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 / 2020 (47)

ТАШКЕНТ 2020

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. проф. Сабиров У. Ю.
Зам. гл. редактора – д.м.н., проф. Арифов С. С.
Отв. секретарь – к.м.н. Исмагилов А.И.
Редактор – Полещикова Г. Е.

Члены редакционной коллегии:

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. проф. Мавлянова Ш.З., д.м.н. Ибрагимов Ш.И., д.м.н. Набиев Т.А., д.м.н. Порсохонова Д.Ф., д.м.н. Азимова Ф.В., к.м.н. Рахимов И.Р., к.м.н. Иноятов А.Ш.

Редакционный совет:

Абдуллаев М.И. (Ташкент)
Акаки Т. (Грузия)
Базаев В.Т. (Осетия)
Балтабаев М.К. (Кыргызстан)
Батпенова Г.Р. (Казахстан)
Виктор Габриэль Глатичи (Румыния)
Гранштейн Р. (США)
Гизингер О.А. (Россия)
Исмаилова Г.А. (Ташкент)
Керимов С.Г. (Азербайджан)
Климко Н.Н. (Россия)
Конников Н. (США)
Львов А.Н. (Россия)
Мавлянов И.Р. (Ташкент)
Магзумова Н.М. (Ташкент)
Мекокишвили Л. (Грузия)
Мирсаидова М.А. (Ташкент)
Молочков А.В. (Россия)
Муллаханов Ж.Б. (Ташкент)
Мухтаров Ш.Т. (Ташкент)
Пакирдинов А.Б. (Андижан)
Потекаев Н.Н. (Россия)
Пчелин И.Ю. (Россия)
Разнатовский К.И. (Россия)
Рубинс А.Я. (Латвия)
Самцов А.В. (Россия)
Сергеев А.Ю. (Россия)
Степаненко В.И. (Украина)
Ташкенбаева У.А. (Ташкент)
Тоиров Б.А. (Ташкент)
Торелло Лотти (Италия)
Хабилов Н.Л. (Ташкент)
Хаитов К.Н. (Ташкент)
Халидова Х.Р. (Ташкент)
Шамсиева Г.И. (Ташкент)
Шодиев Х.К. (Ташкент)
Юцковская Я.А. (Россия)
Якубович А.И. (Россия)

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

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 10.12.2020. Формат 60 × 84 1/8.
Печать офсетная. Усл. п.л. 16,0. Тираж 300. Заказ № 835.

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
ЎЗБЕКИСТОН ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГЛАР АССОЦИАЦИЯСИ

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

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

Илмий ишлар тўплами

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

Сборник тезисов

INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE «ACTUAL PROBLEMS OF DERMATOVENEREOLOGY AND AESTHETIC MEDICINE»

Abstract book

Тошкент ш.
11 сентябрь 2020 й.

г. Ташкент
11 сентября 2020 г.

Tashkent c.
11 september 2020 y.

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

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

TREATMENT OF CHILDREN WITH VITILIGO

M.I. ABDULLAEV, Y.C. CHEMERINA

Tashkent pediatric medical institute

The external treatment of the patients with vitiligo is one of the importance components of treatment. Incorrect treatment (general and local) results frequently to the aggravation of the dermato-pathological process. The prescription of the poly-vitamins, immunostimulators, photosensibilizators and UV radiation resulted frequently to failure outcomes.

In order to achieve stabilization of the dermato-pathological process it is necessary to perform treatment of the accompanying diseases; psycho-correction; diet; vitamintherapy (only vitamins of group B, E, C); hematoprotectors (Leev 52, apcosul, essenciale hepanorm); immunomodulators (Levomisol, immunomodulin and others); prebiotics (Hilak-forte), in the further time – eubiotics; sedative preparations (pirroxan, novopassit, glicine, sanopax); digestive enzymes (contab, pancreatin, pansinorm, vob-enzim); preparations improving tissue metabolism (lipoic acid, folic acid, metionin). Locally: melagenin, vitex, Hypericum L. oil without UV radiation.

After stabilization of the dermato-pathological process to the complex treatment there are added furanocumarine preparations, UV radiation (UFB=280–320) is prescribed for external use with quartz lamp or sun lights in relation to the seasons.

In vitiligo the pathological process has degenerative character – there is destruction of the pigment cells and powerful ultraviolet effect may only enhance this process. The epidermis unprotected by pigment is damaged very quickly; the rest defective melanocytes in the epidermis are fully destructed. Clinically this is expressed by burns and progressing depigmentation. The researches proved that only in moderate doses of UV radiation stimulation of melanogenesis occurs, whereas in their sharp increase together with other cells of epidermis melanocytes are damaged too, in connection with above-mentioned during performance of photochemotherapy for patients with vitiligo it is necessary to follow the main principles of phototherapy: 1) UV radiation is prescribed after determination of the biodose; 2) séances of radiation should be performed in a day (in order to avoid accumulation of photodynamic effects in the skin); 3) treatment should be performed by courses of 15-20 procedures with interval between them 15-20 days; 4) to take radiation at the same time, that is, every 48 hours. It is necessary to include sun lights additionally; 5) increase in single therapeutic light dose during the process of treatment was made only after disappearance of reddening of the focuses of lesions not more than 20 % of the previous dose per one procedure; 6) locally the solution of the preparation was used on the depigmentated spots with covering of the adjacent area of healthy skin 1–1,5 cm 2 hours before radiation.

The solutions was dosed by drops with use of pipette (every time the same quantity of preparation on the same area of the skin surface) and distributed evently by finger in the ribbon glove. This method provides decrease in cases of complications of the local treatment and significantly increase in efficacy of the therapy performed.

THE STUDY OF SOME INDICATORS IN PATIENTS WITH PSORIASIS

I.N. ABDUVAKHITOVA, G.Sh. TOXTAYEV, Kh.Kh. SAFAROV, J.Sh. NARZIYEV

Tashkent regional department of dermatology and venerology

Psoriasis – a chronic immune-heterogeneous hyperproliferative skin disease with a possible associative defeat other organs and systems. According to the clinical and statistical data, psoriasis affects 1–3 % of the world population. In recent years there has been growth in the number of severe forms of the diseases that are resistant to therapy. Psoriasis significantly reduces the quality of life and the associated metabolic, cardiovascular disease (CVD) and depression, reduces the life expectancy of patients. Psoriasis is a multifactorial immune-dermatosis with a genetic predisposition. Important changes in the level of calcium-hormones and disorders of mineral and vitamin metabolism

(deficiency of vitamins B1 and B6, reduction of calcium, magnesium, etc.). The study of these aspects of the pathogenesis and development of methods of correction remain relevant and contribute to the effectiveness of the treatment and prevention of bone and joint complications in psoriasis. The purpose of research is assessment of calcium metabolism in patients with psoriasis and psoriatic arthritis in content substance (regulate calcium) hormone and calcium levels in the blood.

Material and methods. Conducts in clinical observations 32 patients with psoriasis vulgaris patients, aged 20–35 years, on the basis of Tashkent regional skin venereal dispensary. All patients had widespread skin lesions of the trunk, extremities, scalp typical lenticular-patchy rash. Onyhodystrophy were observed in 17 patients with psoriatic arthropathy – in 6 patients. Comorbidities were found in 16 patients: hepatocholecystitis, fatty liver, hypertension, type 2 diabetes mellitus. There was hypercholesterolemia, dyslipidemia, elevated ALT, AST.

The level of total and ionized calcium and concentration of calcitonin in the blood with immunocardiology method were study. The results indicate an imbalance substance (regulate calcium) hormones in patients with psoriasis: marked increase in the concentration of parathyroid hormone due to lower concentrations of calcitonin and a significant reduction in blood calcium. Revealed hyperparathyroidism obviously develops secondary to prolonged hypocalcemia, which in turn is associated with malabsorption of calcium in the intestine. This indicates the need to include a complex correction targeted therapy of psoriasis and psoriatic arthritis.

ОСНОВНЫЕ ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ КУПЕРОЗА

Ф.Х. АББАСХАНОВА, И.И. ХАЛИТОВ, И.Б. НУРМАТОВА, А.Ш. АЛИЕВ

Ташкентская медицинская академия;
Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница, Узбекистан

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

Цель исследования. Оценка триггерных/провоцирующих факторов развития купероза.

Материал и методы исследования. Проведен тщательный клинико-анамнестический анализ 113 историй болезни больных с куперозом лица. Каждому больному составлялась разработочная карточка, где отражались сроки заболевания, возраст, причины развития, сопутствующая патология и получаемая терапия. 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.

Результаты исследования. Изучение давности заболевания показало, что до 15 лет страдали 14 (12,9 %), от 15 до 35 лет – 43 (38,3 %) и более 40 лет – 54 (47,7 %) больных. Провоцирующими факторами развития и обострения отмечены нервный (связан с АГ) – 31,8 % (35 больных), пищевой – 24,6 % (27 больных), при этом у 23 % (26) обострение наблюдалось в летнее время, и эндокринные дисфункции – 12 % (76,1 % (7) – женщины, 23,8 % (4) – мужчины), патология ЖКТ – 3 % (62,5 % (9) – мужчины – 37,5 % (5) – женщины).

Вывод. Полученные данные свидетельствуют, что тяжесть течения купероза коррелировала с полом. У мужчин заболевание протекает тяжелее, что связано с низкой обращаемостью к дерматологу, заболевания на ЖКТ, обусловленными неправильным питанием, более выраженной предрасположенностью к вредным привычкам. У женщин чаще отмечается наличие нервной и эндокринной патологии, связанное с лабильной психикой и менструальным циклом.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ В РАЗЛИЧНЫХ ПРИРОДНО-КЛИМАТИЧЕСКИХ ЗОНАХ ТАДЖИКИСТАНА

Д.Х. АБДИЕВА

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Республика Таджикистан – горная страна, где население проживает в различных климатогеографических зонах: в долине (г. Душанбе – 850 м н.у.м.), в среднегорье (г. Хорог 2200300 м н.у.м.), в высокогорье (пос. Мургаб – 3600 м н.у.м.). В литературе имеется недостаточно сведений о распространенности, особенностях этиопатогенеза, клинике и течении дерматозов у больных, проживающих на разных высотах.

Цель: показать особенности клинического течения дерматозов у жителей различных климатогеографических зон Таджикистана.

Результаты исследования. Изучение аллергодерматозов у населения проживающего на разных высотах, показало, что интенсивный показатель заболеваемости на 1000 взрослого населения в низкогорье составил 73 %, в среднегорье – 64 %, в высокогорье – 31 %. Мужчины в низкогорье болеют несколько чаще, чем женщины (76 % против 70 %), так же, как и в среднегорье (66 % против 63 %). В высокогорье мужчины и женщины болеют примерно с одинаковой частотой (соответственно 31,6 % и 30,5 %), а аллергодерматозы встречаются реже, чем в низкогорье и среднегорье соответственно в 2,2 и 2 раза (31 % против 72,7 % и 63,9 %).

Интенсивный показатель заболеваемости на 1000 взрослого населения в низкогорье для нейродерматозов составил 28,9 %, экземы – 20,1 %, аллергических дерматитов – 23,7 %, в среднегорье – 20,5 %, 14,8 % и 28,6 %, в высокогорье – 11,1 %, 9,2 % и 10,7 % соответственно.

Частота отдельных нозологических форм нейродерматозов на разных высотах неодинакова. Наиболее часто встречается крапивница (11,5 % – в низкогорье, 8,3 % – в среднегорье, 4,3 % – в высокогорье), далее идут нейродермит (соответственно 9,5 %, 6,5 % и 4,3 %), кожный зуд (4,4 %, 2,7 % и 0,9 %) и почесуха (3,4 %, 1,9 % и 1,5 %).

Дерматозы у жителей высокогорья протекают легче, что подтверждается сравнительно низкой регистрацией тяжелых форм болезней (соответственно в 2,1 и 1,7 раза). Среди больных нейродермитом, почесухой и кожным зудом тяжелое течение дерматозов в низкогорье выявлено у 23 %, 13,9 % и 6,3 %, в среднегорье – у 18,4 %, 14,3 % и 4,5 %, в высокогорье – у 12,5 %, 6,7 % и 0 % соответственно (Касымов О.И., 1996; Саидов Б.И., 2005).

По данным Тургуновой Ш.З. (2011) имеются некоторые особенности в клиническом течении экземы в зависимости от высоты проживания. У больных высокогорья распространенные формы дерматоза встречаются реже, чем у больных низкогорья и среднегорья соответственно в 1,5 и 1,2 раза, и протекают легче.

Интересные данные получены Курбонбековой П.К. (2007) Установлено, что у жителей высокогорья случаев заболеваемости пиодермией не зарегистрировано. Жители долины в 2,6 раза болеют чаще, чем жители среднегорья (10,8 % против 4,1 %). Заболеваемость среди мужчин в 1,3 раза выше, чем среди женщин (56,3 % против 43,7 %). Как у жителей долины, так и среднегорья чаще регистрировалась стафилодермия, чем стрептодермия (50,5 % против 33,2 %).

Определенный интерес представляют исследование приспособительных реакций к действию факторов окружающей среды, изучение индивидуальных различий в вариациях заживления послеоперационных ран и формирования рубцов кожи у жителей разных регионов Таджикистана (Мухамадиева К.М. 2012) Сравнительная оценка клинических проявлений рубцовых поражений у жителей разных климатогеографических районов Таджикистана показала, что келоидные и гипертрофические рубцы кожи у лиц, проживающих в долинных районах, встречаются в 6 раз чаще, чем у жителей высокогорья, что связано с изменениями иммунных показателей и активацией процессов свободнорадикального окисления. По клиническим проявлениям в условиях долинных регионов формирование келоидных и гипертрофических рубцов кожи в 2,3 и 1,9 раза соответственно протекает тяжелее, чем у жителей среднегорья и высокогорья. Гипертрофические и келоидные рубцы кожи в 59,7 % случаев формируются у лиц с IV и V фототипом кожи, проживающих в долинных регионах, в то время как в условиях средне- и высокогорья они формируются у лиц с II и III фототипом (37,8 % случаев).

Вывод. Таким образом, полученные результаты исследований актуальны и способствуют правильному подходу к диагностике, терапии и профилактике различных дерматозов в климатогеографических зонах Таджикистана.

В последние годы большое значение в распространении и развитии кожных заболеваний придается климатогеографическим особенностям местности, различным экологическим факторам, оценке клинических проявлений рубцовых поражений у жителей Таджикистана.

БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ

Д.Х. АБДИЕВА

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Перспективным направлением нелекарственного лечения является наружная бальнеотерапия. Бальнеологические процедуры, в основном, хорошо переносимы, оказывают противовоспалительное, противозудное действие, повышают иммунитет, улучшают самочувствие, нормализуют сон и т. д. В Таджикистане имеется сеть курортов с сульфидными минеральными источниками, различными по химическому составу и физико-химическими свойствам, среди которых в первую очередь, следует отметить Гарм-Чашму. Это уникальная здравница, расположенная в двух тысячах метров над уровнем моря, в самом сердце великолепных горных хребтов Памира. Вода источников Гарм-Чашмы относится к сероводородно-углекислым, хлоридно-гидрокарбонатным, натриево-кремнистым термам. Содержание сероводорода в воде составляет 170 мг/л. Средняя температура воды 59°С. Общая минерализация достигает 3,0–3,3 г/л.

Цель исследования. Ознакомить дерматокосметологов и врачей смежных специальностей с наружной бальнеотерапией.

Материал и методы исследования. Ванны – одна из наиболее часто применяемых при хронических дерматозах водолечебных процедур. Сероводород (H_2S), проникая через кожу, слизистые оболочки, дыхательные пути, попадает в кровь, раздражает интерорецепторы и вызывает сложные ответные реакции, регенеративные процессы в организме. Сульфидные ванны улучшают защитные функции организма, повышают репаративные, противовоспалительные и рассасывающие процессы с тенденцией к нормализации обмена веществ.

Кожные заболевания, показанные для бальнеотерапии, псориаз, экзема, нейродермит, витилиго, красный плоский лишай, ихтиоз, склеродермия, кожный зуд.

Противопоказания – общие к приёму ванн: обострение кожного статуса, а также болезни почек, гепатит, цирроз печени, туберкулез, гипертоническая болезнь, болезни сердца. Методика лечения заключается в следующем: 1) общие ванны продолжительностью 10–15 мин. назначаются ежедневно в течение 5–6 дней с отдыхом на 6-е сутки. Показаны больным псориазом, хронической экземой, нейродермитом, склеродермией и другими заболеваниями кожи вне обострения; 2) общие ванны продолжительностью 10–15 мин. – назначаются 2–3 дня подряд с отдыхом на 3–4-й день лечения. Всего на курс лечения больные получают 22–24 ванны. Показаны больным с заболеваниями кожи, склонными к частным обострениям (экзема, красный плоский лишай, зуд кожи).

Наряду с назначением общих минеральных ванн проводится гелиотерапия, которая противопоказана в стадии обострения заболеваний. Солнечные ванны назначаются через 2–3 часа после приема минеральной ванны, начиная с 5–7 мин., постепенно экспозиция увеличивается до 15–30 мин.

Результаты исследования. Анализ отдаленных результатов в зависимости от проведения повторных курсов лечения сероводородными минерализированными ваннами показал, что при повторных курсах сульфидной бальнеотерапии не только улучшились ближайшие результаты, но увеличилась продолжительность периода ремиссий. Средняя продолжительность ремиссии после сульфидной бальнеотерапии составляет от 1,5 до 2 лет. С целью закрепления продолжительных результатов лечения целесообразно рекомендовать больным повторные курсы лечения подряд в течение 2–3 лет.

Вывод. Таким образом**,** бальнеологические процедуры, в основном, хорошо переносимы, оказывают противовоспалительное, противозудное действие, повышают иммунитет, улучшают самочувствие, нормализуют сон. Изучение отдаленных результатов санаторно-курортного лечения показало целесообразность проведения повторных курсов сульфидной бальнеотерапии больным дерматозами в течение 2–3 лет подряд и с интервалами между ними 8–12 месяцев.

ЛЕЧЕНИЕ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

Д.Х. АБДИЕВА, М.Ф. ХОМИДОВ

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе
ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней»

Буллезный эпидермолиз (БЭ) – редкое наследственное заболевание, его главный признак – образование пузырей и мокнущих эрозий на коже и слизистых оболочках, возникающих при незначительном травмировании. Наследуется БЭ как по аутосомно-доминантному, так и по аутосомно-рецессивному типу. По данным международной ассоциации DEBRA International, в мире рождается один больной на 50–100 тыс. человек. Несмотря на то, что каузальной терапии

на данный момент не существует и излечение еще невозможно, во многих ситуациях можно добиться стабилизации и существенного улучшения состояния больного.

Следовательно, в настоящее время на первый план выходит симптоматическая поддерживающая наружная терапия. Лечение пока сводится к облегчению симптомов заболевания и улучшению самочувствия пациентов. Общий уход заключается в защите хрупкой кожи от травматизации и эпителизации эрозий повязками.

Основными задачами лечения являются хорошее обезболивание, предотвращение травмирования и инфицирования очагов поражения. Принципы лечения при различных формах БЭ заключаются в ускорении процессов эпителизации появившихся пузырей и эрозий и смягчения кожи в области рубцов.

Смягчающими средствами (кремы «Унна», «Локобейз рипеа», мазь «Радевид»), необходимо обрабатывать корочки, образующиеся в процессе заживления пузырей, после чего аккуратно удалять их, так как в противном случае они могут вызывать раздражение кожи и возникновение новых полостных элементов.

Следует обратить внимание, что до отпадения пуповины с целью предотвращения трения и возникновения пузырей, необходимо непосредственно вокруг пупка накладывать силиконовую губчатую повязку Mepilex lite или Mepilex transfer.

Прокалывать пузыри большой стерильной канюлей следует в нескольких местах. Категорически нельзя использовать сухие повязки при уходе за эрозиями и пузырями, так как они могут приклеиваться и в дальнейшем при замене повреждать кожу и провоцировать возникновение новых пузырей.

Необходимо дезинфицировать рану после удаления покрышек инфицированных и гнойных пузырей водными растворами мирамистина и хлоргексидина. На свежие раны рекомендуется накладывать сетчатую повязку Urgotül или Mepitel, затем внешнюю повязку из силиконового губчатого материала Mepilex lite или Mepilex transfer и далее фиксировать все мягкой повязкой Medicomp, марлевым бинтом или трубчатой фиксирующей повязкой. При необходимой фиксации непосредственно на кожу можно использовать пластырную ленту Mepitac. Что касается сухих открытых ран, то для обеспечения увлажнения на или под сетчатую накладку можно наносить мази – бепантен, пантенол.

При подозрении на инфицирование раны при каждой смене повязки необходимо в течение 5 минут обрабатывать дезинфицирующими растворами. Если это не приводит к улучшению кожного статуса или появляется температура, необходимо назначить антибактериальную терапию в виде сиропов и суспензий. От повязок с содержанием серебра из-за опасности возникновения аргирии в первые месяцы жизни ребенка следует отказаться. Для минимизации травмирования кожи и предотвращения образования пузырей в местах преимущественной локализации рекомендуется использовать повязки Mepilex, Mepilex lite и Mepilex transfer.

Кожа в местах рубцевания становится особенно хрупкой и требует специального ухода. Достигается это постоянным смягчением и увлажнением кожи с применением соответствующих кремов или мазей на эмульсионной основе с витамином А (Видестим, Радевит), полиненасыщенными жирными кислотами (Ф-99), мочевиной (не более 5 %), детских кремов и эмульсий.

Если у детей в области подгузников образовались пузыри, необходимо накладывать силиконовые повязки (Mepilex transfer). Эластичные резинки от подгузников рекомендуется срезать. Перианальные трещины рекомендуется смазывать судокремом. В остальном, применяются выше указанные общие правила обработки ран и ухода за кожей.

У многих больных после заживления образуются милиумы – плотные узелки с беловатым содержимым, слегка возвышающиеся над кожей, одиночные или в виде скоплений, особенно часто на лице и тыльной стороне кистей. Эти высыпания со временем разрешаются сами и не требуют лечения.

Не рекомендуется применение кортикостероидных препаратов как внутрь, так и наружно. Не препятствуя образованию пузырей и не способствуя заживлению, они усиливают формирование рубцов.

Для максимального ограждения ребенка от болей, вызываемых процессом перевязки, при неинфицированных ранах Mepitex можно оставить на несколько дней (не более 7 дней). Внешнюю повязку требуется менять каждый день.

Таким образом, лечение больных врожденным буллезным эпидермолизом до настоящего времени остается паллиативным и направлено на раннее распознавание, уход за рубцами, эрозивно-язвенными поражениями кожи и лечение осложнений. В связи с редкостью заболевания для проведения эффективных лечебно-профилактических мероприятий необходима разработка клинических рекомендаций и стандартов лечения.

К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

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

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Актуальность. Современная терапия угревой болезни направлена на основные патогенетические факторы, участвующие в развитии заболевания. В настоящее время разработан и выпускается комплексный препарат «Изотрексин», в состав которого входит ретиноид (изотретиноин) и антибиотик (эритромицин), способные воздействовать на все звенья патогенеза акне.

Целью исследования. Изучение терапевтической эффективности геля «Изотрексин» у больных угревой болезнью.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 38 больных (18 женщин и 20 мужчин) с папуло-пустулезной формой акне в сочетании с комедонами. Возраст больных варьировал от 16 до 30 лет, длительность заболевания – от 3 месяцев до 7 лет. Данный препарат применялся два раза в день в течение 8 недель. Всем пациентам было проведено культуральное исследование. При папуло-пустулезной форме акне преобладающим возбудителем являлся Staph. epidermitis (54,3 %), в меньшей степени – Staph. saprophytus (19,6 %), Staph. aureus (10,9 %) и Propionibacterium acne (15,2 %).

Результаты исследования. Эффективность геля оценивалась через 4 и 8 недель. Выявлено, что через 4 недели заметный клинический эффект отмечался у 60 % пациентов. Полное разрешение папулезных и пустулезных элементов наблюдалось через 8 недель у 89 % пациентов. Отмечена хорошая переносимость препарата. Только у 5 больных в конце первой недели лечения изотрексином наблюдались легкое жжение, эритема и шелушение, но после двухдневного перерыва эти симптомы исчезли и больше не появлялись до окончания курса терапии. Замечено, что в первую очередь происходило разрешение островоспалительных элементов, что связано с антибактериальным действием геля. Комедоны, как следствие фолликулярного гиперкератоза, разрешались медленнее. Эти наблюдения свидетельствуют об умеренной скорости, о постепенном нарастании терапевтического эффекта и дали основание полагать, что применение геля «Изотрексин» не следует ограничивать двумя месяцами.

Таким образом, гель «Изотрексин» является эффективным и безопасным средством для наружной терапии больных акне.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО

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

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Актуальность. В последние годы во многих странах мира наметилась тенденция увеличения числа случаев витилиго. Высказываются предположения, что в основе клинических проявлений различных форм витилиго лежат иммунные механизмы их развития, связанные с дисфункцией симпатической нервной системы.

Цель исследования. Изучить анамнестическо-клинические особенности различных форм (сегментарное – СВ и несегментарное – НСВ) витилиго.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 134 пациента (94 мужчин и 40 женщин) с различными клиническими формами витилиго в возрасте от 18 до 66 лет. Сельских жителей было в 3 раза больше, чем городских (85 против 49 соответственно). У всех больных был тщательно собран анамнез жизни и заболевания и проведены общеклинические обследования. Также изучалась локализация и симметричность очагов депигментации и наличие поседения волос.

Результаты исследования. Среди обследованных у 47 (35 %) больных отмечалась сегментарная и у 87 (65 %) – несегментарная форма витилиго. Большинство больных СВ (72,5 %) имели дебют заболевания в возрастной группе до 30 лет, в то время как у больных НСВ отмечается возникновение пятен в любом возрасте. Средний возраст, в котором больные отметили начало заболевания, составил у больных СВ 26 лет и в группе НСВ – 36 лет. У 59 больных НСВ (67,9 %) отмечалась вульгарная форма, у 16 (18,2 %) – акрофациальная, у 8 (9,2 %) – фокальная, у 4 (4,7 %) – универсальная форма с площадью депигментации около 90 %. Средняя продолжительность заболевания у больных СВ составила 3 года, НСВ – 8 лет. У 41 больного НСВ (47,1 %) первые симптомы заболевания появились на кожных покровах в виде гипе-

ремированных пятен. 22 % больных отмечали субъективные ощущения в виде зуда и чувства жжения. Лишь у 5 пациентов СВ (10,6 %) первые проявления заболевания были в виде поседения волос. У больных СВ (73 %) заболевание прогрессировало (появление и распространение новых пятен) в течение короткого времени. У 69 % больных НСВ отмечен дальнейший рост белых пятен.

Вывод. Для сегментного витилиго характерно быстрое начало с последующей стабилизацией процесса, а несегментное витилиго отличается постепенным распространением и увеличением площади очагов поражения. Дифференциально-диагностические критерии различных форм витилиго могут способствовать правильной постановке диагноза и соответствующей терапии с учетом выявленной патологии.

УЛУЧШЕНИЕ (ОПТИМИЗАЦИЯ) КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ НА ПРИМЕРЕ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ ДЕРМАТОЛОГА И ОНКОЛОГА

С.Б. АБДУЖАППАРОВ, М.А. ЮЛДАШЕВ, Ш.Г. АЛИМОВ

Филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии МЗ РУз;
Ташкентский педиатрический медицинский институт;
Джизакский областной кожно-венерологический диспансер

Актуальность. Меланома – распространенное злокачественное заболевание меланоцитов (пигментные клетки кожи) чаще возникает в коже, реже – на слизистых оболочках. В последние годы заболеваемость меланомой растет, составляя 4 % всех злокачественных новообразований у мужчин и 3 % у женщин. Также надо отметить, что заболевание «молодеет». Если раньше заболевание чаще встречалось в возрасте старше 50 лет, то сейчас границы сдвинулись к более молодому возрасту. В настоящее время заболевание является вторым по распространенности злокачественных заболевании среди женщин в возрасте 25–29 лет, на первом месте – рак молочной железы у женщин в возрасте 30–35 лет. Заболеваемость меланомой продолжает расти быстрее, чем любой другой рак, по росту смертности это заболевание занимает 2-е место после рака легкого.

Цель исследования. Раннее выявление меланомы, оптимизация качества медицинской помощи, при совместной работе дерматолога и онколога.

Материал и методы исследования. Нами совместно (дерматологи и онкологи) на регулярной основе проводятся медицинские осмотры детей и взрослых. Критерием для отбора и наблюдения являются:

- наследственная отягощенность;
- множественное наличие родинок и веснушек;
- пигментные образования на новом месте.
- ассиметрия невуса: одна половина не похожа на другую – с одной стороны рост быстрее;
- беспорядочные очертания – границы зубчатые, неровные, узорчатые;
- цветовые вариации – вкрапления различных цветов белые, розовые, коричневые, черные, голубоватые;
- диаметр более 6 мм по оси очага.

