТОРЫХ ИППП В РАЗВИТИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ И ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ

ПОРСОХОНОВА Д.Ф., РАДЖАБОВА Ю.Н., РОССТАЛЬНАЯ М.Л., ХАЛИДОВА Х.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. К эрозивно-язвенным и диспластическим заболеваниям наружных гениталий (ЭЯДЗ) относится ряд заболеваний, сопровождающихся высыпаниями на половых органах – сифилис, болезнь Бехчета, генитальный герпес, острая язва Липшуца – Чапина, лимфогранулематоз венерический, плоскоклеточная гиперплазия, склеротический лишай (син. Склероатрофический лихен) и некоторые другие дерматозы, они же являются фоновыми заболеваниями наружных гениталий. Этиология эрозивно-язвенных высыпаний на коже и слизистых оболочках половых органов разнообразна. Чаще всего возникновение этих очагов поражения связано с различными ИППП.

Цель нашего исследования. Изучение роли различных ИППП у пациенток с ЭЯДЗ и оценка результатов антимикробного лечения.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 15 пациентов с ЭЯДЗ в возрасте от 20 до 60 лет, среди которых эрозивно-язвенных заболевания гениталий (болезнь Бехчета, многоформная экссудативная эритема с локализацией в области гениталий, эрозивно-язвенный васкулит) встречались у 7 больных и дистрофические изменения гениталий – у 8 больных. Из 15 больных женщин было 13 (5 – пациентки с эрозивно-язвенными поражениями, 8 – пациентки с дистрофическими заболеваниями гениталий), мужчин было 2. Помимо рутинных методов комплексное обследование включало микроскопическое, микробиологическое исследование с использованием специальных питательных сред, а также ПЦР-исследование отделяемого урогенитального тракта. В ходе лечения применялись антибактериальные препараты (с учетом чувствительности к антибиотикам), системная энзимотерапия, ВЛОК-терапия.

Результаты и обсуждение. Результаты бактериологического и ПЦР-исследования на возбудителей ИППП показали их присутствие в том или ином сочетании у всех пациентов без исключения. В процессе обследования из 15 больных у 3 выявлено G Vaginalis, у 7 – Ur. urealyticum, у 5 – грибы рода Candida, у 6 – ВПЧ16/18 типа, у 3 – ВПГ I, у 5 – ВПГ II типа, St. Epidermidis – у 1, St. Aureus – у одного больного.

Выводы. Таким образом, использование специальных питательных сред и ПЦР-диагностики для выявления бактериальных и вирусных возбудителей и полученная в результате этого значительная выявляемость инфекций, передающихся половым путем (ИППП), у пациентов с ЭЯДЗ требует уделять особое внимание как диагностике ИППП, так и подбору антимикробной и противовирусной терапии. Полученные в ходе лечения результаты: уменьшение интенсивности зуда, болей, исчезновение воспалительных явлений, выделений из половых путей, улучшение психоэмоционального состояния больных, частичное восстановление кожного процесса в виде уменьшения эрозий, язв, бляшек, лихенификации, восстановления структуры кожи гениталий указывает на прямую либо опосредованную роль некоторых ИППП в генезе ЭЯДЗ. В связи с чем до начала лечения пациенты с ЭЯДЗ должны быть обследованы на вышеуказанные ИППП.

Использование антибактериальных препаратов с учетом чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам, противовирусных средств, системных энзимов и ВЛОК в составе комплексного лечения позволило значительно сократить время лечения и в короткие сроки купировать болевые ощущения.

АНАЛИЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОК С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ

ПОРСОХОНОВА Д.Ф., РАХМАТУЛЛАЕВА С.Н.

Актуальность. Дистрофические заболевания вульвы (ДЗВ) являются довольно часто встречающейся патологией среди женщин перименопаузального возраста. Это группа заболеваний, включающая в себя доброкачественные дистрофические и диспластические изменения кожи и слизистой гениталий, сопровождающиеся мучительным зудом. В связи с многообразием причин, приводящих к ДЗВ, сложно выделить ведущий этиопатогенетический фактор и, соответственно, подобрать терапию. Поэтому тщательный анализ и учет возможных причин и состояний является важной составляющей для эффективного лечения различных форм ДЗВ.

Цель нашего исследования. Изучение спектра сопутствующих заболеваний и состояний, встречавшихся у пациенток с ДЗВ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 65 женщин в возрасте от 18 до 62 лет с различными формами ДЗВ: склероатрофический лихен, гиперпластическая дистрофия, ограниченный нейродермит вульвы. Среди пациенток проведен анкетный опрос, касающийся различных сторон жизни и быта пациенток, включая санитарно-гигиенические и медицинские аспекты, способные повлиять на возникновение и формирование ДЗВ. Помимо этого нами также проводились исследования иммунного статуса, морфологической картины, микробиологический анализ отделяемого урогенитального тракта.

Результаты и обсуждение. 65% наблюдаемых пациенток находились в возрастном диапазоне от 45 до 55 лет: 30% – от 18 до 44 лет; 5% – старше 55 лет. Сопутствующие эндокринные заболевания – 27 (41,5%), среди них были такие заболевания, как сахарный диабет – у 3 (4,6%), тиреотоксикоз – у 5(11,1%), гипотиреоз – у 8 (16,6%), ожирение – у 10 (22,2%) и диффузный зоб был у 3(4,6%) женщин, причем у 8 (16,6%) имела место сочетанная эндокринная патология. У 55(84%) женщин обнаружены такие сопутствующие заболевания, как сердечно-сосудистые – 18 (33,3%), болезни суставов – 5 (9,52%), нервной системы – 26 (47,6%), гинекологические заболевания (аднексит, эрозия шейки матки, аденомиоз, миома матки) – 12 (18,5%). Менархе в 16 лет отмечалась у 23 (36%) женщин, у 13 (20%) – в 14–15 лет, у 21 (32%) – в 12–13 лет и у 3 (4%) – в 10 лет. У 39 (60%) женщин отмечалось свыше 5 беременностей, у 5 (8%) – 4 беременности, у 13 (20%) – 3 и у 3 (4%) – 2. Менопауза наступила после 50 лет у 47 (72%) женщин, у 5 (8%) – после 45 лет, и у 13 (20%) женщин менопауза еще не наступила. Признаки климактерического синдрома отмечались у 42 (64,6%) пациенток: такие как, приливы – у 10 (23,8%) женщин, усталость – у 13 (31%), раздражительность – у 29 (69%), сухость в области гениталий – у 13 (31%) женщин. Оперативные вмешательства имели место у 13(20%) из 65 женщин (резекция вульвы, кесарево сечение, перекрут кисты яичника), у остальных 52(80%) подобных вмешательств не отмечалось. Среди 52(80%) женщин, перенесших ранее какое-либо воспалительное заболевание органов малого таза (ВЗОМТ), возбудитель заболевания устанавливался в 49 (75%) случаях, причем чаще других инфекций выявлялись хроническая ЦМВ и ВПГ-инфекция, дрожжеподобные грибы, гарднерелез, стрептококки. 47 (72%) женщин ранее перенесли такие заболевания, как эндоцервицит, уретрит, кольпит, бактериальный вагиноз и эрозия шейки матки.

Заключение. Таким образом, нами установлена достаточно высокая частота сопутствующей эндокринной патологии, затрагивающей щитовидную железу, гинекологические заболевания, ВЗОМТ, что, безусловно, может играть важную роль в развитии и прогрессировании ДЗВ. В связи с чем учет и сопутствующее лечение указанных заболеваний необходимы для эффективного лечения ДЗВ.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА И ЛЕЙКОПЛАКСИИ ВУЛЬВЫ МЕТОДОМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

ПОРСОХОНОВА Д.Ф., САДЫКОВ Р.А., МУХАМЕДОВА М.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр дерматовенерологии и косметологии» МзРУз;
«Здоровая семья» медицинский Центр, г. Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Терапия дистрофических заболеваний гениталий представляет собой особо актуальную научно-практическую проблему, поскольку крайне редко удается добиться эффективных результатов и купировать начавшиеся диспластические изменения

в тканях. Хирургическое лечение, несмотря на радикальность, отличается травматичностью, интенсивными некупирующимся послеоперационными болями, высокой частотой послеоперационных осложнений, неудовлетворительными косметическими и функциональными результатами.

Цель исследования. Изучить эффективность фотодинамической терапии (ФДТ) дистрофических заболеваний вульвы (ДЗВ) в сравнении с традиционными методами лечения.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилась 31 женщина с диагнозом ДЗВ. В основную группу больных включены 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, молекулярно-генетические (ПЦР) эндовизуальные (кольпоскопия), гистологические и цитологические методы. В предоперационный период пациенткам с инфекцией половых путей была проведена антимикробная терапия с учетом выявленных возбудителей, с последующими мероприятиями по нормализации микробиоценоза влагалища. Показанием к проведению процедуры ФДТ служил верифицированный диагноз дистрофических процессов кожи и слизистой вульвы.

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. Лазерное воздействие, как правило, выполняли в первую фазу менструального цикла, через 3–6 часов после местной аппликации комбинированного ФС на основе естественных и фенотиазиновых фотосенсибилизаторов в виде 0,5%-го геля.

С целью выбора оптимальных временных параметров начала облучения, соответствующего максимуму накопления ФС в слизистой и коже, был использован метод локальной флуоресцентной спектроскопии с помощью спектрально-флуоресцентной диагностической установки «АФД-1» (Узбекистан). Для флуоресцентного детектирования использовали излучение волны длиной 400+10 нм, что позволило селективно возбуждать флуоресценцию ФС. Измерения проводили до введения ФС (оценка аутофлуоресценции) и через 3, 6 часов после нанесения ФС на кожу и слизистую (индуцированная флуоресценция тканей). В ходе спектрально-флуоресцентных исследований было определено, что если до введения ФС эндогенная флуоресценция слизистой была незначительной, то после введения ФС во всех точках измерения индуцированная флуоресценция выражалась достаточно ярким свечением. Мощность излучения на выходе из аппарата ФДУ-1 составляла до 30мВт, время экспозиции – до 100 мс. Максимальные значения флуоресценции, а, следовательно, и накопления ФС, регистрировали в коже через 6 часов после нанесения на кожу. Оптимальным временем начала лечения методом ФДТ являлось максимальное значение флуоресценции патологических тканей.

Для определения коэффициента поглощения проводили измерения мощности светового потока на выходе из торца излучателя, а затем на той же мощности лазера световой поток от поверхности кожи (отраженное излучение). По разнице показателей определяли степень поглощенного излучения тканями.

В группе сравнения у больных с ДЗВ применяли деструкцию патологических участков электрокоагулятором с помощью аппарата «ЭХВЧ 100» (Узбекистан).

Результаты. Анализ результатов лечения был проведен у всех пациенток. По характеру выявленной патологии вульвы больные распределились таким образом: у 21 пациентки (67,7%) верифицирован склеротический лишай вульвы, у 6 (19,4%) – плоскоклеточная гиперплазия вульвы, у 4 (12,9%) – смешанная дистрофия. Как правило, пациентки страдали данной патологией в сроки от двух до 15 лет.

Лечебный эффект после ФДТ при патологии вульвы оценивался визуально и на основании указаний на наличие или отсутствие зуда в области вульвы, а также подтверждался данными цитологического исследования и вульвоскопии. Так, исчезновение зуда в области вульвы отмечено у 29 из 31 пациентки с ДЗВ. У всех больных было проведено цитологическое исследование соскоба с вульвы и вульвоскопия, на основании которых было достоверно диагностировано клиническое излечение. У трех 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. Полная клиническая ремиссия в основной группе отмечена у 11 пациенток (94,0%). В основной группе больных 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 соста-

вил 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 электрокоагуляции, отмечались осложнения с большей частотой. 17 пациенток беспокоили выраженные боли в течение трех 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 9 – неполная эпителизация слизистой влагалища в течение 6 недель. Изучение отдаленных результатов после электрокоагуляции (через 6–9 месяцев) выявило, что болевой синдром беспокоил 4 пациенток, рубцовая деформация влагалища наблюдалась у 3, рецидив заболевания отмечен у 2 пациенток.

Выводы. Таким образом, фотодинамическая терапия дистрофических и диспластических заболеваний вульвы является хорошей альтернативой хирургическому методу лечения, позволяющая сохранить анатомо-физиологические особенности и значительно уменьшить беспокойства в реабилитационном периоде.

ДИСБАЛАНС СТЕРОИДОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ СКЛЕРОТИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ

ПОРСОХОНОВА Д.Ф., РАХМАТУЛЛАЕВА С.Н

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Возрастные генетически-детерминированные изменения гормонального гомеостаза и репродуктивной функции женщины обусловливают широкий симптомокомплекс, в основе которого лежат физиологические нарушения в нейроэндокринной регуляции. Гормональный статус женщин постменопаузального возраста характеризуется ранней недостаточностью эстрогенов, избытком тестостерона, на начальном этапе – ФСГ с последующим его острым дефицитом, разбалансированностью между гормонами других эндокринных систем – надпочечников, щитовидной железы, гипофиза. В процессе возрастной биологической трансформации снижение функциональной активности гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы, недостаточность стероидогенеза в целом и уменьшение секреции эстроген/ прогестеронового пула приводят к выраженным изменениям в соединительно-тканных структурах. Деструктивные процессы в дерме являются патогномоничным признаком позднего климактерия. В патогенезе постменопаузального склеротического лишая (СЛ) в ряде случаев пусковым фактором принято считать эстрогенную недостаточность. В этиологии СЛ важная роль придается также изменениям на уровне рецепторов гормонов, дефицит которых играет важную роль в развитии дистрофических заболеваний вульвы (ДЗВ).

Цель исследования. Изучение содержания половых гормонов у женщин со склероатрофическим лихеном вульвы.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 40 женщин в возрасте от 45 до 60 лет (средний возраст составил 52,1 ± 0,01 года). Исследуемая популяция была разделена на три группы. В I – вошли 14 женщин в пременопаузе, во II – 16 в менопаузе и в III – 20 в постменопаузальном периоде. Контрольную группу составили 20 практически здоровых женщин перименопаузального возраста. У всех женщин проводили исследование гормонального статуса в зависимости от фазы климактерия. В сыворотке крови определяли содержание фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола (Е2), прогестерона методами иммуноферментного анализа.

Результаты. При изучении гипофизарного уровня гуморальной регуляции была выявлена отчетливая тенденция к повышению концентрации ФСГ с 8,9 ± 1,01 до 27,7 ± 7,7 мМЕ/мл в I группе. Причем, наиболее высокие показатели отмечались у женщин II и III групп. Так, в менопаузальном периоде уровень ФСГ резко увеличился до 22,0 ± 4,1 мМЕ/мл, что достоверно выше, чем в репродуктивном периоде и в пременопаузе. Изменения ЛГ у обследуемых имели подобную динамику. Максимальные значения были отмечены в постменопаузальном периоде — 18,5 ± 2,8мМЕ/мл, что в 2 раза превышало содержание ЛГ в I группе (9,4 ± 1,5 мМЕ/мл). Отмечено планомерное снижение уровня эстрадиола в зависимости от возраста. Если у женщин I группы концентрация Е2 составляла 99,5 ± 7,4 нг/мл, то в постменопаузе — 55,4 ± 8,2 нг/мл. Содержание прогестерона не претерпевало столь резких колебаний. Было отмечено лишь незначительное его уменьшение с 1,8 ± 0,4 мг/мл в контрольной группе до 1,1 ± 0,3 мг/мл в менопаузе. Ожидаемого дефицита прогестерона в

зависимости от фазы климактерия выявлено не было.

Выводы. Снижение выработки стероидов распространялось на содержание эстрадиола, в то время как уровень прогестерона не был подвержен значительным колебаниям.

Имело место снижение содержания эстрадиола у женщин со СЛ в группе, находящихся в пременопаузе, в сравнении с данными контрольной группы. Содержание эстрадиола у женщин II и III групп достоверно не различалось с аналогичными показателями контрольной группы. Данное обстоятельство позволяет сделать вывод о том, что дефицит эстрогенов может играть роль в развитии СЛ у женщин в пременопаузальном периоде, однако, не является единственным причинным фактором.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОНКОМАРКЕРА СА-125 У ПАЦИЕНТОК С ВЗОМТ

ПОРСОХОНОВА Д.Ф., ХАЛИДОВА Х.Р., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Определение опухолевых маркеров – важная составляющая современной лабораторной диагностики. Развитие этого направления тесно связано с появлением технологии получения моноклональных антител, иммуноферментного и иммунохемилюминесцентного анализа. Диагностическая надежность онкомаркеров оценивается рядом показателей, основными из которых являются диагностическая чувствительность и диагностическая специфичность. Повышение уровня онкомаркера может наблюдаться не только при злокачественном росте, но и при некоторых других патологических и даже физиологических процессах. Показатели концентрации онкомаркеров в сыворотке крови пациента, установленные при помощи разных тест-систем, могут иногда существенно отличаться. Эти различия обусловлены использованием антител, взаимодействующих с разными эпитопами одного и того же антигена или в случае применения в тест-системах одинаковых антител вследствие гетерогенной структуры исследуемого антигена, соответствующих эффектов матрицы и других причин. До сих пор не охарактеризован ни один опухолевый маркер, обладающий 100%-й диагностической чувствительностью и 100%-й диагностической специфичностью по отношению к какому-либо одному органу. СА 125 не является строго специфичным маркером рака яичников, он может повышаться при доброкачественных гинекологических заболеваниях, при злокачественных опухолях других локализаций, у здоровых женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Определение онкомаркеров СА 125 проводилось в сыворотке крови пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ), Всего исследованы 32 образца сыворотки крови пациенток.

Результаты. Среди исследованных образцов увеличение СА 125 было выявлено в двух случаях, что составляет 6%. Полученные данные в целом совпадают с результатами клинических исследований, проведенными разработчиками тест-систем для пациенток с доброкачественными опухолями яичников.

Таким образом, тест СА 125 может помочь врачам-гинекологам в определении тактики ведения пациенток с патологией яичников.

ЖИНСИЙ ЙЎЛ ОРҚАЛИ КАСАЛЛИКЛАР ОҚИБАТИДА ПАЙДО БЎЛГАН ЭРОЗИВ-ЯРАЛИ ВА ДИСПЛАСТИК ГЕНИТАЛ ХАСТАЛИКЛАР

ПОРСОХОНОВА Д.Ф., ЭШБОЕВ Э.Х., РОССТАЛЬНАЯ М.Л.

«Республика ихтисослашган дерматовенерология ва косметология илмий-амалай тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Жинсий соҳаларда кузатиладиган эрозив-ярали диспластик касалликларга қуйидагилар: жинсий аъзолар терисида тошмалар кузатиладиган захм, Бехчет касаллиги, генитал герпес, Липшуца-Чапина ўткир яраси, венерик лимфогранулематоз, ясси ҳужайрали гиперплазия, склеротик темиратки ва қатор шунга ўхшаш хасталиклар киради. Ушбу касалликлар дерматовенерологик ва гинекологик барча хасталикларнинг 0,6% дан 9% ини ташкил қилиб, улар ичида эрозив-ярали ва диспластик каби объектив белгилар билан кечадиганлари тиббий ва ижтимоий аҳамият касб этади. Уларнинг асл келиб чиқиш моҳиятини ўрганиш шу соҳада кузатила-

диган саратон касаллигининг олдини олишда аҳамияти катта.

Адабиётлардан маълумки, эрозив-ярали ва диспластик ўзгаришлар билан кечадиган касалликлар кейинчалик ўта хавфли саратон касаллигига транформация бўлиши мумкин. Клиник жиҳатдан тугунчали, эрозияли, ярали ҳамда оғриқ ва қичишиш билан кечадиган оддий кўриниш беморларнинг руҳий жиҳатдан депрессия ҳолатига, зўриқишига сабаб бўлади. Кейинчалик қўрқув ҳиссининг ошиб бориши, ҳатто суицид фикрларни дунёга келтиради. Ҳозирги кунга келиб, жинсий соҳаларда пайдо бўладиган яра касалликларига сабаб бўладиган аниқ маълумотлар йўқ. Борлари ҳам бир-бирига қарама-қарши фикрларни намоён қилади. Шунинг учун ҳам келажакда бу касалликларнинг келиб чиқиш сабабларини ва моҳиятини ўрганиш аёллар орасида саратон касаллигини эрта аниқлаш, ўз пайтида ташхис қўйиш ва давоси ҳамда профилактикасини ишлаб чиқиш имконини беради

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИНГ ЎТКИР УЧЛИ КАНДИЛОМАСИДА КЛИНИК МАИШИЙ ВА ИЖТИМОИЙ ШАРОИТЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

ПОРСОХОНОВА Д.Ф., ЭШБОЕВ Э.Х., РОССТАЛЬНАЯ М.Л.

«Республика ихтисослашган дерматовенерология ва косметология илмий-амалай тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Жинсий аъзолар ўткир учли кандиломасида фибро эпителиал ўсишлар кузатилиб, улар, айниқса, узун оёқчалари билан тери ҳамда шиллиқ қаватларда жойлашиши мумкин. Уларнинг сони битта-иккита тугунчали ўсимталардан жуда кўп эпителиал ортиқларга айланиши мумкин. Кузатув жараёнида уларнинг ташқи кўриниши рангли карамга ёки хўроз тожисига ўхшаб кетади. Айниқса, вульванинг бурмали жойларида, орқа чиқарув тешиги атрофида, жинсий олат бўйнида, камдан-кам ҳолатларда эса чов оралиғи терисида жойлашади. Субъектив жиҳатдан беморлар бироз қичишишни, оғришни, пилчиллаб намланиб туришни, аёлларда эса қиндан оқимтир сут рангли ажралмалар келиши кузатилади.

Беморларнинг асосий қисми ўткир учли кандиломанинг пайдо бўлишини витаминлар билан бойитилган дори препаратларни қабул қилганлиги билан (21,8%), қолганлари эса (29,7%) жинсий мулоқотдаги шерикларини тез-тез алмаштирганлиги, деярли ярми (45,5%) камқонлик касаллиги (анемия) билан боғлашган. Аёлларнинг 41,6% жинсий аъзолардан ажралма келганлиги, 43,6% эса руҳий зўриқиш (стресс) билан боғлашади. Бироқ кузатувлар натижаси аёлларнинг 26,7% да касаллик ҳомиладорлик даврида пайдо бўлганлигини кўрсатди.

Шундай қилиб, 18–38 ёшдаги беморларнинг жинсий жиҳатдан фаол, уларнинг деярли барчаси ўрта ва олий маълумотга эгалиги, 66,3% доимий иш жойида хизмат қилаётганлиги маълум бўлди. Моддий таъминоти сўралганларнинг 76,2 % да қониқарли даражани кўрсатган. Лекин уларнинг 57,4% да тизимли равишда руҳий зўриқиш, шунингдек, 62,3% да шахсий гигиенанинг тез-тез бузилиши кузатилган. Ундан ташқари, ҳомиладорлик маиший-ижтимоий характердаги зўриқишлар, оилада билиб-билмасдан витаминбоп препаратларни доимий ичиш қайд қилинган.

ВЛИЯНИЯ ИНЪЕКЦИОННЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

РАХМАНОВА Н.Х., ХАЛИДОВА Х.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт; ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценить клинические особенности специфического влияния инъекционных контрацептивов на функции организма женщин разных возрастных групп.

Материал и методы. Процесс исследования был проведен в Хорезмском филиале Республиканского Центра репродуктивного здоровья населения. Нами был проведен ретроспективный анализ клинических особенностей женщин разного репродуктивного возраста, применяющих инъекционные контрацептивы. Первая группа – женщины раннего репродуктивного возраста (20–25 лет). Вторая группа – женщины среднего репродуктивного

возраста (26–35 лет). Третья группа – женщины позднего репродуктивного возраста (36 лет и выше).

Всего обследованы 97 женщин. Из них 11 женщин первой группы, 35 женщин второй группы и 31 женщина третьей группы.

Выводы. В городе Ургенче у женщин среднего и позднего репродуктивного возраста экстрагенитальные заболевания встречаются чаще, чем в раннем репродуктивном возрасте. После применения инъекционных конрацептивов нарушения менструального цикла, признаки яичниковой недостаточности встречаются чаще в среднем репродуктивном возрасте. Нарушение свертывание крови встречается чаще в позднем репродуктивном возрасте, чем среднем, чаще в среднем репродуктивном возрасте, чем раннем. Длительность применения инъекционных контрацептивов способствует увеличениею побочных явлений.

«ПИМАФУЦИН» В ТЕРАПИИ ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

ТАДЖИБАЕВ Б.Т., НУРМАТОВА И.Б., ЗОЛОТАРЕВСКАЯ Л.Ф., РАХМАТОВ А.Б.

Межрайонный кожно-венерологический диспансер №8;
Рес.КВБ и ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз,
г. Ташкент. Узбекистан

По данным большинства авторов, урогенитальный кандидоз (УГК) составляет от 48 до 55% заболеваний в структуре инфекционной патологии нижнего отдела гениталий. Лекарственное средство для лечения грибковых заболеваний должно обладать как можно более широким спектром активности против грибов и быть высокоспецифическим веществом, токсичным только по отношению к грибам, которое при этом не поражает тканей хозяина.