Для реализации данного совместного проекта применяется дерматоскоп – (специальный микроскоп, который делает роговой слой (т.е. самый поверхностный) прозрачным, и можно посмотреть злокачественная ли родинка.

Но окончательный диагноз выставляется только после гистологического исследования (когда вырезают подозрительную родинку с участком здоровой кожи и смотрят под микроскопом срезы ткани).

Результаты исследования. Таким образом были обследованы 72 пациента с подозрением на меланому с ноября 2017 года по февраль 2020 года. Гистологически был подтвержден диагноз у 3 пациентов (возраст 25, 41 и 54 года). Согласно современным требованиям пациенты прошли комплексное обследование (осмотр специалистов – офтальмолога, невропатолога), проведено МРТ и КТ. Проведены хирургическое вмешательство и химиотерапия согласно стандартам. В данное время состояние пациентов оценивается как удовлетворительное, они находятся под наблюдением.

Вывод. Учитывая актуальность данной проблемы, мы предлагаем для ранней диагностики как меланомы, так и других заболеваний кожи, проводить регулярные медицинские осмотры, начиная с детей, проводить семинары для родителей и медперсонала по ранней диагностике пигментных образований кожи. Организовать в филиале РСНПЦ онкологии школу детского онколога.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ И ЭУБИОЗ КИШЕЧНИКА В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ

М.И. АБДУЛЛАЕВ, Д.Н. ДЖУРАЕВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Немаловажную роль в формировании и поддержании патологического процесса при АД играет изменение микрофлоры кишечника. Однако на сегодняшний день этот вопрос остается дискутабельным.

Цель исследования. Изучение эобиотического состояния кишечника у детей, АД в грудном возрасте.

Материал и методы исследования. Под нашим клиническим наблюдением находилась 75 детей в возрасте от 2 месяцев до года, больных атопическим дерматитом. Дети в зависимости от характера питания были разделены на 3 группы: 1-я группа – 27 детей находящихся на грудном вскармливании; 2-я группа – 24 ребенка находящихся на смешанном вскармливании; 3-я группа – на искусственном питании.

Результат исследования. Во всех обследуемых группах отмечены дисбиотические изменения. У детей, находящехся на грудном вскармливании обнаружено уменьшение количества лактозопозитивных кишечных палочек до 7,60±0,2 lg КОЕ/г на фоне увеличения содержания энтеробактерий, стафилококков, грибов рода Candida, особенно протея (1-й степени дисбиоза) ($P<0,05$). Аналогичные дисбиотические изменения отмечены в группе со смешанным и искусственным вскармливанием, однако выраженность этих изменений соответствовала картине дисбактериоза 2–3 степени. Дисбактериоз кишечника проявляется изменением как грамположительной, так и грамотрицательной флоры, в частности, у детей на смешанном вскармливании отмечено значительное снижение бифидумбактерий до 6,11±0,3 lg КОЕ/г и лактобактерий до 5,30±0,1 lg КОЕ/г на фоне увеличения содержания лактозонегативных кишечных палочек до 5,30±0,1 lg КОЕ/г, энтеробактерий, стафилококков, стрептококков, грибов рода Candida и протея ($P<0,05$). При искусственном питании достоверно выраженные ($P<0,05$) изменения, чем при других видах питания, отмечены в показателях бифидум- и лактобактерий на фоне резкого увеличения содержания лактозонегативных кишечных палочек, энтеробактерий, золотистых стафилококков, стрептококков, грибов рода Candida и протея ($P<0,05$).

Вывод. Анализ микрофлоры кишечника у детей в зависимости от характера питания показал выраженные различия. Учитывая, что у детей, находящехся на смешанном и особенно исскуственном вскармливании, АД протекает более тяжело и трудно поддается лечению, выявленные изменение подлежа коррекции.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ СЭТТОНА У ДЕТЕЙ

М.И. АБДУЛЛАЕВ, Ю.С. ЧЕМАРИНА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

С целью изучения частоты встречаемости болезни Сэттона изучены архивные материалы кафедры (ТашПМИ) за последние 6 лет (2014–2019 гг.), кафедральным сотрудникам за эти годы обращались с диагнозом «Витилиго» 326 детей в возрасте от 5 месяцев до 18 лет, из них мальчиков – 151 (46,3 %), девочек – 175 (53,7 %).

В анамнезе у 52 (15,9 %) больных имела место наследственная отягощенность витилиго: по материнской линии у 19 (5,8 %), по отцовской линии у 33 (10,1 %). В трех случаях витилиго встречалось у обоих родителей; в двух случаях заболевание было зарегистрировано в трех поколениях.

При распределении и характеристике витилиго у детей по клиническим формам использовалась разработанная рабочая классификация Шадиева Х.К., Абдуллаева М.И. (1993 г.). У 122 (37,4 %) больных установлена локализованная форма, у 178 (54,6 %) – диссеминированная, у 12 – генерализованная.

Среди клинических форм витилиго особое место занимает болезнь Сэттона, которого была установлена у 14 (4,3 %) обследованных больных витилиго, из них 5 (35,7 %) – мальчики, 9 (64,3 %) – девочки. В возрасте 5–7 лет было 2 детей, 7 в возрасте 8–11 лет, 12–15 лет 5 больных. У 9 (64,3 %) детей депигментированные пятна находились только вокруг пигментных невусов, в остальных 5 (35,7 %) случаях эта форма болезни сочеталась с вульгарным витилиго.

Невусы часто локализовались на гладкой коже спины (10; 71,4 %), шеи (8; 57,1 %), груди, живота (по 6; 42,9 %), лица (4; 28,6 %) и на ноге

(2; 14,3 %). Только у 2-х больных невусы были по одному, у остальных их было по несколько и локализовались они на вышеуказанных участках кожи. По данным соответствующих документов за период наблюдения, у 7 больных по достижении ими 15–17 лет цвет невуса побледнел и в последующем в течение 3–4 месяцев лейкодермический ободок постепенно репигментировался. У 2-х больных появились новые депигментированные пятна на других участках гладкой кожи. У остальных динамику за кожным процессом установить не удалось из-за неявки больных. По данным документов, ни в одном случае не выявлено малигнизации процесса у наблюдаемых детей с болезнью Сэттона.

Таким образом, дальнейшие наблюдение за течением заболевание в возрастном аспекте и изучение причинных факторов болезни Сэттона имеет не только научное но и немаловажное практическое значение.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСОРИАЗА В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ

М.И. АБДУЛЛАЕВ, О.С. ИМАМОВ, Ш.Н. АСАМУТДИНОВА

***Ташкентский педиатрический медицинский институт*;**
Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

По данным литературы, в последнее десятилетие псориаз несколько помолодел и регистрируется все больше случаев заболевания у детей (Гришко Т.Н. 1992 г.). Первоначальные симптомы псориаза у детей начинаются с появления эритематозных мацерированных очагов с резкими границами и бордюром отслоившегося рогового слоя по периферии. Высыпания обычно локализуются в складках кожи. Наиболее часто первичные псориатические высыпания появляются на волосистой части головы, реже на туловище, конечностях. Подтверждением этого является наше наблюдение над больными детьми с псориазом в грудном возрасте.

Описание клинического случая. 19 января 2020 года жительница Чиназского района Ташкентской области с 11-месячным ребенком обратилась в консультативную поликлинику Ташкентского областного кожно-венерологического диспансера с жалобами на высыпания у ребенка красного цвета на коже волосистой части головы, в области спины, живота, в подмышечной, межягодичной областях и на коже паховых складок. Субъективно – зуд. Со слов матери, ребенок болен в течение 2 месяцев. Начало заболевания ни с чем не связывает. При первом обращении в кожно-венерологический кабинет по месту жительства назначенное антиаллергическое лечение эффекта не дало, продолжали появляться новые высыпания.

Status localis: кожно-патологический процесс носит островоспалительный, распространенный, относительно симметричный характер. Патологические элементы свойственны псориазу, локализуются на коже волосистой части головы, спины, живота, подмышечной, межягодичной и в паховой областях. Количество псориатических элементов и острота воспаления больше выражены вокруг крупных складок кожи с легким мокнутием. В паховых и подмышечных складках на фоне эритемы располагаются серебристо-белые чешуйки-корки. В заушных складках также отмечаются эритемы, поверхность частично покрыта жирными серебристо-белыми чешуйко-корками. Аналогичная картина наблюдалась на шейных, локтевых и подколенных складках. На волосистой части головы мелко- и среднепластинчатые чешуйки-корки на фоне эритемы, преимущественно локализовались ближе к ушным раковинам и больше напоминали клинику себорейного дерматита. В отдельных папулах, локализующихся на боковой поверхности грудной клетки, псориатическая триада была положительной.

Таким образом, можно заключить, что псориаз у детей в грудном возрасте имеет свои клинические особенности и течение, что необходимо учитывать при диагностике и лечении таких больных.

АТОПИК ДЕРМАТИТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЭНДОГЕН ЗАҲАРЛАНИШ ДАРАЖАСИ

С.К. АБДУЛЛАЕВ, А.А. АБДУРАШИДОВ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти;
Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

Кириш. Атопик дерматит (АД) – терининг ирсий, иммуно-нейро-аллергик, сурункали қайталанувчан яллиғланишли атопик касаллиги бўлиб, кучли қичшиш, терининг симпатоергик реакцияси, асосан эритематоз-кипикланиш билан ифодаланади. Касаллик турли ёш қатламлари орасида кенг таркалган, ривожланиши генетик ва экологик омилларнинг комбинацияси билан боғлиқ бўлган сурункали яллиғланишли ва мултифакториал тери касаллиги ҳисобланади. АД нинг кечишига турли омилларнинг таъсири билан бирга эндоген омиллар, хусусан эндоген захарланиш ҳам ахамиятлидир. Айниқса ошқозон-ичак тизимидаги туғма, ирсий боғланган ферментопатия ҳолати касаллик ривожланишига, қайсики ўз навбатида эндоген захарланишининг авж олишига ва АД нинг кечишини янада оғирлашишига сабаб бўлиши эътиборга молик.

Мақсад. Атопик дерматит билан хасталанган беморларда касалликнинг кечиши ва эндоген захарланиш даражаси ўртасидаги боғлиқлигини ўрганиш.

Материал ва методлари. Бизнинг кузатувимизда атопик дерматитнинг турли клиник шакллари билан оғриган 39 та бемор (6 ёшдан катта бўлган болалар ва катталар) бўлиб, уларнинг 22 тасини (56 %) эркаклар, 17 тасини (44 %) аёллар ташкил қилди.

Беморларда АД нинг қуйидаги шакллари кузатилди: экссудатив шакли (катталардаги экзематизация холати) 7 та (18 %), эритематоз-сквамоз шакли – 9 та (23 %), лихенификацияли шакли – 11 та (28 %), лихеноид шакли – 6 та (15 %), пруригиноз шакли – 6 та (15 %) беморда кузатилди.

Беморларда SCORAD индекси умумий хисобда 76,3±1,7 баллни ташкил этди. Унга мувофиқ тарзда енгил даражада хасталанганлар 11 та (28 %), ўрта даражада – 19 та (49 %) та ва оғир даражада – 9 тани (23 %) ташкил этди. Атопик дерматит билан хасталанган беморларда эндоген захарланиш кўрсаткичларини ўрганганимизда қуйидаги натижалар аниқланди: SCORAD индекси бўйича енгил кечаётган АД да ИЛИ (интоксикациянинг лейкоцитар кўрсаткичи) ва ИГК (интоксикациянинг гемолитик кўрсаткичи) соғломларга нисбатан 50 % ва 63 %, ўрта оғирликда кечаётганларда – 59 % ва 83 %, оғир кечаётган беморларда – 66 % ва 120 % га ошганлиги аниқланди.

Хулоса килиб айтганда, юқоридагилардан кўриниб турибдики АД нинг оғирлик даражаси билан эндоген захарланиш кўрсаткичлари ўрасида туғридан тўғри боғлиқлик мавжуд.

ЎТКИР ЭШАКЕМ

М.И. АБДУЛЛАЕВ, Ш.Н. АСОМУТДИНОВА

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Ҳозирги вақтга келиб инсонлар орасида аллергик касалликлар кескин кўпайиб бормоқда. Бунинг сабаблари хилма-хил бўлиб, аввало экологиянинг ёмонлашиши, кундалик озиқ овқат маҳсулотлари орасида турли хилдаги экстрактив моддаларнинг (ранг берувчи, таъм берувчи ва ҳ.к) кенг қўлланилиши, хар-хил дори моддаларининг кўпайиши ва одамларнинг улардан пала партиш фойдаланиши ва бошқалар ҳисобланади. Аллергик касалликларнинг орасида эшакем салмоқли ўрин тутади. Баъзи адабиётларда келтирилишича, ҳозирги кунга келиб бу касаллик ер юзида барча аллергик касалликлар орасида бронхиал астмадан сўнг иккинчи ўринни эгаллайди. Ер юзидаги одамларнинг тахминан 20–30 %, яъни ҳар 3–4 та одамдан биттаси умри давомида ҳеч бўлмаганда бир марта шу касаллик билан оғрийди. Бу касалликнинг сабаблари тиббиётда иккита гуруҳга бўлинади: эндоген (ички, ёки организмнинг фақат ўзига боғлиқ) ва экзоген (ташқи муҳит омиллари).

Экзоген сабабларга озиқ овқат маҳсулотлари, дори препаратлари, чанг (ўсимликлар ва ҳар хил ҳайвонлар чанглари), ташқи муҳитнинг физик (иссиқ, совуқ, офтоб нури, чўмилиш ва ҳ.к.), механик (синтетик матолардан тикилган кийимлар ва ҳ.к) ва химик (бўёқлар, нефт, газ маҳсулотлари ва ҳ.к) киради. Буларни орасида озиқ овқат маҳсулотлари, дори воситалари ва турли чанглар салмоқли ўрин тутади.

Касалликнинг кечишига кўра 3 та клиник тури мавжуд бўлиб булар орасида ўткир эшакем (шу жумладан Квинке шиши) алохида ўрин тутади ва давода алохида ёндашувни талаб қилади. Касалликни бу турида баданга тўсатдан бирданига кўплаб пушти қизил рангли, думалоқ ёки

узунчоқ шаклдаги, теридан бироз кўтарилиб турувчи тошмалар тошади. Баъзан бу тошмалар нафас йўллари, ошқозон ичак йўлларининг шиллиқ қаватига ҳам тошиши мумкин, ва бу хавфли ҳисобланиб, ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса, ўлимга олиб келиши мумкин. Квинкенинг ўткир чегараланган шишида эса кўпинча, беморнинг юзи, жинсий аъзолари соҳаси, оёқ-қўл ва бошқа соҳаларида шиш кузатилиб, тери дағал, оқиш ёки пушти рангга киради, лекин бу соҳаларда оғриқ, ёки қичишиш кузатилмайди. Бунда ҳам беморнинг умумий аҳволи ўзгаради, тана ҳарорати ошади, бемор ҳолсиз, инжиқ бўлиб, иштаҳаси йўқолади, ич кетиши ёки аксинча қотиши кузатилиши мумкин.

Бундай холатларда ўзбилармонлик билан турли дори препаратлари ёки халқ табобатига асосланиб ёрдам кўрсатиш энг нотўғри йўл ҳисобланади. Чунки биринчидан агар беморда нафас етишмовчилиги бошланган бўлса вақтдан ютқазилади, иккинчидан, билиб-билмасдан берилган ҳар қандай дори воситалари ёки табиб препаратларининг ўзи шу касалликнинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Бундай пайтларда тез ёрдам чакирилиши ва биринчи ёрдам кўрсатилгандан кейин тегишли шифохонага ётқизилиши шарт.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА CO2 ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИДЕРМАЛЬНЫХ НЕВУСОВ

А.А. АБДУРАШИДОВ, Ш.Г. АЛИМОВ

Ташкентский институт усовершенствования врачей МЗ РУз,
Частная клиника «HAYAT», г. Ташкент

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

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты аблятивного воздействия углекислого лазера на эпидермальные невусы.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 16 пациентов, которым проводились операции по удалению эпидермальных невусов с помощью CO2 лазера (Alma Laser PIXEL CO2 и DSE Microxel MX7000). У 11 из них был бородавчатая и 5 – линейная форма эпидермального невуса. Проведены тщательный сбор анамнеза, осмотр больных и консультация онколога. Диагноз был подтвержден визуально и гистологически. Количество сеансов лечения в зависимости от размера образования варьировало от 1 до 8. Больные находились под наблюдением до 3 лет. Результаты лечения оценивались с учетом эстетических, общих параметров и рецидивов патологического состояния.

Результаты исследования. После удаления эпидермальных невусов у 7 пациентов отмечено уменьшение размера очага на 90 % или же абсолютное удаление образования, у 4 – на 75 %, у 3 – на 50 % и у 2 – меньше 50 %. Из побочных эффектов наблюдались гипер- или депигментация, а также нормо- или атрофические рубцы. Гипертрофических рубцов не отмечено. Длительное наблюдение до 3 лет показало, что частота рецидивов составила менее 20 %.

Вывод. Можно отметить, что удаление CO2 лазером является эффективным вариантом с долгосрочной безопасностью, минимальным дискомфортом, быстрым восстановлением, выраженным эстетическим результатом.

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

А.А. АБДУРАШИДОВ, Ш.Г. АЛИМОВ

***Ташкентский институт усовершенствования врачей МЗ РУз*;**
Частная клиника «HAYAT», г. Ташкент

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

Цель исследования. Определение потенциала АТП в сочетании с фракционным CO2 лазером при лечении атрофических рубцов постакне.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 28 пациентов с атрофическими рубцами постакне (10 женщин и 18 мужчин). 14 из 28 пациентов получили абляционный фракционный углекислый лазер без сочетания с АТП, остальные 14 больных – фракционный углекислый лазер в сочетании АТП. Инъекции АТП вводили сразу после лазерной терапии. Сеансы лечения повторялись с интервалом в один месяц. Общий объем терапии составил от 4 до 6 сеансов.

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

Вывод. Исследование показало, что при атрофических рубцах постакне обработка фракционным лазером в сочетании с АТП более эффективна так как, сокращается период восстановительных процессов.

ЭКЗЕМАНИ ПАТОГЕНЕЗИДА ЭНДОГЕН ИНТОКСИКАЦИЯНИ АҲАМИЯТИ

А.А. АБДУРАШИДОВ, С.С. АРИФОВ

Ташкент врачлар малакасини ошириш институти

Экзема дерматолог амалиётида кўп учрайдиган касаллик. Олиб борилган кўп илмий тадқиқотларга қарамасдан экземани этиология ва патогенези тўлиқ ўргаилмаган. У, кўпчиликнинг фикрича, поливалент сенсибилизация билан ҳарактерланади ва экзоген ва эрдоген омиллар таъсирида пайдо бўлади, шаклланади ва кечади.

Ушбу мақолани мақсади экзема билан оғриган беморлар организмини эндоген интоксикациясини ўрганишдир.

Материал ва усуллар. Организмни эндоген интоксикацияси кузатувимизда бўлган 113 экземали беморларда текширилди. Уларнинг орасида чин экзема – 71 та, микробли экзема – 37 та, себореяли экзема – 5 та беморда ташхисланди. Эндоген интоксикацияни аниқлаш мақсадида интоксикациянинг лейкоцитар индекси (ИЛИ), интоксикациянинг гемотологик кўрсаткичи (ИГК), ўрта молекуляр пептидлар даражаси (ЎМП), эритроцитларнинг шимиш қобилияти (ЭШҚ) аниқлаш усулларидан фойдаланилди. Беморларни 112 тасида ИЛИ, ИГК ва 113 тасида ЭШҚ, ЎМП даражаси текширилди.

Олинган натижалар. Текширишлар экзема билан хасталланган беморларда эндоген интоксикация маркёрларининг барчаси кучли ва статистик ишонарли даражада ўзгарганлиги аниқланди. Жумладан, ИЛИ (1,76±0,05) даражаси соғлом кишиларникига (1,11±0,03) нисбатан 1,6 маротаба, ИГК (беморларда 1,82±0,06, соғлом кишиларда – 0,93±0,04) 2,0 марта, ЭШҚ (беморларда – 51,7±0,96, соғлом кишиларда – 29,1±0,88) ва ЎМП (беморларда – 0,391±0,007 соғлом кишиларда – 0,218±0,005) даражаси 1,8 марта ошиб кетган ва бу кўрсаткичлар статистик ишончли фарқ ($P>0,05$) қилган.

Демак, экзема билан хасталанган беморларда эндоген интоксикация даражасининг ошиши кузатилади. Бу эса эндоген интоксикацияни касаллик патогенезида аҳамиятли эканлигидан дарак беради ва бу ҳалатни экземани даволашда инобатга олиш керак.

ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ КАК ПРОДРОМ РАКА ЛЕГКИХ

З.М. АБИДОВА, С.С. ИСАМУХАМЕДОВА

Многопрофильный частный медицинский центр «AKFA MEDLINE», г. Ташкент

Дерматомиозит (ДМ) – редкое заболевание соединительной ткани, характеризующееся слабостью проксимальных мышц, типичной кожной сыпью, повышением креатинфосфокиназы (КФК), электромиографическими изменениями и воспалительными поражениями при биопсии мышц. У взрослых с ДМ наиболее важной особенностью является повышенная частота злокачественных новообразований. Grace J.T., Dao T.L. (2006), Briemberg H. (2003) сообщили о сосуществовании ДМ с различными видами рака (рак легких, желудка, толстой кишки, яичников, неходжкинская лимфома).

Дерматомиозит может развиться как паранеопластический синдром – совокупность признаков и симптомов, которые не связаны с местными эффектами первичной опухоли или ее метастазов и могут быть первым признаком злокачественного новообразования.

Мы сообщаем о **клиническом случае** ДМ как продромальном сигнале рака легких с многочисленными метастазами в печени у молодого мужчины.

Мужчина 34 лет, с 12-месячным анамнезом прогрессирующей слабости проксимальных мышц, постепенным снижением веса, повышением температуры тела до 38°С, кожными высыпаниями обратился к дерматологу в КВД по месту жительства. Без дополнительных обследований ему были назначены противовоспалительные препараты и гормональный крем. Эффекта от проделанного лечения пациент не наблюдал, в связи с чем обратился в нашу клинику.

Был осмотрен терапевтом и дерматологом через 2 месяца после первичного обращения к дерматологу по месту жительства. При осмотре: температура тела – 37,8°С, отмечается сильная слабость в мышцах, кожная сыпь лица напоминает сыпь при дискоидной красной волчанке, но папулы Готтрона на фалангах пальцев типичные для дерматомиозита, одиночный слабый кашель без выделения мокроты. Истории о приеме лекарств нет, наследственной предрасположенности заболеваний кожи и рака у родственников отрицает, вредных привычек нет, женат, имеет 3 детей.

Лабораторные исследования: КФК – 255 Ед/л (норма 24–195 Ед/л); С-реактивный белок 10,1 г/л (норма <6 г/л); повышенный уровень оседания эритроцитов (40 мм); отрицательные миозит-специфические и связанные с миозитом антитела; CYFRA – 21–15,09 (норма < 3,3); CEA – 6,1 (норма < 3,4), CA125 – 76,9 (норма <35).

Компьютерная томография (КТ) грудной клетки подтвердила наличие узлового гетероэхогенного образования размером 30 мм в 3-м сегменте правого легкого с множественными увеличенными медиастинальными лимфатическими узлами. КТ брюшной полости показала наличие множественных мелких гипоэхогенных образований от 2 до 4 мм в диаметре. Биопсия мышц не была проведена в связи с отказом пациента.

После постановки клинического диагноза «рак легких с метастазами в печени и паранеопластическим дерматомиозитом» пациент был направлен на стационарное лечение в Республиканский центр онкологии и радиологии.

Таким образом, при постановке диагноза ДМ следует выполнять тщательный скрининг пациента, включая подробный анамнез, осмотр, компьютерную томографию, лабораторные анализы и биопсию кожи.

Паранеопластический ДМ может быть первым проявлением онкологического процесса, и это является причиной активного поиска рака, чтобы обнаружить его раньше и рекомендовать наиболее эффективный метод лечения.

ИНОЗИН ПРАНОБЕКС В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНЫХ БОРОДАВОК У ДЕТЕЙ

М.И. АДИЛЬГЕРЕЕВА, М.А. ЮЛДАШЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт;
Джизакский областной кожно-венерологический диспансер

Актуальность. Рост заболеваемости вульгарными бородавками среди пациентов детского возраста несмотря на достигнутые успехи, продолжает расти. Среди основных причин неуклонного увеличения лежат нарушение экологии, питания, наследственность, приобретенные иммунодефициты, сопутствующие заболевания. Разработка современных патогенетически обоснованных методов терапии – основная задача медицины. Это касается и вирусных заболеваний кожи. У детей вирусные заболевания в основном представлены в виде вульгарных бородавок,

располагающихся в различных местах. Низкая эффективность и частые рецидивы создают картину неудовлетворенности и снижают качество жизни пациентов, приводят к косметическим дефектам.

Цель исследования. Оценить эффективность инозин пранобекса в комплексной терапии вульгарных бородавок.

Материал и методы исследования. Отобраны 31 ребенок в возрасте от 3 до 12 лет с вульгарными бородавками, различной локализации (в основном, ладонно-подошвенными – 79 %). Диагноз подтверждался на основании объективного осмотра и с помощью дерматоскопа. Все дети были обследованы у смежных специалистов, проведены необходимые лабораторные исследования согласно стандартам диагностики и лечения. 23 ребенка уже неоднократно обращались к врачам за помощью и получали лечение (криотерапия, электрокоагуляция и т.п.), однако эффект от терапии не отмечен.

Результаты исследования. Из сопутствующих заболеваний часто встречались: анемия 2–3 степени – у 56 %, колиты – у 27 %, зоб – у 18 %. При сборе анамнеза нами было установлено, что практически все дети часто – 3 раза и более в год переносили ОРВИ, имеют плохой аппетит: рацион в основном представлен неНатуральными продуктами питания (фаст-фуд, сахаросодержащие и т.п.). Учитывая вышеизложенное, нами была предложена схема лечения: витаминотерапия (комплекс В), микроэлементы – Zn, Se, Cu, Fe. Инозин пранобекс детям назначали в дозе 50 мг/кг массы тела/сут. Разделенной на 3–4 приема в течение 15 дней; местно – мазь «Виферон» (интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный) 2 раза в день на протяжении 10–12 дней.

При повторном осмотре на 20–25 день был отмечен регресс высыпаний у 57 % детей, полный регресс – у 7 %, на 40–45 день от начала терапии полное отсутствие бородавок отмечено у 47 %. Оставшимся детям была предложена криотерапия. Осмотр пациентов в конце третьего месяца лечения показал, полное клиническое излечение у 91 % детей, а у 9 % отмечен выраженный положительный эффект в виде регресса практически всех элементов, с присутствием единичных элементов, которые значительно уменьшились в размере.

Вывод. Комбинированное применение противовирусных препаратов у детей с вульгарными бородавками показало высокую терапевтическую эффективность у подавляющего большинства обследованных детей.

ЗНАЧИМОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

М.Б. АЙХОДЖАЕВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

Наличие Национального регистра больных буллезным эпидермолизом и проведение патронажа дерматологами и социальными работниками позволили установить, что при тяжелых формах указанного генодерматоза выявляется белково-энергетическая недостаточность, что потребовало расчета калорийности питания для каждого пациента индивидуально. Проведенные исследования указали, что выраженность нарушений питательного статуса прямо пропорциональна тяжести течения рассматриваемого дерматоза, следовательно, речь идет о генерализованных формах рецессивного дистрофического и пограничного буллезного эпидермолиза ($n = 75$). У больных с простой формой буллезного эпидермолиза ($n = 149$) вследствие сидячего образа жизни нами выявлялся лишний вес.

Расчет адекватного питания больным буллезным эпидермолизом позволит улучшить течение дерматоза, повысит устойчивость к инфекциям, заживление эрозий и, несомненно, улучшит качество жизни пациентов. Но улучшить питательный статус зачастую затрудняют сопутствующие нарушения в виде кариозных зубов (при дистрофической форме в 100 % встречается кариес) и пародонтитов, желудочно-пищеводный рефлюкс, хронические запоры.

У больных буллезным эпидермолизом часто встречается аллергия на белок коровьего молока, что требует специфической коррекции, тем более что речь идет о детях в возрасте до года. При назначении лечебного питания с целью обеспечить заживление эрозий мы опирались с врачом-диетологом на данные специальных опросников, рассчитывали формулы энергетических потребностей на основании фактического веса, возраста и дополнительных факторов (наличие пузырей, сепсиса и потребности в наверстывании роста), а также оценивали биохимические и гематологические показатели.