Цель настоящего исследования. Повышение эффективности терапии вагинального кандидоза (ВК).

Материал и методы. Под наблюдением находились 76 женщин, страдающих ВК (диагноз подтвержден микологическим исследованием). Из них 30 лечили общепринятыми методами, а 46 пациентов, наряду с традиционной терапией, получали Пимафуцин в виде: вагинальных свечей (каждая содержит 0,1 г натамицина), по 1 свече на ночь интравагинально в течение 6–9 дней; 2%-го крема, содержащего в одном грамме 0,02 г натамицина, для обработки наружных половых органов; кишечно-растворимых таблеток (каждая содержит 100 мг натамицина) по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 10 дней. Контрольные микологические исследования проводились каждые 5 дней в процессе терапии и через 30 дней после завершения курса лечения.

Результаты. После проведенного лечения традиционными методами у 10 больных эффекта не наблюдалось, улучшение отмечено у 9, полностью исчезли клинические проявления у 6 и микологическое излечение достигнуто у 5 больных. При лечении традиционным методом в сочетании с применением Пимафуцина отсутствие эффекта было у 3 пациентов, улучшение – у 13, полностью исчезли клинические проявления – у 11 и микологическое излечение было достигнуто у 19 больных.

В процессе лечения отмечалась хорошая переносимость препарата Пимафуцин, рецидивов не было. При применении Пимафуцина в виде вагинальных свечей у одной пациентки отмечен побочный местный эффект в виде ощущения жжения (вероятно по причине повышенной индивидуальной чувствительности к компонентам препарата).

Заключение. Таким образом, по нашему мнению, можно сделать вывод о возможности широкого использования Пимафуцина в клинической практике, так как данный препарат сочетает эффективность и высокий уровень безопасности.

МАКРОЛИДЫ КАК СРЕДСТВО ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

ТАДЖИБАЕВ Б.Т., НУРМАТОВА И.Б., РАХМАТОВ А.Б.

Межрайонный кожно-венерологический диспансер;
Рес.КВБ и ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз,
г. Ташкент. Узбекистан

Макролиды относятся к антибиотикам, основу структуры которых составляет макроциклическое лактонное кольцо. Первый из макролидов эритромицин, полученный в 1952 году, широко

применялся для лечения инфекций мочеполовых путей, кожи и мягких тканей. В настоящее время группа макролидов насчитывает более десяти различных субстанций. Одним из наиболее активных макролидов является джозамицин, который обладает высокой активностью против грамположительных кокков (S.pyogenes, S.aureus). Он хорошо действует на возбудителя эритразмы (Corynebacterium minutissimum), хламидии (Chlamydia trachomatis), микоплазмы (Mycoplasma hominis), уреаплазмы (Ureaplasma urealyticum).

Макролиды эффективны при стафилококковых инфекциях кожи и мягких тканей (импетиго, фурункулез, фолликулит, паронихия и др.). Необходимость системного применения антибиотиков может возникнуть при угревой болезни средних и тяжелых форм.

Благодаря антимикробному спектру и особенностям распределения макролиды рассматривают как антибиотики, практически идеально подходящие для лечения инфекций, передающихся половым путем. Макролиды обладают высокой активностью in vitro против C.trachomatis и находят широкое применение при хламидиозе половых путей как у женщин, так и у мужчин. Джозамицин, спирамицин и кларитромицин рассматривают как препараты выбора для лечения хламидийной инфекции у беременных и детей. В контролируемых исследованиях, проведенных у пациентов с негонококковыми уретритами и цервицитами, выявлена высокая эффективность эритромицина, кларитромицина, рокситромицина. Макролиды способны вызывать эрадикацию U.urealyticum из мочеполового канала мужчин, в том числе 10% изолятов, устойчивых к тетрациклинам. Макролиды остаются препаратами резерва для лечения заразных форм сифилиса. Имеются данные о возможности использования макролидов при мягком шанкре (шанкроиде), вызванном Haemophylus ducreyi. Назначение джозамицина по 500 мг 2–3 раза в сутки per os в течение 15–20 дней обеспечивает более чем у 95% пациентов микробиологическое и клиническое выздоровление. Совокупность полученных данных позволяет считать джозамицин базовым препаратом для лечения урогенитальных инфекций.

«ОФЛОДАЗ » В ЛЕЧЕНИИ ТРИХОМОНИАЗА

ТОЖИБОЕВ Л.Р., ЁРКУЛОВ К.М., ХАСАНОВА М.Т

Андижанский областной кожно-венерологический диспансер. Узбекистан

Трихомониаз является одним из наиболее распространенных заболеваний. Заболеваемость трихомониазом остается высоким во всем мире, в том числе и в нашей Республике. Надежное, быстрое и полноценное клинико-бактериологическое излечение трихомониаза, особенно среди лиц группы риска, является важной задачей венерологии, так как это приведет к санации эпидемиологического очага и снижению заболеваемости. Отмечается рост вялотекущих, асимптомных форм трихомониаза и осложнений, что связано с развитием резистентности трихомониадов антибиотикам, поэтому внедрение в практическое здравоохранение для лечения трихомониаза новых высокоэффективных антибактериальных препаратов является актуальной задачей. К таким препаратам относится «Офлодаз» (Офлоксацин 200 мг, Орнидазол 500 мг) – противомикробное и антипротозойное средство.

Цель работы. Изучить клинико-бактериологическую эффективность препарата «Офлодаз» у больных трихомониазом.

Материал и методы. Были изучены истории болезни и амбулаторные карты 15 больных трихомониазом в возрасте от 20 до 25 лет. Из них у 8 была диагностирована свежая острая трихомониаза, у 3 – подострая и у 4 – хроническая трихомониаза. У всех больных диагноз был подтвержден обнаружением трихомониазов в мазке и посеве. Препарат «Офлодаз» фирмы SRPHARMACEUTICALIPL был назначен в следующей дозировке: больным свежей острой трихомониазой – 100 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки в течение 7 дней, при подострой трихомониазе по 200 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки в течение 10 дней, а при хронической трихомониазе после проведенной иммунотерапии – по 200 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки в течение 10 дней.

Результаты. У больных свежим острым трихомониазом признаки воспалительного процесса на слизистой мочеполовой системы исчезли в сроки от 3 до 5 дней, при подостром трихомониазе эти явления исчезли на 7–8 сутки, а при хроническом трихомониазе на 9–10 дни от начала лечения. Лабораторное исследование после окончания курса лечения выявило этиологическое излечение у 16 больных, что составляет 97,8%.

Выводы. Препарат «Офлодаз» является высокоэффективным антибиотиком при лечении трихомониаза, особенно при свежих формах.

ТЕРАПИЯ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК

ХАМИДОВ Ф.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт. Узбекистан

Распространенность папилломавирусной инфекции (ПВИ), высокая контагиозность ВПЧ-инфекции, склонность к персистенции, играющей ключевую роль в развитии неопластической трансформации эпителия гениталий, определяют медицинскую и социальную значимость дальнейшего изучения вопросов терапии ПВИ.

Цель исследования. Сравнительная оценка клинической эффективности применения препарата 5%-го крема «Имихимод» для наружной монотерапии остроконечных кондилом (ОК) и после эпителизации удаленных ОК аппаратным методом (лазеры CO2).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находился 61 пациент с диагнозом «первичная либо рецидивная ПВИ». В 1 группе (29 человек) наружно на патологические очаги назначали 5%-й крем «Имихимод», который наносили на все наружные бородавки на ночь 3 раза в неделю в течение 12 недель или до исчезновения всех подвергавшихся лечению бородавок, внутрь принимали Оптимум по 2 капсулы 3 раза в день в течение 8 дней. Во 2 группе (32 пациента) применяли лазерную деструкцию остроконечных кондилом, эпителизация происходила в течение 5–7 дней, после чего наружно назначали 5%-й крем «Имихимод» по той же схеме, но в течение 8 недель. Кроме того, нами был разработан алгоритм лечения пациентов с остроконечными кондиломами, который учитывает начало заболевания, объем патологических очагов, способ их удаления и дальнейшие рекомендации для предотвращения рецидивов заболевания. *Основные параметры оценки:* число пациентов, отметивших исчезновение всех бородавок, уровень их рецидивирования и уменьшение площади поражения.

Результаты. У 12 (41,4%) больных 1 группы выявили исчезновение всех исходных бородавок, на которые наносили крем в течение первых 4 недель лечения, у остальных кондиломы прошли к 8-й неделе, но терапия была продолжена до полного выздоровления (12 нед.). У 27 (84,4%) больных 2 группы выявили исчезновение всех исходных бородавок. Наблюдение за пациентами обеих групп осуществляли до 4 мес. Рецидив наблюдали у 8 (27,6%) пациентов из 1 группы и 10 (31,5%) – из 2. Наиболее частой побочной реакцией после применения 5%-го крема «Имихимод» была местная эритема, но у большинства лиц в каждой группе не было местных воспалительных реакций или их выраженность была незначительной.

Заключение. 5%-й крем «Имихимод» является эффективным и безопасным средством терапии наружных аногенитальных бородавок при использовании 3 раза в неделю. Установлена умеранная частота рецидивов. Клиническое излечение достигнуто у 68 (63,9%) пациентов. Таким образом, 5%-й крем «Имихимод» – препарат выбора как в качестве монотерапии, так и в сочетании с другими методами удаления бородавок.

ЎТКИР УЧЛИ КАНДИЛОМА КАСАЛЛИГИДА ИККИЛАМЧИ МИКРОФЛОРА

ЭШБОЕВ Э.Х., ПОРСОХОНОВА Д.Ф., РОССТАЛЬНАЯ М.Л.

«Республика ихтисослашган дерматовенерология ва косметология илмий-амалай тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш. Ўзбекистон

Ўткир учли кандилома касаллиги кейинги пайтда аҳоли орасида кўп қайд қилинмоқда. Касалликнинг ўчоғи аксарият нам, кўп терлайдиган ва бурмали жойларда жойлашади. Қўзғатувчиси вируслар ҳисобланади. Лекин бу касалликда иккиламчи шартли патоген инфекцияларнинг ассоциаси ўрганилмаган. Янги замон инфекциялардан уреаплазмалар, микоплазмалар, хламидиялар ва гарднереллалар юқумли жинсий йўл билан юқувчи касалликларни қўзғатиши билан бир қаторда, оддий учуқ вируси билан ҳамкорликда юқори онкоген хусусиятларни намоён қилади. Шунинг учун ҳам биз сийдик таносил аъзолари ўткир учли кандилома касаллигида аэроб-анаэроб-бактериал-замбуруғли инфекцияларнинг ҳамкорлик даражасини ўрганишни мақсад қилиб қўйдик.

Текширишлардан маълум бўлдики, тадқиқот ўтказилган беморларнинг деярли ҳар бештасидан биттасида уреаплазма уреалитикум – 24,8%; хламидия трахоматиз – 6,9%; гарднерелла-вагиниализ – 19,8%; микоплазма гениталиум – 0,9%; ачитқи замбуруғлари – 32,7%; цитомеголо вируслар – 5%; иккинчи типдаги оддий учуқ вируси – 5% ва ниҳоят одамнинг оддий учуқ вируси (16/18) тип – 40,6% ҳолатларда аниқланди.

Шундай қилиб, жинсий йўл билан юқувчи касалликларга чалинган беморларда уреаплазма уреалитикум, ачитқи замбуруғларига кирувчи кандида замбуруғлари – 32,7%; одам оддий учуғи вируси – 40,6%; стафилококк хемолитикус – 19,8% ва стафилококк ауреус 17,6% эканлиги исботланди.

ГИСТОЛОГИЯ АОРТЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., АБДУЛЛАХОДЖАЕВ К.А., КУРБАНОВА Н.К., НУРМАТОВА И.Б, ЮЛДАШЕВ К.К.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Среди кардиоваскулярного поражения при сифилисе аорта занимает особое место.

Цель нашего исследования. Определение степени выраженности поражения аорты при сифилисе у экспериментальных животных. Для этого нами проведены морфологические исследования в эксперименте у кроликов на 7, 21 и 35 дни после заражения сифилисом. Через 7 дней после заражения сифилисом (1-группа) отмечалось разрыхление аорты, некоторое утолщение и повышение извилистости эндотелиального слоя, иногда с вакуолизацией отдельных эндотелиальных клеток. Субэндотелиальный слой также несколько разрыхлен с понижением эозинофильности гомогенного вещества и волокнистых структур. В среднем слое отмечалось расширение межуточной ткани, где расположены сосуды «ваза вазорум» за счет отека и появления единичных мононуклеарных клеточных элементов. Во 2-группе экспериментальных кроликов через 21 день после заражения сифилисом отмечались эндотелии аорты несколько извилистыми и набухшими, а также базальная мембрана извилистая с очагами утолщения и отеком. Интермедиальный слой аорты окрашен гиперхромно, представлен темными гладкомышечными клетками и нежными волокнистыми структурами и соединительно-тканными клеточными элементами. «Ваза вазорум» несколько расширен, полнокровный лишь с периваскулярным отеком. Адвентиция отечная и разрыхлена. В 3-группе экспериментальных кроликов аорта исследована через 35 дней после заражения сифилисом. При этом в эндотелиальном слое аорты сохранены явления субэндотелиального слоя и появляется очаговая пролиферация эндотелиальных и соединительно-тканных клеток в субэндотелиальном слое аорты. Эластичные волокна несколько разрыхлены с повышением гипохромности гомогенного вещества и волокнистых структур. В межволокнистой соединительной ткани определяется развитие метохромазии в виде мукоидизации межклеточного вещества и пролиферации юных соединительно-тканных и лимфоидных клеток, особенно вокруг «ваза вазорум».

Таким образом, у экспериментальных кроликов в аорте гистологическая картина отмечается своеобразной и в зависимости от длительности существования сифилиса процесс усугубляется, что надо учитывать при диагностике и лечении больных сифилисом.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА У КРОЛИКОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А., АБДУЛЛАХОДЖАЕВ К.А., КУРБАНОВА Н.К., НУРМАТОВА И.Б, ЮЛДАШЕВ К.К.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Поражение сердечно-сосудистой системы при сифилисе занимает первое место среди висцеропатологии. Однако диагностика кардиоваскулярного сифилиса иной раз бывает тяжелой.

Цель нашего исследования. Как себя ведет сердце при сифилисе у экспериментальных кроликов.

Материал и методы. Для этого изучены гистологические данные у кроликов через 7, 21, 35 дней после заражения сифилисом. У кроликов 1-ой группы (через 7 дней) после заражения сифилисом в миокарде выявляются различные морфологические изменения, характерные для острой интоксикации в виде периваскулярного и межуточного отека, разрыхления волокнистых структур соединительной ткани и стенки сосудов, которые свидетельствуют о повышении проницаемости стенки сосудов из стромальной ткани. Во 2-ой группе экспериментальных животных внутренние органы исследованы через 21 день по-

сле заражения сифилисом. При этом в сердце отмечался отек и разрыхление межуточной ткани, которые особенно были выражены в периваскулярных зонах. Мышечные волокна миокарда отмечены несколько извилистыми, и при этом они сопровождались исчезновением поперечной исчерченности и очаговым перинуклеарным отеком кардиомиоцитов. В субэпикардиальной зоне миокарда выявляется небольшой клеточный инфильтрат, состоящий из лимфоидных элементов. В 3-ей группе экспериментальных кроликов исследование проведено через 35 дней после заражения сифилисом. При этом эндокард несколько утолщен за счет пролиферации эндотелиальных клеток, гомогенизации волокнистых структур миокарда и очагового размножения соединительно-тканных клеток. Межуточная соединительно-тканная строма отечная с появлением в периваскулярных зонах очагов небольшой мононуклеарной инфильтрации.

Заключение. Таким образом, у экспериментальных кроликов морфологические изменения сердца усугубляются в зависимости от срока давности заражения сифилисом, что надо учитывать при диагностике и лечении больных сифилисом.

ИММУНОГЛОБУЛИНЫ M,G И АНТИГЕН СВЯЗЫВАЮЩИЕ ЛИМФОЦИТЫ (АСЛ) В ИФА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ (СР)

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], АЛИМУХАММЕДОВА Ю.А.[1], ҚУРБАНОВА Н.К.[1], ЮЛДАШЕВ К.К.[2], БОБОБЕКОВ С.Н.[1], НУРМАТОВА И.Б.[3]

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУЗ, г. Ташкент;
[2]Хорезмский Обл КВД; [3]Кафедра кожно-венерологических болезней ТМА.
Узбекистан

Использование различных методов серодиагностики в дифференциации форм сифилиса, а также анализа эффективности лечения имеет большое значение. При этом использование иммуноферментного анализа (ИФА) в определении содержания Ig M. G, а также АСЛ в крови больных с СР применены нами впервые.

Цель настоящей работы. Изучение чувствительности ИФА в определении Ig M. G и АСЛ у больных с серорезистентностью при сифилисе.

Материал и методы исследования. Вышеуказанные современные исследования проведены у 59 больных с СР. По возрасту больные разделены на 3 группы: I группу составили больные от 20 до 40 лет – 31 человек. II группу больных в возрасте от 41 до 50 лет – 19, III группу составили больные в возрасте от 51 до 60 лет – 9 человек. В ИФА иммуноглобулины M, G и АСЛ определяли по общепринятым методикам.

Результаты. Нужно отметить, что в крови больных с СР экспрессия Ig G была снижена, а синтез Ig M был восстановлен. Ig M в ИФА у всех 59 больных были негативными. IgG в ИФА демонстрировалл своеобразную способность лимфоцитов связать антигенов. В I группе больных АСЛ был равен 1,903+0,09 ОП, во II группе показатель юлы равен 1,42+0,09 ОП, а в III группе это число было равно 0,516+0,09 ОП. Контрольная группа была равна 0,165+0,11 ОП.

Выводы. Таким образом, ИФА в крови больных с СР при определении иммуноглобулинов M, G и АСЛ показала своеобразную высокую чувствительность, что играет важную роль в дифференциальной диагностике сифилиса и для оценки эффективности проведенной специфической терапии.

СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-2 У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ В ПРОЦЕССЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

ЮЛДАШЕВ К.А., АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А., ХОЛИДОВА Х.Р., ЮЛДАШЕВ К.К., КУРБАНОВА Н.К., ЖУМАНОВ Д.Х.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУЗ,
г. Ташкент. Узбекистан

Несколько ограниченные возможности серологических тестов не позволяют оперативно оценить результаты после проведения специфической терапии. Поэтому остается актуальным поиск дополнительных объективных критериев, в качестве которых могут быть использованы иммунологические параметры. Исследование цитокинов, являющихся ключевым

для детерминации иммунного ответа в сторону клеточного или гуморального типа (интерлейкин-2), может стать источником необходимой информации.

Цель исследования. Изучить изменение содержания интерлейкина-2 (ИЛ-2) в процессе лечения и оценить его в качестве возможного дополнительного критерия эффективности проведенной терапии.

Материал и методы. Изучено изменение уровня интерлейкина-2 в сыворотке крови больных с серорезистентностью при сифилисе в процессе специфической терапии методом твердофазного иммуноферментного анализа с использование тест-систем ООО «Ветор – Бест» (Новосибирск). Обследованы 20 пациентов на разных этапах лечения. Диагноз «серорезистентный сифилис» был подтвержден данными специфических серологических методов исследования (КСР, РИФ, РИБТ, РПГА, ИФА).

Рельтаты работы. У всех обследованных пациентов содержание интерлейкина-2 в крови до начала терапии было ниже пределов нормы. Тогда как к концу первого курса лечения средняя величина повышалась до 4,66±2,73 пг/мл, перед вторым курсом – до 9,93±5,33 пг/мл, и к концу второго курса лечения наблюдалось статистически достоверное увеличение (в сравнении с исходным уровнем) до 10,73±9,16 пг/мл ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют предположить доминирование клеточного иммунного ответа при серорезистентном сифилисе и возможность использования данного параметра – ИЛ-2 – для мониторинга негативации Treponema pallidum в процессе специфической терапии.

ИФА В КРОВИ БОЛЬНЫХ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], АЛИМУХАМЕДОВА Ю.А.[1], ЮЛДАШЕВ К.К.[2], КУРБАНОВА Н.К.[1], ЖУМАНОВ Д.Х.[1]

[1]ГУ "Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент;
[2]Хорезмский областной кожно-венерологический диспансер, Хорезмская область. Узбекистан

Иммуноферментный анализ (ИФА) позволяет рассмотреть диагностику сифилиса и оценить возможность применения ИФА в лабораториях.

Цель исследования. Определить содержание антитрепонемных IgG и IgM с помощью ИФА в сыворотке крови больных с серорезистентностью при сифилисе.

Материал и методы исследования. Нами исследованы сыворотки крови 48 больных (29 мужчин и 19 женщин), у которых после окончания лечения серологические реакции остались положительными. Проведение ИФА выполнялось с помощью тест-систем «ИФА-Анти-Люис-GM» (Россия, г. Нижний Новгород) согласно инструкции по применению, приложенной к тест-системе, оптическая плотность образцов регистрировалась с помощью планшетного спектрофотометра (Multiscan, Finland).

По механизму реакции, чувствительности и специфичности ИФА близок к реакции иммунофлюоресценции (РИФ). Отмечено участие в указанных реакциях одних и тех же антител (АТ), близкий уровень титра, высокая частота совпадений результатов. Поэтому результаты IgM-ИФА сопоставляли с данными РИФ-200, РИФ-абс, а также КСР и РИБТ.

Результаты. Для выявления IgM у лиц с серорезистентностью при сифилисе целесообразно использовать тест-системы, характеризующиеся высокой чувствительностью при поздних стадиях сифилиса. Результаты ИФА у больных серорезистентностью при сифилисе хорошо согласуются с представлениями о подавлении экспрессии IgM после адекватной специфической терапии при сохранении синтеза и циркуляции в крови IgG.

При исследовании 48 сывороток результаты IgM были негативными, но IgG – позитивными с различной выраженной оптической плотностью. 39 образцов имели ОП выше 2,0 пг/мл и 9 образцов – с ОП ниже 2,0 пг/мл. Классические серологические тесты были положительными.

Выводы. Преимущества ИФА включают автоматизацию (или полуавтоматизацию) процесса, объективную оценку результатов и возможность подключения к компьютерным системам лаборатории. Эти изменения дают рекомендации по серологической диагностике сифилиса.

СОСТОЯНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

ЮЛДАШЕВ К.А., БОБОБЕКОВ С.Н.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. В венерологии изучение у больных сифилисом патологий висцеральных органов имеет большое значение, так как они могут влиять на иммунное состояние и позитивность серологических реакций крови.

Материал и методы. У 156 больных сифилисом (lues II recidiva – 19. Lues lateens praecox-101,серорезистентность – 28, нейросифилис – 8 человек) путем инструментальных исследований и консультации смежных специалистов выявлены 462 нозологические единицы заболеваний. Серологические исследования крови соответствовали установленным диагнозам сифилиса. Контрольную группу составили 20 больных (у 14 – lues II recidiva, у 6 – Lues lateens praecox).

Результаты. Патологии со стороны желудочно-кишечного тракта выявлены в 170 случаях, сердечно-сосудистые – в 45, анемия – в 35, хронический тонзиллит – в 22, эндокринные заболевания – в 34, микоз стоп – в 5, мочеполовые заболевания – в 109 и со стороны нервной системы – в 42 случаях. При этом серологические реакции по позитивности были более выраженными, чем у больных в контрольной группе.

Заключение. Изучение патологий висцеральных органов у больных сифилисом необходимо осуществлять регулярно. Это имеет значение в выборе противосифилитической терапии, так как у них серологические реакции по позитивности более выражены, чем у больных в контрольной группе.

СОХТА МУСБАТ БИОЛОГИК СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАР ҲОЛАТИДА БЕРИЛАДИГАН ТАВСИЯЛАР

К.А. ЮЛДАШЕВ[1], Д.Х. ЖУМАНОВ[1], К.К. ЮЛДАШЕВ[2], Н.К. КУРБАНОВА[1]

[1]«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт Маркази» ДМ, Тошкент шаҳри;
[2]Хоразм вилояти тери-таносил касалликлари диспансери, Хоразм вилояти

Охирги йилларда Ўзбекистонда захм касаллигининг қайд қилиниши камайиб бориш жараёни кузатилмоқда. Захмнинг эрта шаклларининг учраши пасайиб, «эрта яширин» шаклларининг ўзига хос ортиши, келажакда захмнинг ўсишидан дарак берувчи белгилардан ҳисобланади. Касалликнинг «эрта яширин» давридаги шаклининг охирги 10 йил ва ундан ортиқ вақтда 60% ва ундан ортиқ ҳолатда учрамоқда. Бу эса СМБСР билан таққослашга ундайди.