Суточные энергетические потребности у больных БЭ составляют от 130 до 180 ккал/кг, а иногда возрастают до 225 ккал/кг. Потребности в белке составляют 2,5–4 г/кг, в жидкости – 150–

200 мл/кг, так как образование пузырей вызывает потерю жидкости. Следовательно, необходимо повысить питательную ценность рациона больного, причем изменение диеты должно носить практический характер и отвечать особенностям конкретной семьи. Акцент следует направлять на повышение потребления белков (при наличии аллергии заменяются на аминокислоты) и калорийности пищи, а также на усиление поступления витаминов (особенно Д) и минеральных веществ в организм больных. Все больные буллезным эпидермолизом, независимо от клинической формы дерматоза, должны получать витамины в количестве 150–200 % для данного возраста. Больным с тяжелыми формами буллезного эпидермолиза назначали пищевые добавки и питательные смеси, особенно от 0 до 2 лет, с высоким содержанием аминокислот («Клинутрен Юниор», «Ресурс Оптимум», гиперкалорийные смеси), при аллергии к белкам коровьего молока использовали полуэлементные смеси на основе высокогидролизированного молочного белка («Пентамен Юниор» и «Пептамен»).

Вывод. Для правильного ведения пациентов с буллезным эпидермолизом и поддержания их нутритивного статуса необходимо применение специального питания, что позволяет улучшить общее состояние пациентов, а также способствовать быстрейшей эпителизации пораженных участков кожи и слизистых.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ CO2 ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Ш.Г. АЛИМОВ, М.А. ЮЛДАШЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт;
Джизакский областной кожно-венерологический диспансер

Актуальность. В настоящее время проблема диагностики и лечения доброкачественных новообразований кожи является одной из наиболее важных и трудных в дерматологии, особенно в условиях Средней Азии, где до сих пор сохраняется тревожное отношение окружающих к этим больным. Наряду с достигнутыми успехами в изучении данного заболевания существует много спорных и нерешенных вопросов, касающихся его этиологии, патогенеза и лечения.

Опухоли кожи, ее придатков и мягких тканей являются наиболее частыми новообразованиями у человека. Многообразие физиологических функций кожи и ее придатков обуславливает сложность ее строения, что объясняет возможность развития большого количества опухолей. Согласно гистологической классификации опухолей ВОЗ, под названием «мягкие ткани» обозначаются все неэпителиальные внескелетные ткани, за исключением ретикулоэндотелиальной системы и тканей, поддерживающих специфические органы и внутренности. В настоящее время наблюдается неуклонный рост числа больных с непрерывно рецидивирующими хронически протекающими дерматозами, в основе которых лежит вторичное иммунодефицитное состояние. Это во многом и определяет возрастающий интерес врачей и их пациентов к немедикаментозным способам лечения дерматологических заболеваний и в решении эстетических проблем. Применение лазерного облучения в дерматологии нашло широкий отклик за счет выраженного терапевтического действия, направленного на локальное разрушение и удаление тканей.

Метод лазерной хирургической коррекции в настоящее время получил широкое распространение в дерматокосметологической практике. Это объясняется исключительным разнообразием и распространенностью кожной патологии, а также относительной простотой и приемлемой стоимостью большинства лазерных манипуляций. Популярность и эффективность лазерных методов воздействия связаны также с поверхностным расположением объектов, требующих вмешательства.

Все виды лазерных хирургических вмешательств в дерматологии и косметологии могут быть условно разделены на два типа: операции, в ходе которых проводят удаление участка пораженной кожи, включая эпидермис, и вмешательства, избирательно нацеленные на ликвидацию патологических структур без повреждения эпидермиса. Результаты операций первого типа (абляционные) ближе к тому, что мы привыкли понимать под классической хирургией.

Цель исследования. Оценка эффективности применение CO2 лазера (углекислотный) при лечении больных с доброкачественными новообразованиями кожи.

Материалы и методы. Исследование проводилось совместно в клинике ТашПМИ и «HAYAT MEDICAL CENTRE». Основная группа пациентов состояла из 26 больных: вульгарные бородавки – 11 (42 %), подошвенные бородавки – 5 (19 %), эпидермальные невусы – 5 (19 %), фиброэпите-

лиальные невусы – 3 (11,5 %), фиброма – 2 (7,6 %) больных.

В основной группе при использовании CO2 лазера выполняли лазерную вапоризацию видимых патологических изменений – для разрушения эпидермиса и клеток.

В данном варианте лазерное излучение, более или менее одинаково адсорбирующееся всеми слоями кожи, при достаточно высокой энергии приводит к абляции (*ablatio* – таяние, размывание; в нашем случае – удаление, ампутация).

CO2 лазеры – это лазеры, которые работают на газовых смесях; усиление света происходит за счет вибрирующих переходов в молекулах углекислого газа CO2. Лазеры данного типа используют комбинацию нескольких газов: углекислого (CO_2), гелия (He), азота (N_2), водорода (H_2) и ксенона (Xe). CO_2 лазеры генерируют волны длиной 10,6 микрометров, которые способны порождать излучение высокого качества и большой мощности.

Попадая на кожу, излучение углекислотного лазера поглощается меланоцитами (клетки, вырабатывающие пигмент меланин) и водой, оказывая тепловое воздействие на ткани.

Существует два основных вида CO2 лазера:

- непрерывные;
- импульсные.

Аппараты на основе непрерывных лазеров базируются на лазерном излучении, которое постоянно по времени. Именно такие лазеры используют в хирургии для иссечения новообразований на коже. Но данный вид лазеров имеет один существенный недостаток. Во время его воздействия происходит значительный нагрев близлежащих тканей. По этой причине невозможно точно спрогнозировать глубину лазерного проникновения в ткани.

Аппараты на основе импульсного излучения осуществляют воздействие короткими вспышками, во время которых каждый квант излучения передает тканям определенную энергию. В следствие этого клетки и ткани на обработанном участке погибают и испаряются. Важным является тот факт, что во время воздействия данных аппаратов близлежащие ткани не нагреваются, передача тепла не осуществляется и они остаются неповрежденными. Можно сказать, что данный вид лазера обладает избирательным действием, что способствует быстрому восстановлению и заживлению обработанной кожи.

Процедуры CO2 лазером проводят в несколько этапов:

первый этап – очищение кожи от декоративной косметики специальными антисептическими препаратами;

второй этап – проведение анестезии за 30 минут до начала основной процедуры. В качестве обезболивающих препаратов используют местные анестетики в виде крема, геля, инъекций или спрея. В случае необходимости устранения серьезных дефектов кожи проводят общую анестезию;

третий этап – непосредственная обработка необходимых участков кожи. Данный этап является сутью процедуры и длится 20–30 минут;

четвертый этап – завершающий. После обработки углекислотным лазером на кожу наносят крем, который способен восстановить и увлажнить нормальный уровень влажности кожи.

Эффективность оценивается по появлению на поверхности кожи белкового налета, который легко снимается салфеткой, смоченной раствором. Критерии эффективности процедуры – при протирании кожи солевым раствором появляются признаки термического некроза.

Результаты исследования. У пациентов с доброкачественным новообразованием (вульгарные и подошвенные бородавки, эпидермальные и фиброэпителиальные невусы, фибромы) на коже диагноз уточняли с помощью дерматоскопии и гистологического исследования ткани.

Результаты у данных пациентов характеризовались тем, что на участке коже после воздействия лазера определялось иссечение без косметических дефектов у 17 (65,5 %) (вульгарные и подошвенные бородавки, фиброма), небольшое покраснение и рубец (эпидермальные невусы, фиброэпителиальные невусы, фибромы) – 9 (34,5 %) больных.

При оценке результатов лечения четко прослеживается более выраженный положительный эффект в группе пациентов, получавших терапию лазером с положительной динамикой, что подтверждалось отсутствием клинический проявлений уже после одного курса – у 65,2 %; после двух курсов – у 23,2 %; после трех и более курсов – у 11,6 %.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности применения лазера в дерматологии для удаления доброкачественных образований кожи, так как в отдаленных результатах после воздействия лазера на коже нет косметических дефектов или остается небольшое покраснение и незаметный рубец.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

Ш.А. АЛИМОВА, Е.В. БУЛЫЧЕВА, М.А. ЮЛДАШЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт;
Джизакский областной кожно-венерологический диспансер

Актуальность. В патогенезе многих заболеваний огромная роль отводится органам желудочно-кишечного тракта. Изучению роли ЖКТ при псориазе посвящено много работ, однако не многие придают достаточного внимания изучению патогенеза данного дерматоза. Первой и самой важной линией защиты внутренней среды человека является желудочно-кишечный тракт. Оптимальное выполнение многочисленных физиологических функций кишечника определяется структурно-функциональными параметрами слизистой оболочки. При нарушении барьерной функции ЖКТ становится основной причиной деструктивного токсико-инфекционного воздействия на макроорганизм антигенной агрессии. Несмотря на огромные резервные возможности органов детоксикации (печень, почки, легкие), нарушенная проницаемость кишечника приводит к эндоинтоксикации, которая в конечном итоге может привести к полиорганной недостаточности.

Цель исследования. Учитывая, что прогноз заболевания зависит от сопутствующей патологии, нами была поставлена цель изучить характер и частоту нарушений кишечника при псориазе у детей.

Материал и методы исследования. Обследованы 45 детей (23 девочки и 22 мальчика) в возрасте от 3 до 14 лет, страдающих псориазом. Клиническую тяжесть заболевания оценивали по величине индекса PASI. При сборе материала использовалась специальная карта, в которую вносились результаты: общих анализов крови, мочи и кала; анализа кала на дисбактериоз; суточной мочи на наличие среднемолекулярных пептидов (СМП); консультаций смежных специалистов; УЗИ печени, желчного пузыря, почек, поджелудочной железы. Исследования проводились дважды: в 1-й и 40–45 дни от момента поступления.

Результаты исследования. Начало заболевания в большинстве случаев (более 70 %) было впервые зарегистрировано в возрасте 3–5 лет и, как правило, было связано с нарушением диеты, после перенесенных заболеваний ЖКТ (ОКИ, энтероколит, отравления пищевые и т.п.), реже, после недавно перенесенных заболеваний различного генеза. При обследовании смежными специалистами были выявлены заболевания ЛОР-органов (гаймориты, отиты, ларингиты и т.п.) у 31 %, ЖКТ (гастриты, запоры, метеоризмы, глистная инвазия и т.д.) – у 72 % больных. Согласно анализам: анемия отмечена у 14, лейкоцитоз отмечено у 4, эозинофилия – у 10, следы белков в моче – у 9, соли – у 54, дисбактериоз I – у 13, II – у 34, III – у 53, содержание СМП в плазме у 91 % больных достоверно превышало контрольные показатели.

Полученные результаты и данные анамнеза убеждают нас, что в основе заболевания лежит снижение защитно-адаптационных характеристик растущего организма. В группе с ранним началом заболевания и резистентностью к проводимой терапии отмечалось наличие отягощенного анамнеза, который был на порядок выше, чем в группе с поздним началом и легким течением.

Рациональная терапия, предусматривающая восстановление деятельности органов и систем, в частности ЖКТ, приводит к положительной динамике течения заболевания в более ранние сроки, чем при терапии, когда не учитываются вышеуказанные моменты. Патогенетически обоснованная терапия включает в себя, кроме традиционной, антиоксиданты и микроэлементы, энтеросорбенты, дезинтоксикационные препараты, пробиотики, гепатопротекторы. Учитывая наиболее частые погрешности при назначении диеты, а именно развитие нутритивного дефицита, послужило поводом для разработки личного пищевого дневника для пациентов.

Лабораторное и длительное клиническое наблюдение (1–3 года) показало эффективность назначенной нами терапии, в частности, достигнута стойкая стабилизация кожно-патологического процесса у 79 % больных, повторные рецидивы отмечались у 9 %.

Вывод. Таким образом, успешное лечение псориаза предусматривает комплексное обследование (желательно в многопрофильных клиниках) и устранение сопутствующей патологии в патогенетически значимых органах (в частности, ЖКТ, гепатобиллиарной, ЛОР и др.).

ИССЛЕДОВАНИЕ КАТЕХОЛАМИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

С.С. АРИФОВ

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Витилиго – распространенный дерматоз и встречается во всех расах и народностях. 1–2 % населения Земного шара болеют витилиго.

Несмотря на многочисленные исследования, патогенез витилиго полностью не изучен. Известно, что избыток катехоламинов в крови является неблагоприятным фактором в отношении течения многих дерматозов.

Цель исследования. Изучить содержание катехоламинов в сыворотке крови, у больных витилиго.

Материал и методы исследования. Исследование содержания катехоламинов в сыворотке крови определяли у 26 больных витилиго в возрасте от 16 до 56 лет с продолжительностью заболевания от 3 месяцев до 17 лет. Мужчин в обследованной группе было 17, женщин – 9.

Содержание адреналина и норадреналина в сыворотке крови определяли хроматографическим методом с количественным анализом на спектрофотометре MPF-4 фирмы Hitachi (Япония). Люминисценцию измеряли при длине волны 528 нм. Для возбуждения люминисценции был использован интерференционный светофильтр при длине волны 410 нм.

Результаты исследования. Изучение катехоламинов в сыворотке крови показало достоверное ($p<0,05$) повышение адреналина ($3,68 \pm 0,40$ nmоль/л) по сравнению с контрольными величинами ($2,70 \pm 0,19$ nmоль/л). При этом концентрация норадреналина ($2,98 \pm 0,46$ nmоль/л против контроля – $4,60 \pm 0,16$ nmоль/л) была достоверно снижена ($p<0,02$). Отмечено изменение соотношения адреналин:норадреналин. Так, если этот показатель у лиц контрольной группы составил 1:1,7, то у больных витилиго – 1,23:1.

Исследование катехоламинов в зависимости от длительности существования витилиго показало, что самый высокий уровень содержания адреналина ($4,12 \pm 0,33$ nmоль/л, $p<0,001$) и норадреналина ($3,15 \pm 0,57$ nmоль/л, $p<0,02$) был отмечен у больных с давностью заболевания от одного года до 5 лет.

По нашему мнению, повышение содержания катехоламинов в сыворотке крови у больных витилиго, возможно, связано с частыми психоэмоциональными (стрессовыми) реакциями у больных в этот период времени. Известно, что при стрессе и эмоциональных перегрузках отмечается усиленная секреция катехоламинов.

Вывод. У больных витилиго отмечается нарушение синтеза катехоламинов, выраженность которого зависит от давности болезни. Полученные данные необходимо учесть в планировании лечебных мероприятий.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И СОДЕРЖАНИЕ КАТЕХОЛАМИНОВ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

С.С. АРИФОВ[1], М.Х. АРИФОВА[2], И.Б. НУРМАТОВА[3]

Ташкентский институт усовершенствования врачей[1];
ООО «Dermatolog Saidqosim Arifov»[2];
Ташкентская медицинская академия[3]

Среди дерматологических заболеваний, связанных с расстройством пигментации, наиболее часто встречается витилиго, которым страдает около 1–2 % человеческой популяции. Укоренившееся неверное представление о природе этого дерматоза приводит к негативному отношению к лицам, имеющим белые пятна на коже.

Этиология и многие аспекты патогенеза витилиго до сих пор остаются неясными. В основе данного заболевания лежит исчезновение или деструкция меланоцитов.

Проведенными исследованиями выявлено, что в патогенезе и клиническом течение многих заболеваний, в частности витилиго, значимую роль играют характер вегетативного тонуса и уровень содержания катехоламинов в сыворотке крови. Нарушение баланса катехоламинов может быть причиной вегетативной дисфункции

Цель исследования. Изучение взаимосвязи между вегетативным тонусом и содержанием катехоламинов у больных витилиго.

Материал и методы исследования. Изучение вегетативного тонуса проведено у 160 больных витилиго и 49 практически здоровых лиц, тогда как содержание катехоламинов в сыворотке крови определяли у 26 больных (мужчин – 17, женщин – 9).

При изучении вегетативного тонуса использовался метод кардиоинтервалографии. Содержание адреналина и норадреналина в сыворотке крови определяли хроматографическим методом на спектрофотометре MPF-4 фирмы Hitachi (Япония).

Результаты исследования. Исследование вегетативного тонуса показало, что среди больных витилиго лица с симпатическим тонусом составили 64,5 %, парасимпатическим – 20,2 % и нормотоническим – 15,3 %. В контрольной группе эти показатели были распределены следующим образом: симпатотоники составили 25 %, парасимпатотоники – 20 %, нормотоники – 55 %. Как видно, среди больных витилиго превалируют лица с симпатическим тонусом.

При исследовании содержания катехоламинов в сыворотке крови больных витилиго с учетом состояния вегетативного тонуса установлено достоверно ($p<0,02$) высокое содержание адреналина (4,19±0,40 nmоль/л) на фоне низкой концентрации норадреналина (3,32±0,58 nmоль/л) в сыворотке крови больных симпатотоников по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы (3,01±0,21 nmоль/л и 4,91±0,24 nmоль/л соответственно). При этом соотношение адреналина и норадреналина в крови больных симпатотоников составило 1,26:1, в то время как у здоровых лиц оно было 1:1,63. Содержание катехоламинов у больных ваготоников (адреналин – 3,42±0,50 nmоль/л, норадреналин – 2,90±0,69 nmоль/л) и нормотоников (адреналин – 3,55±0,40 nmоль/л норадреналин – 3,02±0,50 nmоль/л) отличалось ($p>0,1$) от аналогичных показателей симпатотоников.

Повышение уровня показатели у больных с симпатотоников не удивительно, поскольку этот тип вегетативного тонуса склонен к бурным вегетативным реакциям и обладает выраженной стрессово.

Вывод. Среди больных витилиго преобладают лица с симпатической направленностью вегетативного тонуса, у них повышен уровень содержания адреналина в крови, что имеет важное значение в разработке методов их лечения.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА RS180079 ГЕНА IL-6

С.С. АРИФОВ[1], О.А. БАБАДЖАНОВ[2], И.Б. НУРМАТОВА[3]

***Ташкентский институт усовершенствования врачей МЗ РУз[1]*;**
Ташкентский педиатрический медицинский институт *МЗ РУз[2]*;
Ташкентская медицинская академия МЗ РУз[3]

Розацеа – хроническое, склонное к рецидивному течению воспалительное заболевание кожи лица, которое имеет повышенную восприимчивость к теплу и характеризуется стадийным течением. Распространенность розацеа среди населения колеблется от 2 до 10 %.

Патогенез розацеа мало изучен. Существующие методы терапия не удовлетворяют ни больных, ни врачей. В настоящее время работ по исследованию генов иммунного ответа у больных розацеа немного, их данные противоречивы, а число исследуемых цитокинов небольшое.

Известно, что эффективность проводимой терапии при многих заболеваниях определяется распределением частоты аллелей и генотипов полиморфизма определенных генов.

Цель исследования. Изучить эффективность терапии в зависимости от выраженности и распределения частот генотипов полиморфизм rs1800795 гена IL-6 у больных розацеа.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 140 неродственных пациентов с розацеа и 145 лиц, не имеющих кожной патологии. Геномную ДНК лейкоцитов образцов периферической крови (Vacutainer Becton Dickinson International с ЭДТА) выделяли с использованием наборов «QIAamp DNA Blood Mini Kit», Qiagen (Германия) в соответствии с инструкцией. Амплификацию полиморфизма rs2010963 гена VEGF проводили с использованием термоциклеров GeneAmp PCR-system 2720 (Applied Biosystems, США) и Corbett Palm Cycler (Corbett Research, Австралия модель CG1-96) с использованием коммерческого набора LLC SMF Liteh (Москва).

Результаты исследования. Изучение эффективности проводимого лечения в зависимости от распределения частот генотипов rs1800795 полиморфизма гена IL-6 **показало**, что результаты по критерию клинического выздоровления между генотипами (C/C, C/G и G/G) статистически не различались, так же, как и положительный результат в виде клинического выздоровления и значительного улучшения. Так, положительный результат в виде клинического выздоровления и значительного улучшения для генотипа rs1800795* C/C составил 53,6 %, для генотипа rs1800795*C/G – 52 %, для генотипа rs1800795* G/G – 50 %.

Вывод. Таким образом, исследование полиморфизма генов, в частности rs1800795, гена IL-6, позволяет заранее с прогнозировать эффективность терапии и для повышения эффективности лечения, возможно, подключить дополнительные средства в виде системных или местных препаратов.

ВРОЖДЕННЫЙ ИХТИОЗ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

З.Ф. АШИРОВ, А.Б. РАХМАТОВ

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

Патологический процесс при врожденном ихтиозе формируется еще у плода и дебютирует в периоде новорожденности. При данном заболевании возможны мутации, несовместимые с жизнью (новорожденные погибают в первые дни и недели жизни). Дети рождаются обычно недоношенными. Весь кожный покров новорожденного напоминает панцирь. Как правило, поражается кожи ладоней и подошв по типу ладонно-подошвенной кератодермии. Рот раскрыт из-за сильного ороговения кожи вокруг, в углах рта наблюдаются глубокие трещины. Губы утолщены, а слизистая оболочка вывернута и гипертрофирована. Резко выражен эктропион, нос и ушные раковины могут быть деформированы. Существуют некоторые разновидности врожденного ихтиоза, которые всегда проявляются с первых часов или дней с момента рождения. Это в первую очередь ламеллярный ихтиоз и врожденная ихтиозиформная эритродермия. При ламеллярном ихтиозе кожа новорожденных обычно покрыта ригидной тонкой пленкой, напоминающей коллодий («коллоидный плод»), в последующем пленка превращается в крупные, грубые чешуйки. Аналогичное начало имеет и врожденная ихтиозиформная эритродермия Брока, когда рождается ребенок в виде «коллоидного плода», но затем заболевание может протекать по сухому и буллезному типам. При сухом типе отличительной особенностью является выраженное поражение кожи крупных складок кожи, шеи, тыла кистей и стоп, а также массивные роговые наслоения на ладонях и подошвах. При буллезном типе (эпидермолитический ихтиоз) выявляются пузыри, симптом Никольского положительный, ребенок имеет внешний вид «ошпаренного». В последующем развивается ороговение, вплоть до бородавчатых разрастаний в области крупных складок кожи и образуется кожный рисунок в виде «вельвета».

За 2019–2020 гг. было зарегистрировано 6 случаев ламеллярного ихтиоза и ихтиозиформной эритродермии, когда с первых часов жизни проявления были в виде «коллоидного плода» и только по истечении определенного времени можно было более конкретней выставить ту или иную разновидность врожденного ихтиоза. Во всех случаях тактика терапии была единой: системная кортикостероидная терапия и смягчающие средства. Дальнейшая клиническая симптоматика (характер гиперкератоза, поражение крупных складок кожи, появление пузырей и др.) позволит определить форму заболевания и провести прогнозирование дерматоза.

СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО ДИСКЕРАТОЗА ДАРЬЕ

З.Ф. АШИРОВ, А.Б. РАХМАТОВ, Д.Т. РАВШАНОВА

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

По современным представлениям фолликулярный дискератоз Дарье относится к генодерматозам с аутосомно-доминантным типом наследования. Приводим семейный случай болезни Дарье, когда в одной семье страдала данным дерматозом мать и двое ее детей – сын и дочь. Из анамнеза было установлено, что заболевание начиналось в детском возрасте от 3 до 6 лет. Первые высыпания локализовались на себорейных участках кожи, где образовывались папуловезикулезные элементы – буровато-красноватая папула, располагающаяся преимущественно в устье расширенных фолликулов. На поверхности папулы заметна роговая корочка с клинообразным шипиком. Весьма выделяемы поражения кожи тыльной поверхности кистей и стоп, где выявлены веррукозные высыпания, по внешнему виду напоминающие плоские бородавки. На груди и в межлопаточной области у обоих детей выделяются крупные бляшечные образования, покрытые серозно-геморрагическими наслоениями. В области крупных складок имеются массивные эритематозно-мокнущие бляшки с линейно располагающимися эрозиями. Мать детей многие годы ранее получала лечение в НИИДиВ, где ей было проведено гистологическое исследование: выявлен надбазальный акантолиз с образованием щелей, содержащих акантолитические клетки и разрастание сосочков дермы в виде ворсинок. Дискератоз был представлен в виде круглых тел

в зернистом слое и зерен в роговом слое. Круглые тела представляют собой эпителиоциты округлых очертаний, не связанные с окружающими клетками, имеющие базофильную гомогенную цитоплазму и светлый ободок по периферии. Зерна представлены гомогенными эозинофильные образования с едва заметными ядрами или без них. Выражены явления акантоза, папилломатоза, гиперкератоза с роговыми пробками в устьях волосяных фолликулов. В дерме выявляется периваскулярный лимфогистиоцитарный инфильтрат с единичными эозинофильными гранулоцитами. Диагноз: фолликулярный дискератоз Дарье.

Следует указать, что несмотря на данное заболевание, пациентка вышла замуж и родила 6 детей, у двоих из них (дочь и сын) в последующем появились высыпания, оцененные как болезнь Дарье. У других детей каких-либо высыпаний не наблюдается. При обследовании больных детей были выявлены отклонения со стороны психики, были признаки эндокринопатий и некоторые отклонения со стороны зубочелюстной системы. Отсутствие медико-генетического консультирования привело к появлению новых случаев генодерматоза у двух детей пробанда.

ТИПЫ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

С.С. БОЗОРОВ, К.М. МУХАМАДИЕВА, С.С. ИСМАТУЛЛОЕВА

Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абу али ибн Сино»

Цель исследования. Оценить гемодинамический тип микроциркуляции у детей с гнездной алопецией на основании данных лазердопплерфлоуметрии.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 36 детей с гнездной алопецией (19 девочек и 17 мальчиков) в возрасте 12–16 лет. Длительность заболевания составила от месяца до двух лет. У 20 больных диагностирована прогрессирующая стадия, у 16 – стационарная. Локальная форма наблюдалась у 14 больных, лентовидная (офиазис) – у 11, субтотальная – у 11. Исследование проводилось на аппарате ЛАЗМА ПФ (Россия). Контрольную группу составили 10 здоровых детей, рандомизированных по полу и возрасту.

Результаты исследования. Наименьшие значения показателя микроциркуляции (ПМ) наблюдаются у детей с лентовидной и субтотальной формой алопеции (соответственно, 3,7±0,1 и 3,2±0,3 перф. ед), по сравнению с контрольной группой (5,4±0,1 перф. ед). ПМ у детей с локальной формой был выше, чем в контрольной группе, и составил 6,7±0,3 перф. ед. Показатель реактивной гиперемии после проведения окклюзии (М макс) составил 10,5±0,01 перф. ед. при локальной алопеции; 9,4±0,02 перф. ед при лентовидной и 9,8±0,02 перф. ед при субтотальной форме, то есть, во всех случаях был ниже, чем в контрольной группе (12,8±0,02 перф. ед). Резерв капиллярного кровотока (РРК) был снижен у детей с локальной формой алопеции и с офиазисом (соответственно 191±1,2 % и 198±1,4 %) по сравнению с контрольной группой (200±1,1 %), что указывало на гиперемический тип гемодинамики. У детей с субтотальной формой алопеции РКК составил 295±1,1 %, что указывало на спастический тип гемодинамики.

Вывод. У детей с гнездной алопецией выявлены патологические типы микроциркуляции, которые при локальной и лентовидной форме представлены гиперемическим типом микроциркуляции, что связано с дилатацией микрососудов, а при субтотальной форме – спастическим типом, характеризующимся повышением тонуса приводящих микрососудов.

ТЕРАПИЯ ВИТИЛИГО МЕТОДОМ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СОБСТВЕННОЙ КОЖИ

А.Ш. ВАИСОВ (Узбекистан), МУНИР АХМАД (Индия)

Витилиго – один из самых распространенных вариантов гипомеланозов, который занимает особое место среди всех дисхромий кожи. Лечение витилиго продолжает представлять большие проблемы, а эффективность его остается низкой. Среди большого количества методов и препаратов, апробированных в терапии витилиго, надо указать ПУВА (фотохимиотерапию), препараты меди, гормональную терапию, витамины, допегит, флюроурацил, динитрохлорбензол, сампрен, хингамин и т.д. В последнее время в практику активно внедряются эксимерный лазер и методы трансплантации в виде аутотрансплантантов кожи, или аутологичных меланоцитов.

Проведена трансплантация эпидермоцитов, полученных из собственной кожи, в депигментированные участки кожи 28 пациентам в возрасте 19–35 лет с 48 очагами и давностью заболевания

от 4 до 15 лет. Дермабразию проводили дермабрайдером. Эпидермальные лоскуты для пересадки получали, срезая покрышки пузырей, полученных при отрицательным давлении 200–300 мм рт.ст. Забор кожных фрагментов и пересадку эпидермоцитов кожи больные переносили хорошо. Через 10 дней начали ПУВА с наружным смазыванием очагов слабым раствором псоралена. После 10–12 сеансов ПУВА у 19 больных отмечена полная репигментация 19 очагов; репигментация на 75–80 % площади – в 15 очагах; на 50 % площади – в 10 очагах, менее 50 % – в 4 очагах.

Наибольший эффект отмечен у пациентов с локализацией очагов депигментации на туловище и в проксимальной части конечностей, с III фототипом кожи. Достигнутый результат сохранялся в течение 12 месяцев наблюдения.

ПРОБЛЕМА СТИГМАТИЗАЦИИ ВИТИЛИГИНОЗНЫХ ПЯТЕН В СОВРЕМЕННОЙ ИНДИИ

А.Ш. ВАИСОВ (Узбекистан), МУНИР АХМАД (Индия)

Среди заболеваний, проявляющихся нарушением пигментации кожного покрова, наиболее важны депигментированные пятна, которые являются единственным проявлением витилиго или одним из многих клинических признаков лепры (проказы). ошибочное отождествление этих двух разных заболеваний в историческом прошлом привело к тому, что белые пятна у больного всегда оценивались как признак наличия проказы и последующей неотвратимой изоляцией от общества. Затронутые лепрой лица лишались своих прав и разлучались со своими семьями, зачастую в очень раннем возрасте. Лечение лепры было не эффективным. И только появление дапсона и, особенно, комбинированной терапии (дапсон, рифампицин и клофазимин) позволил обеспечить эффективную терапию лепры и объявить (ВОЗ) в мае 2001 года о глобальной ликвидации лепры как проблемы общественного здравоохранения.

Однако лепра не оказалась пережитком прошлого, так в 2016 году ВОЗ зарегистрировала 214 783 новых случаев заболевания. Наибольшее число случаев лепры было отмечено в Индии, Бразилии и Индонезии. Возникшая надежда, что широкий доступ к эффективной терапии позволит искоренить лепру и сопровождающие ее стигматизацию и дискриминацию, не оправдалась. В 2016 году ВОЗ приняла Глобальную стратегию борьбы с лепрой на 2016–2020 годы, которая основывается на трех стратегических компонентах, третий из которых касается прекращения дискриминации и содействия социальной интеграции. Дискриминация в отношении этих лиц проявляется на уровне межчеловеческих отношений, часто приводит к самоизоляции и самоустранению, а также к психическим расстройствам. Дискриминация, связанная с лепрой, чаще пересекается с витилиго, подвергаясь угнетению, социальной изоляции и насилию. Поэтому решение проблемы витилиго предполагает вместе с разработкой эффективного гарантированного излечения актуальность максимально уменьшить и ликвидировать стигматизацию и дискриминацию. Это возможно решить, включив в комплекс мер активные совместные позитивные действия медицинских, социальных и общественных секторов управления по созданию условий, когда сами лица с витилиго, еще лучше – вылечившиеся больные, станут сторонниками и участниками процесса ликвидации дискриминации, связанной с белыми пятнами на коже.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А.Ш. ВАИСОВ, Н.Н. ПАРПИЕВА, Н.С. САИПОВА, Г.Ш. ТОХТАЕВ

Ташкентская медицинская академия;
Республиканский научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии;
Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

Актуальность. По современным представлениям, туберкулез признается результатом сложных взаимодействий микробного сообщества, а не единичного возбудителя, как это традиционно считается. Более того, инфекция Mycobacterium tuberculosis требует длительной комбинированной антибактериальной терапии, которая может изменять микробиом различных биотопов, снижая результат лечения. Отмечено частое развитие сопутствующей патологии кожи на фоне туберкулеза внутренних органов. В этой связи представляет интерес изучение микробиоты кожи у больных туберкулезом легких и внелегочных локализаций.

Цель исследования. Изучение показателей микробиоценоза кожи у больных с туберкулезом легких и при наличии сопутствующих дерматологических заболеваний.

Материал и методы исследования. Для качественного и количественного анализа микрофлоры кожи применяли методы смывов по Willamsonet Kligman (2001) с использованием стерильных ватных тампонов, смоченных в питательном бульоне. Для посевов использовали высоко селективные питательные среды: кровяной агар, желточно-солевой агар, Сабуро, Эндо и др. Смывы производили с 1 см^2 поверхности кожи. Выделенные культуры идентифицировали по культуральным, биохимическим и антигенным свойствам. Материал собирали с очагов поражения у 78 больных ТЛ с сопутствующими дерматозами и с симметричных участков видимо интактной кожи (66 больных ТЛ). Результаты сравнивали с показателями у 35 практически здоровых лиц. В исследование были включены лица обоего пола в возрасте 20–45 лет.

Результаты исследования. У пациентов с ТЛ в сочетании с дерматозами на участках кожи, свободных от высыпаний, отмечалось значительно большее число выделенных штаммов микроорганизмов (184 штамма), из них стафилококков – 89 штаммов (48,37 %). При этом значительно чаще высевались Staph. aureus – у 35 (19,02 %), Staph. Haemoliticus – у 16 (8,68 %) и Staph. Hominis – у 7 (3,8 %) больных. Частота встречаемости Staph. epidermidis в составе микрофлоры уменьшилась в три раза по сравнению с контролем у 23 (12,5 %), доля Staph. spp практически не изменилась у 8 (4,34 %). В большом количестве определялись микрококки – у 20 (10,87 %), грибы рода Candida – у 27 (14,67 %), реже Corynebacter – 22 (11,95 %) и bacillus (3,26 %), незначительно возросла доля энтерококков. Следует отметить появление штаммов, не характерных для данного биотопа, а именно Klebsiela – у 4 (2,17 %), Psevdomonasauriginosa – у 4 (2,17 %) и Proteus – у 3 (1,63 %) больных. Такие же тенденции в составе микрофлоры кожи отмечаются у пациентов на участках в непосредственной близости или в очагах кожных высыпаний. При этом было всего выделено 185 штаммов микроорганизмов, отмечается доминирующее участие Staph. Aureus у 42 (22,7 %), Staph. epiderm у 27 (14,59 %) больных. Значительно возрастает частота выявления и степень обсемененности микроорганизмами. Наибольшие изменения отмечались для Candida – у 39 (21,08 %) и 20,4±0,79 KOE/cm^2, несколько меньше и для Corynebacter – у 16(8,64 %) и 125,9±5,9 KOE/cm^2. Плотность колонизации для Staph. aureus составляла 425±25,0 KOE/cm^2 на пораженных участках и 420,3±21,07 KOE/cm^2 на видимо здоровой коже, для Staph. epiderm 182,3±7,73 KOE/cm^2 и 178,5±6,84 KOE/cm^2, что было достоверно выше значений группы контроля.

Вывод. У пациентов, страдающих туберкулезом легких с сопутствующими дерматозами, отмечаются изменения количественного и качественного состава микрофлоры кожи как в очагах патологических высыпаний, так и на видимо здоровых участках кожи.

РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

А.А. ВАЛИЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема изучения и лечения очаговой алопеции (АО) связана с высокой встречаемостью заболевания среди всех слоев населения и составляет до 4 % от общего числа дерматологических заболевания (Адаскевич В.П. и др., 2000).

Материал и методы исследования. Исследования проводились на базе отделения детской дерматологии клиники ТашПТИ и в отделении дерматологии. Обследовали 54 больных детей от 2 до 15 лет с различными клиническими формами ОА. Совместно со сбором анамнестических и клинических данных провели общие клинические лабораторно-инструментальные исследования, включая УЗИ абдоминальных органов

Результаты исследования. В возрастном аспекте ОА реже наблюдалась у детей в возрасте до 5 лет – 11,1 % (n=6). Соответственно, заболевания преимущественно отмечалось у детей среднего и старшего возраста – 89,9 % (n=48). Изучение сопутствующей патологии показало, что чаще всего у пациентов регистрировались хронические заболевания желудочно-кишечной системы – 44,4 % (n=24), анемия – 22,2 % (n=12), гельминтозы – 25,9 % (n=14), патология ЛОР-органов – 12,9 % (n=7), патология нервной – 33,3 % (n=18) и эндокринной системы – 35,2 % (n=19). Одновременное сочетание нескольких сопутствующих патологий отмечено у 42 (77,8 %) пациентов

Вывод. Часто встречаемыми сопутствующими заболеваниями при очаговая алопеции у детей являются хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (44,4 %), патология со стороны нервной (33,3 %) и эндокринной системы (35,2 %). Данные следует учесть при комплексном лечении очаговой алопеции у детей.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ш.Т. ГАНИЕВА

Ташкентский институт усовершенствования врачей МЗ РУз

Начало 2020 года был связано с эпидемией, а затем с пандемией нового заболевания в Китае. Всемирная организация здравоохранения 11 февраля 2020 года дала название этому заболеванию COVID-19. Да настоящее время изучается его патогенез, клиническое течение, методы диагностики и лечения.

Коронавирусная инфекция SARS-CoV-2 РНК содержащий вирус относится к бетта коронавирусам. Входными воротами для возбудителя являются эпителий верхних дыхательных путей и эпителиоциты желудка и кишечника. Проявление заболевания начинается, когда возбудитель коронавирусной инфекции проникает в клетки-мишени, имеющие рецепторы ангиотензинпревращающего фермента типа 2. Эти рецепторы имеются в дыхательном тракте, почках, пищеводе, мочевом пузыре, подвздошной кишке, сердце и ЦНС. Самыми частыми признаками коронавирусной инфекции является сухой кашель, повышение температуры тела, признаки интоксикации, боль и першение в горле, далее – болевые ощущения, диарея, конъюнктивит, головная боль, потеря обоняния и вкусовых ощущений.

Первые проявления коронавирусной инфекции на коже по виду Рейно были описаны испанским врачом, по другому их назвали «ковидные пальцы». При этом у больных отмечалась похожая на обморожение реакция на коронавирусную инфекцию. По данным дерматологов Мадрида и Барселоны, эти изменения наблюдались у 19 % пациентов и при легком течении без лечения проходили через 12–20 дней. Еще у 9 % наблюдалась сыпь по типу ветрянки.

Далее специалисты из Италии, Испании, Германии наблюдали самые различные изменения: от пятнисто-папулезных до уртикоподобных элементов. Самым частым проявлением этой инфекции являются эритематозно-отечные очаги, возникающие в период цитокинового шторма на 8–9 день заболевания. Цитокиновый шторм – это воспалительная реакция в организме, когда уровень цитокинов в крови резко возрастает, что приводит к атаке иммунитета на клетки и ткани собственного организма.

Эритематозно-отечные, очаги локализовались в основном на коже шеи, в подмышечной области и на животе. У детей сыпь часто характеризовалась по типу скарлатина, у 19 % детей наблюдалась крапивница.

У пациентов с тяжелым течением коронавирусной инфекции отмечается акро-ишемическое поражение кончиков пальцев и подушечек стопы, так как происходит гиперкоагуляция, т. е. сгущение крови. Кровь с трудом проходит по кровеносным венулам и часто повреждает их.

Российские врачи сообщили о семи видах проявлений при коронавирусной инфекции. Первая группа поражений носила характер васкулита кожи, проявляясь в виде волдырей, геморрагических пятен различной величины, воспалительных узелков и бляшек. Вторая группа – папуло-везикулярная сыпь с острыми клиническими симптомами на подобие ветрянки. Третий вид характеризуется сыпью, как при розовом лишае или псориазе, однако при этом отсутствует материнская бляшка. К четвертому виду относятся коре неподобные сыпи, к пятому – токсикодермии. Они возникают при непереносимости каких-либо лекарственных препаратов при лечении коронавируса. Шестой вид кожных проявлений характеризуется крапивницей. Седьмой вид, самый сложный, это трофические изменения тканей лица наблюдаемые у больных, длительно лежащих на животе на ИВЛ.

Таким образом, пока изучается патогенез и клиническое течение коронавирусной инфекции необходимо тщательно ввести и наблюдать больных как с позиций общей сиимптоматики, так и со стороны кожи. Знание кожных проявлений при COVID-19 поможет раньше диагностировать инфекцию и правильно оценить пациента, особенно у детей и пожилых людей.

СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ

О. ГАФУРИ[1], К.М. МУХАМАДИЕВА[1], С.С. ИСМАТУЛЛОЕВА[1], М.Ф. ХОМИДОВ[2]

Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абу али ибн Сино»[1];
Ассоциация дерматовенерологов и косметологов Таджикистана[2]

Цель исследования. Изучение состояния перекисного окисления липидов у детей, страдающих псориазом

Материал и методы исследования. Обследованы 25 больных псориазом (14 девочек и 11 мальчиков) в возрасте от 8 до 12 лет, с длительностью заболевания от 3 до 9 лет. У 15 (60,0 %) пациентов наблюдалась инфильтративно-бляшечная, у 10 (40,0 %) – экссудативная форма псориаза. Прогрессирующая стадия выявлена у 14 (56,0 %) больных, стационарная – у 11 (44,0 %). Контрольную группу составили 10 здоровых детей. Перекисное окисление липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) оценивалось по показателям малонового диальдегида (МДА), диеновых коньюгатов (ДК), глутадионпероксидазы (ГП) и активности каталазы (АК) в сыворотке крови обследуемых детей.

Результаты исследования. Нарушения показателей ПОЛ и АЛС были выявлены у 9 (36,0 %) с экссудативной формой псориаза и у 5 (20,0 %) больных с инфильтративно-бляшечной формой в прогрессирующей стадии заболевания, т. е. в 14 (56,0 %) случаях.

Наиболее выраженные нарушения выявлены у детей с экссудативной формой псориаза как по показателям МДА (0,56 ± 0,01 ммоль/л), который был меньше в 1,2 раза по сравнению с больными с инфильтративно-бляшечной формой (0,67 ± 0,05 ммоль/л) и в 1,3 раза по сравнению с контрольной группой (0,75 ± 0,01 ммоль/л), так и ДК, который у детей с обеими формами псориаза был выше, чем в контрольной группе (0,39 ± 0,01 ммоль/л) и составил соотвественно 0,41 ± 0,01 и 0,47 ± 0,01 ммоль/л. Нарушения АОС у больных с экссудативной формой были более выраженными, чем у детей с инфильтративно-бляшечной формой как по показателю АК (соответственно 98,32 ± 1,01 и 114,09 ± 2,02 ммоль/л), так и по показателю ГП (соответственно 0,05 ± 0,02 и 0,08 ± 0,01 ммоль/л), которые были ниже по сравнению с АК и ГП в контрольной группе (соответственно 213,26 ± 1,6 и 0,09 ± 0,04 ммоль/л).

Вывод. Наиболее выраженные нарушения ПОЛ и АОС наблюдаются у детей с экссудативной формой псориаза в прогрессирующей стадии заболевания.

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО

Н.В. ДЕЕВА[1], А.И. ЯКУБОВИЧ[2], И.Г. СЕРГЕЕВА[1]

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет[1];
ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»[2]

Актуальность. Витилиго часто сопровождается развитием галоневусов и формированием гало-области в трети врожденных невусов, что указывает на вовлечение меланоцитарных доброкачественных новообразований в системный патологический процесс.

Цель исследования. Изучить дерматоскопические особенности меланоцитарных невусов у пациентов с витилиго.

Материал и методы исследования. В исследование включены 37 пациентов (29 женщин и 8 мужчин) с витилиго в возрасте от 12 до 77 лет. Длительность заболевания – 16,5 ± 2,3 лет. В контрольную группу вошли 37 пациентов (29 женщин и 8 мужчин) без витилиго в возрасте от 18 до 59 лет. Оценивали дерматоскопическую картину 95 меланоцитарных невусов диаметром более 4 мм у пациентов с витилиго и 60 невусов у пациентов без витилиго. Для оценки использовали дерматоскоп «Heine mini 3000» при увеличении ×10 с иммерсией 70 % этиловым спиртом. Дерматоскопическую оценку невусов осуществляли по паттерн-анализу Pehamberger.

Результаты исследования. Приобретенные невусы обнаружены у 35 (94,6 %) пациентов с витилиго. Преобладали дермальные и сложные невусы, у 7 (18,9 %) больных выявлено 11 галоневусов, у 3 (8,1 %) пациентов меланоцитарные невусы располагались в очагах витилиго. У пациентов контрольной группы не выявлено ни одного галоневуса.

Бесструктурные гипопигментированные зоны у пациентов с витилиго выявлены в 70 (73,7 %) меланоцитарных образованиях, глобулы – в 48 (50,5 %) невусах, типичная пигментная сеть – в 30 (31,6 %), пигментные кольца в глобулярном паттерне в 6 (6,3 %). Диспластических невусов по критериям Pehamberger у пациентов с витилиго не выявлено.

Бесструктурные зоны со светло-коричневой или розовой пигментацией у пациентов контрольной группы выявлены в 30 (50 %) пигментных образованиях, типичная пигментная сеть – в 37 (61,6 %) невусах, глобулы – в 29 (48,3 %), атипичная пигментная сеть – в 22 (36,6 %), обнаружено 25 (41,7 %) диспластических невусов по критериям Pehamberger.

Вывод. В дерматоскопической картине 73,7 % меланоцитарных невусов у пациентов с витилиго определяются бесструктурные гипопигментированные области. Среди 6,3 % невусов наблюдались изменения глобулярного паттерна – «пигментные кольца», характерные только для пациентов с витилиго.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ IGE У БОЛЬНЫХ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫМИ КЕРАТОДЕРМИЯМИ

Д.С. ДЖАЛИЛОВ, А.Б. РАХМАТОВ, Т.П. РАХМАТОВ

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

Ладонно-подошвенные кератодермии (ЛПК) включают гетерогенную группу нарушений кератинизации наследственного или ненаследственного (гиперкератотическая экзема, климактерическая кератодермия, псориаз ладоней и подошв и различные приобретенные кератодермии) характера, в клинической картине которых присутствуют диффузные или очаговые утолщения рогового слоя эпидермиса преимущественно в области ладоней и подошв, а иногда с кератозами другой локализации. Кератодермии могут существовать с самого рождения или возникнуть во взрослом состоянии.

Диагностика кератодермий часто представляет значительные трудности, в особенности в тех случаях, когда они являются первыми и единственными проявлениями заболевания. Вместе с тем, правильная постановка диагноза имеет большое значение как для дальнейших клинико-лабораторных исследований, так и для подбора адекватной терапии заболевания.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 44 больных, ЛПК в возрасте от 7 до 71 года, из них с гиперкератотической экземой – 15, климактерической кератодермией – 9, псориазом ладоней и подошв – 8, приобретенной кератодермией – 6, наследственными – 6. Всем больным проведены исследования уровня общего IgE в сыворотке крови. Исследования проводились непрямым твердофазным иммуносорбентным методом (ELISA), коммерческими тест-системами фирмы НПО «Диагностические системы» (Нижний Новгород).

Контрольную группу составили 24 здоровых человека в возрасте от 14 до 48 лет без аллергического генеза.

Результаты исследования. Результаты ИФА показали, что у больных гиперкератотической экземой концентрация общего IgE составила в среднем 174,6 ± 5,2 МЕ/мл против 72,2 ± 1,1 МЕ/мл у здоровых лиц, что в 2,5 раза превысило показатели контрольной группы и имело статистически достоверный характер ($P < 0,05$).

При анализе уровня концентрации IgE показатели составили в среднем при климактерической кератодермии 169,4 ± 5,8 МЕ/мл, при псориазе ладоней и подошв – 92,8 ± 3,6 МЕ/мл. При приобретенной и наследственной кератодермиях показатели пациентов практически не отличались от показателей контрольной группы, составив 82,1 ± 2,4 МЕ/мл и 85,5 ± 1,7 МЕ/мл соответственно.

Вывод. Как видно из полученных данных, у больных гиперкератотической экземой и климактерической кератодермией имеет место достоверное повышение уровня общего IgE в сыворотке крови. Следовательно, изучение уровня общего IgE в сыворотке крови можно использовать в качестве ориентировочного теста в дифференциальной диагностике различных форм ЛПК.

АДАПАЛЕН В ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИХТИОЗА

Р.Т. ДЖУРАЕВА, А.Б. РАХМАТОВ, Ж.С. МЕДЕТОВА, Д.Т. РАВШАНОВА

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

Ихтиоз рассматривается как наследственный дерматоз, характеризующийся диффузным нарушением ороговения по типу гиперкератоза, проявляется образованием на коже чешуек, напоминающих рыбьи. В основе патологического процесса в коже лежат нарушения ороговения, проявляющиеся избыточной продукцией кератина, обычно с изменением его структуры или замедлением процесса отторжения ороговевших клеток с поверхности кожи из-за цементирующе-

го воздействия накоплений гликозаминогликанов в эпидермисе.

До настоящего времени существуют сложности в плане проведения лечения больных ихтиозом, особенно наружной терапии, так как в большинстве случаев используются только смягчающие средства.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности геля, содержащего адапален, при лечении больных вульгарным ихтиозом.

Под наблюдением находились 36 больных (20 мальчиков 16 – девочек) с вульгарным ихтиозой. Возраст пациентов колебался от 2 до 10 лет. Клиническая картина вульгарного ихтиоза была различной – от малозаметных форм до выраженных изменений, вызывающих косметический дефект. У 26 из 36 больных (72,2 %) первые признаки заболевания появились после 2-летнего возраста. У больных отмечались распространенные чешуйки различных размеров и цвета (от белесоватых до серо-черных). Местами излюбленной локализации указанных чешуек являлась кожа разгибательной поверхности конечностей, реже на волосистой части головы, туловище. Кожа сгибательных поверхностей конечностей, лица, за исключением лба и щек, локтевых и подколенных ямок не поражена. На коже голеней чешуйки были более крупнее, темнее и имели полигональные очертания. Практически у всех пациентов выявлялся фолликулярный гиперкератоз (симптом «терки») в виде мелких суховатых узелков с локализацией в устьях волосяных фолликулов на коже плеч, бедер, ягодиц. Явления ониходистрофии были выявлены у 29 из 36 (80,6 %) больных и проявлялись в виде онихогрифоза, онихолизиса, анонихии. Волосы практически у всех пациентов были изменены (истончение и поредение).

Этиотропного лечения вульгарного ихтиоза в настоящее время не существует, так как для этого нужно инактивировать действие мутантного гена. Основным препаратом в терапии вульгарного ихтиоза является витамин А (ретинола пальмитат, аевит) и в меньшей степени производное ретиноевой кислоты – ацетретин (неотигазон). Пациенты довольно часто использовали разнообразные кератолитические средства, смягчающие кремы. В качестве кератолитических средств использовали мази с содержанием мочевины, салициловой, молочной и гликолевой кислот различных концентраций.

Нами у больных вульгарным ихтиозом был использован 0,1 % гель с содержанием адапалена, который наносился на очаги поражения один раз в день (на ночь). Длительность лечения была вариабельной и зависела от выраженности фолликулярного гиперкератоза. Каких-либо побочных явлений от применения геля не наблюдалось, переносимость препарата была удовлетворительной. Имеются определенные ограничения в плане воздействия инсоляции. У большинства пациентов уже через 10–20 дней применения адапалена отмечалось улучшение кожно-патологического процесса, связанное с комбинированным воздействием указанного препарата на проявления вульгарного ихтиоза.

Таким образом, практической дерматологии предлагается наружное средство в виде 0,1 % геля адапалена для лечения отдельных форм вульгарного ихтиоза.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОРОДАВОК У ДЕТЕЙ

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

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Актуальность. Вирусные заболевания кожи в детском возрасте встречаются повсеместно, особенно большую проблему представляет папилломавирусная инфекция. В настоящее время инфицированность ВПЧ составляет 20–60 % населения. Инфекция передается от больного человека при прямом контакте или через инфицированные предметы домашнего обихода. Развитию заболевания способствуют травматизация кожи, ее сухость, снижение pH водно-липидной мантии, вегетоневрозы. Важная роль отводится и состоянию иммунной системы. Вульгарные бородавки на кистях (до 70 % всех бородавок) наиболее часто встречаются в детском и юношеском возрасте. Подошвенные бородавки (34 % всех бородавок) располагаются в области подошвы, в местах наибольшего давления и трения при движении, плоские бородавки (4 % всех бородавок) также чаще проявляются в детском и юношеском возрасте в виде множественных узелков желто-коричневого или телесного цвета. Терапия бородавок вызывает определенные трудности: несмотря на существование множества методов удаления бородавок, рецидивы заболевания возникают достаточно часто (от 15 до 50 %).

Цель исследования. Изучить эффективность лечения бородавок у детей с использованием в комплексной терапии препарат «Гроприносин».

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 36 детей (18 мальчиков и 18 девочек) в возрасте от 5 до 14 лет. У 25 из них диагностированы вульгарные, у

7 – подошвенные, у 4 – плоские бородавки. Гроприносин (активное вещество инозин пранобекс) обладает противовирусным (подавляет репликацию ДНК и РНК вирусов посредством связывания с рибосомой клетки и изменения ее стереохимического строения) и иммуномодулирующим действием. Таблетки по 500 мг с целью получения противовирусного эффекта назначались в максимальных дозах: 500 мг на 10 кг массы тела в сутки в 3–4 приема в течение 5 дней, 2–3 курса с интервалом 2–4 недели.

Результаты исследования. Все больные были разделены на две группы: опытную – 18 человек (10 мальчиков и 8 девочек), в которой кроме местного лечения назначался гроприносин, и контрольную – 18 человек (8 мальчиков и 10 девочек), где проводилось только удаление бородавок с применением криодеструкции. Пациенты исследуемой группы отмечали хорошую переносимость проводимого лечения, ни у одного из них осложнений и побочных эффектов на фоне приема препарата не отмечено. Клинический результат в виде полного регресса высыпаний составил в обеих группах 93,3 и 73,3 % соответственно, т.е. суммарный эффект от проводимой терапии с включением иммуностимулирующего препарата гроприносила наблюдался в 1,3 раза чаще по сравнению с группой контроля, Дальнейшее наблюдение за больными позволило установить, что рецидивы заболевания в сроки 1–6 месяцев были диагностированы у одного (2,8 %) пациента исследуемой группы и у 4 (11,1 %) – контрольной.

Вывод. Учитывая спектр терапевтических эффектов иммуномодулирующих препаратов, можно считать обоснованным включение гроприносила в комплексную терапию папилломавирусной инфекции, в том числе для лечения и профилактики рецидивов бородавок.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УЛКАРИЛА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ

М.А. ЕКУБОВА

Андижанский государственный медицинский институт

Многоформная экссудативная эритема характеризуется сезонными течением, нередко рецидивирующим, с вовлечением в процесс кожи и слизистых оболочек. В настоящее время установлены две формы болезни: идиопатическая и симптоматическая. Идиопатическая экссудативная многоформная эритема считается заболеванием вирусной этиологии. Продромальный период характеризуется болями в костях, суставах, мышцах и субфебрилитетом. Спустя 2–3 дня остро появляется симметрично ограниченные пятна или уплощенные отечные папулы округлой либо овальной формы, розово-красного или ярко-красного цвета, увеличивающиеся по периферии. На поверхности элементов или на неизмененной коже возникают разнокалиберные пузырьки, пузыри с серозным или геморрагическим содержимым, окруженные узким воспалительным ободком.

Принимаемые болеутоляющие лекарственные препараты (баральгин, этодин-форте, кетотифен, долекс и др.) терапевтических эффектов не дают. Поэтому перед врачами стоит проблема применения новых, более эффективных и этиотропных препаратов. Учитывая вышеуказанное нами применен препарат «Улкарил» (ацикловир), лекарственная форма – таблетки 200 мг, 400 мг, 800 мг, производитель «Nobel pharmsanoat», г. Ташкент. Проведено лечение улкарилом 14 больных многоформной экссудативной эритемой, из них (мужчин – 8, женщин – 6) в возрасте от 17 до 46 лет. Препарат назанчался по 1 таблетке (200 мг) 5 раз в сутки в течение 7 дней на фоне антигистаминовых, десенсибилизирующих и наружных препаратов. При применении улкарила по вышеуказанной схеме боли и элементы в очагах поражения уменьшились у 6 больных на 4–5 день лечения, у остальных больных на 6–7 день. Таким образом, улкарил является эффективным средством при лечении больных многоформной экссудативной эритемой.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УГРИНОЛ ПРИ РОЗАЦЕА

М.А. ЕКУБОВА

Андижанский государственный медицинский институт

Розацеа (розовые угри) – хроническое заболевание кожи, характеризующееся появлением покраснения, красных узелков и бугорков, а также расширением сосудов кожи лица. Поражает розацеа в основном центральную часть лица, щеки, лоб, подбородок, область вокруг носа, иногда глаза. Большинство людей, страдающих этим заболеванием, имеют очень чувствительную кожу, которая краснеет и шелушится. Часто розацеа связана с воздействием клещей рода demodex. Розацеа болеют как женщины, так и мужчины. Заболевание может периодически обостряться, вспышки длятся от нескольких недель до нескольких месяцев. Розацеа – коварное заболевание, опасность заключается в том, что первые признаки его проявления можно спутать с аллергическими высыпаниями, солнечным ожогом, угрями и другими проблемами кожи. При переходе заболевания в хроническую стадию на лице появляются расширенные кровеносные сосуды, пятна ярко-красного цвета, которые со временем становятся синюшными, появляются зуд, отек лица, ощущение жжения и шелушение кожи. Если откладывать лечение, то начинают утолщаться отдельные участки кожи, за счет чего она выглядит бугристой, напоминая апельсиновую корку. Тонкая кожа на носу становится синюшной, покрывается гнойничками, со временем может измениться форма и размер носа, он приобретает грушевидную форму.

Под нашим наблюдением находились 18 больных в возрасте от 18 до 55 лет, мужчин – 11, женщин – 7. Очаги поражения часто локализовались на коже лица и шеи. Всем больным были назначены препараты кальция, витамины и антигистаминные средства. В сочетании с комплексным лечением больным был назначен «Угринол».