Кўпинча соғлом аҳоли тиббий кўрикдан ўтказилаётанда СМБСРлар кузатилади, бу 0,0007% ни ташкил этади. Шуни таъкидлаш ўринлики, СМБСР кўп ҳолларда аёлларда, кейинги ўринда эркакларда учрайди ва уларнинг учраши 3:1 нисбатни ташкил қилади.

СМБСР ҳолати кузатилувчи шахслар аниқланганда дерматовенерологлар ва бошқалар томонидан қуйидагиларни бажариш тавсия қилинади:

– СМБСР ҳолати содир бўлган шахслар билан тушунтириш ишларини ўтказиш;

– 60 ёшгача бўлган барча шахсларни пухта текшириш, яъни соматик касалликларни аниқлаш;

– қондаги барча серологик реакцияларнинг динамикасини амалга ошириш;

– соматик касалликлари бўйича барча соҳа мутахассислари маслаҳатини ўрганиш, уларни илғор усулар билан текшириш ва даволаш;

– ҳомиладор аёлларда тезлик билан серологик реакциялар асосида юқоридаги ҳолатни аниқлаш, керак бўлса, «синама даволаш» ўтказиш;

– таққосий диагностика амалга оширишда ҳозирда кенг қўлланиладиган ПЗР, ИФА, Ig ИФР-абс, 19S IgM, IgM-ИФА, ИХА, ПГАР усулларни қўллаш.

НОСПЕЦЕФИК СОХТА МУСБАТ БИОЛОГИК СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАР (СМБСР) САБАБЛАРИ

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], ЖУМАНОВ Д.Х.[1], ЮЛДАШЕВ К.К.[2], КУРБАНОВА Н.К.[1]

[1]«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт Маркази» ДМ, Тошкент шаҳри;
[2]Хоразм вилояти тери-таносил касалликлари диспансери, Хоразм вилояти

Амалиёт шифокорлари ва захмни даволаш жараёни билан шуғулланувчи илмий ходимлар, шифокорлар орасида захм диагностикасидаги хатоликлар учраб туради. Шундай хатоликларга «сохта мусбат биологик серологик реакциялар (СМБСР)»ни келтириш мумкин.

Бу реакцияларнинг «мусбат» ҳолатда захмда учраши оқиш трепонемаларнинг организмда тўқималарнинг бузилишига олиб келади. Липидларнинг организмда тўпланиши оқибатида уларнинг реагин тестлардаги иштироки амалга ошади, бу эса турли организмдаги физиологик ҳолатларда ҳам учраши мумкин. Бундай жараён турли инфекцион касалликларда, сурункали яллиғланиш билан кечувчи хасталикларда учраб, тўқималарда ҳужайралардаги митохондрияларнинг емирилиши кузатилади, бу эса кардиолипинни эркинлаштиради. Кардиолипин митохондриал мембранасининг ҳисобига киради, бу эса носпецефик СМБСРнинг келиб чиқишининг асоси ҳисобланади.

СМБСРларнинг келиб чиқишидаги асосий сабабларни 4 га бўлиш ўринли ҳисобланади:

1. Оқиш трепонема антигенларига ўхшаш антигенларни ишлаб чиқарувчи турли хил касалликларнинг бўлиши.

2. Модда алмашинувининг бузилиши билан кечувчи ҳар хил касалликлар, яъни липидларнинг парчаланиши ва қон зардобидаги глобулинларнинг ўзгариши содир бўлиши.

3. Серологик реакцияларни қўйиш вақтидаги турли техник хатоликлар, қўлланиладиган ингридиентларнинг талабга жавоб бермаслиги.

4. Текширилувчилар томонидан қўлланиладиган хатоликлар, яъни қон топширганга қадар алкоголь ичиш, парҳезга риоя қилмаслик киради.

СМБСРларнинг бирламчи сабабларига мисол қилиб қайталама терлама (тиф), лептоспироз киради. Юқоридаги касалликларни қўзғатувчи микроорганизмлар одам организмида захмдаги каби антителоларни ишлаб чиқаради ва натижада СМБСР содир бўлади.

Иккиламчи сабабларга турли инфекцион ва ноинфекцион касалликларни, итоксикациялар, организмдаги турли модда алмашинуви бузилиши билан кузатиладиган касалликлар киради. Бунда инфекцион жараёнларни қўзғатувчи микроорганизмлар – риккетциялар, бактериялар, вируслар, плазмодиялар, хламидиялар ва содда ҳужайраликлар ҳисобланади.

НОСПЕЦЕФИК – СОХТА МУСБАТ БИОЛОГИК СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАРНИНГ (СМБСР) ТУРЛАРИ ВА ТАКТИК ЁНДАШИШ

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], ЖУМАНОВ Д.Х.[1], ЮЛДАШЕВ К.К.[2], КУРБАНОВА Н.К.[1]

[1]«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт Маркази» ДМ, Тошкент шаҳри;
[2]Хоразм вилояти тери-таносил касалликлари диспансери, Хоразм вилояти

Ҳозирда кузатилаётган захмни аниқлашдаги серологик реакциялар хилларининг ўсиши СМБСР ҳолатларининг тез-тез учрашини кучайтирмоқда. Адабиётлардаги маълумотларга қараганда, ушбу ҳолат 0,03% дан 2,3% гача кузатилади.

Биз томонимиздан СМБСР ҳолати кузатилган шахслар (70 нафар) қонида серологик реакцияларнинг мусбатлигини 10 йилдан ортиқ вақт давомида олинган маълумотларни хулоса қилиб, қуйидаги тактикаларни гуруҳларга бўлиб тавсия қиламиз:

1. Ушбу гуруҳга СМБСР ҳолатининг КСР томонидан «мусбатлик» кузатилиб, ИФР ва ОТИР ларда «манфий» натижалар кузатилган шахсларни киритдик. Бундай ҳолатларда СМБСРнинг таққосий текширилиши учун шахснинг қонини КСРда ҳар ойда 2 марта, ИФР ва ОТИР ларда 1 ойда 1 марта текшириш тавсия этилади.

2. Ушбу гуруҳга СМБСР ҳолати кузатилган шахслар қонида КСР ва ИФРларнинг «мусбат» ликлари билан ОТИРнинг «манфий» натижалари бўлганлари киритилган. Бундай шахсларда қонни динамикада текширишдан ташқари захм белгиларига, алоқадорларни текшириш натижаларига эътибор берилиши лозим.

3. Бу СМБСР ҳолати кузатилган шахслар қонида КСР томонидан мусбатликлар ва ОТИР-

нинг «гумонли» бўлиши билан кузатилганлар киритилди. Бу ҳолатда назорат ҳар 3 ойдан КСР, ИФР ва ОТИР да текшириб туриш 1 йил мобайнида амалга ошириш тавсия қилинади.

4. Ушбуга СМБСР ҳолати КСР ва реагинлар титри «мусбат»лиги билан ОТИРнинг «манфий» бўлишлиги кузатилган шахслар киритилди. Диспансер назорати 1 йил мобайнида олиб борилади. Жинсий алоқадорлар ҳам текширувга жалб қилинади. Қонлардаги мусбатликлар негативацияланиш тенденциясига эга бўлса, уларни назоратдан ўчирилади.

5. СМБСР ҳолатини текширилувчилар қонида КСР томонидан «манфий» бўлиб, фақат ИФР-200, ИФР-абсларнинг мусбатлиги ва ОТИРнинг «гумонли» ёки манфий бўлиши билан кечадиган гуруҳ шахслари асосан кўпчилик аёлларда кузатилади. Бундай СМБСР ҳолатида беморлар аввал захмни бошдан кечирган ёки кечирмаганликларини аниқлаш лозим. Агар жинсий алоқадорлар бўлса, улар текширилиши лозим. Серологик реакциялар мажмуасида текширилган қон натижаларини динамикада кўриб, диспансер назорати 6 ойдан ва 1 йилгача мобайнида олиб борилиши тавсия этилади.

6. Кўпинча СМБСР ҳолати текширилувчи шахслар қонида Вассерман реакцияси «манфий», микрореакция ва ИФР-200, ИФР-абс мусбатлиги ва ОТИРнинг «гумонли» натижалар билан кузатилади. Бунда, албатта, худди юқори гуруҳдагилар каби соматик касалликларга, мутахассислар маслаҳатига ва алоқадорларни текширув натижаларини эътиборга олинади. Яна шахсларда захм белгиларининг кўрилиши, қўшимча равишда шахслар қонини ИФА, ИФР, ПЗРларда ҳам текшириш якуний ҳисобланади.

Албатта, бундай ҳолатлар кузатилса, РИДВ ва КИАТМ марказига маслаҳат учун йўлланса ўринли бўлади.

ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ (СР)

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], ҚУРБАНОВА Н.К.[1], ЮЛДАШЕВ К.К.[2], БОБОБЕКОВ С.Н.[1], МАНГИТОВ О.К.[3]

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент;
[2]Хорезмский Обл КВД; [3]Санатория «Зангиота».
Узбекистан

В венерологии одной из причин развития серорезистентности при сфилисе являются патологии внутренних органов, влияющие на серологическую картину крови.

Цель настоящей работы. Изучение патологии внутренних органов у больных с серорезистентностью при сифилисе (СР) и оценка состояний серологических реакций крови.

Материал и методы. У 110 больных с СР (65 мужчин, 45 женщин) в возрасте от 19 до 70 лет изучен вышеуказанный аспект. Из них: до 20 лет был 1 больной, от 21 до 30 лет – 19, от 31 до 40–33, от 41 до 50 лет – 18, от 51 до 60 лет – 25, более 61 года – 14 больных.

В крови больных определяли: реакцию Вассермана (РВ) с кардиолипиновым (К/а), трепонемным (Т/а) антигенами, микрореакцию (М/Р) и из специфических реакций – реакцию иммунофлоресценции (РИФ-200) и РИФ-абс, реакцию иммобилизации бледных трепонем (РИБТ). Позитивность серореакций оценивали после одного года специфического лечения. Патологии внутренних органов определяли при помощи консультаций смежных специалистов – терапевта, офтольмолога, невролога, ЛОР-врача, рентгенолога и данными инструментальных исследований – рентгенография, ультразвуковое исследование (УЗИ), электрокардиография (ЭКГ), а также ЭхоКГ, ЭЭГ, РЭГ и др.

Результаты. из 110 больных с СР при сифилисе у 73 (66,3%) выявлены различные патологии висцеральных органов и систем. Серологические реакции в крови у больных с выявленными патологиями до начало дополнительного лечения были более позитивными, чем у больных без патологических отклонений (20 человек). Позитивность серореакций крови была следующими: РВ с трепонемным антигеном (Т.а) – в 47,9% кардиолипиновым – в 75,1%, микрореакция – в 88,5%, из специфических реакций РИФ 200 и РИФ-абс были в 100%, а РИБТ – в 95,6%. Высокая позитивность отмечена со стороны М/Р РИФ.

Патологии внутренних органов (ЖКТ) определены – у 52 (72,2%), со стороны ССС – у 25, нервной системы – у 19 (26,3%) мочеполовой системы – у 28 (38,8%), ИППП – у 8 (11,1%), органа зрения – у 13 (3,9) больных. Надо отметить, что по 5 нозологических единиц выявлены у 5 больных, по 4 – у 3, по 3 – у 8, по 2 – у 22, по 4 нозологий – у 25 обследованных. После дополнительного противосифилитического лечения серореакции крови у 22 больных стали негативными, и они были сняты с диспансерного учета.

Выводы. Таким образом, у больных серорезистентностью при сифилисе выявление сопутствующих заболеваний может быть причиной формирования серорезистентности, они также усиливают позитивность серореакции крови.

ЗАХМДАГИ СЕРОРЕЗИСТЕНТЛИК ҲОЛАТ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА ЖИНСИЙ ЙЎЛ ОРҚАЛИ ЮҚУВЧИ ИНФЕКЦИЯ (ЖЙОЮИ)ЛАРНИНГ АНИКЛАНИШ ДАРАЖАСИ

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], ҚУРБАНОВА Н.К.[1], ЮЛДАШЕВ К.К.[2], БОБОБЕКОВ С.Н.[1], НУРМАТОВА И.Б.[3]

[1]«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт Маркази» ДМ, Тошкент шаҳри;
[2]Хоразм вилояти ТТКД;
[3]ТТА тери-таносил касалликлари кафедраси

Республикамиз аҳолиси орасида жинсий йўл орқали юқувчи инфекцияларнинг аниқланиши тобора ўсмоқда. Бир нечта инфекцияларнинг учраши тез-тез кузатилиб, захмдаги серорезистентлик ҳолати кузатилган беморларда ЖЙОЮИларига текширишни тақозо этмоқда. Шу сабабдан биз захмдаги серорезистентлик ҳолат кузатилган беморларда ЖЙОЮИларга текширишни мақсад қилиб олдик.

Тадқиқот манбалари ва услублари. Серорезистентлик ҳолат кузатилганган 23 та беморда бактериологик, бактериоскопик текширувлар бажарилди. Лаборатория ташҳисоти учун патологик материаллар умум қабул қилинган қоидалар асосида олинди, яъни беморлар камида 5 соат сиймаган ҳолда (асосан, эрталабки ажралмалар), эркакларда уретранинг 2–3 см чуқурлигидан стерил бактериологик қовузлоқ ёрдамида амалга оширилди. Бемор аёллардан эса уч нуқтадан (уретра, бачадон бўйни, қин) олинган патологик ажралмалар текширилди. Захмдаги серорезистентлик ҳолат кузатилган 23 нафар беморни ЖЙОЮИлари бактерилогик ва бактериоскопик усуллар ёрдамида аниқланди. Бактериологик таҳлил натижалари 48–72 соатдан кейин кузатилди.

Тадқиқот натижалари. Жами мурожаат қилган беморларнинг 23 нафарида бактериологик ва бактериоскопик усуллар ёрдамида ЖЙОЮИ ларига текшириш ишлари амалга оширилиб, беморларнинг 10 нафарини аёллар ва 13 нафарини эркаклар ташкил қилди.

Беморларда ЖЙОЮИларининг топилиш даражасини ҳам тадқиқотимиз жараёнида ўргандик. Лаборатория таҳлиллари натижасига кўра, текширилган 23 нафар беморнинг 3 нафарида (13,0%) Ureaplasma urealiticum инфекцияси, 1 (4,3%) нафарида trichomanas vaginalis, 2 нафарида gardnerella vaginalis ҳамда 5 (21,7%) нафарида candida albicans топилди. Шунингдек, аксарият беморларнинг 9 (39,1) нафарида сийдик таносил тизими аъзоларида турли даражадаги яллиғланиш аломатлари аниқланди.

Тадқиқотлар хулосасига кўра, захмдаги серарезистентлик ҳолат кузатилган беморларда сийдик таносил тизими ажралмаларини ЖЙОЮИ ларига текшириш, мукаммал бўлган лаборатория таҳлилларини амалга ошириш катта аҳамият касб этади. Бу эса захмдаги серорезистентлик ҳолатнинг сабабларидан бири бўлиши мумкин.

ПАТОЛОГИЯ ЛИКВОРА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], КУРБАНОВА Н.К.[1], ЮЛДАШЕВ К.К.[2], ЖУМАНОВ Д.Х.[1], НУРМАТОВА И.Б.[3]

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент;
[2]Хорезмский областной кожно-венерологический диспансер, Хорезмская область;
[3]Кафедра кожных и венерических болезней ТМА, г. Ташкент. Узбекистан

Для определения пораженности нервной системы широко применяется чувствительный метод – исследование ликвора. Нужно отметить, что в ликворе больных с серорезистентностью указывается на сифилис нервной системы, что является причиной развития серорезистентности.

Цель исследования. Изучение состояния ликвора больных с серорезистентностью при сифилисе и оценка его патологии.

Материал и методы. Ликвор исследовали у 38 больных с серорезистентностью при сифилисе в возрасте от 26 до 45 лет (мужчин – 29, женщин – 9). До формирования серорезистентности первичной диагноз был определен: первичный серопозитивный – 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 – реакция Вассермана (в разведениях 0,25; 0,5; 1,0), из специфических реакций – РИФ с цельным ликвором и РИБТ.

Результаты. Чувствительный показатель – количество клеточных элементов ($n \leq 7$ mm^3), цитоз был увеличен до 66 в 1/mm^3 – у 34 больных

(89,4%), общее количество белка повышенного было у 33 (86,8%). Из глобулиновых реакций Нонне – Апельта дала положительный результат в 28 (73,7%) случаях, при этом они были позитивными от (2+) до (4+). Реакция Панди позитивной была в 32 (84,2%) случаях, из них: по (2+) отмечена у 30 (93,7%) по (3+) – у 2 больных. Из серологических реакций реакция Вассермана была положительной – у 2 (5,2%), РИБТ позитивной – у 2 (31,6%), а РИФц – у 26 (68,4%) больных. По классификации Г.В. Робустова, М.П. Фрижмана (1975 г.) патология ликвора отнесена к I–II типу. Все больные пролечены по схеме раннего нейросифилиса.

Выводы. Таким образом, у больных с серорезистентностью одним из причинных факторов может явиться поражение нервной системы, а исследование ликвора при этом является основным методом диагностики.

ДАННЫЕ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А,[1], ҚУРБАНОВА Н.К.[1], ЮЛДАШЕВ К.К.[2], МАНГИТОВ О.К.[3], БОБОБЕКОВ С.Н.[1]

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент;
2Хорезмский Обл КВД;
3Санаторий «Зангиота». Узбекистан

Своевременное выявление и активное лечение сифилитического менингита имеет непосредственное отношение к профилактике развития поздних специфических поражений нервной системы.

Цель исследования. Изучить состояние сосудистой архитектоники головного мозга у больных серорезистентностью при сифилисе.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 87 больных серорезистентностью при сифилисе. Возраст их колебался от 22 до 80 лет. Женщин было 42, мужчин – 45 человек.

Сосудистая архитектоника головного мозга больных была изучена в нейрофизиологическом кабинете при клинике Ташкентской медицинской академии.

Результаты. Реоэнцефалографические исследования показали, что у 13 обследуемых больных пульсовое кровенаполнение во всех бассейнах было повышено, у 19 пульсовое кровенаполнение было повышено в правой позвоночной артерии, у 17 обследованных – в левой позвоночной артерии и у 20 – в правой внутренней сонной артерии. У 16 больных пульсовое кровенаполнение в бассейне правой позвоночной артерии было снижено, а также у 18 больных снижено в левой позвоночной артерии, у 16 – во всех бассейнах справа, у 18 – в правой внутренней сонной артерии.

У 24 обследуемых тонус крупных артерий снижен во всех бассейнах слева, у 20 – в левой позвоночной артерии и в бассейне правой внутренней сонной артерии – у 23 больных. Повышен у 18 больных и у16 больных повышен тонус в позвоночной артерии, повышен во всех бассейнах у 12 больных и бассейне правой внутренней сонной артерии – у 12 обследуемых.

Периферическое сосудистое сопротивление повышено во всех бассейнах у 22 больных, справа – у 12, у 11 больного в артерий и у 10 – в правой внутренней сонной артерии.

Заключение. Полученные данные показывают, что у больных серорезистентностью при сифилисе имеются существенные изменения со стороны мозгового кровообращения, и реоэнцефалографическое исследование демонстрирует своеобразную чувствительность для выявления патологии в сосудистой архитектонике головного мозга.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА (ИФА) СО СТАНДАРТНЫМИ СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ (RW, РМП, РИБТ И РИФ) В КРОВИ

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], САБИРОВ У.Ю.[1], АБИШАЛАВ.А.[1], ЖУМАНОВ Д.Х.[1], ЮЛДАШЕВК.К.[2]

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент;
[2]Хорезмский областной кожно-венерологический диспансер,
Хорезмская область. Узбекистан

В венерологии для определения сифилиса основными методами являются исследование крови в серологических реакциях.

Одновременно можно отметить, что в последние годы серологическая диагностика сифилиса развивается и совершенствуется. Разработаны

новые методы серологических реакций для диагностики сифилиса.

Одним из разработанных современных методов серодиагностики сифилиса является иммуноферментный анализ (ИФА) для выявления трепонемных антител. ИФА является автоматизированным методом, что снижает вероятность ошибок и повышает объективность учета результатов.

Учитывая вышеизложенное, представляется актуальным составить собственное мнение о диагностическом потенциале ИФА для определения IgM к Treponema pallidum.

Цель исследования. Использование тест-системы «ИФА-АНТИ-ЛЮИС системы» (Россия) для выявления специфических IgMG.

Материал и методы. Сопоставительный анализ произведен на основании данных 128 обследованных, у которых одновременно проведены реакция Вассермана, реакция микропреципитация, РИФ-200, РИФ-абс, РИБТ, IgM-ИФА.

Обследованные по возрасту – от 18 до 63 лет. Мужчин было 74, женщин – 54. В возрастном аспекте распределялись следующим образом: до 20 лет – 2 человека, от 21 до 30 лет – 28, от 31 до 40 лет – 39, от 41 до 50 лет – 31, от 51 до 60 лет – 18, от 61 лет и старше – 10 человек.

Больных сифилисом было 80 человек, которые по диагнозам распределились следующим образом: первичный сифилис определен у 8 человек, вторичный свежий у – 19, вторичный рецидивный – у – 18 и сифилис скрытый ранний – у 35 больных.

При первичном сифилисе реакция Вассермана с кардиолипиновым антигеном (к/а) была позитивной от (+) до (2+) в 8 случаях. Аналогичную позитивность продемонстрировала с трепонемным антигеном, т.е. была от (+) до (2+) в – 6 случаях.

Из числа специфических реакций РИФ-200 – у 8 больных первичным сифилисом была позитивной от (3+) до (4+). Другая модификация РИФ-абс тоже дала позитивность в (3+), (4+) – у 8 больных сифилисом.

РИБТ в крови больных первичным сифилисом была позитивной от 78 до 88% – в 8 случаях.

При сопоставлении в сыворотке крови больных первичным сифилисом ИФА– антилюис-IgMG позитивность дала с 2,100 до 3,100 ОП крит (n ≤0,210 ед.ОП).

Рекомбинант – антипаллидум IgG–стрип колебался от 2,478 до 2,999 ед. ОП во всех 8 случаях у больных первичным сифилисом.

Реакция Вассермана с кардиолипиновым антигеном (к/а) позитивный была от (+) до (4+) во всех 19 случаях сифилиса вторичного свежего. Аналогичная картина отмечена в RW с трепонемным антигеном (т/а). Позитивность дала от (+) до (4+) – у 19 больных сифилисом вторичным свежим.

Реакция микропреципитаций (РМП) в крови больных в этой группе отмечена позитивной от (2+) до (4+) у всех 19 больных.

Вторичным свежим сифилисом РИФ-200 показала позитивность в (3+) (4+) во всех 19 случаях. Аналогичный результат отмечен со стороны РИФ-абс у 19 больных сифилисом вторичным свежим.

ИФА антилюис – GM в сыворотке крови 19 больных сифилисом вторичным свежим дала позитивные результаты от 2,900 до 3,100 ед. оп. пл. (n ≤0,210 ед.оп.пл).

В сыворотке крови 19 больных сифилисом вторичным свежим суммарные специфические иммуноглобулины MG были положительными у всех и колебались от 2,672 до 3,100 ед.оп.пл.

У больных сифилисом вторичным рецидивным (18 человек) RW с к/а была позитивной от (3+) до (4+). Аналогичную позитивность продемонстрировала и RW с т/а в сыворотке крови 18 больных вторичным рецидивным сифилисом.

Реакция микропреципитации была позитивной в (4+) во всех 18 сыворотках крови больных сифилисом вторичным рецидивным.

Из специфических реакций – РИФ-200 и РИФ-абс были одинаково (по 4+) позитивными в крови во всех 18 случаях в крови больных вторичным рецидивным сифилисом.

РИБТ продемонстрировала в крови больных позитивность от 70 до 90% во всех 18 случаях сифилиса вторичного рецидивного.

Суммарные специфические иммуноглобулины MG в ИФА в сыворотке крови 18 больных сифилисом вторичным рецидивным были положительными и отмечены до 3,100 ед. оп. пл.

Суммарные специфические иммуноглобулины MG в сыворотке больных сифилисом вторичным рецидивным колебались от 2,095 до 2,977 ед. оп. пл.

В крови больных сифилисом скрытым ранним RW с к/а была положительной (+) в 2 случаях, а в остальных 16 случаях она была отрицательной.

RW с т/а дала позитивность от (+) до (3+) в 4 случаях больных сифилисом скрытым ранним. В остальном 31 случае RW с т/а была отрицательной.

Более чувствительной явилась реакция микропреципитации в крови больных ранним скрытым сифилисом (35 человек), и позитивность отмечена от (+) до (4+) в 8 случаях, а в остальных (27 больных) реакция микропреципитация была отрицательной.

Из специфических реакция РИФ-200 дала позитивность от (2+) до (4+) в сыворотке крови у всех 35 больных сифилисом скрытым ранним.

Аналогичная чувствительность отмечена со стороны РИФ-абс. При этом данная реакция дала позитивность от (2+) до (4+) у всех больных сифилисом скрытым ранним (35 человек).

В крови 35 больных сифилисом скрытым ранним РИБТ дала во всех случаях позитивные результаты.