Угринол производитель ООО «Макро Фарм Андижан» – желтоватый раствор со специфическим запахом, содержащий в своем составе экстракт листьев алоэ и лимона, цветки ромашки, салициловую кислоту, спирт, воду очищенную.

После проведенного лечения у всех больных в очагах поражения уменьшились краснота, инфильтрация и наступило клиническое выздоровление. Угринол нормализирует процессы пролиферации, вследствие чего происходит быстрое регрессирование патологических элементов.

Таким образом, раствор «Угринол» при наружном применений оказался эффективным для профилактики и лечения больных розацеа.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАМЕЛАНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

М.А. ЕКУБОВА

Андижанский государственный медицинский институт

Чешуйчатый лишай (псориаз) – хронически рецидивирующее заболевание, в основе которого лежит усиленная пролиферация и нарушение дифференцировки клеток эпидермиса. Заболевание протекает годами, сопровождается чередованием рецидивов и ремиссий. В настоящее время наиболее признанными теориями возникновения чешуйчатого лишая является наследственная, иммунная, нейрогенная, эндокринная и теория обменных нарушений.

Учитывая патогенез развития псориаза, терапия должна быть направлена на коррекцию воспаления, гиперпролиферацию эпителиоцитов и нормализацию их дифференцировки.

В настоящее время существует множество методов и различных препаратов для лечения псориаза.

Исходя из вышеизложенного, мы у 26 больных чешуйчатым лишаем обычной (вульгарной) формы в периоды стационарного и регрессивного состояния изучали эффективность действия вамелана.

Вамелан – лекарственный препарат Pharmaceutical Company World Medicine, в составе которого имеются экстракт валерианы – 125 мг, экстракт мяты перечной – 25 мг, экстракт мяты лимонной – 25 мг. Возраст больных составил от 28 до 55 лет, мужчин было 15, женщин – 11. Очаги поражения часто локализовались на нижних и верхних конечностях и туловище. Всем больным были назначены препараты кальция, витамины и антигистаминные средства. Вместе с комплексным лечением больные принимали вамелан по 1 капсуле 3 раза в сутки в течение 10 дней, наружно применяли мази и кремовые смеси.

После проведенного лечения у всех больных в очагах поражения уменьшились краснота, ин-

фильтрация уменьшились, бляшки рассосались, и наступило клиническое выздоровление.

Вамелан обладает дополнительным действием на нервную систему, устраняя чувство тревоги, страха и воздействуя на различные повреждающие факторы.

Таким образом, вамелан при лечении больных с вульгарной формой псориаза обычной период стационарного и регрессивного является эффективным средствами и может быть рекомендован.

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ, ПО ДАННЫМ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ГБУЗ «МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ДЗМ»

Н.Ф. ЗАТОРСКАЯ, И.В. ВАЛИТОВА, В.Н. ГРЕБЕНЮК, М.И. ПРОСКУРИНА, Е.С. НЕГАШЕВА

ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии департамента здравоохранения Москвы», Россия

Псориаз – хроническое воспалительное заболевание мультифакториального генеза. У детей он встречается относительно редко. Но в последние года отмечается тенденция к его росту не только у детей в пубертатном периоде, но и в раннем возрасте.

Нами был проведен анализ динамики и структуры заболеваемости псориазом у детского населения по данным Детского центра филиала «Коломенский» ГБУЗ «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии департамента здравоохранения Москвы» за 2016–2019 годы.

При ретроспективной оценке заболеваемости хроническими дерматозами пациентов, лечившихся с 2016 по 2019 гг. в суточном стационаре (СС) филиала «Коломенский», прослеживается рост заболеваемости псориазом у детей со средней и тяжелой степенью тяжести почти на 6 %. Пик заболеваемости у детей с псориазом от 0 до 17 лет приходился на возрастную группу от 7 до 14 лет. Девочки и мальчики этой возрастной группы в 2019 г., болели с одинаковой частотой. Доля подростков 15–17 лет, лечившихся в СС в 2019 г. составила 36,7 %, при этом девушки этой возрастной категории в 1,5 раза чаще болели, чем юноши. Такая же тенденция прослеживалась и в 2018 г. За последние годы увеличилась заболеваемость среди детей с псориазом первых шести лет жизни. Так в 2016 г. на долю детей младшего возраста с псориазом от общего числа госпитализаций пришлось 9 %, в 2017 г. – 9,2 %, в 2018 г. – 10 %, в 2019 г. – 8,6 %.

По данным статистики дневного стационара (ДС) филиала «Коломенский», за последние 4 года также был выявлен рост заболеваемости псориазом среди детей от 0 до 17 лет на 11,1 % в 2019 г. по сравнению с 2016 годом. В 2019 г. доля детей с псориазом, получивших лечение в ДС, составила более 1/3 (36 %). Причем, в отличие от данных СС, мальчики болели чаще, чем девочки как в 2019 году (51,2 %), так и в 2018–2017–2016 гг. (2018 г. – 60,3 %, в 2017 г. – 66,4 %, в 2016 г. – 61,5 %). В 2019 г., в отличии от аналогичных данных за 2018 г., подростки 15–17 лет составили почти 2/3 (62 %) от всех детей с псориазом (в 2018 г. – 35,2 %, в 2017 г. – 30,7 %). При этом на долю юношей этой возрастной группы, получивших лечение в ДС, в 2019 г. пришлось – 48,5 % (в 2018 г. – 35,2 %, в 2017 г. – 30,7 %), тогда как в 2018–2017 гг. пик заболеваемости был в возрастной группе 7–14 лет – 50 % и 60,7 % соответственно.

Вывод. Увеличение провоцирующих факторов развития псориаза у детей, в частности инфекции, заболевания печени, почек, нарушение метаболического обмена, стресс, могут быть связаны с заболеваемостью псориазом у детей. Обострения заболевания у детей обычно наблюдаются в переходные периоды (детский сад, школа), а также в периоды высоких нагрузок и стрессов (экзамены, выступления и т.п.). Эта зависимость свидетельствует о необходимости разработки и проведения организационных мероприятий по взаимодействию дерматовенерологов и смежных специалистов (педиатров, ревматологов, аллергологов, иммунологов, психологов и т.д.), направленных на профилактику, раннее выявление и предупреждение обострения псориаза среди детского населения г. Москвы.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОЗОНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

О.Д. ИБРАГИМОВ, М.Н. СОЛМЕТОВА

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница МЗ РУз

Актуальность. Подводя итоги многих лет изучения псориаза (Пс) как системного заболевания, многие авторы пришли к выводу, что это аутоиммунное, генетически обусловленное заболевание кожи, не поддающееся тотальной иррадикации, клинически проявляющееся шелушащимися папулами и бляшками, наносящее порой чувствительный урон как социальному, так и экономическому статусу больного. Высокая частота заболеваемости с различной длительностью ремиссии позволила выработать передовые методы лечения, одним из которых стала озонотерапия – аутогемотерапия озоном, которая позволяет быстро и без больших затрат добиться клинического эффекта. Однако в научной литературе недостаточно освещены клинико-патоморфологические параллели регресса псориатических изменений под влиянием озонотерапии.

Цель исследования. Оценка воздействия озона на патоморфологические изменения и пролиферативную активность в коже больных псориазом.

Материал и методы исследования. Забор морфологического материала – эксцизия высыпного элемента до и после озонотерапии – изучался на базе ЦНИЛ ТМА по отработонной методике (фиксация формалином, проводка и заливка): окрашивание гемотоксилином и эозином с Шик-реакцией на гликоген и нейтральные мукополисахариды. Гистологический препарат изучался с помощью современного оптического оборудования (производство Австрия). Митотический индекс на каждые 1 000 клеток рассчитывали для каждого отдельного слоя эпидермиса. Статистическая обработка полученного материала проводилась по Матцевечюте-Эрингене (1964 г.).

Результаты исследования. После первого курса озонотерапии структура кожных слоев, пораженных псориазом, при существенных признаках улучшения структурных изменений, именно в эпидермисе – уменьшение пролиферативной активности (1,18+–0,17), более выраженное в шиповидном слое, и уменьшение воспалительных и дистрофических изменений в эпидермисе, полной нормализации тканевой картины не наблюдалось. В базальном слое обнаруживались деструктивно измененные клетки, а местами атрофия. В дерме и соединительнотканной строме также были получены гистологические признаки частичного эффекта.

Вывод. На основе анализа динамических изменений патоморфологической картины псориатически пораженных кожных участков после первого курса озонотерапии выявлено достоверное улучшение основных структурных показателей кожи: нарастание пролиферативной активности в эпидермисе и тенденция к восстановлению патоморфологических нарушений в дерме.

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДОКСИЦИКЛИНА И ТАКРОЛИМУСА В ЛЕЧЕНИИ ЗАСТОЙНОГО ДЕРМАТИТА

С.С. ИСАМУХАМЕДОВА, З.М. АБИДОВА, Д.А. ГАНИЕВ

Многопрофильный частный медицинский центр «AKFA MEDLINE»

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей проявляется застойным дерматитом. Антиколлагеназный, противовоспалительный и иммуномодулирующий эффекты доксициклина (Nordström D., Lindy O., Lauhio A., Sorsa T., Santavirta S., Konttinen Y.T. 1998) и ингибирующие эффекты на Т-клетки топического препарат «Такролимуса» теоретически могут изменить патофизиологию заболевания.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности четырехнедельной комбинированной терапии пероральным антибиотиком доксициклином в дозе 100 мг с местным препаратом «Такролимус» 0,1 % при застойном дерматите, связанном с ХВН.

Материал и методы исследования. В данное пилотное исследование вошли пациенты исключительно с ХВН, не применявшие системные и топические глюкокортикоиды.

Общее количество пациентов – 10, из них 6 – женщин, 4 – мужчин, средний возраст 63,27±10,6. Пациенты находились под динамическим контролем сосудистого хирурга и дерматолога. Все пациенты принимали доксициклин в дозе 100 мг 1 раз в день в сочетании с нанесением местно мази «Такролимус» 0,1 %, вокруг язв дважды в день. По рекомендациям сосудистого хирурга было рекомендовано ношение компрессионных чулок и высокого положения ног при горизонтальном положении тела.

Состояние пациентов оценивалось каждые две недели по таким жалобам, как боль, зуд, эритема, и рост волос в области голеней по 10-балльной шкале Ликерта, а отек и пигментация кожи оценивалось через 4 недели.

Наличие экссудата оценивали как ее отсутствие, легкая, средняя и тяжелая степень (0–4). Также мы оценивали диаметр длины и ширины язв до лечения и каждые 2 недели после лечения.

Результаты исследования. Анализ первичных параметров эффективности показал, что уменьшение боли, отека, эритемы, пигментации и зуда было высоко значимым ($P < 0,01$) по сравнению с исходными оценками. Уменьшение экссудации также было значительным ($P = 0,013$), но не было статистически значимого ($P = 0,09$) улучшения роста волос в области голени. Результаты уменьшения диаметра длины и ширины язв показывают, что у 80 % оцениваемых пациентов улучшение было на 15–35 %. У 60 % пациентов с варикозными язвами наблюдалось очень значимое уменьшение ($P < 0,01$) максимальной длины и ширины язв по сравнению с исходными размерами. Анализ безопасности показывает, что из 10 исследованных пациентов только двое сообщили о побочных эффектах: один – на ощущение зуда в области нанесения такролимуса, которое было умеренным и постепенно восстанавливалось, а у другого пациента была тошнота после приема доксициклина.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о возможности эффективного и успешного применения комбинированного метода лечения доксициклин и топическим такролимусом в лечении застойного дерматита при ХВН.

ЗНАЧИМОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА Д ПРИ БУЛЛЕЗНОМ ЭПИДЕРМОЛИЗЕ И ИХТИОЗЕ

И.Т. КАРАБАЕВА, А.Б. РАХМАТОВ, М.Т. АЛИШЕВА

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

Кожа человека выполняет множество жизненно важных функций. Это основной орган, осуществляющий контакт с внешней средой, обеспечивающий барьер, что позволяет организму сохранять гомеостаз. В еще большей степени это касается детей первых лет жизни, имеющих ряд анатомо-конституциональных особенностей строения кожи, обусловливающих незрелость эпидермальных и дермальных барьерных структур. Среди них нежный и рыхлый эпидермис, тонкая базальная мембрана, нейтральная или слабощелочная pH, повышенная проницаемость эндотелия сосудов, высокая резобционная способность жирорастворимых веществ и ряд других. При генодерматозах, каковыми являются буллезный эпидермолиз и ихтиоз, ввиду раннего начала (с первых часов жизни ребенка) заболевания могут наблюдаться нарушения в системе витамина Д, так как кожные покровы постоянно бинтуются или покрываются значительными чешуйчатыми высыпаниями, которые не пропускают ультрафиолетовые лучи и, следовательно, затрудняют синтез витамина Д. У детей с самыми тяжелыми формами буллезного эпидермолиза снижена масса костной ткани (использование денситометрии) и плотность кости, ввиду чего они подвержены частым переломам. Данное явление обусловлено недостаточным питанием, задержкой полового созревания, ограниченной подвижностью и недостаточным пребыванием на солнце. В этой связи оценка уровня кальция и витамина Д наряду с инструментальными методами позволяет целесообразно назначать бисфосфанаты в сочетании с комбинированным препаратом кальция и витамина Д (шипучие таблетки). Нарушение в костной системе больных буллезным эпидермолизом способно приводить к явлениям остеолиза конечностей, изменениям формы кисти и стопы, что является наиболее инвалидизирующим фактором. Следовательно, определение кальция и витамина Д наряду с денситометрией костей должно включаться в обязательный перечень лабораторно-инструментальных методов обследования больных буллезным эпидермолизом, независимо от преимущественной формы генодерматоза.

Таким образом, адекватное обследование детей, страдающих буллезным эпидермолизом и ихтиозом, применение современных дерматологических технологий имеет высокую безопасность, обеспечивает стойкую ремиссию заболевания и предупреждает развитие тяжелых осложнений указанных генодерматозов.

КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

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

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

Актуальность. Хронически рецидивирующее течение псориаза приводит к чрезмерному напряжению реактивных сил организма, что, естественно, ведет к дисбалансу физических и психологических параметров с появлением признаков астенизации (расстройство сна, нарушение аппетита, депрессия и др.).

Цель исследования. Изучение психосоматического статуса у больных псориазом и разработка метода его коррекции.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 120 больных псориазом (мужчин – 77, женщин – 3) в возрасте от 18 до 65 лет. В соответствии с МКБ-10 у всех больных был установлен обычный (вульгарный) псориаз, причем у 17,2 % высыпания были с экссудативным компонентом. У 72,7 % пациентов псориатические высыпания сопровождались субъективными ощущениями (зуд, жжение и др.), особенно при локализации элементов на волосистой части головы, крупных складках кожи. Для характеристики кожно-патологического процесса был использован индекс PASI, который составлял 31,6 ± 1,15 балла.

Результат исследования. Проведение психологического тестирования показало, что по данным теста Спилберга у 75,5 % больных выявлялись высокая (48,1 ± 3,01), у 18,3 % – средняя (33,1 ± 2,6) и у 6,2 % пациентов – низкая реактивная тревожность (22,2 ± 4,05). Средний показатель личностной тревожности по тесту Спилберга у 56,5 % больных псориазом составлял 62,1 ± 1,2 (высокая личностная тревожность), у 30,1 % – 34,2 ± 1,25 (умеренная личностная тревожность) и у 14,4 % больных выявлена низкая личностная тревожность (21,5 ± 1,09). Нами была выявлена закономерность между реактивной тревожностью и качеством жизни, т. е., чем выше уровень реактивной тревожности, тем ниже качество жизни больного. Необходимо отметить, что в 58,2 % случаев было установлено сочетание реактивной и личностной тревожности (с преобладанием личностной), что весьма характерно для больных с психосоматическими заболеваниями. Аналогичные показатели были получены и по результатам тестирования по шкале Гамильтона и MMPI.

Вывод. Наличие в личностном профиле больных псориазом выявленных типов акцентуаций оказывает существенное влияние на успешность социально-психологической адаптации, преодоление фрустрации и качество жизни в целом, что требует проведения психотерапевтической помощи в комплексной терапии больных псориазом.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЖИ У БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Н.Д. ИКРАМОВА

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

Цель исследования. Изучение микробной обсемененности кожи у больных дерматомикозами.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 15 больных с дерматомикозами в возрасти от 10 до 70 лет, в них мужского пола 13 пациентов, женского – 2. Контрольную группу составили 36 здоровых человек соответствующего возраста. Всем больным проводились клинические, микологические и микробиологические исследования очагов поражения кожи. Для оценки видовой идентификации и характера колонизации условно-патогенных микроорганизмов проводили культуральные исследования на средах Сабуро, Эндо и др.

Результаты исследования. По клинической форме среди 15 больных у 8 диагностирована трихофития в/ч головы и гладкой кожи, микроспория в/ч головы – у 3, паховая эпидермофития – у 2 и микоз стоп – у 3 больных. Результаты микробиологических исследований показали, что у всех больных в очагах поражения был высеяны грамм + хемоорганотропные факультативно-анаэробные бактерии семейства Mycrococcaceae. По видовой принадлежности высевались St. Epidermidis – в 53,3 % (у 8 из 15), St. Aureus – в 33,3 % (5) и (70 КОЕ) у 8 (53,3 %), St. Saprofiticus – в 13,3 % (2) случаев, тогда как в группе здоровых лиц на коже высевались St. Epidemididis в среднем 6,1 ± 0,7 КОЕ колонии.

Анализ исследования степени колонизации у больных выявил, что в очагах микотического поражения обсемененность стафилококков в среднем составила 57,6 ± 13,1 КОЕ, что в 9,4 раза превышало показатели здоровых лиц. ($P < 0,05$).

С учетом видовой идентификации повышенная колонизация отмечалась у St. Aureus – 60 КОЕ и St. Saprofiticus – 43 КОЕ.

Анализ микробиологических исследований показал, что у больных с микотическими поражениями отмечается наслоение бактериальной инфекции, обусловленное стафилакокковой флорой – st. aureus и st. epidermididis, что может играть значимую роль в клиническом течении грибковых заболеваний кожи и в/ч головы.

Вывод. Результаты наших исследований свидетельствуют, что в течении микозов кожи особая роль отводится присоединению вторичной микрофлоры, что может осложнить течение основной болезни и привести к удлинению сроков излечения заболевания. Исследования продолжаются.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И АКТИВИЗИРОВАННЫХ КРЕМНИСТЫХ ВОД В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА, А.И. ИСМАГИЛОВ, Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ, И.Б. ШУКУРОВ, А.У. БУРХАНОВ

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

Актуальность. Мультифакториальность аллергических заболеваний кожи обусловливает разработку новых патогенетически обоснованных методов лечения. Основной целью лечения является достижение продолжительной ремиссии и уменьшение количества рецидивов.

В дерматологической практике важное значение придается наружной терапии, которая оценивается не только ее местными действиями на патологический процесс, влияя через нервные рецепторы и оказывая рефлекторное воздействие на центральную и вегетативную нервную систему и обмен веществ, но и опосредованно влияя на иммунную систему как системного, так и местного характера в целом.

В последнее время наряду с этим интерес клиницистов представляют вопросы по немедикаментозной коррекции при аллергодерматозах, в частности низкоинтенсивному лазерному излучению.

Всесторонняя оценка эффективности новых методов лечебных мероприятий является основой целенаправленного назначения и получения желаемого положительного эффекта.

Цель исследования. Оценка клинической и иммунологической эффективности ВЛОК-терапии и наружного назначения активизированных кремнистых вод у больных аллергодерматозами.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 76 больных с различными формами аллергодерматозов в возрасте от 18 лет до 61 года, лиц мужского пола – 43, женского – 33. Всем больным проводили клинические, иммунологические и статистические исследования до и после лечения. Контрольную группу составили 36 практически здоровых лиц в возрасте 18–55 лет.

Результаты исследования. Результаты клинико-лабораторных исследований показали, что у больных аллергодерматозами выявляется достоверная взаимосвязь вовлеченности иммунной системы в регуляцию кожно-патологического процесса и важная роль цитокинов – ФНО-α, ИЛ-6 и ИЛ-10 в патогенезе аллергодерматозов. Так, у больных аллергодерматозами в сыворотке крови выявлена гиперпродукция провоспалительных цитокинов ФНО-α и ИЛ-6, составил в среднем 36,8 ± 2,8 пг/мл и 32,5 ± 3,1 пг/мл и в 17,8 и 7,1 раза превышая показатели здоровых лиц ($P < 0,05$). Уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-10 составил в среднем 4,9 ± 0,6 пг/мл, почти не отличаясь от показателей контрольной группы ($P > 0,05$).

Включение ВЛОК-терапии и использование активизированных кремнистых растворов в качестве наружного лечения в традиционную терапию показало достоверное снижение уровня IL-6, TNF-α и общего IgE, что сопровождалось выраженным клиническим эффектом – снижением индекса ДИШС в 2,5 раза по сравнению с исходным вариантом.

Вывод. Полученные данные обосновывают целесообразность назначения комплексного применения активизированных кремнистых растворов для наружного лечения и ВЛОК-терапии в комплексной терапии аллергодерматозов.

К АУТОИММУННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ БОЛЬНЫХ С АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, М.С. МУТАВАЛИЕВ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА, А.И. ИСМАГИЛОВ, М.А. КОДИРОВА

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

Актуальность. Акантолитическая пузырчатка – одно из самых тяжелых заболеваний кожи – характеризуется прогрессирующим, хронически рецидивирующим течением, в основе которого лежит аутоиммунный механизм развития дерматоза.

Согласно научным исследованиям в патогенезе развития пузырчатки более вероятным представляется изменение иммунной системы организма под воздействием экзогенных факторов при наличии генетических особенностей иммунной системы. При этом важное значение приобретает аутоиммунный механизм развития пузырных дерматозов, при которых иммунная система атакует нормальные, здоровые ткани собственного организма, т. е. организм утрачивает толерантность к собственным тканевым антигенам. Общим признаком большинства аутоиммунных заболеваний является В-клеточная активация, приводящая к гиперглобулинемии и избыточному образованию ААТ с разной специфичностью. Поэтому выявляемые ААТ могут быть показателем иммунологической перестройки и при определенных условиях могут реализовать свои патогенетические возможности.

Цель исследования. Оценка уровня содержания аутоантител класса G к денатурированной ДНК (ss-ДНК) и неденатурированной ДНК (ds-ДНК) у больных с акантолитической пузырчаткой.

Материал и методы исследования. Обследованы 57 больных пузырчаткой в возрасте от 18 лет до 71 года. Всем больным проводились клинические, цитологические, биохимические и иммунологические исследования. Определение уровня аутоантител (ААТ) класса G (IgG) к денатурированной ДНК (ss-ДНК) и неденатурированной ДНК (ds-ДНК) ДНК в сыворотке крови определяли методом твердофазного ИФА-исследования с использованием тест-систем (ЗАО «Вектор-Бест»).

Результаты исследования. По клиническим формам среди 57 больных пузырчаткой пациенты с вульгарной формой составили 51 (89,5 %), себорейной – 4 (7,01 %) и вегетирующей – 2 (3,5 %).

Результаты ИФА исследования по выявляемости ААТ у больных пузырчаткой показали, что из 57 больных у 34 в сыворотке крови отмечалось повышение уровня ААТ к нативной двух цепочечной ДНК, что составило 59,6 % случаев, тогда как одно цепочная ДНК была выявлена у 9 больных, (15,8 %). В группе здоровых лиц из 18 человек только у одного отмечался повышенный уровень ААТ класса G к ДНК- SS, что составило 5,8 % случаев.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о развитии системного аутоиммунного процесса у больных с акантолитической пузырчаткой и повышение концентрации ААТ класса G к двухцепочечной ДНК-DS и одноцепочечной ДНК-SS, что свидетельствует об активизации аутоантител. На наш взгляд, полученные данные имеют диагностическое и прогностическое значение в клиническом течении заболевания и определение титра ААТ класса G будет способствовать дальнейшему выбору адекватного лечения.

КРЕМНИЙСОДЕРЖАЩИЕ НАРУЖНЫЕ УВЛАЖНЯЮЩИЕ СРЕДСТВА ЛИНИИ «ФАТИДЕРМ» В ЛЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, А.И. ИСМАГИЛОВ, И.Б. ШУКУРОВ, М. ЯХШИЕВА, Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ, А.У. БУРХАНОВ, М.А. КОДИРОВА

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

Себорейный дерматит является одним из распространенных дерматозов среди аллергических заболеваний кожи. Хроническое течение, резистентность к проводимой терапии требуют разработки новых подходов и методов наружной терапии. В рамках прикладного гранта ПЗ-20170922154 «Разработка новых лекарственных средств для наружной терапии при аллергодерматозах, приготовленных на основе природного сырья Узбекистана» при поддержке ООО «Фатилюкс» были разработаны новые отечественные лечебно-косметические препараты наружного действия «Фатидерм» спрей и крем, изготовленные на основе природных активизированных кремнистых вод.

Спрей «Фатидерм» – природная активизированная кремнистая вода с содержанием SiO_2 50 мг/л, в составе которого имеется ряд лечебных минералов. Крем «Фатидерм» – препарат наружного действия, содержащий ланолин, высококачественное растительное масло и активизированный кремнистый раствор. Спрей «Фатидерм+» вспрыскивали на очаги поражения 2 раза в день перед нанесением крема «Фатидерм» в течение 10 дней.

Цель исследований. Оценка терапевтической эффективности спрея и увлажняющего крема «Фатидерм» у больных себорейным дерматитом.

Материал и методы исследования. Обследованы 32 больных с себорейным дерматитом в возрасте от 19 до 43 лет, лиц мужского пола – 24 и женского – 8. Всем больным проводили клинические (определение индекса ДИШС) и микробиологические исследования до и после лечения.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что степень тяжести ДИШС у больных себорейным дерматитом до лечения в среднем составила 25,9±0,4 балла, тогда как у больных контрольной группы (традиционная противовоспалительная терапия) в среднем 26,1±0,7 балла. Результаты клинического наблюдения показали, что у больных I группы на фоне использования спрея и крема индекс ДИШС снизился в 4,4 раза и составил в среднем 5,2±0,5 балла, тогда как во II группе индекс ДИШС снизился в 2,8 раза и составил в среднем 9,2±0,1 балла ($P<0,05$).

Использование крема «Фатидерм» способствовало снижению степени колонизации стафилококков в среднем в 17,8 раза по сравнению до лечения ($P<0,05$). Анализ результатов микробиологических исследований свидетельствует о подавляющем действии на степень колонизации стафилококковой флоры. Следует отметить, что во время использования спрея и крема «Фатидерм» побочных явлений потребовавших отмены курса препарата или специального лечения не отмечалось.

Вывод. Результаты клинико-микробиологических исследований свидетельствуют, что спрей и крем «Фатидерм» обладают противовоспалительным свойством, их можно рекомендовать для широкого использования в качестве наружной терапии больных с себорейным дерматитом.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ФИТОМАЗИ У БОЛЬНЫХ С МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ

Ш.З. МАВЛЯНОВА[1], А.И. ИСМАГИЛОВ[1], С. ОБИДОВ[1], З.А. УБАЙДУЛЛАЕВА[2], Н.С. ФАЙЗУЛЛАЕВА[2], Б.А. ИМАМАЛИЕВ[3], М.С. МУТАВАЛИЕВ[3]

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз[1];
Ташкентский фармацевтический институт[2];
ООО НЦ «MED STANDART»[3]

На основе совместного прикладного проектного исследования РСНПМЦ ДВиК и ТашФарМИ с целью изыскания новых терапевтических возможностей наружной терапии при бактериальных инфекциях разработан новый комбинированный антибактериальный и антигистаминный препарат наружного действия, приготовленный из фиторесурсов местного происхождения.

Цель исследования. Оценка эффективности действия антибактериального фитопрепарата наружного действия у больных с микробной экземой.

Материал и методы исследования. Обследовано 23 больных с микробной экземой в возрасте от 18 до 36 лет. Всем больным проведены клинические и микробиологические исследования. Статистическая обработка полученных данных производилась при помощи критерия Стьюдента с использованием программ «Microsoft Office Excel» и «Биостатистика 4.03». Критерием статистической достоверности служило $p<0,05$. Для оценки динамики кожно-патологического процесса изучали клинические и микробиологические показатели до и после лечения.

Результаты исследования. Для оценки клинической эффективности больные были разделены на две группы: 1-я группа из 12 больных получила комплексную терапию с наружным применением мази «Левомеколь», 2-я группа из 11 больных получила в комплексной терапии новую антибактериальную фитомазь. Наружную терапию больные обеих групп получали 2 раза в день в течение 10 дней.

Клинико-микробиологические исследования показали, что на фоне использования комбинированной антибактериальной мази кожно-патологический процесс разрешался быстрее в среднем на 2,1±0,5 дня, тогда как у больных 1-й группы рассасывание инфильтративно-гнойных очагов отмечалось в среднем на 3,6±0,8 день терапии. Динамика рассасывания гнойно-воспалительного процесса во 2-й группе в 1,7 раза была

выше по сравнению с показателями 1-й группы (P < 0,05).