В сыворотке крови 35 больных сифилисом скрытым ранним суммарные специфические иммуноглобулины MG колебались по позитивности от 0,415 до 3,100 ед. оп. пл. (n ≤0,210 ед.оп.пл).

Суммарные специфические иммуноглобулины MG были позитивными во всех сыворотках крови 35 больных скрытым ранним сифилисом и колебались от 0,675 до 3,100 ед. оп. пл (n ≤0,102 ед.оп.пл).

Заключение. Таким образом, у обследованных (80 больных сифилисом) суммарные специфические иммуноглобулины MG в ИФА параллельно с стандартными серологическими реакциями продемонстрировали своеобразную чувствительность, что говорит о широком применении этих диагностических тестов для сравнения и установления диагноза сифилис.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 70 ЛЕТ (1946–2016 гг.)

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], САБИРОВ У.Ю.[1], ТАЖИБАЕВ Б.Т.[2], АБИДОВ А.М.[1], РАХИМОВ И.Р.[1], ЖУМАНОВ Д.Х.[1]

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
[2]Межрайонный кожно-венерологический диспансер № 8,
г. Ташкент. Узбекистан

Изучение эпидемиологической ситуации по сифилису за 70 лет в стране осуществлено впервые, что имеет большое значение для определения тактики профилактики, исходя из ретроспективного анализа распространенности заболевания.

Надо отметить, что за 70-летний период заболеваемость сифилисом четыре раза дала рост. С 1946 г по 1954 г. сифилис снизился до 1,2 на 100 тыс. населения. Это снижение связано с послевоенным периодом.

Сифилис резко вырос за 1955 г. и дошел до 12,2, а в 1956 г. составил 12,5 на 100 тыс. населения. Начиная с 1957 г. сифилис в интенсивном показателе начал снижаться и в 1966 г. составил 2,9 на 100 тыс. населения.

1967 г. заболеваемость сифилисом составила 6,1, в 1968 г. – 24,2, а в 1969 г. «пик» дошел до 32,1 на 100 тыс. населения. С 1970 г. заболеваемость сифилисом снизилась до 30,0, а в 1971 г. отмечено резкое снижение до 9,1 на 100 тыс. населения. В 1972 г. заболеваемость сифилисом составила 13,8, в 1973 г. – 9,1, а в 1974 г. – 6,8 на 100 тыс. населения.

С 1975 г по 1978 г. заболеваемость сифилисом почти была равна и составила с 5,2 до 7,5 на 100 тыс. населения. Начиная с 1979 г. заболеваемость сифилисом начал увеличиваться и дошел до 8,2, в 1980 г. – 10,2, в 1981 г. – 12,4, в 1982 г. дошел до «пика» этого времени – 17,2 на 100 тыс. населения.

С 1983 г. заболеваемость сифилисом начала снижаться и составила 15,0 на 100 тыс. населения. Это снижение наблюдалось до 1990 г. – 2,3 в интенсивном показателе. Одинаковый уровень отмечен в 1991 и 1992 гг. (2,4 и 2,5) на 100 тыс. населения.

Заболеваемость сифилисом начала расти в 1993 г. (4,8) и в 1997 г. дошла до максимума за 70 лет и составила 47,3 на 100 тыс. населения. До этого в 1994 г. сифилис в интенсивном показателе составил – 12,1, в 1995 г. – 25,1, в 1996 г. – 28,2 на 100 тыс. населения.

Из-за примененных новых методов профилактики заболеваемость сифилисом начала снижаться и в 1998 г. составила – 45,5, в 1999 г. – 37,6, в 2000 г. – 25,9, 2001 г. – 27,5, а в 2002 г. – 25,9, в 2003 г. – 21,8, в 2004 г. – 19,2, а в 2005 г. снижение дошло до 16,2 на 100 тыс. населения. Это снижение продолжалось и в 2006 г. и дошло до 14,2, в 2007 г. – 12,2, в 2008 г. – 10,3, В 2009 г. – 10,1, в 2010 г. – 9,0, в 2011 г. – 8,8, в 2012 г. – 6,9, в 2013 г. – 7,0, а в 2014 – 7,1, а в 2015 г. – 7,2 и в 2016 г. – 6,9 на 100 тыс. населения.

Таким образом, заболеваемость сифилисом за 70 лет в Узбекистане в зависимости от ситуаций в стране колебалась, что связано с сохранением диспансерного принципа работы.

ЯРИШ – ГЕРКСГЕЙМЕР РЕАКЦИЯСИНИНГ ЗАХМ БЕМОРЛАРИДА СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАР КЎРИНИШИГА ТАЪСИРИ

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], САБИРОВ Қ.А.[2], ЮЛДАШЕВ Қ.К.[2], ЖУМАНОВ Д.Х.[1]

[1]«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт Маркази» ДМ, Тошкент шаҳри,
[2]Хоразм вилояти тери-таносил касалликлари диспансери, Урганч шаҳри

Захм касаллиги ўзига хос хусусиятлари билан венерологияда аҳамият касб этади. Шундай хусусиятлардан бири спецефик даволаш бошлангач Яриш-Герксгеймер реакциясининг (ЯГР) кузатилишидир. ЯГРнинг кузатилиши захм беморларининг серологик реакциялари негативацияланишига ҳам таъсири бор.

Захм беморлари 170 нафар бўлиб, уларнинг – 40 таси бирламчи, 130 таси – иккиламчи захм билан касалланган. Шулардан эркаклар 55,8% ни, аёллар эса 44,2% ни ташкил этган.

Беморларнинг ёшига қараб 22 дан 60 ёшгача кузатилди.

ЯГР 125 нафар беморларда кузатилиб, уларнинг 45 тасида кузатилмаган.

ЯГР кузатилган (125 та) беморлар тана ҳароратининг ошишига қараб 4 гуруҳга бўлинди: I гуруҳда – 36,70С дан 37,20С гача – 66 та беморда, II гуруҳ – 37,30С дан 38,50С гача – 49 та беморда, III гуруҳ – 38,60С дан 400С гача – 19 та беморда, IV гуруҳ – 40,10С дан юқори – 11 тадан киритилди. V гуруҳга ЯГР кузатилмаган (25 та) беморлар киритилди.

Бирламчи захмда (40 та) ЯГР кузатилганларнинг 80±1,5% да серологик реакцияларнинг меъёрлашуви 3 ой ичида, 20±1,2% да 3 ойдан 6 ойгача фурсатда рўй берган бўлса, ЯГР кузатилмаган беморларда бу кўрсаткич мос равишда 50% ни ташкил этди. Бу олинган натижалар ЯГРнинг серологик реакцияларига ўзига хос таъсир этишидан далолат беради.

Иккиламчи янги захмда 3 ойда 75+2,6% беморларда 6 ой ичида 12,5% ЯГР кузатилган беморларда қондаги серологик реакцияларнинг негативацияси кузатилган бўлса, ЯГР кузатилмаганларда эса 100% да қондаги сероreакциялар негативацияси факат 6–12 ойдан сўнггина кузатилди.

Иккиламчи рецидив захмда ЯГР кузатилган беморларнинг 22,2±1,9% да 3 ойнинг ичида, 29,6±2% да 3–6 ой ичида, 48,2±2,8% да 6–12 ой ичида эса сероreакциялар негативацияси кузатилган бўлса, заҳмни даволаш жараёнида ЯГР аникланмаган беморларнинг 37,5±2,2% да кондаги сероreакциялар негативацияси 3–6 ойда, 62,5±2,7% да эса 6–12 ой муддатида кузатилди.

Шундай қилиб, ЯГР кузатилган беморларнинг қонидаги серологик реакциялар қанча юқори ҳолатда бўлса, уларнинг негативацияланиши шунча тез муддатда кузатилади.

ЗАХМДА СИФИЛИДЛАР РЕГРЕССЛАРИНИНГ ЯРИШ-ГЕРКСГЕЙМЕР РЕАКЦИЯСИ (ЯГР) БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], САБИРОВ Қ.А.[2], ЮЛДАШЕВ Қ.К.[2], ЖУМАНОВ Д.Х.[1]

[1]«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт Маркази» ДМ, Тошкент шаҳри;
[2]Хоразм вилояти тери-таносил касалликлари диспансери, Урганч шаҳри.

Захмда кузатиладиган қайталаниш Яриш-Герксгеймер реакцияси ўзига хос организмнинг хусусиятларидан биридир.

Ушбу илмий изланишимизда ЯГР кузатилган беморларда захм белгиларининг регрессига таъсирини ўрганиш мақсад қилиб қўйилди.

170 нафар захм беморларининг 125 тасида ЯГР кузатилди, 45 тасида кузатилмади.

Юқоридаги беморларнинг 55,8% ни – эркаклар, 44,2% ни – аёллар ташкил этишди. Уларнинг ёшлари 22 дан 60 ёшгача бўлди.

Беморлар тана ҳароратининг ошишига қараб 4 гуруҳга бўлинди: 36,70С дан 37,20С гача ошганлар – I гуруҳга (66 та), 37,30С дан 38,50С гача – II гуруҳга (49 та), 38,60С дан 400С гача – III гуруҳга (19 та), 40,10С дан юқори – IV гуруҳга (11 та бемор) киритилди. V гуруҳга ЯГР кузатилмаган (25 та) беморлар киритилди.

Шуниси эътиборлики, ЯГР кузатилган беморларда сифилидлар регресси барча беморларда даволаниш жараёнида кузатилди: эрозив шанкр ўртача 10,5±0,2 кунда эпителий билан тўлиқ қопланди, ярали шанкр эса 12,5±0,3 кунда чандиқланди, ўртача 10±0,5 кундан сўнг розеолёз тошмалар ва 16,5±0,5 кундан сўнг папулёз тошмалар йўқолиб кетди. Пустулез тошмалар

15,4±0,4, лейкодермалар эса 20,3±0,5 кунларда йўқолди. Регионал лимфаденит ўртача 37,5±0,2 кун ичида тўлиқ йўқолди.

ЯГР кузатилмаган захм билан оғриб, даволанган беморларда бу кўрсаткичларнинг меъёрлашуви ишонарли даражада кеч юзага келди. Эрозив шанкр эпителизацияси ўртача 13±0,3 кундан сўнг юзага келган бўлса (P<0,05), ярали шанкрнинг чандиқланиши ўртача 17,5±0,3 кунгача чўзилди, розелёз ва папулёз тошмалар мос равишда 14,5±0,2 ва 19,5±0,3 кундан кейингина терида сўрилиши кузатилди. Пестулёз тошмалар 18,6±0,5 ва лейкодермалар 28,5±0,5 кунларда сўрилди. Регионал лимфаденит ўртача 59±0,2 кундан сўнг меъёр даражасига етди (P<0,05).

ЗАХМДА ЖИГАР МОНООКСИГЕНАЗ ТИЗИМИ (ЖМТ) ГА ЯРИШ – ГЕРКСГЕЙМЕР РЕАКЦИЯСИНИНГ ТАЪСИРИ

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], САБИРОВ Қ.А.[2], ЮЛДАШЕВ Қ.К.[2], ЖУМАНОВ Д.Х.[1]

[1]«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт Маркази» ДМ, Тошкент шаҳри;
[2]Хоразм вилояти тери-таносил касалликлари диспансери, Урганч шаҳри.

Венерологияда захм беморларида Яриш-Герксгеймер реакцияси кузатилганларда жигар монооксигеназ тизимини ўрганиш аҳамиятли ҳисобланади ва ушбу ҳолатни эътиборга олиб илмий ишимизда ёритишни мақсад қилдик.

Бунинг учун 22 ёшдан 60 ёшгача бўлган 170 нафар (бирламчи захм – 40, иккиламчи билан 130 та) беморларнинг 125 тасида Яриш-Герксгеймер реакцияси кузатилган. Беморларнинг 55,8% эркаклардан, 44,2% аёллардан иборат бўлишган.

Шуни таъкидлаш керакки, 125 нафар захм беморларида кузатилган ЯГР беморларида ЖМТ миқдори ўсган ва ундан кейин, яъни ЯГР бўлиб ўтганда ЖМТнинг миқдори пасайиб, бошланиш арафасидаги ҳолати содир бўлган.

Хулоса қилиб шуни таъкидлаш лозимки, ЖМТ ЯГР чақирилган беморларда миқдоран ўсиб, унинг нормаллашуви ЯГРдан кейин кузатилиши ўринлидир.

γ-ИНТЕРФЕРОН В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], САБИРОВ У.Ю.[1], ЮЛДАШЕВ К.К.[2], КУРБАНОВА Н.К.[1], ЖУМАНОВ Д.Х.[1]

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент;
[2]Хорезмский областной кожно-венерологический диспансер, Хорезмская область. Узбекистан

В венерологии цитокины для суждения степени инфекционного процесса имеют большое значение. γ-интерферон относится к цитокинам. У больных серорезистентностью при сифилисе содержание его изучалось мало.

Цель работы. Изучить содержание γ-интерферона в крови больных с серорезистентностью при сифилисе, до и после дополнительного лечения.

Материал и методы. Количество содержания γ-интерферона определяли в крови 125 больных (70 мужчин и 55 женщин) с серорезистентностью при сифилисе в возрасте от 19 до 74 лет. Основная группа больных – в возрасте от 20 до 40 лет. Содержание γ-интерферона определяли в крови больных с помощью ИФА – тест-систем «Вектор – Бест». Позитивность серологических реакций крови соответствовала литературным данным. Контрольную группу составили здоровые лица, 10 человек с показателями γ-интерферона (2,9±0,9 ПГ/мл).

Результаты. Количественное содержание γ-интерферона в крови у больных с серорезистентностью при сифилисе до начала дополнительного лечения было равно 6,4±8,7 мл, против данных контрольной группы (2,9±0,9 ПГ/мл).

После проведенного дополнительного лечения в крови больных с серорезистентностью при сифилисе количественное содержание γ-интерферона повысилось и составило 13,3±0,66 ПГ/мл.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования уровня γ-интерферона в крови больных с серорезистентностью при сифилисе демонстрировали после дополнительного лечения в пользу наличия персистенции T.Pallidum в организме и об изменениях антигенпрезентующей функции макрофагов.

ЗАХМДА ҚАЙТАЛАНИШ ЯРИШ – ГЕРКСГЕЙМЕР РЕАКЦИЯСИНИНГ (ЯГР) ИММУН ТИЗИМИГА ТАЪСИРИ

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], САБИРОВ Қ.А.[2], ЮЛДАШЕВ Қ.К.[2], ЖУМАНОВ Д.Х.[1]

[1]«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт Маркази» ДМ, Тошкент шаҳри;
[2]Хоразм вилояти тери-таносил касалликлари диспансери, Урганч шаҳри.

Захмда даволаш бошлангач кузатиладиган қайталаниш Яриш-Герксгеймер реакцияси организмда содир бўладиган иммунобиокимёвий жараён ҳисобланади.

Ушбу ишимизда баъзи иммун тизимининг захм белгиларида ўзгаришини мақсад қилиб қўйдик.

170 нафар захм беморларининг 125 тасида ЯГР кузатилди, 45 тасида кузатилмади.

Юқоридаги беморларнинг 55,8% ни – эркаклар, 44,2% ни – аёллар ташкил этди. Уларнинг ёшлари 22 дан 60 ёшгача бўлди.

Беморлар тана ҳароратининг ошишига қараб 4 гуруҳга бўлинди: 36,7°С дан 37,2°С гача ошганлар – I гуруҳга (66 та), 37,3°С дан 38,5°С гача – II гуруҳга (49 та), 38,6°С дан 40°С гача – III гуруҳга (19 та), 40,1°С дан юқори – IV гуруҳга (11 та бемор) киритилди. V гуруҳга ЯГР кузатилмаганлар (25 та) беморлар киритилди.

Иммунологик тизимни ЯГРда ўрганиб, қуйидагиларни хулоса қилишимиз асосли ҳисобладик:

1. Захм кузатилган беморларда Т-иммунодефицит кузатилиб, бу асосан Т-лимфоцитлар ва Т-хелперлардан ишонарли камайиши ҳисобига юзага келган.

2. Иммун тизимнинг В-звеносида барча гуруҳларда меъёрнинг фарқли ўзгаришлар аниқланмади.

3. Даво тадбирларидан сўнг ЯГР кузатилган беморларда Т-лимфоцитлар ва Т-хелперлар миқдори ишонарли ошди ва меъёр чегараларига етди, ЯГР кузатилмаган беморларда бундай хусусият аниқланмади.

4. Нейтрофиллар фагоцитар фаоллиги ва фагоцитар сон давогача ишонарли камайгани холда, даводан сўнгги фақат 2–3 гуруҳлардагина ишончли равишда кўпайди. Лекин барча кўрсаткичлар меъёр чегарасигача етмади, бу эса кузатув давридан қисқалиги билан изохланди.

5. E.coli ва S.aureus билан ФТК фаоллигининг ошиши аниқланган беморлар кўрсаткичи даводан сўнг ошиб кетди. ЯГР кузатилгавн беморларда бу кўрсаткичлар юқори бўлган бўлса, ЯГР кузатилмаган беморларда олинган натижалар ишонарли бўлмади.

ДАННЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ СКРЫТЫМ РАННИМ

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], ЖУМАНОВ Д.Х.[1], КУРБАНОВА Н.К.[1], ЮЛДАШЕВ К.К.[2]

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент;
[2]Хорезмский областной кожно-венерологический диспансер, г. Ургенч. Узбекистан

Цель исследования. Изучить состояние биоэлектрической активности и сосудистой архитектоники головного мозга у больных сифилисом скрытым ранним. Были применены методы: Электроэнцефалография (ЭЭГ), Реоэнцефалография (РЭГ) и Эхоэнцефалография (ЭхоЭг).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 28 больных с сифилисом скрытым ранним. Возраст их колебался от 26 до 48 лет. Женщин среди обследуемых было 9, мужчин – 19 человек.

Биоэлектрическая активность и сосудистая архитектоника головного мозга больных была изучена в нейрофизиологическом кабинете ТМА. Результаты исследований следующие:

– Электроэнцефалографические исследования у 19 больных показали диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с явлениями корково-подкорковой взаимосвязи, у 3 больных выявлена умеренная внутричерепная гипертензия, у 2 – деформированный альфа-ритм, у остальных больных определены общемозговые диффузные изменения.

– Реоэнцефалографические исследования показали, что у 24 обследованных оказалась дистония тонуса мозговых сосудов; у 4 больных отмечен гипертонус сосудов головного мозга, выявлены элементы застоя и дисциркуляции в каротидной и вертебробазиллярных отведениях.

– Эхоэнцефалографические исследования у 23 обследуемых больных оказались без особенностей (смещений и внутричерепных гипертензий нет), у 5 больных выявлена легкая внутричерепная гипертензия.

Заключение. Полученные данные подтверждают, что у больных скрытым ранним

сифилисом имеются существенные функциональные изменения головного мозга. Выраженные классические формы сифилиса нервной системы регистрируются редко, и чаще встречаются стертые, малосимптомные формы, долго не вызывающие у большинства больных субъективных расстройств, а, следовательно, отмечается уменьшение самостоятельного обращения населения за медицинской помощью.

К ЭТИОПАТОГЕНЕЗУ СИФИЛИСА СКРЫТОГО РАННЕГО

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], ЮЛДАШЕВ К.К.[2], ЖУМАНОВ Д.Х.[1]

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент;
[2]Хорезмский областной кожно-венерологический диспансер, г. Урганч. Узбекистан

Проблема скрытого сифилиса в венерологии занимает особое место. По статистическим данным последних лет отмечено неуклонное увеличение удельного веса скрытой формы в общей структуре заболеваемости сифилисом. В период эпидемического пика в Республике Узбекистан в 1997 году процент скрытого сифилиса составлял 32%, в 1998 году составил уже 40%, в 1999 году – 42%, затем с небольшими колебаниями постепенно достигнул 50,2% в 2007 году.

Нами проанализированы данные клинико-анамнестического, серологического обследования 386 больных ранним скрытым сифилисом, находившихся на стационарном лечении в клинике РСНПМЦДВиК МЗРУз. Мужчин было 214, женщин – 172. Возраст больных колебался от 18 до 69 лет. Больных до 20 лет было 40, от 21 до 30 лет – 162, от 31 до 40 лет – 80, от 41 до 50 лет – 48, от 51 до 60 лет – 36, от 61 и более лет – 20 человек.

Позитивность серологических реакций крови отмечалась: в реакции Вассермана с кардиолипиновым антигеном в 89,6% случаев, трепонемным антигеном – в 87,3%, микрореакции в 93,3%, а из специфических реакций – РИФ абс дала позитивность в 95,6% случаев, РИФ 200 – в 92,4%, РИБТ – в 90,1% случаев.

При интерпретации причин развития скрытого сифилиса нами выявлено следующее:

1. у больных, занимавшихся самолечением, беспрерывный прием антибиотиков отмечен в 37,2% случаях;
2. 42,8% больных не знали о проявлениях сифилиса и о самой болезни узнали только при госпитализации в стационар;
3. у 5% больных отмечено изменение отношения к собственному здоровью;
4. 7,2% больных лечились в негосударственных, частных лечебницах;
5. 7,8% больных затруднялись в денежных средствах, не зная о бесплатности лечения сифилиса.

СКРЫТЫЙ СИФИЛИС, ВСЕГДА ЛИ ОСТАЕТСЯ СКРЫТЫМ?

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], ЮЛДАШЕВ К.К.[2], ЖУМАНОВ Д.Х.[1]

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент;
[2]Хорезмский областной кожно-венерологический диспансер, Хорезмская область. Узбекистан

Причины увеличения регистрации скрытого сифилиса многообразны. По нашему мнению, имеет место как первично бессимптомное течение сифилитической инфекции, так и некачественное, неполноценно проведенное лечение, а в некоторых случаях самолечение. Причины длительного бессимптомного течения сифилиса окончательно не выяснены. По мнению большинства авторов, при этом возникает иммунологическое равновесие между макро- и микроорганизмом. При этом бледные трепонемы не в состоянии преодолеть естественную и специфическую резистентность организма и вызвать клинически выраженные изменения, а иммунные силы организма не могут обеспечить полную гибель трепонем. Важным аспектом в диагностике и обследовании больных скрытым сифилисом является при этом исключение специфических висцеропатологий и нервной системы.

Проанализированы данные клинико-анамнестического, серологического, иммуно-биохимического, ликворологического и инструментального

исследования 386 больных скрытым сифилисом, находившихся на стационарном лечении в клинике РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Мужчин было 214, женщин – 172. Возраст больных колебался от 18 до 69 лет. Больных до 20 лет – было 40, от 21 до 30 лет – 162, от 31 до 40 лет – 80, от 41 до 50 лет – 48, от 51 до 60 лет – 36, от 61 и более лет – 20 человек.

Позитивность серологических реакций крови отмечалась: в реакции Вассермана с кардиолипиновым антигеном в 89,6% случаев, трепонемным антигеном – в 87,3%, микрореакции в 93,3%, а из специфических реакций – РИФ абс дала позитивность в 95,6% случаев, РИФ 200 – в 92,4%, РИБТ – в 90,1% случаев.

Следует отметить, что скрытый сифилис не всегда остается скрытым, так как при тщательном обследовании больных можно определить различные отклонения со стороны внутренних органов и систем.

– Из 386 больных скрытым сифилисом в 92 случаев отмечены отклонения со стороны неврологического статуса.

– Из 54 больных обследованных ликворологически в 48 случаев выявлено патологическое состояние различной степени.

– При обследовании сердечной деятельности у 98 больных скрытым сифилисом в возрасте 20–50 лет в 44,1% случаев выявлены признаки аортита и в 31,2 случаев поражение миокарда.

– Биохимические показатели, указывающие на состояние функции печени (общий белок, креатинин, мочевина, билирубин, глюкоза и др.), до лечения были снижены или увеличены, но под влиянием специфической терапии нормализовались.

Исследование состояния клеточного иммунитета показало, что количество Т-лимфоцитов в среднем было снижено до 78% от контрольных величин, отмечалось снижение относительного количества Т-хелперов в среднем на 13% и увеличение уровня Т-супрессоров на 9%. Кроме того, отмечалось увеличение циркулирующих иммунных комплексов в среднем в 1,3 раза.

Резюмируя, нужно отметить, что у больных скрытым сифилисом при тщательном обследовании можно выявить различные отклонения со стороны висцеральных органов, нервной системы, применяя чувствительные серореакции крови, а также инструментальные исследования.

К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ

ЮЛДАШЕВ К.А.[1], ЮЛДАШЕВ К.К.[2], КУРБАНОВА Н.К.[1], НУРМАТОВА И.Б.[3], ЖУМАНОВ Д.Х.[1]

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент;
[2]Хорезмский областной кожно-венерологический диспансер, Хорезмская область;
[3]Кафедра кожных и венерических болезней Ташкентской медецинской Академии, г. Ташкент. Узбекистан

В венерологии серорезистентность при сифилисе является актуальной проблемой.

Нами у 110 больных с серорезистентностью при сифилисе были изучены причинные факторы. Первичный диагноз определен: вторичный сифилис – у 9 и скрытый ранний – у 101 больного. Из них мужчин – 65, женщин – 45. Возраст больных колебался от 19 до 70 лет.

В результате изучения причинных факторов в развитии серорезистентности при сифилисе нами выделены следующие:

– позднее выявление сифилиса, т.е. чем дольше существует инфекция в организме, тем больше повышается шанс развития серорезистентности;

– лечение, начатое позднее по сроку, и проведение терапии без учета персистенции бледной трепонемы;

– самостоятельное лечение и частная терапия различными средствами без учета состояния гемоэнцефалического барьера;

– различные патологии внутренних органов, влияющие на позитивность серологических реакций крови;

– увеличенное состояние эндогенной интоксикации организма;

– применение различных антибиотиков в недостаточных дозах без учета плацентарного барьера у беременных женщин;

– неправильная интерпретация «ложноположительных серологических реакций» крови у обследованных;

– при проведении терапии не учитываются другие формы микст-инфекций (ИППП нового поколения).

Практическим работникам дерматовенерологической службы необходимо учитывать вышеуказанные факторы при проведении терапии для предупреждения развития серорезистентности при сифилисе.

БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЯ В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ФОТОСТАРЕНИЯ

АБИДОВ А.М., ТОИРОВ Б.А., ХОДЖАЕВА Н.Б.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский ценр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Фотостарение кожи — это процесс постоянного повреждения кожи солнечными лучами. Одно из наиболее выраженных проявлений фотостареющей кожи — снижение ее эластичности и упругости.

Биоревитализация кожи лица – одна из самых действенных мер для профилактики фотостарения, а также для ускоренной регенерации кожи. Биоревитализация — процедура, которая представляет собой введение подкожных инъекций гиалуроновой кислоты, которые, в свою очередь, направляют свое действие на улучшение тонуса кожи, ее цвета и эластичности, а также разглаживание мелких морщин. Кроме глубочайшего увлажнения, данная методика предоставляет коже защиту, которая построена на действии антиоксидантов, а также создает оптимальные условия для функционирования фибробластов. Именно эти клетки синтезируют очень важные структуры: эластин, коллаген и гиалуроновую кислоту.

Цель исследования. Оценка эффективности биоревитализации с использованием препарата HYALUAL 1,1 у пациентов с фотостарением.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 20 пациенток с признаками фотостарения в возрасте от 30 до 45 лет. Данной группе пациентов была проведена процедура биоревитализации с препаратом HYALUAL 1,1. Инъекции в технике «пикотаж» проводились на всех участках кожи, подверженных воздействию солнечных лучей (лицо, шея, декольте и кисти рук). В каждую зону вводилось по 0,5–0,6 мл препарата. Процедура проводилась 1 раз в 3 недели, на курс 3–4 процедуры. Для поддержания результата процедура проводилась 1 раз в 3 месяца.

Результаты. Эффект был виден сразу после первой процедуры. Все пациенты отмечали чувство « наполненности» кожи и эффект лифтинга, который нарастал к 3–4 процедуре. Улучшился цвет лица, разглаживались мелкие морщинки, уменьшалась глубина крупных морщин. Случаев непереносимости препарата не было.

Выводы. Проведенные нами клинические наблюдения позволяют сделать вывод об эффективности применения препарата HYALUAL 1,1 в лечении фотоповреждения кожи и профилактике фотостарения. Биоревитализация препаратом HYALUAL 1,1 улучшает цвет кожи, выравнивается ее рельеф, устраняются морщины и дряблость, кожа подтягивается, выглядит моложе, уменьшается пигментация. Эффект от процедуры ревитализации сохраняется продолжительный период, поскольку она формирует запас активных компонентов в коже, который на протяжении последующего периода способствует восстановлению кожи и клеток, замедлению старения.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

АБИДОВ А.М., АЗИМОВА Ф.В., ТОИРОВ Б.А.

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

Актуальность. Рубцы, являясь выраженным косметическим недостатком, часто приводят к психоэмоциональному дискомфорту, а также к развитию психосоциальной дезадаптации и снижению качества жизни. В мировой практике келоидное рубцевание является одной из самых больших проблем в заживлении раны. Келоидные рубцы встречаются от 4,5 до 16% от общей популяции. Современная терапия данного заболевания основана на комбинированном применении лазерных технологий, в частности, RF (Radio frequency) лазер и гормональной терапии.

Цель исследования. Применение RF в сочетании с внутриочаговым введением триамцинолона ацетонида в терапии келоидных рубцов.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 30 больных, страдающих келоидными рубцами. Из них 18 лиц мужского пола и 12 женского пола в возрасте от 13 до 35 лет, с давностью заболевания от одного года до 5 лет. Всем пациентам использовали радиочастотный лазер (RF) специальной насадкой на средней глубине 50 Гц, один сеанс в 4 недели, всего 3 сеанса. После проведения RF в очаг рубца вводили триамцинолон ацетонид 40мг. В ходе проведения терапии со стороны пациентов, получавших RF, совместно с триамцинолона ацетонида отмечалось покраснение рубцов и жжение, которые проходили через несколько минут. Зуд прекратился у 28 (93,3%) пациентов, у 25 (83,3%) больных после проведенного курса разрешилось чувство натяжения. У 28 (93,3%) больных келоидные рубцы начали рассасываться после проведения одного сеанса, у 27 (90,0%) больных келоидные рубцы полностью рассосались к концу курса терапии.

Выводы. Результаты исследования показывают, что применение RF в комбинации с триамцинолон ацетонидом при лечении келоидных рубцов усиливает действие триамцинолон ацетонида и быстро снимает субъективные ощущения (зуд, болезненность, натяжение), а также способствует рассасыванию элементов поражения.

ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

АЗИМОВА Ф.В., САБИРОВ У.Ю., ШОРАХМЕДОВ Ш.Ш.

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

В настоящее время раскрыто большое количество факторов роста, способных контролировать развитие и цикл волосяного фолликула. Одни участвуют в инициации стадии анагена (IGF-1, HGF, KGF, VEGF, FGF-7, FGF-2, FGF-18), другие подавляют рост и дифференцировку фолликула в стадии телогена и катагена (TGF-β, FGF-5, EGF). Наиболее интересным из них является инсулиноподобный фактор роста (IGF-1), который имеет структурное сходство с инсулином и является ключевым фактором во многих биологических процессах. IGF-1 влияет на пролиферацию фолликула, тканевое ремоделирование и цикл роста волос, на дифференцировку фолликула у трансгенных мышей, а также уменьшает экспрессию TGF-β1.

Цель исследования. Установить роль инсулиноподобного фактора роста при гнездной алопеции.

Материал и методы. Под наблюдением находились 56 пациентов с различными формами гнездной алопеции в возрасте от 19 до 38 лет. Основное количество больных – с локальной формой, среди которых пациентов с очаговой формой было 20 (36,2%), полиочаговой – 16 (29,7%), лентовидной – 1 (1,9%). Больных с субтотальной формой гнездной алопеции было 9 (16,1%), тотальной – 3 (4,5%), универсальной – 7 (11,6%). Женщин в проводимом исследовании больше на 16,2% вследствие того, что иммунная система женщин более лабильна, чем у мужчин. Наибольшая часть больных страдала гнездной алопецией до одного года – 43,8% и от одного года до 5 лет – 38,7%. Более длительные сроки заболевания наблюдались у 1/5 части больных (17,5%). Контрольная группа состояла из 20 здоровых людей, репрезентативных по полу и возрасту. Всем больным было проведено видеотриходерматоскопическое исследование кожи волосистой части головы при помощи видеокамеры Aramo-SG(Корея) с линзами X60 и X200 и диагностической программы Trichoscience с целью определения патологических волос и степени атрофичности волосяных фолликулов. Исследование в крови инсулиноподобного фактора роста (IGF-1) производилось на аппарате «Humareader Single» автоматизированным иммуноферментным методом.

Результаты. Проведенные исследования показали (см. табл.), что концентрация инсулиноподобного фактора роста (IGF-1) в крови у пациентов гнездной алопецией достоверно снижалась по сравнению с контрольной группой, причем такое снижение коррелировало со степенью тяжести заболевания. Так, у больных с очаговой и полиочаговой формами гнездной алопеции концентрация IGF-1в крови составила 41,8±5,38 pg/ml (P<0,001), субтотальной и тотальной формами – 36,3±7,38 pg/ml (P<0,001), и наиболее низкие показатели у пациентов с универсальной формой – 12,3±9,64 pg/ml (P<0,001), тогда как у пациентов контрольной группы аналогичный показатель составил 84,7±12 pg/ml.

Таблица

Концентрация инсулиноподобного фактора роста в крови больных гнездной алопецией

Фактор роста в крови (pg/ml)	Контрольная группа (n=20)	Больные гнездной алопецией (n=56)		
		очаговая, полиочаговая лентовидная (n=37)	субтотальная и тотальная (n=12)	универсальная форма (n=7)
Инсулиноподобный фактор роста (IGF-1)	84,7±12	41,8±5,38***	36,3±7,38***	12,3±9,64***

Примечание: * – различия относительно данных контрольной группы значимы (*** – P<0,001).

Выводы. У пациентов гнездной алопецией наблюдается достоверное снижение инсулиноподобного фактора роста (IGF-1), которое увеличивается по мере нарастания тяжести заболевания. Полученные результаты доказывают снижение митотической активности клеток волосяной луковицы при гнездной алопеции и необходимость коррекции мезотерапевтическим введением плазмы, обогащенной тромбоцитами.

РОЛЬ КЛЮЧЕВЫХ МОЛЕКУЛ В БИОРИТМЕ ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

АЗИМОВА Ф.В., САБИРОВ У.Ю., ШОРАХМЕДОВ Ш.Ш.

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

Экспериментальные исследования последних лет в области цитологии, гистологии и биохимии позволили установить, что для каждой стадии морфологического развития волосяного фолликула характерна уникальная картина экспрессии факторов роста, их рецепторов и антагонистов, молекул адгезии и компонентов внутриклеточных сигналов. В современной литературе имеются единичные публикации, посвященные заболеваниям волосистой части головы, которые позволяют сделать выводы о возможной патогенетической роли факторов роста в развитии алопеций. Как известно, факторы роста — это тканевоспецифичные полипептиды локального действия только на органы-мишени. В ранее проведенных исследованиях прикладного проекта АДСС 20.4 в 2012–2014 гг. уже были изучены такие факторы роста, как фактор роста фибробластов (FGF), фактор роста эндотелия сосудов (VEGF), эпидермальный фактор роста (EGF), и было доказано их непосредственное влияние на цикл волосяного фолликула у лиц узбекской популяции. Продолжая исследование фазы роста и покоя при андрогенной алопеции, мы в данной научно-исследовательской работе хотели бы уделить внимание инсулиноподобному фактору роста (IGF-1) из-за его способности активно воздействовать на пролиферацию клетки.

Цель исследования. Определить влияние ключевых молекул на фазу анагена при андрогенной алопеции.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 39 пациентов с андрогенной алопецией мужского пола. Согласно классификации Норвурда – Гамильтона, III степень андрогенной алопеции наблюдалась у 16 (41,1%) и выражалась в выраженных залысинах в области лба; III–IV степени – 13 (33,3%), при котором отмечалось выпадение волос не только в области лба, но и теменной области; IV–V степени – у 10 (25,6%) мужчин и проявлялось слиянием очагов выпадения волос в теменной и лобной областях волосистой части головы. Распределение пациентов андрогенной алопецией в зависимости от длительности патологического процесса показало, что основное количество обращающихся за консультацией составляют больные с длительностью заболевания от одного года до 5 лет – 51,6%. Почти одинаковое количество пациентов составили больные с андрогенной алопецией длительностью до одного года – 24,8% и от 5 до 10 лет – 23,6%. Гормон «тестостерон» у мужчин был в норме. Всем больным было проведено видеотриходерматоскопическое исследование кожи волосистой части головы при помощи видеокамеры Aramo-SG(Корея) с линзами X60 и X200 и диагностической программы Trichoscience с целью определения фаз анагена и телогена, степени миниатюризации и степени атрофичности волосяных фолликулов. Исследование в крови инсулиноподобного фактора роста (IGF-1) производилось на аппарате «Humareader Single» автоматизированным иммуноферментным методом.

Результаты. Проведенные исследования инсулиноподобного фактора роста (IGF-1) в

крови у пациентов андрогенной алопецией показали недостоверные изменения концентрации данного фактора при III степени и III-IV степени, что нельзя сказать о пациентах с IV–V степенью, у которых данный показатель был достоверно снижен. Так, концентрация инсулиноподобного фактора роста у пациентов андрогенной алопецией III степени составила 91,4±2,16 pg/ml, при III–IV степени – 79,4±3,52 pg/ml, при IV–V степени – 51,8±1,62 pg/ml (P<0,001), тогда как у пациентов контрольной группы аналогичный показатель составил 84,7±12 pg/ml.

Выводы. У мужчин с андрогенной алопецией показатели IGF-1 не отличались от показателей лиц контрольной группы, лишь у пациентов более тяжелой стадии (IV–V стадии) наблюдалось достоверное снижение данного фактора. Полученные результаты свидетельствуют о незначительных изменениях в плане снижения регенерации на начальных стадиях андрогенной алопеции, что нельзя утверждать о более поздних стадиях (IV–V стадии), когда процессы клеточной регенерации заторможены. Представленные данные также могут служить маркерами степени тяжести патологического процесса.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

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

Ташкентский городской кожно-венерологический диспансер,
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии» МЗ РУз,
г. Ташкент. Узбекистан

Проблема герпес-вирусной инфекции (ГВИ) в дерматокосметологии приобрела особую актуальность в последние десятилетия в связи с расширением косметологических услуг, на которые возрос спрос населения, и необходимостью использования новых, в том числе и инвазивных, косметологических методик. Особенностями ГВИ, клинически значимыми в дерматокосметологической практике, являются: инфицирование в детском возрасте, длительное латентное течение, «пожизненная» персистенция вируса, многообразие клинических манифестных форм. Реактивация латентного вируса может произойти под влиянием стресса, травмы, косметологического вмешательства, особенно инвазивного. Нераспознанный герпес или неправильно оцененный герпетический анамнез с применением соответствующей лечебной тактики может привести к следующим осложнениям ГВИ после косметологических вмешательств: к рецидиву заболевания, возникновению герпетиформной экземы Капоши, герпетических нейроинфекций, офтальмогерпеса, герпетического стоматита. Вот почему в косметологии так важен правильный выбор объема и времени проведения противогерпетического профилактического лечения.

Выбор тактики назначения противогерпетических препаратов зависит от предполагаемого вида косметологического вмешательства и предшествующего течения ГВИ. Оценивают степень инвазивности предполагаемого воздействия (косметологическая хирургическая операция, лазерная шлифовка, дермабразия, пирсинг, перманентный татуаж, химический пилинг), а также частоту рецидивов: частые (1–2 раза в год), редкие (1 раз в 2–3 года), эпизоды ГВИ в прошлом, отсутствие «герпетического анамнеза».

Самым действенным в лечении ГВИ является селективное воздействие на различные этапы репродукции вируса, когда применяется ацикловир по 200мг 5 раз в сутки в течение 10–14 сут. В дерматокосметологической практике наиболее значимо профилактическое противовирусное лечение химиопрепаратами. Выделяют два основных вида: эпизодическую (кратковременную, в течение 5–10 сут) и супрессивную (длительную, в течение 6–12 мес). Основные назначаемые препараты ацикловир (герпевир) по 400мг 2 раза в сутки и валацикловир по 500мг 1 раз в сутки. Опыт профилактической противогерпетической терапии при косметологических вмешательствах подтверждает высокую эффективность данного подхода.

ТРИХОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТЕЛОГЕНОВОГО ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

ДЕЕВА Н.В.[1], КРИНИЦЫНА Ю.М.[1], ЯКУБОВИЧ А.И.[2], СЕРГЕЕВА И.Г.[1]

[1]Новосибирский государственный университет Россия, г. Новосибирск;
[2]ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск. Россия

Телогеновое выпадение волос является частой и гетерогенной проблемой. Механизмы развития телогеновой алопеции при аутоиммунном тиреоидите (АИТ) остаются не до конца выясненными.

Цель исследования. Изучить трихоскопические особенности телогеновой алопеции у женщин с АИТ.

Материал и методы. В исследование включены 40 женщин. В 1 группу вошли 22 пациентки в возрасте 34,4 ± 11,4 лет с телогеновой алопецией и АИТ, во 2 группу – 18 пациенток в возрасте 31,6 ± 8,2 лет с телогеновой алопецией, без АИТ. Видеотрихоскопию проводили с помощью прибора с увеличительными линзами х100 и х400. Густоту и толщину волос измеряли в теменной, височной и затылочной областях. Поредением и истончением волос считали значения менее 100 волос/см² и менее 50 μм соответственно.

Результаты. Поредение волос в 1 группе наблюдали в теменной области у 4 (18,2%) женщин, в височной области – у 9 (40,9%), в затылочной области – у 2 (9,1%). Во 2 группе поредение волос отмечено в теменной области у 3 (16,7%) пациенток, в височной области – у 11 (61,1%), в затылочной области – у 9 (50,0%). Истончение волос в 1 группе наблюдали в теменной области у 7 (31,8%) пациенток, в височной и затылочной областях – по 9 (40,9%). Во 2 группе истончение волос отмечено в височной и затылочной областях – у 6 (33,3%) и 1 (5,6%) женщин соответственно. Поредение волос наблюдали чаще у пациенток 2 группы в затылочной области по сравнению с 1 группой ($p < 0,05$). Истончение волос чаще встречали у пациенток 1 группы в теменной и затылочной областях по сравнению со 2 группой ($p < 0,05$).

Выводы. Для женщин с АИТ характерно истончение волос в теменной и затылочной областях и сохранение густоты волос в затылочной области.

КОЛЛАГЕНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ ТЕРАПИИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

ИСМАИЛОВА Г.А., ПРАВОТОРОВА Т.С.

Ташкентская медицинская академия,
г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Определить эффективность применения препарата Коллост гель (Россия) в комплексной терапии при коррекции атрофических рубцов, в том числе постакне.

Материал и методы. В ходе работы была проведена коллагенотерапия препаратом Коллост (7%) у 26 пациентов с наличием постакне и у 14 пациентов с посттравматическими атрофическими рубцами. 12 пациентов с постакне ранее принимали препарат Роаккутан, который, как известно, тормозит процессы обновления клеток дермы. Пациенты были разделены на две группы. В первой группе пациентам проводилась коллаген-индуцированная терапия (КИТ) дермароллером и дермапеном в среднем по 6 процедур, во второй группе только коллагенотерапия в качестве первого этапа коррекции. В обеих группах проводилась коллагенотерапия гелем Коллост (7%), который вводился под атрофические рубцы с гиперкоррекцией, после процедуры наносилась сыворотка гиалуроновой кислоты.

Коллаген – основной белок дермы, который выполняет структурную функцию, участвует в организации дермального матрикса, обеспечивает межклеточное взаимодействие, играет важнейшую роль в репаративных процессах. Качество коллагенового каркаса определяет прочность и эластичность кожи. Внутрикожное введение коллагенсодержащего препарата приводит к механическому заполнению зоны коррекции, усилению миграции фибробластов, запуску механизма синтеза собственного молодого коллагена и восстановлению структуры и функции соединительной ткани. «КОЛЛОСТ» — это «биологический макет межклеточного вещества дермы», волокна которой напоминают решетку, действующий как шаблон для формирования новой ткани.

Результаты. В обеих группах коллагенотерапия показала видимые результаты. Пациентам с атрофическими рубцами постакне, принимавшим ранее Роаккутан, для коррекции рельефа лица коллагенотерапия является оптимальным методом после предварительного проведения субцизии.

Выводы. Оценка предварительных результатов характеризует использование коллагенотера-

пии гелем Коллост как эффективный метод терапии в лечении атрофических рубцов и позволяет рекомендовать данный метод для дальнейшего применения в практике.

PRP В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ АКНЕ

МУН А.В., ЮСУПОВА Ш.А., ИСЛОМОВА Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт;
Ташкентская медицинская академия. Узбекистан

Акне (угревая болезнь) – воспалительное заболевание сальных желез со сложным этиологическим фактором развития.

PRP – это аутологичный концентрированный плазменный раствор, полученный путем центрифугирования собственной крови пациента.

Лечебный эффект плазмотерапии при акне основан на роли тромбоцитов в процессе заживления и восстановления поврежденных тканей. Белки, гормоны, витамины, которые выделяются из плазмы вместе с тромбоцитами, ускоряют восстановление тканей и обновление клеток.

Цель исследования. Оценка эффективности PRP-терапии у пациентов с акне.

Материал и методы исследования. Был применен метод «Плазмолифтинг», который в свою очередь является неглубокой инвазивной косметологической процедурой. Процедура начинается с забора у пациента венозной крови в объеме 10–20 мл в пробирку, затем она разделяется на несколько фракций в специальной центрифуге. Забирается та фракция, которая обогащена тромбоцитами и после предварительного обезболивания кремом, в составе которого содержится лидокаин, вводится подкожно и внутрикожно в проблемные места на коже при помощи тонких игл.

Под нашим наблюдением находились 12 пациенток с акне в возрасте от 16 до 27 лет. Всем пациенткам была проведена PRP-терапия. В каждую проблемную зону вводилось по 0,5–0,6 мл препарата 1 раз в 2 недели курсом 4–6 процедур.

Результаты исследования. Эффективность данной методики была видна после первой же процедуры. Все пациентки отмечали эффект лифтинга кожи лица, разглаженность небольших морщин, уменьшение воспалительных элементов, исчезновение жирного блеска, сокращение пор, а также улучшение цвета лица. Побочных эффектов от процедуры не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, применение PRP-терапии у больных с акне дает положительные результаты, что проявляется быстрым разрешением воспалительных элементов и нормализацией функции сально-волосяного аппарата.

ПРЕИМУЩЕСТВА КАРБОНОВОГО ПИЛИНГА ПРИ АКНЕ

МУН А.В., ЮСУПОВА Ш.А., ИСЛОМОВА Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт;
Ташкентская медицинская академия. Узбекистан

Акне – заболевание сальных желез, характеризующееся закупоркой и воспалением волосяных фолликулов.

Карбоновый (углеродный) пилинг – это современный метод очищения и омоложения кожи. Нюанс этой процедуры – специальный гель-маска, в которой содержатся наночастицы диоксида углерода. Терапевтический эффект наногеля основан на его способности глубоко проникать в слои кожи, связывать клетки эпидермиса, а также притягивать остатки кожного сала и грязь. Лазерное воздействие, в свою очередь, выпаривает отмершие клетки, стимулирует выработку коллагена и эластина, уничтожает патогенную микрофлору, выравнивает цвет и рельеф кожного покрова.

Цель исследования. Изучить эффективность карбонового пилинга у больных с акне.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 30 больных с акне в возрасте от 16 до 30 лет (22 – женского, 8 – мужского пола). Больные были разделены на 2 группы (по 15 человек в каждой). Первой группе проводилась традиционная терапия, включавшая в себя антибиотики, эритромицин-цинковый комплекс, ретиноиды и местно крем с азелаиновой кислотой. Второй группе больных, помимо традиционной терапии, также был назначен карбоновый пилинг 1 раз в 2 недели курсом 4–5 процедур. Клиническая эффективность была оценена с помощью диагностической платформы JANUS II.

Результаты исследования показали, что в первой группе из 15 больных клиническое улучшение наблюдалось у 9 пациентов (60%), а во второй группе этот показатель составил 87%, то

есть из 15 пациентов клиническое выздоровление наблюдалось у 13.

Выводы. Таким образом, применение карбонового пилинга у больных с акне приводит к более быстрому разрешению воспалительных элементов и нормализации функции сально-волосяного фолликула.

ОЦЕНКА ВЛАГОМЕТРИЧЕСКИХ, ЭЛАСТОМЕТРИЧЕСКИХ И ПРОФИЛОМЕТРИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КОЖИ ЛИЦА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БИОРЕВИТАЛИЗАНТОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И МАННИТОЛА

КАРАЕВ Э.М., ШАМСИЕВА Г.И.

Клиника «MUQARNAS»

Juvederm Hydrate – это готовый препарат для биоревитализации, разработанный специалистами компании ALLERGAN (США), содержащий нативную гиалуроновую кислоту в количестве 13,5 мг/мл, идентичную по структуре гиалуроновой кислоте кожи и 0,9%-го маннитола для пролонгирования результатов биоревитализации. Данный препарат зарегистрирован на территории Республики Узбекистан как изделие медицинского назначения (ИМН).

Цель исследования. Открытая, перспективная клиническая оценка эффективности, безопасности использования ИМН Juvederm Hydrate.

Материал и методы. Клиническое наблюдение, изучение влагометрических, эластометрических и профилометрических показателей кожи лица, анкетирование пациентов.

В исследовании участвовали 38 пациентов мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 58 лет, не принимавшие участие в аналогичных исследованиях за последние четыре недели, с неотягощенным анамнезом и отсутствием дерматологических патологий, давшие письменное информированное согласие, соблюдавшие режим, согласно протоколам и рекомендациям апробации.