Результаты микробиологического исследования показали, что в основной группе, где наносили антибактериальную фитомазь на кожу в очагах поражения, обсемененность S. aureus на 5-й день терапии снизилась в 4,4 раза по сравнению до лечения и составила 67,1 ± 7,7 КОЕ (до лечения в среднем – 171,1 ± 16,2КОЕ) (P < 0,05). На 10-й день терапии показатель колонизации составил в среднем 27,8 ± 4,3 КОЕ, что в 6,2 раза было ниже по сравнению с исходным вариантом.

В группе больных, применявших мазь «Левомеколь», наблюдалась аналогичная тенденция, однако элиминация возбудителя по сравнению с основной группой была ниже в 2,7 раза (P < 0,05). Анализ результатов клинико-микробиологических исследований показал значительную лечебную эффективность комбинированной антибактериальной мази.

Таким образом, сравнительное исследование динамики лечения показало, что применение комбинированной антибактериальной мази приводит к более эффективному рассасыванию кожно-патологического процесса и снижению колонизации s. aureus в очагах поражения.

Вывод. Новая комбинированная антибактериальная мазь обладает выраженным противовоспалительным и антибактериальным действием и может быть использована в дерматологической практике для лечения вторичных бактериальных инфекций у больных с аллергическими заболеваниями кожи.

ВНУТРИВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Е.В. ЕСИОНОВА

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

Актуальность. Одним из наиболее распространенных физиотерапевтических методов низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на организм человека является внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), которое оказывает положительное влияние на различные звенья патогенеза атопического дерматита.

Материал и методы исследования. Объектом исследования стали 85 пациентов с АД (56,2 % женщин и 43,8 % мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет. 1-я группа больных ($n = 45$) получала традиционную терапию, 2-я группа ($n = 40$) – комплексную терапию с ВЛОК. Использовали лазерное излучение в красной области спектра (0,63 мкм) мощностью 1,5–2 мВт на выходе светодиода в течение 15 минут за сеанс, на курс – 7 сеансов. Для аппарата «Лазимик-ВЛОК» использовали одноразовые стерильные светодиоды.

Результаты терапии оценивали с помощью индекса SCORAD.

Результаты исследования. У больных 1-й группы было отмечено уменьшение индекса SCORAD на 52,5 %. Комплексная терапия способствовала выраженному снижению индекса SCORAD на 67,9 % у больных 2-й группы, что клинически проявлялось ранним разрешением лихенификации, экскориаций, гиперемии, уплощением папул и уменьшением зуда и сухости кожи.

Вывод. Сочетание ВЛОК с традиционной терапией дает положительный эффект в разрешении кожного процесса АД и обеспечивает длительное увлажнение кожи и пролонгации ремиссии заболевания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГРЯЗЕВОЙ МАСКИ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Е.В. ЕСИОНОВА, М.А. КОДИРОВА

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

Актуальность. Сухость кожи у больных АД возникает в результате нарушения гидролипидного баланса и процессов кератинизации. Для воссоздания поверхностной липидной пленки и восстановления барьерной функции эпидермиса используют различные смягчающие средства, которые являются неотъемлемой частью базисного лечения. Однако не все эмоленты содержат в достаточном количестве полезные микроэлементы и органические вещества, которые оказывают выраженное противовоспалительное, противозудное, рассасывающее и смягчающее действие.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 55 больных АД, находящиеся в стадии обострения, в возрасте от 18 до 65 лет. Всем больным было рекомендовано лечение согласно стандартам. Наружное лечение, помимо топических стероидов, включало

высоко минерализованную грязевую маску «Фатидерм», содержащую микроэлементы: цинк, медь, кобальт, минералы соли магния и кальция, калия, брома, кремнистые растворы. Грязевые аппликации на кожу очагов поражения наносили 2 раза в сутки в течение 10 дней. Результаты терапии оценивали с помощью индекса POEM (Patient Oriented Eczema Measure).

Результаты исследования. Согласно индексу POEM до лечения среднее значение было 15,5±7,4 балла, после лечения индекс снизился до 5,5±11,6 балла.

Оценка клинических проявлений согласно индексу POEM выявила, что у больных АД проявление чешуек снизилось в 2,3 раза, трещин – в 6,5 раз, мокнутия – в 16 раз, кровоточивости – в 13 раз, тогда как проявление сухости снизилось только в 1,5 раза, зуда – в 1,6 раза, нарушение сна – в 1,7 раз

Выводы. Грязевые аппликации маской «Фатидерм» дают положительный эффект в разрешении кожного процесса АД и обеспечивают длительное увлажнение кожи и пролонгацию ремиссии заболевания.

ИССЛЕДОВАНИЯ РОЛИ ПОЛИМОРФИЗМА GS743572 ГЕНА CYP17A1 В ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ АКНЕ

Н.Н. МАЛИКОВА[1], С.С. АРИФОВ[2], К.Т. БОБОЕВ[3]

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница[1];
Ташкентский институт усовершенствования врачей[2];
НИИ гематологии и переливания крови МЗ РУз[3]

Актуальность. Вульгарные угри (син.: угри, угревая болезнь, акне) – полиморфное мультифакториальное хроническое заболевание сальных желез и волосяных фолликулов, часто локализуется на коже лица. Распространенность заболевания среди подростков и лиц молодого возраста достигает до 80 % и более и вызывает значительные косметологические проблемы.

Патогенез акне до конца не изучен, а существующие методы не позволяют полностью искоренить болезнь. По современным представлениям исследование молекулярно-генетических механизмов вульгарных угрей позволит глубже понять патофизиологический аспект концепции дерматоза и с учетом этих позиций разработать новые эффективные методы прогнозирования и лечения.

Цель исследования. Изучение роли полиморфизма rs743572 гена CYP17A1 в формировании и клиническом течении акне.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явилась ДНК, выделенная из венозной крови 165 больных акне и 97 здоровых доноров, которые составили контрольную группу. Из 165 больных вульгарными угрями мужчин было 86, женщин – 79. Больные в зависимости от тяжести течения заболевания были разделены на 3 группы: легкой формой страдали 59 больных, средней тяжести – 64, тяжелой – 42.

При анализе клинического материала установлено, что среди всех форм вульгарных угрей наиболее часто встречалась комедогенная (46,1 %) форма, папуло-пустулезная форма была диагностирована у 44,2 % и конглобатная – у 9,7 % больных. При этом у 73 (44,2 %) из 165 больных кожно-патологический процесс носил ограниченный характер, элементы располагались преимущественно в области щек, лба, виска, подбородка и у 92 (55,8 %) больных имели распространенный характер.

Для выделения ДНК из периферической крови использовали адаптированный метод фенол-хлороформной экстракции. Генотипирование проводили с использованием наборов реагентов Sintol NPF НПФ (Россия) согласно инструкции производителя, амплификацию – на термоциклере Rotor-Gene 6000 (Corbett Research, Австралия).

Результаты исследования. Проведенный анализ роли полиморфизма rs743572 гена CYP17A1 в формировании и клиническом течении акне показал, что неблагоприятные генотипические варианты rs743572 гена CYP17A1 достоверно чаще встречались среди пациентов по сравнению с контрольной выборкой. Выявлена значимая ассоциация неблагоприятных генотипов данного локуса на формирование и клиническое течение акне. Отмечена значимая ассоциация неблагоприятных генотипов rs743572 гена CYP17A1 с тяжестью течения акне. Гетерозиготный генотип A/G более характерен для пациентов со среднетяжелой формой акне, а наиболее функционально ослабленный генотип G/G более характерен для пациентов с тяжелой формой акне. Генотипический вариант A/A оказывал протективный эффект и ассоциировался с пониженным риском развития акне.

Вывод. Установлена выраженная ассоциация полиморфизма rs743572 **гена** CYP17A1c с риском развития акне в узбекской популяции. Функционально ослабленный генотип G/G характерен для пациентов с тяжелой формой акне.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ

Д.И. МАМАРАСУЛОВ, М.А. ЮЛДАШЕВ

Джизакский областной кожно-венерологический диспансер;
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Акне (угревая болезнь) – хроническое рецидивирующее заболевание сальных желез и волосяных фолликулов. Акне является одной из наиболее актуальных проблем современной дерматологии. Это связано с распространенностью данной патологии, увеличением числа трудноизлечимых форм, а также ростом резистентности к антибактериальным препаратам.

Первая манифестация чаще проявляется в период полового созревания, поражает до 85 % юношей и девушек в возрасте от 12 до 24 лет и у 10 % сохраняется до возрастного периода 25–45 лет. Косметические дефекты при акне являются причиной психоэмоциональных расстройств больных, чаще депрессивного характера, снижают самооценку и качество жизни, что позволяет расценивать акне как серьезную медико-социальную проблему. Так как основной группой пациентов при данном заболевании являются подростки в период высокой лабильности и восприимчивости к разного рода проблемам, высыпания на лице приобретают большое значение как для них, так и для их родителей. У данной группы пациентов, особенно если говорить о людях с тяжелой степенью акне, значительно снижается качество жизни, которое напрямую может отражаться на психосоциальной адаптации этих лиц.

Особую тревогу вызывает тот факт, что при обращении к дерматологу у лиц с угревой болезнью часто отмечаются метаболические изменения – ожирение, стрии (поверхностные атрофии кожи), выраженные нарушения в ЖКТ, сахарный диабет. Лечение данной группы пациентов значительно затрудняет тактику.

Цель исследования. Разработать эффективную тактику лечения и профилактики угревой болезни

Материал и методы исследования. Из общего числа пациентов с угревой болезнью (n=194) были отобраны 37 пациентов со среднетяжелой и тяжелой степенью, имеющих сопутствующие заболевания (ожирение, стрии, колиты, энтероколиты). Все пациенты были осмотрены смежными специалистами и проведено необходимое лабораторно-инструментальное обследование. Согласно стандартам лечения были назначены системно: окись цинка, ретиноиды, гепатопротекторы, пробиотики, антибиотики-макролиды, энтеросорбенты. Местно: первые 4–5 дней ихтиоловая мазь под повязкой, с последующей заменой на раствор, содержащий в 1 мл клиндамицина гидрохлорида – 10 мг, метронидазола – 8 мг, 2 раза в день. Все дети были осмотрены эндокринологом, гастроэнтерологом и на основании их рекомендацией были составлены меню для каждого пациента.

Результаты исследования. Все пациенты имели лишний вес от 35 % и выше, более 60 % имели на плечах, бедрах и нижней части живота поверхностные атрофии (стрии). Рацион практически всех пациентов был основан на злоупотреблении мучных продуктов, колбасы, фаст-фудов, сладкого, газированных напитков и т.п. и с практическим полным отсутствием в их меню продуктов из клетчатки и овощей. Для данной группы при непосредственном участии их родителей были выданы пищевые дневники с рекомендациями диетолога (присутствовали только продукты здорового образа жизни). Настоятельно рекомендовано увеличить время активного образа жизни. Назначение ретиноидов проводили строго с согласия эндокринолога и на длительное время – 4–6 мес., антибиотики-макролиды в основном были представлены в виде доксициклина моногидрата – 0,1–2 раза в день после еды 10–15 дней, пробиотики (лакто- и бифидобактерии), окись Zn. Местная терапия хорошо переносилась всеми пациентами и улучшение (снижение болезненности и отсутствие новых элементов) отмечали все уже на 3–4 сутки от начала терапии. На 20–25 день от начала лечения субъективных жалоб никто из пациентов не предъявлял. На местах разрешившихся элементов присутствовали рубцовые изменения в виде постакне, незначительная инфильтрация. Применение местно раствора клиндамицина гидрохлорида и метронидазола продолжали в среднем до 40–45 дней, затем заменили его на цитеал 1–2 раза в день.

Длительное соблюдение диеты и здоровый образ жизни, на наш взгляд, также являлись залогом успешного лечения. В среднем на 4–6 мес. при осмотре пациентов мы отмечали стойкий терапевтический эффект у 91 % и данной группе по указанию эндокринолога было приостановлено назначение системного ретиноида.

Вывод. На сегодняшний день решение проблемы угревой болезни требует деликатного подхода. Необходимо учитывать изменения в характере питания и состояние внутренних органов. Адекватная терапия при динамичном наблюдении тяжелых форм акне обеспечивает положительный эффект.

ЭНТЕРОПАТИЧЕСКИЙ АКРОДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

А.М. МАННАНОВ, Ф.А. ТУРАЕВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Известно, что энтеропатический акродерматит (ЭА) – аутосомно-рецессивно наследуемое заболевание, обусловленное нарушением всасывания цинка в кишечнике. Заболевание проявляется в результате мутации гена SLC9A4 и характеризуется разнообразными клиническими признаками (поражением кожи, диареей и алопецией). Однако течение болезни у детей раннего возраста не всегда распознается и не всегда устанавливается правильный диагноз, а значит и не всегда применяется обоснованный эффективный метод терапии.

В связи с этим нами были проанализированы клинические особенности течения энтеропатического дерматита у 25 детей в возрасте от 2 месяцев до 6,5 лет. Из анамнеза до поступления стационар неправильно поставленный диагноз имел место в 17 (68 %) случаях, при этом в 8 случаях была выставлена детская экзема и по 3 случая – острая кишечная инфекция, аллергодерматит и сепсис. Общее состояние при поступлении у 7 (28 %) детей было тяжелое, у 12 (48 %) средней степени тяжести, у 6 (24 %) удовлетворительное. Из 25 больных детей у 3 (12 %) началу кожных проявлений предшествовало расстройство стула в виде диареи. У всех детей в кожно-патологический процесс были вовлечены лицо (периоральная область, щеки, подбородок), паховые складки, ягодицы и перианальная область (18 (82 %), 19 (86 %), 20 (91 %) соответсвенно). Часто поражались ногтевые фаланги и стопы 10 (40 %); 8 (32 %) соответственно), локти 10 (46 %) задняя и внутренняя поверхности бедер, задняя поверхность шеи 12 (48 %). Очаги поражения характеризовались симметричным расположением, четкими границами с фестончатыми краями. Основными элементами были эритематозно-сквамозные пятна, имеющие тенденцию к слиянию, особенно в затылочной области, шейных складках, на ягодицах, обширные эрозии с отслаивающимся эпидермисом по краям. Паронихии наблюдались у 12 (48 %) ониходистрофия – у 5 (20 %) детей. У 14 (56 %) наблюдалось поредение волос на голове, у 14 (56 %) волосы были тонкими и тусклыми, у 6 (24 %) отмечалось поредение бровей и ресниц. Диарея наблюдалась у 9 (36 %), запор – у 8 (32 %), расстройства стула – у 8 (32 %) детей.

Таким образом, анализ анамнестических данных и особенностей клинической картины позволяет сделать следующие заключения. В первую очередь, энтеропатический акродерматит следует дифференцировать с экземой, аллергодерматитом, сепсисом, кишечными инфекциями. Кожные проявления энтеропатического акродерматита в большинстве случаев предшествуют расстройству стула (67 %). Расстройство стула может выражаться как в виде диареи (36 %), так и запора (32 %), однако в 32 % случаев стул может быть не нарушен. Кожный процесс может иметь разную степень тяжести, что свидетельствует о генетически обусловленной разной степени тяжести нарушения ферментативных систем, ответственных за усвоение цинка.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИХТИОЗА У ДЕТЕЙ

А.М. МАННАНОВ, Ф.А. ТУРАЕВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

До настоящего времени проблема ихтиоза остается нерешенной, вопросы изучения некоторых параметров клиники, диагностики требуют пристального изучения. В связи с вышеизложенным нами изучались особенности некоторых клинических параметров ихтиоза у детей.

Под нашим наблюдением находились 42 больных ихтиозом, из них 23 (55 %) страдали вульгарным ихтиозом (ВИ) и 19 (45 %) – врожденным ихтиозом (ВрИ). Клинически ВИ у детей проявлялся наличием сухости, гиперкератозом, шелушением кожи ладоней и подошв, усилением исчерченности кожного рисунка на ладонях, наличием поражения ногтевых пластинок, шелушения кожи волосистой части головы и сухости волос, локализацией фолликулярного кератоза. Сухость ладоней была обнаружена у 10 (43 %) детей, при этом у 3 (13 %) она сопровождалась умеренным утолщением кожи ладоней. У всех детей наблюдалась повышенная исчерченность ладоней. Сухость подошв была у 9 (39 %) больных, в сочетании с шелушением у 1 (4,5 %), в сочетании с гиперкератозом у 4 (17 %) детей. Ни у одного ребенка не было дистрофических изменений ногтевых пластинок стоп и кистей. У 11 (48 %) детей наблюдались повышенная сухость волос и шелушение волосистой части головы. Фолликулярный кератоз у 16 (76 %) детей располагался

на голенях, у 9 (39 %) на плечах, у 12 (52 %) на предплечьях, у 9 (39 %) на бедрах, у 5 (22 %) на ягодицах, у 5 (22 %) на животе.

Таким образом, подобная формулировка описания и знание отдельных клинических форм вульгарного и врожденного ихтиоза позволяет разработать тактику эффективного метода терапии у детей с ихтиозом.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Х.Т. МИРАХМЕДОВА, А.Б. РАХМАТОВ, Д.Т. РАВШАНОВА

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

Псориатический артрит (ПсА) является тяжелой формой псориаза (ПС) и проявляется хроническим воспалением суставного аппарата, которое приводит к эрозивно-деструктивным изменениям суставов и последующей инвалидизации.

Цель исследования. Изучение предикторов клинических вариантов течения псориаза и ПсА.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 102 больных ПС с длительностью заболевания от 3 месяцев до 30 лет. Возраст пациентов варьировал от 18 до 65 лет. С учетом клинических проявлений были выделены две группы: 1-я группа – 67 больных с изолированным поражением кожи (ПС); 2-я группа – 35 больных с ПсА. Диагноз ПсА устанавливался на основании критериев CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis). Учитывались проявления суставного синдрома: топическая локализация процесса, характер артралгий, утренняя скованность, тугоподвижность, изменения конфигурации суставов.

Результаты исследования. Было установлено, что степень тяжести кожного процесса при ПсА намного выше, чем при ПС по индексу PASI. Наследственные факторы были более выражены у больных ПсА (62,6 %), чем у больных ПС (37,1 %) при $p < 0,05$. Характер локализации кожных проявлений дерматоза также имел отличия при указанных формах псориаза. Так, при ПсА высыпания локализовались на в/ч головы (71,2 %) против ПС (29,3 %) при $p < 0,001$.

Особое внимание занимает псориатическая ониходистрофия, которая при ПсА регистрировалась у 91,2 % больных, в то время как при ПС лишь 47,2 % (при $p < 0,001$). При ПсА выявлены следующие изменения ногтевых пластинок: деформация ногтевых пластинок (онихогрифоз) – у 25,5 %, симптом «наперстка» – у 29,1 %, симптом «масляного пятна» – у 13,9 %, сочетанный характер поражений ногтей – у 31,5 % пациентов. Отсутствие псориатической ониходистрофии наблюдалось у 8,8 % пациентов. Такой высокий процент выявления псориатической ониходистрофии у больных с ПсА может быть обусловлен анатомической близостью ногтевого ложа и суставных поверхностей, в результате чего воспалительный процесс способен переходить с пораженных ногтей в мелкие межфаланговые суставы кистей и стоп.

Вывод. Полученные данные указывают на тяжелое течение ПсА, характеризующееся прогрессивной стадией псориатической болезни. Выявление провоцирующих факторов в общей группе больных ПС позволит дифференцировать возможность осложнений дерматоза и, следовательно, проводить ряд лечебно-профилактических мероприятий, предотвращающих указанные осложнения псориатической болезни.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

А.В. МУН

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения ограниченной склеродермии у детей в зависимости от возраста.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 38 детей с ограниченной склеродермией, находящихся на стационарном лечении в отделении дерматологии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института, в возрасте от 3 до 17 лет, с различными клиническими формами и стадиями активности патологического процесса. Мальчиков было

15 (39,5 %), девочек – 23 (60,5 %). Наблюдение проводилось в период с 2016 по 2019 годы. Диагноз устанавливался на основании клинического осмотра, дерматоскопического обследования и в сомнительных случаях патоморфологического обследования.

Результаты исследования. На основании методов обследования были выставлены следующие формы заболевания: бляшечная форма – у 11 пациентов (29 %), прогрессирующая гемиатрофия лица Парри-Ромберга – у 2 (5,3 %), линейная форма – у 21 (55,3 %), смешанная форма – у 3 (7,9 %) и склероатрофический лихен – у 1 (2,6 %). Возраст начала заболевания разделили на 3 группы: от 1 года до 3 лет – у 10; от 4 до 8 лет – у 21; от 9 лет и старше – у 7 пациентов. Продолжительность заболевания колебалась до одного года у 15 детей (39,5 % до 3 лет – у 12 (31,6 %), свыше 3 лет – у 10 (26,3 %). Наибольшая длительность течения составила 11 лет, у пациентки (2,6 %) со смешанной формой заболевания.

Вывод. Данные исследования показали, что наиболее распространенной формой ограниченной склеродермии в детском возрасте является линейная форма по типу «удара саблей», составившая более половины всех случаев заболеваний. Наиболее часто заболевание дебютирует в возрасте от 4 до 8 лет, в то время как длительность процесса чаще всего регистрировалась до одного года. Таким образом, клиническое течение ограниченной склеродермии в детском возрасте отличается преобладанием линейной формы заболевания, средний возраст начала заболевания – составляет 6 лет, а длительность заболевания до обращения к дерматологу – до 1 года.

ПАПИЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ

С.Х. МУНИЕВА[1], Н.К. АРТЫКОВА[2], У.С. САМАДЗОДА[1], Ш.Х. АБДУЛХАКОВ[1]

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОСЗ РТ[1];
Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОСЗ РТ[2]

Цель исследования. Оценить клинические проявления папиломавирусной инфекции на слизистой оболочке полости рта и коже красной каймы губ.

Материал и методы исследования. Обследованы 30 больных, обратившихся с жалобами на высыпания, локализующиеся на слизистой оболочке полости рта и кожной красной каймы губ. Для выявления возбудителей использовали полимеразную цепную реакцию (ПЦР), для определения типа папилломавируса – КВАНТ-21. Брали соскобы с элементов слизистой оболочки полости рта и кожи красной каймы губ.

Результаты исследования. По результатам ПЦР персистенция вируса папилломы человека (ВПЧ) на слизистой полости рта была выявлена у 18 (60,0 %) больных, из них у 9 выявлен ВПЧ 6 типа, у 5 – ВПЧ 11 типа, у 2 – ВПЧ 44 типа, у 2 – ВПЧ 16 типа. У 9 больных с ВПЧ 6 типа элементы сыпи были представлены единичными и сгруппированными миллиарными папулами, располагающимися на коже красной каймы губ, в области десен и небных дужек. У 5 больных с ВПЧ 11 типа были обнаружены папилломы в виде сосочковых мелких разрастаний в области десен и в зоне Клейна. У 2 больных с ВПЧ 44 типа наблюдалась петехиальная генерализованная сыпь по всей поверхности слизистой оболочки полости рта, а ВПЧ 16-типа у одного больного проявлялся афтозным стоматитом, у одного – эксфолиативным хейлитом. Из 18 больных с выявленными типами ВПЧ у 6 выявлена клинически малозначимая вирусная нагрузка (< 3 Lg), у 12 клинически значимая вирусная нагрузка (от 3 Lg до 5 Lg).

Вывод. Папиломавирусная инфекция слизистой полости рта в 60,0 % случаев может проявляться различными морфологическими элементами и в большинстве из них представлена типами ВПЧ низкого онкогенного риска. Однако необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

ФОТОТИПЫ У БОЛЬНЫХ С РУБЦАМИ КОЖИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ РЕГИОНАХ

К.М. МУХАМАДИЕВА[1], А.М. КОСЫМОВ[2], Ф.Ш. ШУКУРОВА[1]

Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абу али ибн Сино»[1];
ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней»,[2] г. Душанбе

Цель исследования. Изучить фототипы кожи у больных с рубцами кожи, проживающих в разных регионах Таджикистана.

Материал и методы исследования. Обследованы 685 пациентов с гипертрофическими келоидными и атрофическими рубцами кожи, из которых 411 (60,0 %) были жителями долинных регионов, 161 (23,5 %) – среднегорья, 113 (16,5 %) – высокогорья. У всех пациентов определялся фототип соответственно классификации фототипов по Т. Фицпатрику.

Результаты исследования. Выявлено, что все обследованные пациенты относились к II, III, IV и V фототипам кожи. Пациенты с рубцами кожи, проживающие в долинных регионах, относились преимущественно к V (62 %) и IV (38 %) фототипам кожи, среди пациентов, проживающих в среднегорье, преобладали лица с III фототипом (64 %), а пациенты с высокогорных регионов имеет II фототип кожи (80,5 %). Гипертрофические рубцы среди жителей долины в 66,1 % случаев наблюдались у пациентов с V фототипом кожи. Пациенты с гипертрофическими рубцами, проживающие в среднегорье, в 67,6 % случаев относились к III фототипу, а в высокогорных районах данный тип рубцов в 82,3 % случае имел место у лиц со II фототипом кожи. Келоидные рубцы среди жителей долины в 61 % случаев наблюдались у пациентов с V фототипом кожи, а с IV фототипом – в 1,6 раза реже. Все пациенты с келоидными рубцами, проживающие в среднегорье и высокогорье, относились к III фототипу, причем в среднегорье их количество было в 3,5 раза больше. В долинных регионах атрофические рубцы наблюдались только у лиц с IV фототипом. Пациенты с атрофическими рубцами, проживающие в средне- и высокогорье, в 71,9 % и 87,5 % случаев соответственно относились к II фототипу, причем в высокогорье их количество в 2,1 раза больше, чем в среднегорье.

Вывод. В условиях долины формированию гипертрофических и келоидных рубцов подвержены лица с V фототипом кожи (66,1 % и 61 % соответственно), а в условиях высокогорья и среднегорья – со II (82,3 %) и III (67,6 %) фототипами соответственно.

АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИИ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫХ ВИЧ АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ

Д.Д. НАБИЕВА, М.И. АБДУЛЛАЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Изучить этологию возбудителей инфекционных дерматозов у ВИЧ-позитивных детей.

Материал и методы исследования. Были изучены кожные проявления ВИЧ/СПИД инфицированных детей и подростков от 1 года до 17 лет (средний возраст 9,4±2,18), проживающих на территории Узбекистана. Всего обследованы 89 больных детей с различными проблемами кожи. Наряду со стандартными методами исследования, для уточнения этиологического характера поражения кожных покровов были проведены: бакпосев мозка из пораженного участка, вирусологические тесты совместно с ПЦР-диагностикой. Все исследования проводились с соблюдением этических норм и после письменного согласия родителей или опекунов обследуемых детей.

Результаты исследования. Известно, что более 90 % случаев ВИЧ-инфекции в детском возрасте являются результатом перинатальной трансмиссии, т. е. инфицирование происходит в результате передачи ВИЧ от матери к ребенку во внутриутробном периоде, в родах и при грудном вскармливании. На данном фоне примерно у 90 % больных СПИДом на различных этапах заболевания возникают поражения кожи и слизистых оболочек (Duko B et al., 2018). Как показали наши исследования, инфекционные дерматозы являются наиболее часто встречаемой патологией у ВИЧ-позитивных детей, с различными клиническими проявлениями. Исходя из цели исследования были проведено комплексное клинико-лабораторное исследование больных детей на выявление этиологического фактора развития дерматозов.

Исследования показали, что из 89 детей у 37 (41,6 %), определено наличие микстинфекции. При распределении больных на группы в зависимости от этиологии возбудителя было

определено, что наиболее часто встречаемым возбудителем дерматозов были вирусные кожные инфекции – у 63 (70,8 %), затем бактериальная инфекция – у 42 (47,2 %) больных, из них: *Staphylococcus aureus* отмечены у 22 (24,7 %), E.coli – у 13 (14,6 %), *Streptococcus pyogenes* – у 6 (6,7 %) больных. У 28 (66,7 %) из 42 пациентов определен одновременный посев двух и более бактерий в поражённом кожном покрове. Грибковое поражение кожи диагностировано у 24 (27 %) больных. При рассмотрении особенностей микозного поражения у ВИЧ-позитивных детей было определено, что часто встречаемыми являются кандидоз – у 13 (14,6 %), кератомикозы – у 9 (10,1 %), меньше всего встречались дерматофитии – у 3 (3,4 %) больных.

На основании полученных результатов была произведена коррекция комплексного лечения ВИЧ-позитивных детей и подростков.