Пациентам проводили 4 сеанса инъекций Juvederm Hydrate по 1,0 мл с интервалом 14 дней (день – 0, 14, 28, 42) иглами 30G.

Все пробанды оценивались при обращении к медицинскому косметологу (0), после третьей процедуры и по истечении 14 дней после последней инъекции.

Критерии влагометрических, эластометрических и профилометрических показателей кожи (для всех пациентов) оценивались по визуально-цифровой шкале от 0 до 3, где 0 означает здоровая кожа, 1 – незначительная сухость кожи лица, 2 – сухость и шелушение кожи лица, 3 – сухость, шелушение, множественные мелкие морщины в периорбитальной зоне, на коже в области лба, щек и подбородка.

Результаты. При оценке состояния кожи лица (0 день) были выявлены следующие показатели: у 12 пробандов оценка составила 3, у 24 – 2, у 2 пробандов оценка составила 1.

На 28-й день клинического наблюдения отмечались следующие показатели: у 3 пробандов оценка составила 3, у 15 пробандов оценка составила 2, у 16 – 1, у 4 пробандов равнялась 0, что демонстрирует улучшение состояние кожи по сравнению с первичным осмотром.

По истечении 56 дней после последней инъекции препаратом Juvederm Hydrate, всего у 3 пациентов оценка составила 1, у 35 пациентов оценка равнялась 0. Данный показатель демонстрирует, что препарат Juvederm Hydrate обладает мощными гидратационными свойствами и может быть применен при лечении сухости кожи, профилактики и лечении признаков фото- и хроностарения.

Выводы. Таким образом, учитывая влагометрические, эластометрические и профилометрические показатели кожи в процессе проведения испытания, изделие медицинского назначения Juvederm Hydrate является безопасным и эффективным средством, зарегистрированным на территории Республики Узбекистан, и может быть рекомендовано при использовании в практике медицинского косметолога.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А ПРИ КОРРЕКЦИИ МИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

КАРАЕВ Э.М., ШАМСИЕВА Г.И.

Клиника «MUQARNAS»

Нейронокс – миорелаксант с периферическим механизмом действия, представляет собой комплекс, полученный из культуры Clostridium botulinum штамма Hall, 1 флакон которого содержит основное *действующее вещество* – клостридиум ботулинотоксин типа А 100 еди-

ниц и *вспомогательные вещества* – альбумин человека сывороточный и натрия хлорид

Цель исследования: Оценка эффективности и безопасности применения ботулотоксина типа А (NEURONOX) при коррекции мимической активности верхней трети лица.

Материалы и методы: осмотр, анкетирование пациентов и врачей, клиническое наблюдение, ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов.

В исследовании учувствовали 78 пациентов женского пола узбекской национальности в возрасте от 21 до 55 лет и 10 врачей с соответствующей квалификацией.

К исследованию не были допущены: лица моложе 18 лет; с наличием аллергических реакции на косметическую или фармацевтическую продукцию в анамнезе; с активной, тяжёлой кожной инфекцией лица; с системными заболеваниями соединительной ткани; с онкологическими заболеваниями; не подписавшие информационное согласие и не получавшие инъекции филлеров в течении последних 2 лет; лица, перенесшие ботулизм в анамнезе, а так же беременные женщины и кормящие матери.

Все пробанды оценивались в первый день и по истечению 14 дней после полученной процедуры.

Критерии «Клиническая эффективность» оценивался по шкале от 0 до 5 (0 – нет результата, а 5 – отличный результат) спустя на 14 день после процедуры.

Критерии «Осложнения после проведения процедуры» оценивался врачом по показателям (-) – нет осложнений и (+) – есть осложнения, с указанием осложнения на 14 день после процедуры.

Критерий «Болезненность процедуры » (для всех пробандов) оценивался по Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) от 0 до 10 (0 – нет боли, а 10 – худшая боль, какую можно себе представить) во время инъекции.

Результаты и выводы: При оценке клинической эффективности средний показатель на 14 день после проведения процедуры составил 4,8.

При оценке критерия «Осложнения после проведения процедуры» врачом и пациентом, были выявлены петехии у 12 пациентов, незначительный птоз левого верхнего века (возможное осложнение при ошибке введения препарата, согласно инструкциям) у 1 пациента и асимметрия расположения бровей у одного пациента, которая была скорректирована после введения дополнительного объёма препарата согласно рекомендациям.

По ВАШ, показатель болезненности процедуры во время инъекций фармакологического препарата NEURONOX составило 2, что соответствует незначительной болезненности при инъекции.

Таким образом, фармакологический препарат NEURONOX компании **MEDYTOX** (Корея) является эффективным и безопасным средством зарегистрированным в Республики Узбекистан, для коррекции мимической активности верхней трети лица и может быть рекомендован для применения в работе медицинского косметолога.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЛЛЕРОВ ПРИ ОБЪЕМНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СКУЛОВОЙ ЗОНЫ

КАРАЕВ Э.М., ШАМСИЕВА Г.И.

Клиника «MUQARNAS»

На сегодняшний день на рынке Узбекистана существует большое количество наполнителей на основе гиалуроновой кислоты. Учитывая, что инъекции филлерами являются очень популярными в эстетической медицине при коррекции возрастных изменений кожи, дерматокосметолог должен четко понимать основные физико-химические свойства препарата и быть уверен в эффективности и безопасности их использования.

Цель исследования. Сравнить клиническую эффективность, комфортность использования и безопасность применения филлера компании TEOXANE (Teosyal Ultimate 3.0 ml) и других наполнителей на основе гиалуроновой кислоты при объемном ремоделировании скуловой зоны.

Материал и методы. Осмотр, анкетирование пациентов и врачей, клиническое наблюдение, ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов.

В исследовании участвовали 60 пациентов женского пола узбекской национальности в возрасте от 21 до 55 лет и 10 врачей с соответствующей квалификацией. Пробанды были разделены на 2 группы. I группа – 30 пациентов, которым проводились инъекции филлером компании TEOXANE; II группа – 30 пациентов (другие филлеры, содержащие в своем составе лидокаин).

К исследованию не были допущены: лица моложе 18 лет; с наличием аллергических реакций на косметическую или фармацевтическую продукцию в анамнезе; с активной, тяжелой кожной инфекцией лица; с системными заболеваниями соединительной ткани; с онкологическими забо-

леваниями; не подписавшие информационное согласие и не получавшие инъекции филлеров в течение последних 2 лет, а также беременные женщины и кормящие матери.

Все пробанды оценивались в первый день и по истечении 5 дней после полученной процедуры.

Критерий «Клиническая эффективность» оценивался по шкале от 0 до 5 (0 – нет результата, 5 – отличный результат) спустя 10 минут и на пятый день после процедуры.

Критерий «Болезненность процедуры» (для всех пробандов) оценивался по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 10 (0 – нет боли, 10 – худшая боль, какую можно себе представить) во время инъекции, во время массажа/моделирования, спустя 10 минут после процедуры.

Критерий «Комфортность/дискомфортность работы с филлером» оценивался врачом по шкале от 0 до 3 (0 – не удовлетворительный, 3 – отличный).

Результаты. При оценке клинической эффективности средние показатели в I и II группах составили 4,64 : 4,04 спустя 10 минут после процедуры и 4,78 : 3,54 соответственно на 5-й день, т.е. результаты при использовании TEOXANE (Teosyal Ultimate 3.0 ml) были выше, чем при использовании филлеров других компаний.

По ВАШ показатель болезненности процедуры во время инъекций изделий медицинского назначения в I группе был равен 2,78, во II группе – 4,9; при моделировании средние показатели были равны 1,21 (I группа) и 3,21 (II группа) и спустя 10 минут после инъекций филлером TEOXANE (Teosyal Ultimate 3.0 ml) показатель был равен 0,6, тогда как во II группе составил 2,4.

Средний показатель «Комфортность/дискомфортность работы с филлером», оцененный по 3-х балльной шкале, где учитывались упаковка препарата, конструкция самого шприца, физиологические свойства филлера, легкость введения и моделирования препарата, составил в I группе 2,65, а во II группе – 2,18.

Выводы. Таким образом, филлер Teosyal Ultimate 3.0 ml компании TEOXANE является безопасным, эффективным и комфортным в использовании изделием медицинского назначения. Зарегистрирован в Республике Узбекистан и может быть рекомендованы при объемном ремоделировании скуловой зоны.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЛЛЕРОВ КОМПАНИИ ALLERGAN (JUVEDERM VOLUMA WITH LIDOCAINE)

КАРАЕВ Э.М., ШАМСИЕВА Г.И.

Клиника «MUQARNAS»

На сегодняшний день на рынке Узбекистана существует большое количество наполнителей на основе гиалуроновой кислоты. Учитывая, что инъекции филлерами являются очень популярными в эстетической медицине при коррекции возрастных изменений кожи, дерматокосметолог должен четко понимать основные физико-химические свойства препарата и быть уверен в эффективности и безопасности их использования.

Цель исследования. Сравнить клиническую эффективность, комфортность использования и безопасность применения филлера компании Allergan (Juvederm Voluma with Lidocaine) и других наполнителей на основе гиалуроновой кислоты при объемном ремоделировании скуловой зоны.

Материал и методы. Осмотр, анкетирование пациентов и врачей, клиническое наблюдение, ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов.

В исследовании участвовали 50 пациентов женского пола узбекской национальности в возрасте от 21 до 58 лет (средний возраст 36 лет) и 10 врачей с соответствующей квалификацией. Пробанды были разделены на 2 группы: I группа – 25 пациентов, которым проводились инъекции филлером компании Allergan; II группа – 25 пациентов (другие филлеры, содержащие в своем составе лидокаин).

К исследованию не были допущены: лица моложе 18 лет; с наличием аллергических реакций на косметическую или фармацевтическую продукцию в анамнезе; с активной, тяжелой кожной инфекцией лица; с системными заболеваниями соединительной ткани; с онкологическими заболеваниями; не подписавшие информационное согласие и не получавшие инъекции филлеров в течение последних двух лет, а также беременные женщины и кормящие матери.

Все пробанды оценивались в первый день и по истечении 5 дней после полученной процедуры.

Критерий «Клиническая эффективность» оценивался по шкале от 0 до 5 (0 – нет результата, а 5 – отличный результат) спустя 10 минут и на пятый день после процедуры.

Критерий «Болезненность процедуры» (для всех пробандов) оценивался по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 0 до 10 (0 – нет боли, 10 – худшая боль, какую можно себе представить) во время инъекции, во время массажа/моделирования, спустя 10 минут после процедуры.

Критерий «Комфортность/дискомфортность работы с филлером» оценивался врачом по шка-

ле от 0 до 3 (0 – неудовлетворительный, 3 – отличный).

Результаты. При оценке клинической эффективности средние показатели в I и II группах составили 4,81 : 4,08 спустя 10 минут после процедуры и 4,92 : 3,75 соответственно на 5-й день, т.е. результаты при использования Juvederm Voluma with Lidocaine были выше, чем при использовании филлеров других компаний.

По ВАШ показатель болезненности процедуры во время инъекций изделий медицинского назначения в I группе был равен 2,8, во II группе – 4,9; при моделировании средние показатели были равны 1,21 (I группа) и 3,21 (II группа) и спустя 10 минут после инъекций филлером Juvederm Voluma with Lidocaine показатель был равен 0,5, тогда как во II группе составил 2,6.

Средние показатели «Комфортность/дискомфортность работы с филлером», оцененный по 3-х балльной шкале, где учитывались упаковка препарата, конструкция самого шприца, физиологические свойства филлера, легкость введения и моделирования препарата, составили в I группе 2,7, а во II группе – 2,21.

Выводы. Таким образом, филлер Juvederm Voluma with Lidocaine компании Allergan является безопасным, эффективным и комфортным в его использовании как изделие медицинского назначения. Зарегистрирован в Республике Узбекистан и может быть рекомендован при объемном ремодулировании скуловой зоны.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИОРЕВИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОГО КОСМЕТОЛОГА

КАРАЕВ Э.М., ШАМСИЕВА Г.И.

Клиника «MUQARNAS»

IAL-System – это готовый препарат для мезотерапии, разработанный специалистами компании Fidia Farmaceutici S.p.a., содержащий нативную гиалуроновую кислоту в количестве 18мг/мл, идентичную по структуре гиалуроновой кислоте кожи. Данный препарат зарегистрирован на территории Республики Узбекистан как изделие медицинского назначения (ИМН).

Цель исследования. Открытая, перспективная клиническая оценка эффективности, безопасности использования ИМН IAL-System.

Материал и методы. Клиническое наблюдение, изучение влагометрических, эластометрических и профилометрических показателей кожи лица, анкетирование пациентов.

В исследовании участвовали 40 пациентов мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 54 лет, не принимавшие участие в аналогичных исследованиях за последние четыре недели, с неотягощенным анамнезом и отсутствием дерматологических патологий, давшие письменное информированное согласие, соблюдавшие режим, согласно протоколам и рекомендациям апробации.

Пациентам проводили 4 сеанса эпидермальных инъекций IAL-System по 1,1 мл с интервалом 14 дней (день 0, 14, 28) иглами 30G.

Все пробанды оценивались при обращении к медицинскому косметологу (0) после третьей процедуры и по истечении 14 дней после последней инъекции.

Критерии влагометрических, эластометрических и профилометрических показателей кожи (для всех пациентов) оценивались по визуально-цифровой шкале от 0 до 3, где 0 означает здоровая кожа, 1 – незначительная сухость кожи лица, 2 – сухость и шелушение кожи лица, 3 – сухость, шелушение, множественные мелкие морщины в периорбитальной зоне, на коже в области лба, щек и подбородка.

Результаты. При оценке состояния кожи лица (0 день) были выявлены следующие показатели: у 8 пробандов (20 %) оценка составила 3, у 22 (55 %) составила 2, у 10 пробандов (25 %) оценка составила 1.

На 28-й день клинического наблюдения отмечались следующие показатели: у 2 пробандов оценка составила 3 (5 %), у 9 пробандов – 2 (22,5%), у 21 – (52,5%), у 8 пробандов (20%) составила 0, что демонстрирует улучшение состояниея кожи по сравнению с первичным осмотром.

На 42-й день клинического наблюдения отмечалось: у 3 пробандов по визуально-цифровой шкале от 0 до 3 оценка составила 4 (10%), у 12 – 1 (30 %), у 24 пробандов –0 (60%).

По истечении 14 дней после последней инъекции препаратом IAL-System всего у 3 пациентов оценка составила 1, что составляет 7,5% от общего числа пробандов (у 37 пациентов оценка равнялась 0). Данный показатель демонстрирует, что препарат IAL-System обладает мощными гидратационными свойствами и может быть применен при лечении сухости кожи, профилактике и лечении признаков фото- и хроностарения.

Выводы. Таким образом, учитывая влагометрические, эластометрические и профилометрические показатели кожи в процессе проведения

испытания, изделие медицинского назначения IAL-System является безопасным и эффективным средством, зарегистрированным на территории Республики Узбекистан, и может быть рекомендовано при использовании в практике медицинского косметолога.

ПСИХИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

НИКОЛАЕВА Н.Н., ЯКУБОВИЧ А.И.

ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск. Россия

За внешними причинами обращения к косметологу (часто недовольство внешностью, морщины и т.д.) скрывается проблема отношения личности к себе. Но ни на этапе диагностики, ни на этапе проведения косметологической коррекции косметологом практически не учитывается психический статус пациента, что нередко оборачивается недовольством пациента качеством косметологической услуги. А потому было проведено исследование психического статуса пациентов, обратившихся к косметологу.

Цель исследования. Выявление психических особенностей пациентов.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 76 женщин в возрасте 18 – 56 лет, обратившихся за помощью к косметологу. 75% пациенток обратились с пожеланиями коррекции признаков возрастных изменений кожи и мягких тканей лица. Использовался тест акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ).

Результаты и обсуждение. Анализ полученных результатов тестирования показал, что выраженная акцентуация была выявлена по шкалам эмоциональная лабильность (78% опрошенных пациентов), нейротизм (72%), робость (64%), агрессия (64%). У 75% пациенток была отмечена выраженная акцентуация противоположных свойств по шкале гипертимность.

Оценивая психические особенности пациентов косметологического профиля, установлено, что для существенной части таких людей свойственны сниженный фон настроения, пессимистичность, переживание физического неблагополучия, психовегетативная неустойчивость, тревожность, низкая самооценка, чувство малоценности, уход от конфликтов или проявления агрессии, вспыльчивость.

Заключение. Таким образом, знания о психических особенностях пациентов позволят косметологу сформировать конструктивное общение с пациентом, снизить риск недовольства с его стороны и в целом улучшить качество косметологической помощи.

«ПАНТОКРИН» В ТЕРАПИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

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

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии, кожных и венерических заболеваний, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Оценка клинической эффективности, безопасности и переносимости «Пантокрина» в терапии очаговой алопеции, так как этот препарат ранее не применялся при данной болезни.

Материал и методы исследования. Под нашим клиническим наблюдением находились 23 пациента с давностью заболевания от 2 месяцев до одного года. Мужчин – 17, женщин – 6. Очаги поражения у всех больных локализовались на волосистой части головы. 8 больных имели один очаг, 15 больных – несколько очагов.

Больные в зависимости от проводимой терапии были разделены на 2 группы. Первая группа получала витаминотерапию, биогенные стимуляторы, препараты, улучшающие периферическое кровообращение, и наружную терапию. Больные второй группы получали аналогичную терапию, но дополнительно им был назначен «Пантокрин» внутримышечно по 2 мл 1 раз в день, в течение 10 дней.

Результаты. Результаты терапии оценивали после полного выздоровления пациента. При этом у больных второй группы исчезновение зоны расшатанных волос и начало роста волос наступали раньше по сравнению с первой группой больных, которые получали только традиционное лечение.

Выводы. Таким образом, одновременное назначение традиционной терапии с «Пантокрином» повышает эффективность лечения по сравнению с ранее применяемыми методиками терапии очаговой алопеции.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗНАЧЕНИЯ МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

НАРЗИКУЛОВ Р.М., МАМИРОВ В.А., САЛАМОВА Л.А., ИСЛОМОВ Н.Х.

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии, кожных и венерических заболеваний, г. Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Изучение корреляционной связи между показателями элементного статуса и степенью тяжести у больных гнездной алопецией (ГА).

Материал и методы исследования. Всего в рамках клинического исследования обследованы 28 больных с ГА в возрасте от 18 до 60 лет. Анализ содержания микроэлементов в сыворотке крови выполняли методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии (ААС). Микроэлемент селен (Se) определялся методом атомной абсорбции на японском атомно-абсорбционном спектрофотометре «Хитачи»-208. Макроэлементы: цинк (Zn) и магний (Mg) – кинетическим методом; медь (Cu), железо (Fe), калий (K), кальций (Ca), натрий (Na) – колориметрическим методом на фотометре «Hospitex, Master plus» (Финляндия).

Результаты и обсуждение. Полученные результаты по содержанию цинка, калия, кальция, селена, железа, магния, меди, натрия и фосфора в крови у больных ОА в целом совпадают с литературными данными. У большинства больных (у 16 больных из 17 больных локальной алопецией) уровень цинка, калия, кальция, селена, железа, магния, меди, натрия и фосфора в крови был сниженным и составлял от 5,8 до 10,0 ммоль/л (в норме 11,0–22,0 ммоль/л), в среднем 7,86 ммоль/л; 3,0–3,3 ммоль/л, (в норме 3,5–5,5 ммоль/л), в среднем 3,07 ммоль/л; 1,99–2,16 ммоль/л, (в норме 2,2–2,7 ммоль/л),в среднем 2,08 ммоль/л; 7,4–10,0 ммоль/л, (в норме 10–30 ммоль/л), в среднем 8,7 ммоль/л; 0,60–0,72 ммоль/л (в норме 0,78–1,10 ммоль/л), в среднем 0,66 ммоль/л; 8,0–28,0 ммоль/л, (в норме 12,0–25 ммоль/л), в среднем 18 ммоль/л; 127–152 ммоль/л, (в норме 135–155 ммоль/л), в среднем 139,5 ммоль/л; 0,60–0,76 ммоль/л, (в норме 0,68–1,81 ммоль/л), в среднем 0,68 ммоль/л соответственно.

Несколько необычно выглядел уровень микроэлементов в крови у больных субтотальной и тотальной формой ГА.

При субтотальной форме болезни у 8 больных отмечалось достоверное снижение уровня микроэлементов: цинка, калия, кальция, селена, железа, магния, меди, натрия и фосфора, содержание которых в крови в среднем составляло 6,4 ммоль/л; 3,1 ммоль/л; 1,9 ммоль/л; 1,06 ммоль/л; 8,7 ммоль/л; 0,66 ммоль/л; 17,5 ммоль/л; 139,5 ммоль/л; 0,68 ммоль/л соответственно, а тотальный дефицит жизненно необходимых эссенциальных микроэлементов отмечен у всех (n=3) больных с тотальной формой болезни.

Выводы. Полученные результаты убедительно свидетельствуют о взаимосвязи микроэлементного статуса при ГА. При ГА отмечаются положительные корреляционные связи между содержанием селена, цинка, железа, которые наиболее выражены у больных с тяжелой степенью ГА. Выявленные изменения в микроэлементном статусе при ГА свидетельствуют о нарушениях микроэлементного состава организма и о целесообразности комплексного исследования микроэлементного статуса для определения путей коррекции выявленных нарушений с использованием эссенциальных микроэлементов.

ИЗУЧЕНИЕ ПЕРСПЕКТИВНЫХ ПАВ И РАЗРАБОТКА НА ИХ ОСНОВЕ ГИПОАЛЛЕРГЕННЫХ ПЕНОМОЮЩИХ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

ПЕТРОВСКАЯ Л.С.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков. Украина

Наиболее частой причиной возникновения и развития дерматологических заболеваний является применение косметических препаратов (КП) с несбалансированным комплексом поверхностно актиных веществ (ПАВ). Сегмент КП (гелей для душа, шампуней, пенок, кремов и т.д.) для детской кожи первого года жизни и гелей для интимных зон с каждым годом становится наиболее популярным у потребителей в связи с постоянным расширением их ассортимента. Самостоятельный выбор, нерациональное использование и необоснованное дозирование может стать причиной аллергических реакций. Поэтому изучение современных ПАВ, разработка на их основе и внедрение в производство КП очищающего действия является актуальной задачей фармации и медицины.

Комплекс проведенных нами исследований: физико-химических, структурно-механических позволил разработать пеномоющие основы с из-

учаемыми ПАВ и КП, в состав которых входят: первичные анионные ПАВ «мягкого» действия, проявляющие свою функциональную активность и стабильность в узких интервалах pH 3,5–4,5 (гель для интимных зон) и pH 5,5–6,0 (детский шампунь). Вторичные (со-ПАВ) представлены комплексом неионных и амфотерных ПАВ, которые обеспечивают пенное число и устойчивость пены в диапазоне указанных значений pH, смягчающее действие на кожные покровы и слизистые оболочки. В качестве модификаторов вязкости нами был исследован комплекс веществ различной природы, обеспечивающих электролитное и ассоциативное загущение. Для достижения гипоаллергенности и безопасности разработанных КП оптимальной концентрации консервантов и биологически активных веществ обосновано результатами микробиологических, биологических и токсиколого-гигиенических исследований.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОГО ФРАКЦИОННОГО МИКРОПЛАЗМЕННОГО ОМОЛОЖЕНИЯ КОЖИ В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ HYALUAL 1,1 % ПРИ ПОСТАКНЕ

САБИРОВ У.Ю., АБИДОВ А.М., ТОИРОВ Б.А., УХВАТОВА И.В., МАМАДАЛИЕВА З.У.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

Постакне – это обобщенное название комплекса вторичных стойких кожных изменений, возникших в результате длительного течения угревой болезни в виде: расширенных кожных пор, атрофических рубчиков, изменения окраски (дисхромия) пораженных участков, расширения капилляров, стойкого покраснения (эритема).

Легкие и средней степени тяжести формы угревой болезни, а также длительно протекающие и с частыми обострениями процессы являются следствием выраженных проявлений постакне.

При лечении у 10 больных с постакне кожи лица была использована технология фракционного микроплазменного омоложения кожи аппаратом Alma Accent в сочетании с введением препарата Hyalual 1,1%-1,0 веерной (трассирующей) техникой, позволившая за 4–6 сеансов значительно уменьшить косметический дефект кожи.

Цель исследования. Выявить результативность метода фракционного омоложения кожи в сочетании с применением препарата Hyalual 1,1% у пациентов с диагнозом постакне.

Материал и методы. В период с 02.11.17 г. по 01.04.2018 г. выявлены 10 пациентов с диагнозом – Угревая болезнь, осложненная постакне, в возрасте от 25 лет до 35 лет, которым было проведено фракционное омоложение кожи лица лазерным аппаратом «Alma Accent» с интенсивностью воздействия от 30–45 Дж/см^2. У пациенток проведено от 1 до 2 процедур с интервалом один раз в 6 недель в сочетании с инъекциями препарата Hyalual 1,1%-1,0 с помощью веерной (трассирующей) техники, под местной анестезией курсом от 4–6 процедур один раз в 2 недели. Всем пациенткам были разъяснены меры профилактики и обязательного ухода за кожей лица после сделанных процедур.

Заключение. Таким образом, после проведенных процедур в виде микроплазменного омоложения кожи лазерным аппаратом «Alma Accent» в сочетании с инъекциями гиалуроновой кислоты с янтарной кислотой (препарат Hyalual 1,1 %) привело к тому, что у пациентов с диагнозом постакне отмечалось значительное сглаживание атрофичной рубцовой ткани, сужение пор, осветление поствоспалительной гиперпигментации.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО КАРБОНОВОГО ПИЛИНГА

САБИРОВ У.Ю., АБИДОВ А.М., ТОИРОВ Б.А., АЛИМОВА С.М., МАМАДАЛИЕВА З.У.

ГУ «Республиканский специализированный научно- практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии», МЗ РУз г. Ташкент. Узбекистан

Карбоновый пилинг – это новый инновационный метод лазерного лечения кожи, который проводится с использованием специального углеродного усилителя – карбоновой гель-маски, в состав которой входят наночастицы диоксида углерода. Терапевтический эффект карбонового пилинга обусловлен способностью наночастиц карбонового геля проникать в межклеточные

пространства эпидермальных клеток, связывать клетки между собой и притягивать кожное сало и загрязнения. За счет воздействия коротких лазерных импульсов происходит прогрев глубоких слоев кожи (лазерный фототермолиз), который усиливает синтез коллагеновых волокон, восстанавливает обменные процессы и уничтожает патогенную микрофлору.

Цель исследования. Использование карбонового лазерного пилинга при жирной и пористой коже лица.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 16 пациенток (женщин) в возрасте от 20 до 42 лет с жирной и пористой кожей. На коже лица пациентов отмечались крупные расширенные поры, фолликулярный гиперкератоз, открытые комедоны. У отдельных пациенток наблюдались признаки фотостарения в виде мелких морщин, пигментных пятен, неоднородного цвета и рельефа кожи лица.

Процедура карбонового пилинга проводилась с помощью аппарата Harmony XL Pro насадкой Pixel 1064 нм (600 mJ/4 Hz). Перед процедурой у всех пациенток было взято информированное согласие. Курс составлял от 2 до 4 процедур каждые 10–14 дней. Сразу после сеанса у некоторых пациенток отмечалась незначительная гиперемия кожи, которая проходила через 30–60 минут. После процедуры наносился солнцезащитный крем с высоким фактором защиты (SPF 50+).

После курса процедур на коже лица пациенток отмечалось уменьшение жирности кожи, сужение пор, разглаживание мелких морщин, осветление пигментных пятен.

Заключение. Таким образом, при адекватном применении процедуры лазерного карбонового пилинга у пациенток отмечался значительный эффект от исходного состояния кожи лица и соответственно, данный метод является нетравматичным, безболезненным и эффективным.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА

САБИРОВ У.Ю., АЗИМОВА Ф.В., ТОИРОВ Б.А., ШОРАХМЕДОВ Ш.Ш., МАМАДАЛИЕВА З.У.

ГУ «Республиканский специализированный научно- практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии», МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Кожа является главным звеном метаболизма половых стероидных гормонов и снабжена комплексом андрогенчувствительных структур (сальные и потовые железы, волосяные фолликулы). Под влиянием андрогенов находятся многие важные функции кожи: митотическая активность клеток, активность сальных желез, рост волос, выраженность пигментации. Являясь тканью-мишенью для половых стероидных гормонов, например, андрогенов, кожа принимает активное участие в метаболизме стероидных половых гормонов, в частности, в экстрагландулярном образовании из стероидов-предшественников. Клиническая картина андрогензависимых дерматопатий развивается под действием циркулирующих в кровотоке и синтезирующихся локально тестостерона, дигидротестостерона (ДГТ), андростендиона, дегидроэпиандростерона (ДГЭА) и его сульфата (ДГЭАС), а так же их метаболитов в форме глюкуронидов при участии изменений клеточного и гуморального иммунитета, полиморфизма генов, отвечающих за чувствительность рецепторов различных хемокинов и факторов воспаления.

Цель исследования. Разработать более эффективные алгоритмы терапии андрогенной алопеции у лиц женского пола.

Материал и методы. Под наблюдением находились 26 пациенток с андрогенной алопецией в возрасте от 16 до 43 лет, длительность заболевания составляла от 2 до 10 лет. Клинически наблюдалась в большинстве II-III степень андрогенной алопеции по Людвигу (82,1%), когда клинически отмечалось значительное разрежение волос в лобно-теменной области волосистой части головы, и у 17,9% отмечалась I степень заболевания, при котором наблюдалось небольшое (0,7–1 см шириной) разрежение волос в темени. Всем пациенткам была выполнена видеотриходерматоскопия, которая у пациенток с I степенью показала уменьшение волос в стадии анагена 68,1±3,02 (P<0,01) и увеличение волос в стадии телогена – 31,9±2,1 (P<0,01). У пациенток со II-III степенью андрогенной алопеции отмечались более выраженные изменения: волосы в стадии анагена – 51,4±8,7 (P<0,001), в стадии телогена – 48,6±10,2 (P<0,01). А также определялась степень атрофичности волосянных фолликулов, и главное, степень миниатюризации при помощи фототрихограммы: при I степени – 34,1%, при II-III степени – 69,1%. У пациенток с андрогенными дерматопатиями определялся гормональный статус (ЛГ, ФСГ, ДГЭС, СССГ, 17-ОН), который у 16,3% женщин

был выше нормы, и пациентки в данном случае направлялись на консультацию эндокринолога. Всем пациенткам был назначен препарат «Беллара», действующим веществом которого является хлормадинона ацетат, производное природного прогестерона (ХМА 2 мг, этинилэстрадиол 30 мкг) компании «Гедеон Рихтер». Препарат «Беллара» назначался по схеме с первого дня менструального цикла 21 день в течение 6 месяцев.

Результаты. Проведенные исследования применения хлормадинона ацетата по схеме пациенткам андрогенной алопецией на фоне традиционной терапии показали уменьшение выпадения и рост как пушковых, так и терминальных волос уже после окончания первого курса терапии. Так, видеотриходерматоскопия показала, что после проведения трех курсов терапии наблюдался значительный рост терминальных волос – 55–70% (дерматоскопически), а также увеличение диаметра волос на 3,2%. Рецидивы наблюдались у 3 пациенток вследствие прекращения курса терапии. Побочных действий препарата «Беллара» на протяжении одного года при приеме 6 курсов терапии не наблюдалось.

Выводы. Включение в терапию андрогенной алопеции у лиц женского пола хлормадинона ацетата «Беллара» значительно повышает эффективность лечения заболевания, увеличивая рост волос и их качество на более ранних сроках терапии, а также уменьшает рецидивы заболевания, что, безусловно, отражается на повышении качества жизни пациенток.

СИСТЕМНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СТЕРЖНЯ ВОЛОС

ТАДЖИБАЕВ Б.Т., НУРМАТОВА И.Б., РАХМАТОВ А.Б.

Межрайонный кожно-венерологический диспансер, Рес. КВБ;
ГУ «Республиканский специализированный научно- практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии», МЗ РУз,
г. Ташкент. Узбекистан

Существенное место среди различных алопеций и заболеваниях стержня волос занимает группа диффузных алопеций, которая включает такие формы, как острое или хроническое телогеновое выпадение, анагеновая алопеция и андрогенетическая алопеция. Анагеновое выпадение волос провоцируется разнообразными медикаментами и химическими факторами. Если существенное количество волос вступает в фазу катагена преждевременно, то через 2–3 месяца проявляется телогеновое облысение (после родов и перенесенных тяжелых заболеваний). Анагеновая алопеция может быть признаком различных интоксикаций, приема медикаментов (цитостатики и др.), так как эти вещества угнетают митоз клеток сосочка волоса. Характерным клиническим признаком анагенового облысения является то, что потеря волос происходит чрезвычайно быстро (2–5 дней). Андрогенетическая алопеция характеризуется облысением в лобной и теменной областях у мужчин, уменьшением количества волос в этих зонах у женщин, что связано с генетически обусловленным нарушением метаболизма андрогенов в коже волосистой части головы. Прогрессирующее поредение волос приводит к постепенной миниатюризации волосяного фолликула и сокращению фазы анагена. За последние годы у женщин повысилась заболеваемость алопецией, имеющей течение и клинические проявления по мужскому типу. Удельный вес этого вида составляет 70–80% всех облысений у женщин.

При лечении всех разновидностей алопеций широко используется препарат «Пантогар» («Мерц Фармасьютикалз ГмбХ», Германия), обладающий общеукрепляющим и регенерирующим свойствами. Активация метаболизма изменяет внутриклеточные окислительно-восстановительные процессы в клетках волосяного фолликула, что приводит к снижению восприимчивости рецепторного аппарата клеток фолликула к негативным эндогенным влияниям. На наш взгляд, обоснованным является включение препарата «Пантогар» в алгоритм лечения пациентов с заболеваниями стержня волос. Их частота неоправданно остается без внимания дерматолога. А между тем трихоптилоз, трихотиодистрофия, трихоклазия, монилетрикс требуют использования системного препарата, типа «Пантогар». Длительное применение препарата «Пантогар» позволяет добиваться укрепления волос, восстановления их количества при телогеновой и анагеновой алопециях.

ПЕРФТОРОРГАНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС

ЯКУБОВИЧ А.И., МЕНГ Ф.М., ОСИПОВА Е.А.

ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск. Россия

Перфторорганическая коррекция (ПФО-коррекция) используется для лечения различных видов нерубцующейся потери волос. За счет малых размеров ПФО-молекул и собственной кислородной емкости происходит трансдермальный перенос кислорода и биологически активных субстанций, в результате чего происходит активация обменных процессов, нормализация микроциркуляции в области волосяного фолликула, стимуляция синтеза фибробластов и оптимизация условий для репликации клеток.

Цель исследования. Изучение эффективности препарата «Перфлеор» при различных видах выпадения волос.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 15 пациентов с различным видом нерубцующейся потери волос, среди них было 12 женщин (80%) и 3 мужчины (20%), в возрасте от 26 до 63 лет. Среди женщин у 7 (58%) была нерубцующаяся потеря волос, у 5 (42%) андрогенетическая алопеция, стадия I-II по Людвигу. У всех мужчин была андрогенетическая алопеция стадия II-III по Норвуду – Гамильтону. Средняя продолжительность заболевания – от одного года до 7 лет. Препарат «Перфлеор» применялся наружно на волосистую часть головы 1–2 раза в неделю № 4–8. Для определения основных морфометрических параметров волос (плотность волос на 1 $см^2$, относительное количество веллусных волос, средний диаметр волос) проводилась трихоскопия в теменной и затылочной зонах.

Результаты исследования. Трихологические показатели улучшились у всех пациентов, при этом отмечено увеличение плотности волос на 23,7% в теменной и 6% в затылочной зонах, уменьшение процента веллуса в теменной зоне на 59,9% и на 21,3% в затылочной, увеличение средней толщины диаметра волос на 10,2% в теменной и на 5,8% в затылочной зоне. Эффективность препарата при диффузном выпадении волос была более выраженной, чем при андрогенетической алопеции, при этом у женщин были более высокие показатели, чем у мужчин.

Выводы. В результате проведенного исследования было подтверждено стимулирующее воздействие на рост волос, улучшение морфометрических параметров, эффективность препарата «Перфлеор» при различных видах нерубцующейся потере волос.

СОДЕРЖАНИЕ

МАТЕРИАЛЫ VII СЪЕЗДА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ДЕРМАТОЛОГИЯ

Bilovol A.M., Tkachenko S.G. REDOX-STATUS OF PATIENTS WITH ISOLATED PSORIASIS AND ASSOCIATED WITH HYPERTENSION PSORIASIS 4

Ivanov S.v., Stepanenko V.i. APPLY OF AUTOHEMOPERFUSION IN THE TREATMENT OF CHRONIC DERMATOSIS 4

Kuziev O.J.,Eshankulova B.D. EXPERT DIAGNOSTICS OF THE SEXUAL ACCESSORIES OF DERMATOGLYPHIC SYMPTOMS: CONGENITAL NON-CHANGING, CONGENITAL CHANGES AND PREGNANCY CHANGES 5

Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И. «ЛЕВОСЕТИЛ» В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ 6

Абдуллаев М.И. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 7

Абдуллаев М.И. ПРОФИЛАКТИКА И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ 7

Абдуллаев М.И. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ОБЩИЕ И МЕСТНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ 8

Абдуллаев Д.М., Нарзикулов Р.М., Тошев С.У., Собиров С.П. ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ НЕЙРОДЕРМИТОМ, НАХОДИВШИХСЯ В САНАТОРИИ «ЗААМИН» 9

Абдуллаев Д.М., Нарзикулов Р.М., Тошев С.У., Собиров С.П., Орипов Р.А. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОДЕРМИТА АССОЦИИРОВАННЫМИ ГЕЛЬМИНТАМИ 10

Абдусаматов У.А., Маматкулов Х.Ч., Рахматов А.Б., Рахматов Т.П. БОЛЕЗНЬ ПРИНГЛА–БУРНЕВИЛЛЯ 10

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Салиходжаева С.С., Икрамова Н.Дж. ЗНАЧИМОСТЬ ОКСИДА АЗОТА В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗОВ 11

Абидов А.М., Абидов Х.А. КОМБИНИРОВАННАЯ ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СТЕРОИДАМИ ПРИ ПСОРИАЗЕ 12

Абидова З.М., Рахматова Д.В., Рахматов А.Б. КАРДИТОН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 14

Абидов А.М., Абидова З.М., Раджабов Ж.Р. СЛУЧАЙ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ИМПЕТИГО ГЕБРЫ 14

Абидов А.М., Абидова З.М., Раджабов Ж.Р. СЛУЧАЙ БУЛЛЕЗНОГО ПЕМФИГОИДА ЛЕВЕРА 15

Абидов А.М., Маматкулов У.А. ЗНАЧЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ 16

Абидов А.М., Раджабова Ю.Н., Каланова Н.Б. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДЕРМАТОЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОГО АППАРАТА «МАТРИКС – ВЛОК» 16

Абидов А.М., Шураева С.А. ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИНЕВУСНОГО ВИТИЛИГО 18

Ал-Жадвей М.Х.З., Криницына Ю.М., Титенко А.В., Мелкозеров В.Б., Якубович А.И., Сергеева И.Г. ВЛИЯНИЕ ТАБАЧНОЙ АДДИКЦИИ И УРОВНЯ СТРЕССА НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА 18

Алиев А.Ш., Солметова М.Н. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПЕЙТЦА – ЕГЕРСА 19

Алиев А.Ш., Ташкенбаева У.А. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ ЗА 2013–2017 ГОДЫ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ 19

Алимова С.М., Атаджанов Ш., Джаббаров М., Бурханов А., Зокиров Б.Х. ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ 20

Али Мухаммед Гази Алкаммаз, Степаненко Р.Л. ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 20

Арифов С.С., Абдурашидов А.А., Ганиева Ш.Т. СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 21

Арифов С.С., Абидов А.М., Иноятов Д.А. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ 21

Ахметова А.К., Ибраева Т.Б., Скиндер О.Л., Кусаинова А.А., Касым Л.Т. ДЕРМАТОСКОПИЯ – КАК МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ 23

Аширов З.Ф., Юсупов И.А., Рахматов А.Б. СИНДРОМ СТИВЕНСА – ДЖОНСОНА 23

Бабаджонов О.А., Арифов С.С., Каримов Х.Я., Бобоев К.Т. АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЦИТОКИНОВ С УРОВНЕМ СОДЕРЖАНИЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА 24

Бабаджонов О.А., Арифов С.С., Каримов Х.Я., Бобоев К.Т. РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА RS1800629 ГЕНА TNF-α В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА, АССОЦИИРОВАННОЙ С DEMODEX FOLLICULORUM 24

Гулямова Г.Ш., Мавлянова Ш.З. ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМА «ДЕКСЕРИЛ» В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 25

Ешанов М.К., Сейдуллаев Е.Ю., Жанабаева Г.У. ЗНАЧИМОСТЬ ОБЩИХ ВАНН С КОРНЕМ СОЛОДКИ В КОМПЛЕКСНОМ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ 26

Иванов С.В., Степаненко В.И. КОРРЕЛЯЦИЯ РАЗНЫХ ЗВЕНЬЕВ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 27

Исадилова М., Кусаинова А., Касым Л., Ибраева Т.Б., Ахметова А.К. КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТОВ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ В РЕГИОНЕ Г. СЕМЕЙ 28

Камалов Д.М., Саидов Б.Р. НЕЙРОДЕРМИТНИНГ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ВЕГТАЗОН» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ 28

Ковалёва Ю.С., Ведлер А.А. ОТЯГОЩЕННЫЙ НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ 29

Колдарова Э.В., Мухамедов Б.И. НЕОБХОДИМОСТЬ ТЕСНОГО КОНТАКТА ДЕРМАТОЛОГА И ПАТОМОРФОЛОГА В ПРОЦЕССЕ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОЗОВ 29

Колдарова Э.В., Мухамедов Б.И. ОСНОВНЫЕ ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА 30

Колдарова Э.В., Мухамедов Б.И. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА СОЛАНТРА (ИВЕРМЕКТИНА) В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАПУЛО-ПУСТУЛЕЗНОЙ ФОРМЫ РОЗАЦЕА 30

Крахалёва Ю.А.[1], Криницына Ю.М.[1], Якубович А.И.[2], Титенко А.В.[1], Сергеева И.Г.[1] РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ В ОЦЕНКЕ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 31

Кулемзина Т.В ОТЯГОЩЕННЫЙ НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ. ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ 31

Курбанова Ш.М., Махмутов Р.Х., Рахматов А.Б. ВОПРОСЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ 32

Мавлянова Ш.З., Маматкулов У.А., Муллаханов Ж.Б. К НЕКОТОРЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ БЕЛКОВОЙ ФРАКЦИИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ КРАПИВНИЦЕЙ 33

Мавлянова Ш.З., Иноятов А.Ш., Хакимов Д.А., Асадов Р., Извекова О.В., Таджиева З.А. К РЕЗУЛЬТАТАМ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ 33

Мавлянова Ш.З., Иноятов А.Ш., Юлдашев К.К., Асадов Р.К. К РЕЗУЛЬТАТАМ МИКОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ГРИБАМИ РОДА CANDIDA У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ (НА ПРИМЕРЕ ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ) 34

Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Эрназаров Н.Х., Муллаханов Ж.Б. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕРПЕТИФОРМНОГО ДЕРМАТОЗА ДЮРИНГА 35

Мавлянова Ш.З., Исраилов Р.И., Алимова С.М. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТЕЧЕСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ «СУКЦИНАСОЛ» 35

Мавлянова Ш.З[1]., Махсудов М.Р[1]., Мавлянов П.Н.[2] МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ АКТИВИЗИРОВАННОЙ КРЕМНИЕВОЙ ВОДЫ 36

Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р., Алимухамедова Ю.А., Юнусова З.С., Бурхонов А.У. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЦИТОКИНОВ TNF-A И IL-2 У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ 37

Мавлянова Н.Н., Наджмутдинова Д.К. ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ КСЕНОБИОТИКОВ GSTM1 И GSTT1 У БЕРЕМЕННЫХ С ТОКСИКОДЕРМИЕЙ 37

Мавлянова Ш.З., Тешабаева Д.А., Есионова Е.В. ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КОЖИ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ 38

Маликова Н.Н., Арифов С.С., Нурматова И.Б. ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМИ УГРЯМИ 39

Маннанов А.М., Мукаррамов М.А. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ С КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО ДАННЫМ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИИ ТАШПМИ ЗА 2017 ГОД 40

Маннанов А.М. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 40

Маннанов А.М. КАПЛЕВИДНЫЙ ПСОРИАЗ У ДЕТЕЙ 41

Маннанов А.М., Асомутдинова Ш.Н. МОЛНИЕНОСНАЯ ПУРПУРА 41

Маннанов А.М., Рихсиев У.Ш. МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ОПРЕЛОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТОМ «ЛИНДОСКИН» 42

Махмудов Н.И., Усмонов Э.Б., Нурматов У. Б. ЛЕЧЕНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ ПРЕПАРАТОМ «РОАККУТАН» 43

Мирахмедова Х.Т., Рустамова М.Т., Рахматов А.Б ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ПАТОГЕНЕЗА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА И РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ 43

Мун А.В. СТРУКТУРА ИНТЕРКУРРЕНТНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ 44

Мун А.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПАРРИ – РОМБЕРГА У РЕБЕНКА 44

Муниева С.Х., Комилова М., Сатторов С., Курбонов Н. ОБРАЩАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ В РКЦКВБ ЗА ПЕРИОД 2012–2017 годы 45

Муниева С.Х., Косимов А.М., Кахоров И., Бобиев А.З. ТЕЛЕМЕДИЦИНА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН 46

Нарзикулов Р.М., Абдуллаев Д.М., Собиров С.П., Исломов Н.Х. ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ 46

Наумова Л.А., Степаненко В.И. АКНЕ У ЖЕНЩИН – ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ 47

Нарзикулов Р.М., Мамиров В.А., Саламова Л.А., Орипов Р.А., Собиров С.П. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИЕЙ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ 48

Нарзикулов Р.М., Собиров С.П., Исломов Н.Х. СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИЕЙ 48

Нарзикулов Р.М., Тошев С.У., Собиров С.П., Камолов И.Ш., Исломов Н.Х. МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМИ ГЕЛЬМИНТАМИ 49

Нурматов У.Б., Шарипов А.У., Усманов К.З., Ахроров А.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ ДЕРМАТОЗОВ СРЕДИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 50

Разикова Э.С., Мавлянова Ш.З., Мавлянова З.Н. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 50

Рахматов А.Б. ПОГРАНИЧНЫЙ ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ 51

Рахматов А.Б. БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ: ПОДХОДЫ ГЕННОЙ И КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ 52

Рахматов А.Б. ВРОЖДЕННЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ 52

Рахматов А.Б. СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ 53

Рахматов А.Б., Рахматова Д.В. ПРИНЦИПЫ И СПОСОБЫ УВЛАЖНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ 53

Рахматов А.Б., Иноятов А.Ш. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОТОХИМИОТЕРАПИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ 54

Рахматов А.Б., Курбанова Н.К., Мустаева Е.И. СЛУЧАЙ СИРИНГОМЫ 55

Рахматов А.Б., Мирахмедова Х.Т. СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ 55

Рахматов А.Б., Халдарбеков М.К. ХАРАКТЕРИСТИКА ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСОВ 56

Рахматов А.Б., Халдарбеков М.К., Холиеров А.П., Аширов З.Ф. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ 56

Рахматов А.Б., ХАлдарбеков М.К. НЕКОТОРЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ 57

Рахматов А.Б., ХАлдарбеков М.К. ВОПРОСЫ ВЕРРУЦИФОРМНОЙ ЭПИДЕРМОДИСПЛАЗИИ ЛЕВАНДОВСКОГО – ЛЮТЦА 58

Рахматов А.Б., ХАлдарбеков М.К. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ РЕКЛИНГАУЗЕНА 58

Рихсиев У.Ш., Акбутаева М. «ГРОПРИНОСИН» В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ВИРУСНОЙ ЭКЗАНТЕМЫ У ДЕТЕЙ 59

Саатов Б.Т. РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ СПРЕЯ «ЛИПОВИТИЛИН» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАНОТЕХНОЛОГИИ 59

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Тоиров Б.А., Шорахмедов Ш.Ш. АНТИАНДРОГЕННАЯ ТЕРАПИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ 60

Сабиров У.Ю., Эшбоев Э.Х. ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИНГ ТУРЛАРИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ 61

Сабиров У.Ю., Эшбоев Э.Х., Б.А. Тоиров Б.А. ФОТОКИМЁТЕРАПИЯ УСЛУБИ БИЛАН ВИТИЛИГОНИ ДАВОЛАШ 62

Сабиров У.Ю., Эшбоев Э.Х., Тоиров Б.А. ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИНГ ТАШХИСИ. СОЛИШТИРМА ТАШХИС 64

Сабиров У.Ю., Эшбоев Э.Х., Тоиров Б.А. ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИНГ ТИЗИМЛИ ДАВОСИ 65

Сабиров У.Ю., Эшбоев Э.Х., Тоиров Б.А. ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИНГ ИСТИҚБОЛДАГИ ДАВО УСУЛЛАРИ 66

Сабиров У.Ю., Эшбоев Э.Х., Тоиров Б.А. ВИТИЛИГОНИНГ ГЕНЕТИК АСПЕКТЛАРИ ВА ИРСИЙ МОЙИЛЛИК ТЎҒРИСИДА 68

Сабиров У.Ю., Эшбоев Э.Х. МЕЛАНОГЕНЕЗ ХАҚИДА УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР 71