Вывод. При проведении комплексного лечения ВИЧ-позитивных детей и подростков следует учесть, что этиологическим фактором инфекционных дерматозов в 41,6 % случаев является микстинфекция, при этом возбудители вирусной этиологии составляют 70,8 % случаев, бактериальной – 47,2 % и грибкового поражения – 27 %.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОНИХОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

А.А. НИКОЛАЕВА

Санкт-Петербургский государственный университет, кафедра факультетской терапии

Актуальность. Псориаз – системное хроническое воспалительное аутоиммунное заболевание с преимущественным поражением кожи и ногтей. Псориатическая ониходистрофия встречается при различных клинических формах данной патологии и имеет широкий спектр проявлений, включающих поражение ногтевого ложа и/или ногтевого матрикса. Симптомы поражения ногтей при псориазе неспецифичны и могут также встречаться при других дерматозах. Изменения ногтевых пластин у пациентов с псориазом являются важным маркером предрасположенности к развитию псориатической артропатии. В настоящий момент большинство специалистов признает необходимость ранней диагностики псориатического артрита, вследствие чего клиническая оценка ониходистрофии у пациентов с псориазом и выявление наиболее значимых в прогностическом отношении симптомов представляются актуальными.

Цель исследования. Оценить изменения ногтей у пациентов с псориазом без воспалительной артропатии и у пациентов, страдающих псориатическим артритом.

Материал и методы исследования. Обследованы 34 пациента с псориазом в возрасте от 22 до 68 лет (средний возраст – 50,9 лет), из них 17 мужчин и 17 женщин. У 17 пациентов установлен псориатический артрит, давность анамнеза от года до 19 лет. Оценка изменений ногтевых пластин проводилась дерматологами. В исследуемой группе 11 пациентам выполнена рентгенограмма кистей и стоп в прямой проекции.

Результаты исследования. У 19 пациентов (55,9 %) из обследуемых была выявлена ониходистрофия. У всех пациентов с онихопатией наблюдался распространенный псориаз, из них у 17 пациентов (89,47 %) в прогрессирующей стадии. Пациенты без онихопатии в 40 % случаев имели ограниченную форму псориаза. Среди пациентов с распространенным псориазом без онихопатии у 44,44 % заболевание находилось в стационарной стадии.

У пациентов с псориазом без псориатического артрита онихопатия встречалась в 82,35 % случаев, в то время как у больных с псориазом, страдающих псориатической артропатией, изменения ногтевых пластин наблюдались в 29,4 % случаев. Вероятнее всего, встречаемость онихопатии в группе пациентов с артритом оказалась ниже вследствие того, что 52,9 % пациентов получали в качестве базовой терапии воспалительной артропатии метотрексат.

В целом, среди пациентов без онихопатии 46,67 % получали метотрексат, в группе с онихопатией на лечении метотрексатом находились только 10,53 % пациентов.

В группе пациентов с псориатическим артритом с выполненными рентгенограммами кистей и стоп у 5 пациентов (45,45 %) выявлены эрозии. Сочетание эрозий на рентгенограмме и онихопатии при осмотре наблюдалось только у одного пациента (9 %) с лизисом дистальных фаланг.

Среди патологических изменений ногтевого ложа и матрикса встречались симптом «стеаринового пятна» (50 %), симптом «наперстка» (43,75 %), дистальный онихолизис (37,5 %), под-

ногтевой гиперкератоз (25 %). В большинстве случаев (62,5 %) наблюдались 2 и более симптомов онихопатии.

Вывод. Большинство пациентов с псориазом имели онихопатию. Наиболее частыми изменениями ногтей были симптомы «масляного пятна» и «наперстка». Чаще всего одновременно наблюдались две и более симптома ониходистрофии.

У пациентов с онихопатией достоверно чаще встречалась распространенная форма псориаза (p – 0,01). У пациентов, находящихся на терапии метотрексатом, онихопатия встречалась достоверно реже (p – 0,048).

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ МУТАЦИИИ RS558269137

М.С. НОВИКОВА[1], Н.В. КОХ[1,2], Д.А. МИКАИЛОВА[1], А.И. ЯКУБОВИЧ[3], И.Г. СЕРГЕЕВА[1]

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет;
ФГБУН «Институт химической биологии и фундаментальной медицины» СО РАН[2];
[3]ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет[3]

Актуальность. Высокочастотное ультразвуковое исследование (УЗИ) кожи позволяет визуализировать и охарактеризовать глубокие отделы кожи.

Структура эпидермиса в первую очередь определяется его белками (кератины, филаггрин). Особое внимание при нарушениях верхних слоев кожи, проявляющихся развитием сухости кожи, уделяют мутациям в гене белка филаггрина, например, мутации rs558269137, которая является наиболее часто встречающейся патогенной мутацией гена филаггрина.

Цель исследования. Изучить ультразвуковую характеристику кожи у пациентов с атопическим дерматитом (АтД) и мутацией в гене филаггрина rs558269137.

Материал и методы исследования. Методом случайной последовательной выборки на приеме врача-дерматовенеролога были сформированы две группы наблюдений: в 1-ю группу вошли 13 пациентов в возрасте от года до 34 лет с АтД, у которых не выявлена мутация rs558269137, во 2-ю 11 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 42 лет с АтД и положительным анализом на мутацию rs558269137.

Все пациенты дали информированное добровольное согласие за себя или за своих детей для принятия участия в исследовании.

Пациентам было проведено УЗИ кожи в локтевых и подколенных ямках на аппарате «DUB Skin Scanner» с использованием датчиков 22 МГц и 75 МГц.

Анализ на наличие мутации rs558269137 выполнен стандартным методом ПЦР TaqMan на амплификаторе «Real-Time CFX96 Touch».

Для сравнения полученных данных использовался коэффициент соотношения (КС) показателей сканограммы на прилегающем здоровом участке кожи к показателям сканограммы в области очагов поражения.

Результаты исследования. В области очагов поражения визуализируется утолщенный (КС=0,86±0,18) гипоэхогенный (КС=1,46±0,93) эпидермис у пациентов с АтД и без анализируемой мутации. При наличии мутации rs558269137 эхогенность эпидермиса была понижена (КС=1,33±0,87), а утолщение эпидермиса в очаге поражения было не так заметно (КС=1,04±0,26).

Толщина дермы в очаге поражения была увеличена, по сравнению со здоровой кожей, у всех обследуемых: в группе без мутации rs558269137 (КС=1,03±0,28) и в группе с мутацией (КС=1,05±0,26). Эхоплотность дермы была снижена в группе без мутации rs558269137 (КС=2,20±1,68) и в группе с анализируемой мутацией (КС=2,27±1,68).

Субэпидермальную гипоэхогенную полосу встречали в 23 % случаев в группе с мутацией и в 4 % случаев в группе без мутации rs558269137.

Вывод. Полученные данные можно рассматривать как объективизированные критерии оценки влияния мутации rs558269137 на барьерную функцию кожи, течение и степень выраженности АтД.

В связи с обнаруженной закономерностью рекомендуется проводить генетическое исследование на наличие мутации rs558269137, результаты которого помогают в выборе тактики лечения пациентов с АтД.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МУТАЦИЙ ГЕНА ФИЛАГГРИНА У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

М.С. НОВИКОВА[1], Н.В. КОХ[1,2], Д.А. МИКАИЛОВА[1], А.И. ЯКУБОВИЧ[3], Е.Н. ВОРОНИНА[2], И.Г. СЕРГЕЕВА [1]

Новосибирский национальный исследовательский государственный университет»[1];
ФГБУН «Институт химической биологии и фундаментальной медицины» СО РАН, г. Новосибирск[2];
[3]ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»[3]

Актуальность. Диагностика мутаций в гене филаггрина (rs558269137, rs61816761, rs138726443) может быть важным этапом для выяснения ведущего этиологического компонента развития атопического дерматита (АтД), следовательно, для выбора тактики лечения пациентов с АтД.

Мутации rs558269137 [c. 2284del4, c.2284delAGCT, c. 2282_2285delCAGT], rs61816761 [c. 1501C>T, p. Arg501Ter, R501X] и rs138726443 [c. 7339C>T, p. Arg2447Ter, R2447X] – это патогенные мутации в гене филаггрина, которые повышают риск возникновения атопии и носят название «Предрасполагающие к атопическому дерматиту мутации».

Цель исследования. Установить частоту встречаемости мутаций rs558269137, rs61816761, rs138726443 у пациентов с АтД.

Материал и методы исследования. На приеме врача-дерматовенеролога был собран буккальный эпителий у 68 пациентов с АтД в возрасте от 3 месяцев до 51 года. Все пациенты дали информированное добровольное согласие за себя или за своих детей для принятия участия в исследовании.

Исследование на наличие мутаций rs558269137, rs61816761, rs138726443 проводили стандартным методом ПЦР TaqMan на амплификаторе «Real-Time CFX96 Touch». Результаты проведенной ПЦР были интерпретированы с помощью программного обеспечения «CFX Maestro для расширенного статистического анализа данных».

Результаты исследования. В ходе исследования были обнаружены две мутации – rs558269137 и rs138726443.

Частота встречаемости мутантного аллеля rs558269137, rs61816761, rs138726443 в выбранной группе пациентов, имеющих атопический дерматит в анамнезе – 15,4 %, 0 %, 1,5 % соответственно. У 52 пациентов (76,5 %) не обнаружено анализируемых мутаций.

Вывод. У пациентов с АтД частота встречаемости мутантного аллеля rs558269137 значимо превышает популяционную. По результатам открытых источников, частота встречаемости мутантного аллеля rs558269137 в популяции составляет 1,8 % (RR=8,6), rs138726443 – 0,3 % (RR=5).

Из представленных выше данных следует, что обнаруженные мутации имеют, вероятно, патогенное действие и предрасполагают к развитию атопического дерматита. В связи с обнаруженной закономерностью рекомендуется проводить генетическое исследование на наличие мутаций rs558269137 и rs138726443.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ

С.З. ОБИДОВ, Ш.З. МАВЛЯНОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА, М.Р. МАХСУДОВ, М.С. МУТАВАЛИЕВ

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

Актуальность. В последнее время проблема язвенных поражений кожи приобретает актуальную проблему в связи с хронизацией, тяжелым течением, резистентностью к базисным методам терапии и снижением качества жизни больных.

Изучение клинического течения язвенных поражений кожи на сегодняшний день имеет важное научно-практическое значение, так как в последние годы отмечается рост заболеваемости в молодом и активном возрасте и с неуточненными факторами развития.

Цель исследования. Изучение клинического течения язвенных поражений кожи с учетом возрастных показателей больных, микробиомы кожи и клинических форм заболевания.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 60 больных с язвенными поражениями кожи в возрасте от 6 до 70 лет. Все больные находились на стационарном лечении в клинике РСНПМЦ ДВиК МЗ РУЗ. Из них лиц мужского пола – 33, женского – 27. Всех больным проводились клинические, гистологические, микробиологические, молекулярно-генетические исследования. Клиническое течение язвенных поражений кожи изучалось с учетом микробиомы кожи и характера кожно-патологического процесса.

Результаты исследования. Результаты клинических и гистологических исследований показали, что среди 60 больных с язвенными поражениями кожи диагностированы трофическая язва – у 17 (28,8 %), ишемическая язва (язвенно-некротический васкулит) – у 12 (20 %), хроническая язвенная пиодермия – у 24 (40 %), посттравматические язвы – у 7 (11,6 %) больных. По половому аспекту язвенные поражения кожи чаще диагностировались у лиц мужского пола – 33 больных, что составило (55,0 %), тогда как у лиц женского пола – 27 (45,0 %).

Изучение провоцирующих факторов развития заболевания показало, что из 60 больных 13 связывали заболевания с варикозным расширением вен (21,6 %), 11 (18,3 %) – с сахарным диабетом, 7 (11,6 %) – с травмой, 4 (6,6 %) – с лекарственным фактором, остальные 25 больных конкретно не смогли указать причину.

Всем больным проведены микробиологические и культуральные исследования с очагов поражения. Так, результаты микробиологических исследований показали, у всех 60 больных высевались грам+ хемоорганотрофные факультативно-анаэробные бактерии семейства Micrococaccea – staphylococcus spp. Только в 2 случаях (2,2 %) высевались аспорогенные грамхеморганотрофные аэробные бактерии из отряда Pseudomonas – синегнойная палочка. Молекулярно-генетические исследования генотипов st. aureus выявили метициллин чувствительный st. aureus (MSSA) в 21,6 % и метициллин резистентный геноитип st. aureu (MRSA) в 15 % случаев.

Выводы. Анализ клинических исследований показал, что среди язвенных поражений кожи наиболее часто диагностируются хроническая язвенная пиодермия (40 %), трофическая (28,8 %) и ишемическая язва (20 %). По половому аспекту язвенные поражения кожи чаще диагностировались у лиц мужского пола (55,0 %). Среди патогенной флоры в очагах язвенных поражений отмечена высеваемость st. Aureus (38,8 %) и st. epidermidis (26,6 %). С учетом молекулярно-генетических исследований стафилакокков MSSA выявлен в 21,6 % и MRSA – в 15 % случаев.

ОЦЕНКА ДАННЫХ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ГЕРПЕСА 6-ГО ТИПА

И.Ю. ПЧЕЛИН

Санкт-Петербургский государственный университет

Актуальность. Известно, что хронические вирусные инфекции могут оказывать влияние на развитие аллергопатологии и кожных заболеваний.

Цель исследования. Оценка взаимосвязи между инфицированностью вирусом герпеса 6-го типа (HHV-6) и данными аллергологического анамнеза пациентов.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 172 пациента (55,8 % женщин и 44,2 % мужчин), которые проходили плановое скрининговое обследование, включавшее в том числе качественное определение Ig G к HHV-6 в сыворотке крови. 75 человек с положительным результатом анализа на Ig G к HHV-6 составили основную группу, 97 человек с отрицательным результатом – контрольную группу. При оценке аллергологического анамнеза уточняли наличие у пациентов в анамнезе лекарственной аллергии, кожных высыпаний после употребления определенных пищевых продуктов, клинических проявлений аллергического ринита, бытовой и эпидермальной сенсибилизации, поллиноза, атопической бронхиальной астмы и крапивницы любой этиологии. Для статистического анализа использовался критерий хи-квадрат.

Результаты исследования. Группы были сопоставимы по половому составу и среднему возрасту – 45,5±10,3 лет. Частота анамнестических указаний на различные состояния в основной и контрольной группах составила, соответственно: лекарственная аллергия – 13,3 % и 13,4 % ($p=0,990$), кожные высыпания после употребления определенных пищевых продуктов – 17,3 % и 8,2 % ($p=0,071$), клинические проявления аллергического ринита – 17,3 % и 12,4 % ($p=0,360$), признаки бытовой сенсибилизации – 4,0 % и 5,2 % ($p=0,721$), признаки эпидермальной сенсибилизации – 8,0 % и 7,2 % ($p=0,847$), поллиноз – 12,0 % и 8,2 % ($p=0,414$), атопическая бронхиальной астма – 2,7 % и 3,1 % ($p=0,869$), крапивница любой этиологии – 14,7 % и 5,2 % ($p=0,033$).

Вывод. По результатам проведенного исследования показано, что для пациентов, инфицированных HHV-6, наличие в анамнезе острой или хронической крапивницы различной этиологии более характерно, чем для пациентов с отрицательным результатом анализа на Ig G к HHV-6.

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, НАБЛЮДАЕМЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ У ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Г.Б. ПЯГАЙ, Н.С. ИБРАГИМОВА

Межрайонный кожновенерологический диспансер № 8, г. Ташкент;
Ташкентский государственный стоматологический институт

Пандемия COVID-19 привела к значительным социально-экономическим последствиям во всем мире. Не обошла стороной эта проблема и Узбекистан. Прошедшее более четырех месяцев со дня регистрации первого пациента в стране позволяет выделить основные проблемы течения данного заболевания, выделить основные патогенетические механизмы развития болезни и определить основные органы мишени воздействия коронавируса нового типа. В то же время для дерматовенерологов представляет интерес все чаще встречающиеся в мировой литературе сообщения о кожных поражениях пациентов страдающих COVID-19. В первых сообщениях китайских ученых говорилось о довольно редких кожных поражениях, не превышающих 1 % наблюдаемых больных, однако последующие наблюдения ученых Италии, Испании, Германии, России и др. европейских стран выявили кожные изменения у более значительного количества больных, доходящих в ряде случаев до 47 % больных коронавирусной инфекцией. Наиболее частым кожным проявлением ковидной инфекции являлась пятнисто-папулезная сыпь, реже с одинаковой частотой отмечались красные и пурпурные высыпания на коже конечностей, напоминающие обморожение и высыпания уртикарного характера по типу крапивницы. Следует отметить, что все перечисленные кожные проявления наблюдались в острых периодах заболевания, сопровождая основные клинические симптомы в виде температуры, слабости, кашля и др.

Не имея возможности проводить исследования кожной патологии у больных коронавирусной инфекцией в активной фазе заболевания, находившихся в основном, согласно инструкции, на стационарном лечении, были клинически и ретроспективно проанализированы данные реконвалесцентов по ковидной инфекции. Так, на амбулаторный прием в дерматовенерологический кабинет Бектемирского района г. Ташкента с различного рода проблемами на коже обратились 12 пациентов, ранее перенесших COVID-19 и получивших стационарное и амбулаторное лечение согласно инструкции. Время обращения после излечения больных от COVID-19 составляло от 14 до 35 дней. В 6 случаях (50 %) причинами обращения являлась уртикарная сыпь, характеризующаяся как единичными и периодически рецидивирующими очагами на коже конечностей, так и распространенными поражениями, затрагивающими обширные участки кожного покрова, стойкого характера с торпидным течением. Особенностью данных поражений являлось отсутствие сильного зуда, а также анамнестических данных, свидетельствующих об аллергической природе заболевания. Следующими по частоте кожных проблем были кожные поражения в виде красных пятнистых высыпаний с застойным синюшным оттенком. Данные поражения наблюдались у 4 (33 %) реконвалесцентов ковидной инфекции. Количество данных поражений не было многочисленным и варьировало до 4–5. Кроме того, у 2 (16,6 %) пациентов были отмечены симптомы в виде периодически возникающих эпизодов так называемой «гусиной кожи», которые в отличие от аналогичных высыпаний при эмоциональных изменениях отличались стойкостью и относительной долговременностью. Следует отметить, что перечисленные состояния не встречались у данных больных до заболевания COVID-19 и появились, с их слов, во время «активной фазы» заболевания и с более редкой частотой отмечались и после выздоровления на протяжении до 4–5 недель.

Приведенное исследование свидетельствует о необходимости более тщательного изучения кожных поражений при COVID-19 с целью выявления патогенетических факторов, приводящих к данным состояниям, разработки оптимальных лечебно-профилактических мероприятий.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОДОЛОГИИ

Н.А. РАСУЛОВА, А.А. КОВАЛЕНКО, А.Б. РАХМАТОВ

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

В настоящее время во всех областных кожно-венерологических диспансерах открываются кабинеты подологии, в которых обученные дерматологи могут осуществлять специализированную помощь пациентам с проблемами стопы, в частности, с заболеваниями ногтей (онихомикозы, ониходистрофии, вросшие ногти и др.). Проведение в 2019–2020 гг. международных научно-практических конференций, посвященных актуальным проблемам подологии, также дали определенный толчок в развитии подологии, так как были показаны высокоэффективные методы подологических мероприятий, начиная с определения плоскостопия и заканчивая протезированием ногтевых пластин, что позволило совершенно иначе смотреть на данную проблему. РСНПМЦ ДВиК МЗ РУз, являясь учебно-методическим центром, подготавливает специалистов, что позволило открыть в последние 1–2 года специализированные кабинеты подологии в Каракалпакстане, Самаркандской, Бухарской, Ташкентской, Наманганской областях. Для унифицированного подхода к лечению различных заболеваний стопы разработаны клинические стандарты по ведению больных с явлениями онихокриптоза, паронихий, поперечной деформации ногтя, онихомикоза с использованием индекса КИОТОС, ониходистрофий при различных дерматозах (псориаз), лейконихий. Отдельно рассматривается методика аппаратной чистки ногтей и подошв, с помощью которой удаляются гипертрофические наслоения и, тем самым, улучшается качество жизни человека. Отдельно рассматриваются вопросы, связанные с появлением птеригиума (разрастание кутикулы до свободного края ногтя), который может наблюдаться при генодерматозах, в частности, довольно часто данное состояние мы наблюдали у больных с дистрофической формой буллезного эпидермолиза, красным плоским лишаем, причем птеригиум может приводить к атрофии ногтевой пластинки вплоть до частичного или полного разрушения матрикса ногтя. Особой проблемой для подолога стало состояние брахионихии (короткие ногти), когда приходится прибегать к пластической операции с целью уменьшения объема кончиков пальцев, чтобы не препятствовать векторному росту ногтевой пластинки. В некоторых случаях для этого используются специальные скобы как при вросших ногтях. Таким образом, деятельность подолога весьма разнообразна, так как это отдельное направление, необходимость которого ежедневно только возрастает. Дерматологи впервые плотную стали заниматься ногтями, когда встала проблема онихомикозов, затем ониходистрофий и других патологических состояний стопы, которые могут изменять рост ногтевых пластин.

РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЙ КОЖНОГОЛЕЙШМАНИОЗА

И.Р. РАХИМОВ

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

Актуальность. Несмотря на имеющиеся многочисленные исследования, посвященные изучению патогенеза, существующих разнообразных методов и схем лечения кожного лейшманиоза, рост и распространенность заболеваемости не имеет тенденции к снижению, и, закономерно, увеличивается число хронических, осложненных, трудно поддающихся лечению форм. Подробное изучение патогенетических механизмов формирования осложненных форм обозначенных инфекций позволило бы разработать эффективные и доступные методы своевременной диагностики и лечения.

В настоящее время изучение влияния инфекционного фактора на различные биохимические процессы в организме представляют определенный интерес. В последние годы в медицинской практике особое внимание уделяется изучению роли свободнорадикальных реакций в патогенезе многих патологий. Одним из представителей свободнорадикального окисления является оксид азота (NO) – важнейший биологический медиатор в организме человека, осуществляющий межклеточную коммуникацию и регуляцию множества функций в разных тканях и системах ор-

ганизм. Бактерицидная, фунгицидная, антипаразитарная, противовирусная и противоопухолевая активность макрофагов также может быть частично обусловлена интенсивной секрецией NO.

Цель исследования. Изучение роли оксида азота (NO) в формировании клинического течения и осложнений кожного лейшманиоза.

Материал и методы исследования. Нами проведены исследования состояния оксида азота в сыворотке крови у 112 больных и на пораженных участках кожи у 45 больных кожным лейшманиозом в сравнении с показателями здоровых лиц.

Результаты исследования. У больных общей группы в сыворотке крови отмечено достоверное повышение уровня оксида азота в 1,6 раза по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). При изучении содержания NO в зависимости от клинических форм во всех обследованных группах больных в сыворотке крови выявлено статистически достоверное увеличение содержания оксида азота по сравнению с данными контрольной группы ($p < 0,001$). Наиболее выраженное повышение данного показателя отмечено у больных с изъязвленными лейшманиомами и с изъязвленными лейшманиомами с бугорками обсеменения с лимфангитами.

Результаты исследования в зависимости от давности заболевания показали, что независимо от давности существования патологического процесса во всех обследованных группах в сыворотке крови уровень оксида азота достоверно увеличен в 1,5–2 раза по сравнению с данными группы контроля ($p < 0,001$). Наибольшее изменение содержания оксида азота выявлено у больных с давностью болезни более одного года.

Следующим этапом исследования стало изучение состояния показателей оксида азота в очагах поражения у больных кожным лейшманиозом.

Нами проведен анализ результатов изучения оксида азота в очагах поражения у больных кожным кожным лейшманиозом в зависимости от клинических форм дерматоза. Результаты показали, что у больных общей группы на пораженных участках кожи выявляется достоверное увеличение концентрации оксида азота по отношению к показателям группы контроля ($p < 0,001$). Изучение содержания оксида азота на пораженных участках кожи у больных в зависимости от клинических форм выявило достоверное увеличение содержания оксида азота по сравнению с данными контрольной группы ($p < 0,001$). Наиболее выраженное повышение данного показателя было отмечено у больных с изъязвленными лейшманиомами и с изъязвленными лейшманиомами с бугорками обсеменения с лимфангитами.

Результаты исследования показали, что при кожном лейшманиозе на пораженных участках кожи также выявляется нарушение продукции оксида азота, что оказывает отрицательное влияние на течение дерматоза.

Вывод. При кожном лейшманиозе выявляется нарушение продукции оксида азота как в организме больных, так и в очагах поражения. Более выраженное повышение данного показателя отмечается у больных с осложненными формами кожного лейшманиоза и зависит от срока давности заболевания, что может объясняться воспалительной деградацией соединительнотканных структур и эндогенной интоксикацией, развивающейся, в основном, вследствие усиленного распада азотистых соединений. Это, в свою очередь, указывает на необходимость разработки комплексных методов терапии больных кожным лейшманиозом с включением препаратов, регулирующих выработку оксида азота.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

З.Т. РАХИМОВА, М.А. ЮЛДАШЕВ, Б.Ш. ХАЙИТБОЕВ

Джизакский областной кожно-венерологический диспансер;
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. У детей первых лет жизни аллергические болезни кожи в подавляющем большинстве представлены атопическим дерматитом (АД) – (до 90 %). Одним из важных факторов, влияющих на формирование АД у детей, является пищевая аллергия. Ведущая роль в возникновении пищевой аллергии у детей, особенно раннего возраста, принадлежит белкам коровьего молока. Развитию аллергии к белкам коровьего молока у больных способствуют антенатальная сенсибилизация, кормление новорожденного ребенка молочной смесью в родильном доме, ранний перевод его на смешанное или искусственное вскармливание смесями на основе коровьего молока, постнатальная сенсибилизация другими аллергенами (бытовыми, пыльцевыми).

Цель исследования. На основании комплексного изучения состояния здоровья детей с АД и их кормящих матерей, разработать патогенетически обоснованные методы терапии и профилактики.

Материал и методы исследования. Учитывая вышеизложенное, была применена методика ведения детей, больных АД, первого года жизни. В основе данной методики лежит патогенетически обоснованная схема ведения детей с АД, рано переведенных на смешанное или искусственное вскармливание, на основании полученных лабораторных, инструментальных и объективных данных, консультации смежных специалистов. Данная методика была использована у 312 детей первого года жизни с АД. В основе данной терапии лечебные смеси (безлактозные, затем низколактозные, а при лактазной недостаточности – смеси на основе сои) вводили в рацион постепенно в течение 10–14 дней по 10 мл в каждое кормление в 1-й день, по 20 мл – во 2-й день и т.д., постепенно увеличивая объем новой смеси и уменьшая количество старой до полной ее замены на новую смесь. Среднесуточный объем лечебного продукта составлял 500–700 мл в зависимости от возраста ребенка. Обязательным компонентом прикорма являлись ферменты поджелудочной железы, пре- и пробиотики. Одновременно проводилась коррекция нарушений у их кормящих матерей – индивидуальный пищевой дневник, с исключением потенциальных аллергенов на длительный период, препараты железа, микроэлементы, здоровый и активный образ жизни

Результаты исследования. Проведенные наблюдения показали, что лечебные продукты хорошо переносились большинством детей, обеспечивая их адекватный рост и развитие. Антропометрические показатели соответствовали возрастным показателям у большинства больных.

Хотелось бы отдельно отметить высокую эффективность данного метода при ведении детей с АД с тяжелыми формами.

Вывод. Исходя из полученных результатов исследования, можно заключить, что замена одного продукта на другой с учетом индивидуальных особенностей растущего организма у больных АД позволяет повысить эффективность проводимых мероприятий у детей первого года жизни.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МИКРОНИХИЙ У БОЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, Д.Т. РАВШАНОВА

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

Продолжаются исследования по активному выявлению, диагностике и лечению (в основном наружное) буллезного эпидермолиза. Одним из клинических проявлений генодерматозов, в том числе и буллезного эпидермолиза, является патология ногтей, которая в большинстве случаев имеет атрофический характер.

Цель исследования. Изучение патологии ногтей (ониходистрофия) при различных формах буллезного эпидермолиза.

Материал и методы исследования. Нами были использованы клинические данные Национального регистра больных буллезным эпидермолизом, где указывались факты обнаружения и проявлениям ониходистрофий при данном генодерматозе. Общая выборка больных буллезным эпидермолизом составляла 242 пациента, среди которых лиц мужского пола было 127 (52,5 %), женского – 115 (47,5 %).

Результаты исследования. Клинические формы буллезного эпидермолиза распределялись следующим образом: простая – у 147 (60,7 %) больных, пограничная – у 5 (2,1 %), дистрофическая – у 89 (36,8 %), синдром Киндлера – у 1 (0,4 %) пациента. В большинстве случаев изменения ногтевых пластинок у больных буллезным эпидермолизом носили атрофический вариант (онихолизис, анонихия и др.), т.е. у 167 из 242 (69,1 %) пациентов. Частота выявления ониходистрофий зависела от клинической формы буллезного эпидермолиза. Так, при простой форме ониходистрофии выявлялись у 33 из 167 (19,8 %) пациентов, при дистрофической – у 129 из 167 (77,2 %), что указывает примерно на 4-кратное увеличение случаев ониходистрофий при дистрофическом варианте данного генодерматоза, причем именно при аутосомно-рецессивном типе передачи заболевания. Следовательно, данный факт может косвенно использоваться при подтверждении аутосомно-рецессивного дистрофического буллезного эпидермолиза.