Сабиров У.Ю., Якубов А.А. К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА 72

Сагдуллаев Э.Ю., Медетова Ж.С., Рахматов А.Б. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОТОХИМИОТЕРАПИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗАХ 73

Садиков А.А., Мухамедов Б.И., Артыков А.Ф., Ибрагимова Н.С., Муратходжаева Л.Э., Хожиев Д.Б. АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗУДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО, СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ... 73

Садиков А.А., Мухамедов Б.И., Ибрагимова Н.С., Муратходжаева Л.Э., Хожиев Д.Б. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗУДОМ ... 74

Садиков А.А., Назарова Б.У. РОЛЬ ФАРМАКОГЕНЕТИКИ И ФАРМАКОГЕНОМИКИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СИСТЕМНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ... 75

Салдамаева Л. С., Якубович А.И., Сергеева И.Г. СЛУЧАЙ БУЛЛЕЗНОГО ПЕМФИГОИДА ЛЕВЕРА ... 76

Степаненко Р.Л., Али Мухаммед Гази Алкаммаз. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В КОЖЕ ... 76

Тен А., Крахалева Ю.А., Титенко А.В., Криницына Ю.М., Якубович А.И., Сергеева И.Г. ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ КОЖИ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ... 77

Тихонов А.И., Бобро С.Г., Башура А.Г., Ярных Т.Г., Шпичак О.С. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕЛЯ «ПРОПОЛИС-АК» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ ... 77

Тожибоев Л.Р., Хасанова М.Т., Салохитдинов А.К. АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «МОМЕТОКС» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ ... 78

Хаитов К.Н., Салимова И.У. ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ... 78

Хамидов Ф.Ш., Насриддинова Н., Сатимов А., Хамидова М., Хамидов С. МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ВИТИЛИГО ... 79

Хамидов Ф.Ш., Алиев Л., Муминов М.М., Исмаилова З.Ф., Фозилов Ф., Хамидова М. ПСОРИАЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ PASI КЎРСАТКИЧЛАРИГА ВА ҲАЁТ СИФАТИ ДЕРМАТОЛОГИК ИНДЕКСИГА ЭНЗИМОТЕРАПИЯНИНГ ЎЗИГА ХОС ТАЪСИРИ ... 80

Хамидов Ф.Ш., Тожибоев Л., Салахиддинов А, Алиев Л., Фозилов Ф., Исмаилова З.Ф., Хамидова М., Мўйдинов М., Абдурахманова Д.Р. МИКРОБЛИ ЭКЗЕМА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЭКЗЕМАДА ЖАРОҲАТ МАЙДОНИ ВА ОҒИРЛИК ИНДЕКСИНИНГ ҲОЛАТИ ... 81

Хамидов Ф.Ш., Тожибоев Л., Салохиддинов А., Мўминов М., Хамидова З.Ф., Хамидова М., Хамидов ПСОРИАЗ ВА ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАР ДИАГНОСТИКАСИДА ДЕРМАТОСКОПИЯНИ АҲАМИЯТИ ... 81

Шахабутдинова М.З., Мавлянова Ш.З., Абдусаматов У.А. ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ ... 82

Эшбоев Э.Х., Сабиров У.Ю. ВИТИЛИГОНИНГ ПАЙДО БЎЛИШ САБАБЛАРИ ... 83

Эшбоев Э.Х., Эшбоев С.Э. ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИ МУАММО СИФАТИДА ЎРГАНИШИМИЗ КЕРАК! ... 85

Эшбоев Э.Х., Эшбоев С.Э. ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИНГ БЕМОР ОИЛА-АЪЗОЛАРИ ОРАСИДА УЧРАШИ ... 85

Эшбоев Э.Х. ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИ ТЎҒРИСИДА ТАРИХИЙ МАЪЛУМОТЛАР ... 86

Эшбоев Э.Х. ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИНГ ДУНЁДА НАҚАДАР ТАРҚАЛГАНЛИГИ ТЎҒРИСИДА ... 87

Якубова А.С., Арифова М.Х. ТАКТИКА ТЕРАПИИ ОГРАНИЧЕННОЙ ФОРМЫ ВИТИЛИГО ... 89

Яхшиева М.Ф[2]., Мавлянова Ш.З[1]., Шукуров И.Б[2]., Мавлянова З.Н[1]., Рустамов М.К[2]. К РЕЗУЛЬТАТАМ НОВЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ ... 89

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

Karieva N.R, Rakhimov B.B, Toirov B.A. CLINICAL CHARACTERISTICS OF ONYCHODYSTROPHY IN PATIENTS WITH DERMATOLOGY PATHOLOGY ... 91

Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И. МИКОЗЫ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ... 91

Абдурахмонов Д.К., Хакимов М.А., Халилов Ш.М., Салимов О.А. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ ... 92

Абдурахмонов Д.К., Хакимов М.А., Халилов Ш.М., Салимов О.А., Кариева Н.Р., Рахимов Б.Б. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ ... 93

Абдусаматов У.А., Маматкулов Х.Ч., Рахматов А.Б. АНТИПАРАЗИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕМОДЕКОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА «СПРЕГАЛЬ» ... 94

Абидов А.М., Абидова З.М., Абдурахманова Н.А., Алимжанов Ж.А. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ И МИКОЗОВ СТОП У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ... 94

Абидова З.М., Алимжанов Ж.А, Абдурахманова Н.А РОЛЬ МИКРОЭЛЕМЕНТА ЦИНКА В ПАТОГЕНЕЗЕ МИКОЗА СТОП, ОБУСЛОВЛЕННОГО T.RUBRUM ... 95

Абидова З.М., Икрамова Н.Дж., Карабаева И.Т., Тошев А.Э. СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕРМАТОМИКОЗАМИ ... 96

Абидова З.М., Махсудов М.Р., Абдурахмонова Н.А. ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОКСИДА АЗОТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП 97

Абидова З.М., О.С. Имамов, Ш.У. Собиркулов, Д.Х. Жуманов. ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ТРИХОФИТИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ 98

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Бегимкулов С.Ш., Жуманов Д.Х., Тошев А.Э. ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА МИКРОСПОРИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИ 98

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Карабаева И.Т., Икрамова Н.Д. ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ У БОЛЬНЫХ МИКРОСПОРИЕЙ 99

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Салиходжаева С.С. СОСТОЯНИЕ ОКСИДА АЗОТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ 100

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Салиходжаева С.С. СОСТОЯНИЕ ОКСИДА АЗОТА НА ПОРАЖЕННЫХ УЧАСТКАХ КОЖИ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ 100

Абидова З.М., Халидова Х.Р., Исамухамедова С.С. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЕМ 101

Абидова З.М., Халидова Х.Р., Исамухамедова С.С. РОЛЬ IL-17 В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗОВ (ОБЗОР) 102

Абидова З.М., Халидова Х.Р., Исамухамедова С.С. К ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ 102

Абидова З.М., Рахимов И.Р., Абдурахманова Н.А., Алимжанов Ж.А. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОНИХОМИКОЗОВ С ПРОВЕДЕНИЕМ АППАРАТНОЙ ЧИСТКИ НОГТЕЙ 103

Давуров А.М., Абидова З.М., Умуров Ф., Алимжонов Ж.А. ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИДА, ЛЕЙШМАНИЯЛАРНИ КУЛЬТУРАЛ АНИКЛАШ ВА УНИНГ АХАМЯТИ 104

Имамов О.С., Джумаев Н.Д., Махмудов С.С. РОЛЬ TRICHOPHYTON RUBRUM В ЭТИОЛОГИИ МИКОЗОВ СТОП НА ТЕРРИТОРИИ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015–2017 ГГ. 104

Нуратдинова З.К. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕПРОЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ 105

Нуратдинова З.Х., Бабажанов Х.Р. ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДАГИ МОХОВ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЎЧОҚЛАРИ 106

Рахимов И.Р., Махсудов М.Р. ЗООАНТРОПОНОЗ ТРИХОФИТИЯ БИЛАН ҲАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА АЗОТ ОКСИДИ МИҚДОРИ ҲОЛАТИ 106

Рахматов А.Б., Абидова З.М., Мирзаев А.У. ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА МИКОЗОВ СТОП И ОНИХОМИКОЗОВ У РАБОТНИКОВ ГОРНО-МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ 107

Рахматов А.Б., Абидова З.М., Рахимов И.Р. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ 108

Рахматов А.Б., Абидова З.М., Рахимов И.Р. ЭНЗИМОТЕРАПИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 108

Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНИХОМИКОЗОВ 109

Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ НОГТЕЙ 109

Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т. КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ 110

Рахматов А.Б., Холиеров А.П. «КОНТРАКТУБЕКС» В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВОЙ АТРОФИИ КОЖИ 111

Рахматов А.Б., Шарафутдинов С.Ш. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ 111

Умуров Ф.Ф., Абидова З.М., Давуров А.М., Карабаева И.Т., Абдурахманова Н.А. ЛЕЙШМАНИОЗ КАСАЛЛИГИ ВА КАСАЛЛИКНИНГ БУХОРО ВИЛОЯТИДАГИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИ 112

Utepbergenova U.D., Bekniyazova D.K. TRIXOFITIYA KASALLIGINING KECHISHI VA OLDINI OLISH 112

Хамидов Ф.Ш., Сатимов А., Насриддинова Н., Муминов М., Салахиддинов А., Саримсаков Б., Хамидов Ф., Хамидов С. ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ МИКОЗА СТОП У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА 113

Хамидов Ф.Ш., Хамидова М., Сатимов И., Насриддинова Н., Хамидов М. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «ЭРБИНОЛА» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП 114

Эшбоев Э.Х., Нуратдинова З.Х., Бабажанов Х.Р., Эшбоев С.Э. ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ВА ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА МОХОВ КАСАЛЛАРИНИНГ МАИШИЙ КОНТАКТЛАРИНИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАСИ 114

Якубович А.И., Салдамаева Л.С., Сергеева И.Г. СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОСПОРИИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ 115

Эшбоев Э.Х., Абдусаматов Ў.А., Жуманов Д. ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ДЕРМАТОМИКОЗЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ТЎҒРИСИДА 115

Эшбоев Э.Х., Абдусаматов Ў.А., Жуманов Д. ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ҚЎТИР (ЧЕСОТКА) БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ҲАҚИДА 116

ИППП И УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Ivanov S.V. SOME ASPECTS OF TREATMENT OF RECURRENT GENITAL HERPES WITH ORAL FAMCICLOVIR 117

Абидов А.М., Исраилова З.Ш., Разиков Н.А., Райимжанова М.Ф. 2014–2017 ЙИЛЛАРДА «РЕСПУБЛИКА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА КОСМЕТОЛОГИЯ ИЛМИЙ – АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ» ДАВЛАТ МУАССАСАСИ КЛИНИКАСИДА СТАЦИОНАР ДАВОЛАНИШГА МУРОЖААТ ҚИЛГАН АЁЛЛАРНИНГ ГИНЕКОЛОГИК СТАТУСИ 117

К.м.н. Абидов А.М., Мадрахимова Н.Я., Разиков А.А., Раимжонова М.Ф. БАЧАДОН БЎЙНИ САРАТОНИНИ ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВ ЁРДАМИДА ОЛДИНИ ОЛИШ АҲАМИЯТИ» 118

Абидов А.М., Махсудов М.Р., Розиков А.А. ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА NEISSERIA GONORRHOEAE ВА TRIHOMONAS VAGINALISHI ЛАБОРАТОРИК АНИКЛАШНИНГ 2016–2017 ЙИЛЛАР ТАҲЛИЛИ 119

Абидов А.М., Фаттахов Б.Ш. ИЗМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У МУЖЧИН С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ 120

Абидов А.М., Халидова Х.Р., Абишала В.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ 120

Алимухамедова Ю.А., Халидова Х.Р., Порсохонова Д.Ф. ОНКОМАРКЕР НЕ-4 В СКРИНИНГЕ ОНКОПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОК С ВЗОМТ 121

Аширов З.Ф., Равшанова Д.Т., Юсупов И.А., Рахматов А.Б. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАПИЛЛОМАТОЗНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 122

Аширов З.Ф., Юсупов И.Я., Холиеров А.П., Рахматов А.Б. ЛАМИЗИЛ-КРЕМ В ЛЕЧЕНИИ БАЛАНОПОСТИТОВ 123

Жунусова А.К., Жунусова Ж.Д., Ахметова А.К., Кусаинова А.А., Касым Л.Т., Ибраева Т.Б. КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ 123

Иванов С.В., Сологуб Л.В. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗНЫХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ 124

Иванов С.В., Шупенько Е.Н. ДЕРИВАТЫ НИТРОИМИДАЗОЛА В НАРУЖНОМ ЛЕЧЕНИИ БАЛАНОПОСТИТОВ, ВУЛЬВОВАГИНИТОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ 125

Мирсаидова М.А., Раджабова Ю.Н. ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА 125

Мирсаидова М.А., Росстальная М.Л., Мадрахимова Н.Я., Раджабова Ю.Н. ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ (ПАП-ТЕСТ) У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ В АССОЦИАЦИИ С ИППП 126

Мирсаидова М.А., Порсохонова Д.Ф., Раджабова Ю.Н. КОЛЬПОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ШЕЙКИ МАТКИ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ИППП 127

Нурматов У.Б., Умаров Б.А., Камалов А.Р. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ 128

Порсохонова Д.Ф., Раджабова Ю.Н., Росстальная М.Л., Халидова Х.Р. УЧАСТИЕ НЕКОТОРЫХ ИППП В РАЗВИТИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ И ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ 129

Порсохонова Д.Ф., Рахматуллаева С.Н. АНАЛИЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОК С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ 130

Порсохонова Д.Ф., Садыков Р.А., Мухамедова М.Р. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА И ЛЕЙКОПЛАКСИИ ВУЛЬВЫ МЕТОДОМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 130

Порсохонова Д.Ф., Рахматуллаева С.Н ДИСБАЛАНС СТЕРОИДОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ СКЛЕРОТИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ 132

Порсохонова Д.Ф., Халидова Х.Р., Алимухамедова Ю.А. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОНКОМАРКЕРА СА-125 У ПАЦИЕНТОК С ВЗОМТ 133

Порсохонова Д.Ф., Эшбоев Э.Х., Росстальная М.Л. ЖИНСИЙ ЙЎЛ ОРҚАЛИ КАСАЛЛИКЛАР ОҚИБАТИДА ПАЙДО БЎЛГАН ЭРОЗИВ-ЯРАЛИ ВА ДИСПЛАСТИК ГЕНИТАЛ ХАСТАЛИКЛАР 133

Порсохонова Д.Ф., Эшбоев Э.Х., Росстальная М.Л. ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИНГ ЎТКИР УЧЛИ КАНДИЛОМАСИДА КЛИНИК МАИШИЙ ВА ИЖТИМОИЙ ШАРОИТЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ 134

Рахманова Н.Х., Халидова Х.Р. ВЛИЯНИЯ ИНЪЕКЦИОННЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ 134

Таджибаев Б.Т., Нурматова И.Б., Золотаревская Л.Ф., Рахматов А.Б. «ПИМАФУЦИН» В ТЕРАПИИ ВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА 135

Таджибаев Б.Т., Нурматова И.Б., Рахматов А.Б. МАКРОЛИДЫ КАК СРЕДСТВО ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ 135

Тожибоев Л.Р., Ёркулов К.М., Хасанова М.Т. «ОФЛОДАЗ » В ЛЕЧЕНИИ ТРИХОМОНИАЗА 136

Хамидов Ф.Ш. ТЕРАПИЯ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК 137

Эшбоев Э.Х., Порсохонова Д.Ф., Росстальная М.Л. ЎТКИР УЧЛИ КАНДИЛОМА КАСАЛЛИГИДА ИККИЛАМЧИ МИКРОФЛОРА 137

Юлдашев К.А., Абдуллаходжаев К.А., Курбанова Н.К., Нурматова И.Б, Юлдашев К.К. ГИСТОЛОГИЯ АОРТЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ 138

Юлдашев К.А., Абдуллаходжаев К.А., Курбанова Н.К., Нурматова И.Б, Юлдашев К.К. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА У КРОЛИКОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ 138

Юлдашев К.А., Алимухаммедова Ю.А., Қурбанова Н.К., Юлдашев К.К., Бобобеков С.Н., Нурматова И.Б. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ M,G И АНТИГЕН СВЯЗЫВАЮЩИЕ ЛИМФОЦИТЫ (АСЛ) В ИФА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ (СР) 139

Юлдашев К.А., Алимухамедова Ю.А., Холидова Х.Р., Юлдашев К.К., Курбанова Н.К., Жуманов Д.Х. СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-2 У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ В ПРОЦЕССЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ 139

Юлдашев К.А., Алимухамедова Ю.А.,Юлдашев К.К., Курбанова Н.К., Жуманов Д.Х. ИФА В КРОВИ БОЛЬНЫХ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 140

Юлдашев К.А., Бобобеков С.Н. СОСТОЯНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ 141

Юлдашев К.А., Жуманов Д.Х., Юлдашев К.К., Курбанова Н.К. СОХТА МУСБАТ БИОЛОГИК СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАР ҲОЛАТИДА БЕРИЛАДИГАН ТАВСИЯЛАР 141

Юлдашев К.А., Жуманов Д.Х., Юлдашев К.К., Курбанова Н.К НОСПЕЦЕФИК СОХТА МУСБАТ БИОЛОГИК СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАР (СМБСР) САБАБЛАРИ 142

Юлдашев К.А., Жуманов Д.Х., Юлдашев К.К., Курбанова Н.К НОСПЕЦЕФИК – СОХТА МУСБАТ БИОЛОГИК СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАРНИНГ (СМБСР) ТУРЛАРИ ВА ТАКТИК ЁНДАШИШ 142

Юлдашев К.А., Қурбанова Н.К., Юлдашев К.К., Бобобеков С.Н., Мангитов О.К. ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ (СР) 143

Юлдашев К.А., Қурбанова Н.К., Юлдашев К.К., Бобобеков С.Н., Нурматова И.Б. ЗАХМДАГИ СЕРОРЕЗИСТЕНТЛИК ҲОЛАТ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА ЖИНСИЙ ЙЎЛ ОРҚАЛИ ЮҚУВЧИ ИНФЕКЦИЯ (ЖЙОЮИ)ЛАРНИНГ АНИКЛАНИШ ДАРАЖАСИ 144

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К., Жуманов Д.Х., Нурматова И.Б. ПАТОЛОГИЯ ЛИКВОРА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 144

Юлдашев К.А,, Қурбанова Н.К., Юлдашев К.К., Мангитов О.К., Бобобеков С.Н.[1] ДАННЫЕ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 145

Юлдашев К.А., Сабиров У.Ю., Абишалав.А., Жуманов Д.Х., Юлдашев К.К. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА (ИФА) СО СТАНДАРТНЫМИ СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ (RW, РМП, РИБТ И РИФ) В КРОВИ 145

Юлдашев К.А., Сабиров У.Ю., Тажибаев Б.Т., Абидов А.М., Рахимов И.Р., Жуманов Д.Х. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 70 ЛЕТ (1946–2016 гг.) 147

Юлдашев К.А., Сабиров Қ.А., Юлдашев Қ.К., Жуманов Д.Х. ЯРИШ – ГЕРКСГЕЙМЕР РЕАКЦИЯСИНИНГ ЗАХМ БЕМОРЛАРИДА СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАР КЎРИНИШИГА ТАЪСИРИ 148

Юлдашев К.А., Сабиров Қ.А., Юлдашев Қ.К., Жуманов Д.Х. ЗАХМДА СИФИЛИДЛАР РЕГРЕССЛАРИНИНГ ЯРИШ-ГЕРКСГЕЙМЕР РЕАКЦИЯСИ (ЯГР) БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ 148

Юлдашев К.А., Сабиров Қ.А., Юлдашев Қ.К., Жуманов Д.Х. ЗАХМДА ЖИГАР МОНООКСИГЕНАЗ ТИЗИМИ (ЖМТ) ГА ЯРИШ – ГЕРКСГЕЙМЕР РЕАКЦИЯСИНИНГ ТАЪСИРИ 149

Юлдашев К.А., Сабиров У.Ю., Юлдашев К.К., Курбанова Н.К., Жуманов Д.Х. γ-ИНТЕРФЕРОН В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 149

Юлдашев К.А., Сабиров Қ.А., Юлдашев Қ.К., Жуманов Д.Х. ЗАХМДА ҚАЙТАЛАНИШ ЯРИШ – ГЕРКСГЕЙМЕР РЕАКЦИЯСИНИНГ (ЯГР) ИММУН ТИЗИМИГА ТАЪСИРИ 150

Юлдашев К.А., Жуманов Д.Х., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К. ДАННЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ СКРЫТЫМ РАННИМ 150

Юлдашев К.А., Юлдашев К.К., Жуманов Д.Х. К ЭТИОПАТОГЕНЕЗУ СИФИЛИСА СКРЫТОГО РАННЕГО 151

Юлдашев К.А., Юлдашев К.К., Жуманов Д.Х. СКРЫТЫЙ СИФИЛИС, ВСЕГДА ЛИ ОСТАЕТСЯ СКРЫТЫМ? 151

Юлдашев К.А., Юлдашев К.К., Курбанова Н.К., Нурматова И.Б., Жуманов Д.Х. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ 152

КОСМЕТОЛОГИЯ

Абидов А.М., Тоиров Б.А., Ходжаева Н.Б. БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЯ В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ФОТОСТАРЕНИЯ 153

Абидов А.М., Азимова Ф.В., Тоиров Б.А. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ 153

Азимова Ф.В., Сабиров У.Ю., Шорахмедов Ш.Ш. ИНСУЛИНОПОДОБНЫЙ ФАКТОР РОСТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ 154

Азимова Ф.В., Сабиров У.Ю., Шорахмедов Ш.Ш. РОЛЬ КЛЮЧЕВЫХ МОЛЕКУЛ В БИОРИТМЕ ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ 155

Артыков А.Ф., Рахматова Д.В., Рахматов А.Б. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 156

Деева Н.В., Криницына Ю.М., Якубович А.И., Сергеева И.Г. ТРИХОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТЕЛОГЕНОВОГО ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ 157

Исмаилова Г.А., Правоторова Т.С. КОЛЛАГЕНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ ТЕРАПИИ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ 157

Мун А.В., Юсупова Ш.А., Исломова Ф.К. PRP В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ АКНЕ 158

Мун А.В., Юсупова Ш.А., Исломова Ф.К. ПРЕИМУЩЕСТВА КАРБОНОВОГО ПИЛИНГА ПРИ АКНЕ 158

Караев Э.М., Шамсиева Г.И. ОЦЕНКА ВЛАГОМЕТРИЧЕСКИХ, ЭЛАСТОМЕТРИЧЕСКИХ И ПРОФИЛОМЕТРИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КОЖИ ЛИЦА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БИОРЕВИТАЛИЗАНТОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И МАННИТОЛА 159

Караев Э.М., Шамсиева Г.И. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А ПРИ КОРРЕКЦИИ МИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА 159

Караев Э.М., Шамсиева Г.И. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЛЛЕРОВ ПРИ ОБЪЕМНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СКУЛОВОЙ ЗОНЫ 160

Караев Э.М., Шамсиева Г.И. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЛЛЕРОВ КОМПАНИИ ALLERGAN (JUVEDERM VOLUMA WITH LIDOCAINE) 161

Караев Э.М., Шамсиева Г.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИОРЕВИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОГО КОСМЕТОЛОГА 162

Николаева Н.Н., Якубович А.И. ПСИХИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 163

Нарзикулов Р.М., Абдуллаев Д.М., Собиров С.П., Камолов И.Ш. «ПАНТОКРИН» В ТЕРАПИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ 163

Нарзикулов Р.М., Мамиров В.А., Саламова Л.А., Исломов Н.Х. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗНАЧЕНИЯ МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ 164

Петровская Л.С. ИЗУЧЕНИЕ ПЕРСПЕКТИВНЫХ ПАВ И РАЗРАБОТКА НА ИХ ОСНОВЕ ГИПОАЛЛЕРГЕННЫХ ПЕНОМОЮЩИХ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ 164

Сабиров У.Ю., Абидов А.М., Тоиров Б.А., Ухватова И.В., Мамадалиева З.У. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОГО ФРАКЦИОННОГО МИКРОПЛАЗМЕННОГО ОМОЛОЖЕНИЯ КОЖИ В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ HYALUAL 1,1 % ПРИ ПОСТАКНЕ 165

Сабиров У.Ю., Абидов А.М., Тоиров Б.А., Алимова С.М., Мамадалиева З.У. ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО КАРБОНОВОГО ПИЛИНГА 165

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Тоиров Б.А., Шорахмедов Ш.Ш., Мамадалиева З.У. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА 166

Таджибаев Б.Т., Нурматова И.Б., Рахматов А.Б. СИСТЕМНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СТЕРЖНЯ ВОЛОС 167

Якубович А.И., Менг Ф.М., Осипова Е.А. ПЕРФТОРОРГАНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС 168