Вывод. Таким образом, для диагностики конкретной формы буллезного эпидермолиза используются многочисленные анамнестические, клинические, лабораторные данные, включая и факт наличия атрофического варианта ониходистрофии, что позволит правильно наметить пути лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий при данном генодерматозе.

КАРДИТОН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, З.Ф. АШИРОВ, Ж.С. МЕДЕТОВА

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

До настоящего времени лечение больных ихтиозом представляет определенные сложности, так как весьма ограничены лекарственные средства и методы физиотерапевтического воздействия. Целью лечения врожденного ихтиоза является нормализация состояния кожи и предупреждение вторичной инфекции. Существует три основных принципа лечения: стерильность, увлажнение и теплосбережение. Как и при буллезном эпидермолизе, при ихтиозе широко используется 1 % водный раствор хлоргексидина, особенно для удаления «пробок» из коллодия. Пациенты нуждаются в лечебном питании, так как довольно часто существует аллергия на белок коровьего молока, что требует использования специализированных смесей (аминокислотные и др.). Больным проводится инфузионная терапия для коррекции дефицита жидкости, электролитов, белка.

С целью улучшения трофических функций кожи больных ихтиозом назначали препарат «Кардитон» (L-карнитин), природное вещество, родственное витаминам группы В. Под наблюдением находилось 12 больных с врожденным ихтиозом с момента рождения и до 5 лет. Расчет кардитона от 0 до 2 лет производился по 150 мг/кг (5–10 мл/сут.), от 2 до 5 лет – 100 мг/кг (10–20 мл/сут.). Препарат принимается per os с любой жидкостью. Каких-либо побочных явлений или осложнений от его применения у больных ихтиозом не наблюдалось. В динамике проводимой терапии у пациентов с врожденным ихтиозом отмечались значительное уменьшение воспалительной реакции (эритемы), быстрое схождение коллоидного панциря и уменьшение аллергических проявлений. Дети хорошо набирали свой физиологический вес. Веки начинали смыкаться, уменьшался выворот губ. Дети выписывались из стационара на 3–4 недели жизни в удовлетворительном состоянии. За время наблюдения за детьми в течение первого года жизни отмечалась выраженная сухость кожных покровов, требующая постоянного увлажнения.

Таким образом, включение в комплексную терапию больных врожденным ихтиозом препарата «Кардитон» позволяет улучшить основные клинические проявления генодерматоза и правильно вести таких пациентов, без каких-либо побочных явлений, как это может быть при использовании системных кортикостероидных препаратов. Любой биологически активный препарат, способный влиять на трофические функции кожи, найдет свое применении в лечении больных ихтиозом.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ В УЗБЕКИСТАНЕ

А.Б. РАХМАТОВ, М.К. ХАЛДАРБЕКОВ, И.Т. КАРАБАЕВА

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

В республике впервые проведены исследования по выявлению и распределению различных форм буллезного эпидермолиза. Составлен Национальный регистр с учетом того, что данный дерматоз включен в группу орфанных заболеваний, насчитывающий 225 больных с буллезным эпидермолизом, причем простая форма генодерматоза установлена у 149 (66,3 %) больных, пограничная – у одного (0,4 %), дистрофическая – у 74 (32,9 %) и синдром Киндлера – у одного (0,4 %) пациента. Выявлены определенные закономерности распределения больных буллезным эпидермолизом в зависимости от климато-географических, этнических и социальных факторов. Особо указана роль близкородственных браков в возникновении данного генодерматоза. В подтверждении конкретной формы буллезного эпидермолиза использовались особенности клинических проявлений, патоморфологические, иммуногистохимические и генетические исследования. Для лечения больных буллезным эпидермолизом совместно с врачом-диетологом было рассчитано лечебное питание с учетом выявляемой аллергии на белок коровьего молока, а также индивидуально были подобраны наружные и перевязочные материалы, которые при легких формах буллезного эпидермолиза приводили к быстрой эпитализации очагов поражения. Все наружные и перевязочные средства распределяются больным в зависимости от клинических проявлений буллезного эпидермолиза и адресно поставляются пациентам. Уже в течение двух последних лет бесперебойно пациенты получают указанные средства. В

оказании правовой, социальной и реабилитационной помощи активно участвует организованная и зарегистрированная в начале 2020 г. ННО «Капалак болалар», аналогичная Благотворительному Фонду «Дети-бабочки» (Россия), с помощью которой более десятка больных с дистрофической формой буллезного эпидермолиза получили специализированную помощь в ведущих клиниках Москвы и Санкт-Петербурга. На базе ННО «Капалак-болалар» создана мультицисциплинарная бригада врачей (дерматологи, неонатологи, педиатры, хирурги, психологи и др.), которая осуществляет комплекс мероприятий по диагностике и ведению пациентов с различными формами буллезного эпидермолиза, решает проблемы, связанные с некожными осложнениями буллезного эпидермолиза, и намечает все формы социальной и медицинской реабилитации пациентов. Ежемесячно выявляются новые случаи буллезного эпидермолиза, которые регистрируются и больные получают весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

А.Б. РАХМАТОВ, Д.Р. ТУРДЫЕВ, А.Б. АТАНИЯЗОВ, О.А. ХАКИМЖАНОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Бухарский областной кожно-венерологический диспансер

Кожный лейшманиоз представляет определенную проблему, в первую очередь, связанную с отсутствием эффективных лекарственных препаратов, имеющих этиопатогенетическую направленность.

Цель исследования. Изучение терапевтической эффективности 1 % мазь «Мегасин» у больных кожным лейшманиозом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 145 больных с зоонозным кожным лейшманиозом. Во всех случаях диагноз кожного лейшманиоза был подтвержден микроскопическим анализом (обнаружение Leishmania). Мужчин было 82 (56,6 %), женщин – 63 (43,4 %). Средний возраст больных составлял 31,3 ± 1,7 лет.

Результаты исследования. Были установлены следующие клинические формы кожного лейшманиоза: бугорковая – у 7 (4,9 %), изъязвленная лейшманиома – у 84 (57,9 %), лейшманиома с явлениями лимфангиита – у 54 (37,2 %) пациентов. Количество очагов поражения варьировало от 1 до 17 элементов у одного пациента, с преимущественной локализацией на открытых участках кожи.

Следует указать, что 1 % мазь «Мегасин» была выбрана на основании проведенных микробиологических исследований, когда культура лейшманий (среди ЭД-1 и NNN) обрабатывалась веществом мегасин, оказывающим антибактериальный, противовоспалительный и противоотечный эффект.

Мазь наносилась на пораженные очаги 2 раза в день в течение 15–20 дней. Первые признаки выздоравления у пациентов отмечались на 7–10 сутки с момента лечения, причем эффект напрямую зависел от клинической формы дерматоза. Бугорковые элементы в среднем разрешались на 7,2 ± 0,3 сутки, лейшманиозные язвы – на 11,5 ± 0,7 сутки, осложненные лейшманиомы – на 17,9 ± 2,5 сутки лечения.

Вывод. При использовании 1 % мази «Мегасин», независимо от клинической формы дерматоза, отмечается положительная динамика кожно-патологического процесса, выражающаяся в уменьшении воспалительных явлений и элиминации возбудителя заболевания, что позволяет рекомендовать это средство для практической дерматологии и его широкого использования в эндемических зонах.

СЛУЧАЙ ПОЙКИЛОДЕРМИИ ЯКОБИ

А.Б. РАХМАТОВ, Д.С. ДЖАЛИЛОВ

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

Пойкилодермия атрофическая сосудистая Якоби характеризуется образованием атрофии кожи, телеангиэктазий, пигментации и капиллярной геморрагии, причем рассматривается как исход определенных кожных заболеваний (склеродермия, красная волчанка, грибовидный микоз и др.). В некоторых случаях указанная клиническая картина может предшествовать неопластическому процессу. Следовательно, каждый случай данной формы пойкилодермии должен рассматриваться с прогностической точки зрения, ввиду чего и приводится данное наблюдение.

Больная К.Н., 1972 г.р. находилась на стационарном лечении в клинике РСНПМЦ

ДВиК с 12.05.2020 г. по 22.05.2020 г. (ист. бол. № 2277/2020) с жалобами на распространенные высыпания по всему кожному покрову, сопровождающиеся интенсивным зудом кожи.

Считает себя больной с детского возраста, но в последние 5 лет клиническая картина дерматоза изменилась. По месту жительства в КВД был выставлен диагноз атопического дерматита, по поводу которого длительное время использовались антигистаминные и десенсибилизирующие препараты, неоднократно производились инъекции дипроспана. Заболевание носит прогрессирующий характер и со временем клинические проявления и интенсивность субъективных ощущений качественно изменились.

При поступлении: кожно-патологический процесс носит распространенный и воспалительный характер, затрагивая кожу туловища, верхних и нижних конечностей. Высыпания отличаются полиморфизмом, где выделяются эритематозно-сквамозные элементы, местами выраженная атрофия кожи (по типу «скомканной пергаментной бумаги»), особенно на разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей. Местами имеются лихеноидные папулы красно-коричневого цвета, а также явления телеангиэктазий. Атрофические линии местами выявляются вокруг пигментных пятен. Отмечаются выраженная ксеродермия, множественные экскориации и характерные геморрагические корочки. Дермографизм – розовый. Придатки кожи функционируют недостаточно. Отмечается вторичная ониходистрофия по гипертрофическому типу.

Результаты гистологического обследования: незначительный гиперкератоз с роговыми инвагинациями, зернистый слой без особенностей, эпидермальные отростки сглажены, вакуольная дистрофия клеток базального слоя с выпадением пигмента в сосочковый слой дермы. В верхней трети дермы сосуды расширены, эндотелий набухший, вокруг них наблюдается лимфоцитарный инфильтрат с содержанием эозинофилов и единичных меланофоров. Коллагеновые волокны в сосочковом слое дермы фиброзно изменены, в сетчатом слое – признаки дезорганизации, придатки кожи не определяются.

На основании клинико-гистологических признаков больной выставлен диагноз «Пойкилодермия сосудистая атрофическая Якоби».

Пациентке назначено лечение, согласно имеющимся Стандартам (2019 г.).

Данный случай показателен в плане трансформации проявлений атопического дерматита в пойкилодермию Якоби, т.е. имеет место вторичная форма пойкилодермии, что требует включения интенсивной терапии, направленной на улучшение трофических свойств кожи и кровообращения. Следует указать, что системная кортикостероидная терапия в определенной степени может являться одной из причин развития пойкилодермии.

СЛУЧАЙ СИНДРОМА КИНДЛЕРА

А.Б. РАХМАТОВ, Н.Д. ТАШПУЛАТОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Сырдарьинский областной кожно-венерологический диспансер

Типичные клинические проявления синдрома Киндлера развиваются с рождения и включают в себя образование пузырей на коже и слизистых оболочках с последующим образованием рубцов и формированием контрактур, псевдосиндактилий, микростомии и анкилоглоссии, прогрессирующей пойкилодермии и повышенной фоточувствительности. Могут развиваться стенозирующие процессы желудочно-кишечного и урогенитального тракта в виде сужения пищевода, мочеточников и влагалища, патология зубо-челюстной системы. Выявляются ониходистрофии вплоть до анонихии, ладонно-подошвенные кератодермии, а также псевдоаингум (циркулярные фиброзные перетяжки пальцев вплоть до спонтанной ампутации), нарушение потоотделения.

Патогистологическая картина отличается от других форм буллезного эпидермолиза формированием пузыря, который может возникать одновременно или изолированно в эпидермисе, в lamina lucida и под lamina densa. Другой особенностью является мультислоистость lamina densa, наличию в дерме коллоидных телец, а также множества меланофагов в поверхностных слоях дермы.

Среди других форм буллезного эпидермолиза проявления синдрома Киндлера встречаются редко, в связи с чем приводим собственное наблюдение.

Больной Р.З., 2012 г.р., проживающий в Сырдарьинской области, находился на стационарном лечении в отделении дерматологии с группой лазерной хирургии НМИЦЗД МЗ РФ с 24.07.2019 г. по 07.08.2019 г. Выставленный диагноз: Q81.8 (другой буллезный эпидермолиз); Врожденный буллезный эпидермолиз (синдром Киндлера); сопутствующие заболевания: аденоиды, стеноз пищевода II степени, кариес, периодонтит, нутритивный статус z-score ИМТ – 1,31.

Жалобы при поступлении: на распространенные буллезные высыпания, затруднение глотания, дефекации и мочеиспускания, светобоязнь.

В семье все здоровы, включая старшего брата и младшую сестру. Родился в срок в состоянии асфикции. Вскармливался грудью до 2 лет. Посещал детский сад. От своих сверстников не отставал. Вакцинации по возрасту.

Диагноз буллезного эпидермолиза выставлен с рождения, и по месту жительства получал только местное лечение. В дальнейшем пациент наблюдался в детской клинике ТашПМИ.

Кожно-патологический процесс имеют распространенный характер и расположен на коже лица, шеи, туловища и конечностей, представлен единичными эрозиями с обрывками эпидермиса и остатками покрышек пузырей по краям. В очагах поражения отмечаются выраженная картина пойкилодермии, множество атрофических рубцов, на коже кистей, голеней и стоп – рубцовая атрофия, придатки кожи отсутствуют. Ногти дистрофичны, но сохранены. Отмечается трещина ануса, болезненные дефекации. Губки уретры сужены, отмечается стриктура. На губе эрозивный очаг, покрытый серозно-геморрагической коркой, на слизистой полости многочисленные афты.

При проведении *лабораторно-инструментального обследования* выявлены отставание костного возраста, умеренный стеноз пищевода. Пациент был проконсультирован физиотерапевтом (поляризованный свет по полям до 8 процедур), эндокринологом, стоматологом (санация полости рта в условиях общего обезболивания), гастроэнтерологом (дефицит массы тела – спец. питание), уролог (режим частых принудительных мочеиспусканий), эндоскопистом (на момент осмотра показаний к проведению реканализации просвета пищевода методом баллонной дилатации нет).

В стационаре пациент получил антигистаминовые препараты, мультивитамины, слабительные, местное лечение (бепантен, локобейз рипеа и др.), а также поляризованный свет по полям (с ранозаживляющей и трофической целью) до 8 процедур. При выписке даны подробные рекомендации по ведению пациента по месту жительства.

Приведенный случай указывает на полиморфизм клинических проявлений и осложнений синдрома Киндлера, которые должны учитываться при ведении больных.

ВОПРОСЫ БАЗАЛИОМЫ КОЖИ

А.Б. РАХМАТОВ, К.А. АБДУЛЛАХОДЖАЕВ

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

Базалиома (epithelioma basocellulare) рассматривается как базальноклеточный рак кожи, характеризующийся медленным ростом и низким процентом метастазирования и перехода в базальноклеточную карциному. Клинические проявления базалиомы характеризуются выраженным полиморфизмом, от единичной папулы до гигантских язвенных поражений кожи. Наиболее часто базалиома локализуется на открытых участках кожи, когда не последнюю роль играет чрезмерная инсоляция.

Приводим клинический случай данного заболевания, которое в течение нескольких месяцев не было диагностировано.

Под наблюдением находилась пациентка М.Г., 84 лет, обратившаяся в консультативную поликлинику РСПМЦ ДВиК МЗ РУз с жалобами на наличие плотной корки, покрывающей практически всю волосистую часть головы, сопровождающееся резкой болью.

Из *анамнеза* установлено, что в январе 2020 года после переохлаждения на волосистой части головы больная ощутила резкую боль и через несколько часов на этом участке появились сгруппированные пузырьки с локализацией в теменной области. В КВД по месту жительства ей был выставлен диагноз: «Herpes zoster». Были назначены противовирусное лечение, анальгетики, наружная терапия в виде краски Кастелляни и противовирусных мазей. Через 20–30 дней процесс разрешился, хотя явления постгерпетической невралгии продолжали беспокоить пациентку, ввиду чего было проведено лечение РК-Мерцем с незначительным эффектом. В течение последнего месяца на местах бывших пузырьковых высыпаний стали появляться трофические нарушения в виде небольших язв, которые, постепенно сливаясь между собой, образовали на волосистой части головы сплошной очаг, покрытый плотной коркой в виде «панциря». Отмечается увеличение близлежащих лимфатических узлов, они подвижны, размером с фасоль.

Больной было проведено *гистологическое исследование* (№ 2935–2936) от 02.06.2020 г.: в биоптатах с язвенного очага отмечается незначительный гиперкератоз, местами отслойка рогового слоя, неравномерный акантоз и вакуолизация клеток базального слоя. В верхней трети дермы определяются солидные очаги базалоидных клеток, прилегающие к базальному слою, а также лимфо-

цитарная инфильтрация с содержанием нейтрофилов; все сосуды расширены, вокруг них выявляются инфильтраты. Коллагеновые волокна подвергнуты фиброзу, а придатки кожи атрофичны.

На основании клинических и гистологических данных больной выставлен диагноз «базалиома солидная». Больная направлена к дермато-онкологу для проведения химио- и радиотерапиии.

Представленный случай является доказательством того, что применяемые наружные средства могут спровоцировать неопластический процесс, а длительно не заживающий дефект кожи должен рассматриваться как отправная точка малигнизации очага, с учетом, конечно, возраста больного.

ЭСТЕЗИФИН В ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ

А.Б. РАХМАТОВ, Д.Т. РАВШАНОВА, Р.Т. ДЖУРАЕВА

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

Онихомикозы (ОМ) – инфекционное поражение ногтевой пластинки – вызываются патогенными или условно-патогенными грибами и могут возникать на фоне микоза стоп (вторичные) или самостоятельно (первичные) при непосредственном попадании патогенных грибов в подногтевое пространство или матрикс ногтя. Возможно проникновение патогенных грибов в поверхностные слои ногтевой пластинки, в этих случаях развивается поверхностная форма онихомикоза.

При лечении больных ОМ не во всех случаях достигается элиминация возбудителя, что приводит к рецидивам микоза и необходимости удлинения сроков применения антимикотических средств. Повышение эффективности лечения больных ОМ является не только медицинской, но и социальной проблемой.

Цель исследования. Разработка комбинированной антимикотической терапии больных онихомикозами.

Под наблюдением находились 136 больных (мужчин – 83, женщин – 53) с различными формами ОМ, средний возраст составлял 37,9±2,3 лет. Проксимальная форма диагностирована у 38 (27,9 %) больных, дистальная – у 88 (64,7 %), поверхностная – у 10 (7,4 %). У больных с проксимальной и дистальной формами ОМ индекс КИОТОС составлял свыше 16 баллов, что послужило основанием для назначения комбинированной терапии (пульс-терапия текназолом в суточной дозировке 400 мг в сочетании с наружным применением раствора эстезифина – 1 % нафтифина гидрохлорида). При поверхностной форме ОМ применялось только наружное лечение в виде раствора эстезифина (2 раза в день) в течение одного месяца. У 57 из 136 (41,9 %) больных ОМ были выявлены воспалительные явления боковых валиков и эпонихии, что явилось одним из оснований назначения эстезифина, обладающего противовоспалительным и антибактериальным эффектом. Клинико-лабораторное наблюдение за пациентами проводилось в течение 12 месяцев.

Таким образом, клинико-микологическое выздоровление было достигнуто у 129 из 136 (94,9 %) больных с различными формами онихомикозов, что указывает на целесообразность использования комбинированной антимикотической терапии.

ПОНЯТИЕ «КОЛЛОИДНЫЙ» РЕБЕНОК

А.Б. РАХМАТОВ, Ж.С. МЕДЕТОВА, Д.Т. РАВШАНОВА, Р.Т. ДЖУРАЕВА, М.Т. АЛИШЕВА

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

Ихтиозы являются гетерогенной группой наследственных заболеваний, при которых нарушаются процессы ороговения, связанные с мутациями или нарушениями экспрессии генов, кодирующих образование кератина. К врожденному ихтиозу относятся пластинчатый (ламеллярный) ихтиоз (син. коллоидная кожа новорожденных, «сальный ихтиоз»), наследуемый по аутосомно-рецессивному типу и встречающийся с частотой 1:300 000.

Кожные покровы новорожденного покрываются ригидной тонкой пленкой, напоминающей коллоид («коллоидный плод»). Постепенно пленка превращается в плотные и крупные чешуйки. Характерным признаком является эктропион. Волосы и ногти растут быстро. Часто встречаются аномалии со стороны зубо-челюстной системы. Приводим **собственное наблюдение** врожденного ихтиоза («коллоидный плод») в г. Нукусе.

Из анализа: Девочка, от первой беременности, осмотрена дерматологом на вторые сутки

после рождения, больна с рождения. Со слов матери, беременность протекала без осложнений. Пренатальный скрининг женщина не проходила. Роды в головном предлежании через естественные родовые пути. Ребенок родился с массой 2 500 г и ростом 47 см. Оценка при рождении по шкале Апгар – 6–7 баллов. Родители состоят в близкородственном браке, являются двоюродными братом и сестрой. Дерматологический анамнез не отягощен. Состояние ребенка тяжелое и обусловлено кожным процессом. *Status localis:* кожно-патологический процесс носит генерализованный характер, на фоне эритродермии отмечается тонкая и сухая желто-коричневая пленка по типу коллоид, расположенная по всей поверхности лица, туловища и конечностей. Крупные пергаментообразные чешуйки желто-коричневого цвета плотно прикрепленные в центре и приподнятые по периферии, удаляются с трудом. Кожа натянута, в складках имеются множественные линейные трещины. Лицо ребенка маскообразное, выражен эктропион век, ротовая полость зияет («рыбий рот»). Ушные раковины сильно деформированы. На волосистой части головы рост волос сохранен. Ногтевые пластинки на кистях и стопах не изменены.

Со стороны *клинико-лабораторных и инструментальных исследований* патологических отклонений не выявлено. Выставленный диагноз: «Врожденный ламеллярный ихтиоз по типу «коллоидный» плод».

При *лечении* использованы глюкокортикостероиды: преднизолон из расчета 1 мг на 1 кг массы тела с первых дней жизни, инфузионная и антибактериальный терапия. Наружное использование эмолентов. На фоне терапии состояние новорожденной улучшилось, крупные чешуйки стали отторгаться, выраженность эритродермии уменьшилась, явления эктропиона век исчезли.

Представленное клиническое наблюдение указывает на возможность выживания новорожденной с постепенным восстановлением кожного покрова и уменьшением выраженности эритродермии. Подобные дети нуждаются в систематическом наблюдении и пожизненном использовании тех или иных смягчающих средств.

СИНДРОМ НЕТЕРТОНА И АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

А.Б. РАХМАТОВ, Ж.С. МЕДЕТОВА, Д.Т. РАВШАНОВА, Б.Т. БЕРДЫЕВ

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

В настоящее время клинические формы ихтиоза разделяют на несиндромальные (патологические изменения охватывают лишь кожный покров и его производные) и синдромальные формы (в патологический процесс вовлекаются также и внутренние органы). Синдромальные формы включают в свой состав синдром Руда, Шегрена-Ларсена, Нетертона, Рефмуса, KID-, CHIME-, CHILD-синдром.

Приводим **собственное наблюдение.**

Больной, 1,5 лет, родился с резкой гиперемией и отечностью кожи. Через 10 дней кожа стала резко шелушиться и на ее поверхности появились крупные пластинки. К 6-месячному возрасту проявления отечности и гиперемии значительно уменьшились, как и выраженность чешуек, особенно на коже туловища. Из *анамнеза* было установлено, что ребенок родился 8-месячным, находился в перинатальном областном центре, где ему был выставлен диагноз «Врожденная ихтиозиформная эритродермия Брока». При рождении были признаки «коллоидного плода».

Status localis: кожно-патологический процесс носит распространенный характер, кожа лица, туловища, конечностей гиперемирована. На коже верхних и нижних конечностей имеются чешуйки сероватого цвета размером 0,3–0,5 см в диаметре, тонкие с фестончатыми краями. На коже туловища выделяются чешуйки более мягкие, полупрозрачные. Волосы очень короткие и редкие, местами выявляются перекрученные волосы («бамбуковые волосы»). На волосистой части головы имеются значительные чешуйко-корки желтоватого цвета, на коже лица в типичных местах – проявления «аллергическое сияние». Усиление эритемы и небольшая лихенизация кожи в области крупных складок кожи. *Лабораторные данные:* показатели общего анализа крови и мочи, биохимические показатели (мочевина, креатинин, билирубин, СРБ и др.) – в пределах возрастной нормы. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и мочевыделительной системы патологий не выявлено. Иммуноферментным анализом выявлено значительное увеличение Jg E ($p<0,001$).

Таким образом, синдром Нетертона необходимо рассматривать как один из вариантов ламеллярного ихтиоза, который протекает с одним из проявлений аллергических заболеваний (бронхиальная астма, аллергический ринит и др.) в виде атопического дерматита. В этих случаях классические проявления ламеллярного ихтиоза исчезают и появляются признаки огибающего линеарного ихтиоза.

СЛУЧАЙ СКЛАДЧАТОЙ ПАХИДЕРМИИ

А.Б. РАХМАТОВ, М.К. ХАЛДАРБЕКОВ

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

Складчатая пахидермия (синдром Турена-Соланта-Голе) рассматривается как редко встречающееся заболевание, возникновение которого связано с беспорядочным ростом и делением патологических клеточных структур. Согласно МКБ-10 шифр заболевания L91. Гипертрофическое изменение кожи неуточненное. Возникновение заболевания связано с нарушениями крово- и лимфообращения, приводящими к застою и развитию фиброза дермы и подкожно-жировой клетчатки. Существуют различные стадии пахидермии: I, II, III, которые имеют свои терапевтические подходы.

Приводим **собственное наблюдение.** Больной И.Д., 2003 г. р., проживает в Ташкенте. Обратился в консультативную поликлинику РСНПМЦ ДВиК с жалобами на уплотнения линейного характера, расположенные на волосистой части головы, без каких-либо субъективных ощущений. Впервые два года назад пациент заметил уплотнение кожи в области макушки головы, которое его не беспокоило. Постепенно инфильтрация кожи усиливалась и сформировались выраженные складки кожи. Волосы в области складок не изменились.

Anamnesis vitae: рос и развивался в удовлетворительных материально-бытовых условиях соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний отмечает только простудные заболевания и детские инфекции. Аллергических состояний ранее не наблюдал. Наследственность не отягощена. Вредных привычек не имеет.

Status praesens: общее состояние удовлетворительное, правильного телосложения, конституция нормостеническая. Со стороны сердечно-сосудистой системы, пищеварительного тракта и мочевыделительной системы патологии не выявлено.

Status localis: кожно-патологический процесс носит ограниченный и невоспалительный характер, локализуется на макушке волосистой части головы в виде выраженных складок с сохранением волосяного покрова. Дермографизм – розовый. Каких-либо первичных морфологических элементов нет. Периферические лимфатические узлы не определяются. Клинический диагноз, «Складчатая пахидермия, (II стадия)».

Рекомендуемая терапия: системная энзимотерапия, вазопротекторы (наружно) и физиотерапия (электрофорез).

АЛГОРИТМ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Т.П. РАХМАТОВ, А.Б. РАХМАТОВ, И.Б. НУРМАТОВА

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

До настоящего времени проблема псориаза, особенно его лечение, остается весьма актуальной, так как регистрируются новые случаи данного дерматоза, особенно его осложненные формы. Не вызывает сомнений значимость метаболического синдрома в течении и особенно в лечении псориатического процесса. В лечении псориаза применялись разнообразные медикаментозные, физиотерапевтические и наружные средства, которые позволяли получать клиническую ремиссию заболевания, но рано или поздно оно вновь обострялось. Даже использование самых современных биологических препаратов не исключает возможности развития последующих рецидивов дерматоза. При лечении больных с впервые установленным диагнозом псориаза или с умеренными высыпаниями, появившимися в период нового обострения заболевания, необходимо использовать обычные антигистаминовые и десенсибилизирующие средства, а в качестве наружных – минимум топические кортикостероиды. При усилении интенсивности псориатических высыпаний, определяемых с помощью индекса PASI, необходимо проводить соответствующую коррекцию метаболического синдрома с помощью известных гепатотропных и антилипидемических препаратов. В этих случаях возрастает роль наружных комбинированных кортикостероидных препаратов типа дипросалика и др. На этом этапе возможно использование физиотерапевтических процедур, особенно фотохимиотерапии и эксимерных лучей (304 нм/м). Для этих процедур необходимо применять определенные ограничения, связанные повышенной инсоляцией региона. Особо выделяется лечение больных с псориатическим артритом, когда применяются комбинации нестероидных противовоспалительных средств и системная энзимотерапия, которая

потенцирует любую терапию, а также использование препаратов железа. Несмотря на то, что международные протоколы требуют применения цитостатических препаратов (метотрексат в сочетании с фолиевой кислотой), использование данной методики должно иметь строгие ограничения, а прием системных кортикостероидных препаратов при лечении больных псориазом вообще является нежелательным.

Таким образом, имеющийся алгоритм лечебных средств при псориазе должен отличаться наименьшими побочными явлениями и максимальным терапевтическим эффектом, так как любой препарат может сам по себе вызвать изоморфную реакцию Кебнера.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ РЕГУЛЯТОРА АПОПТОЗА, ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕЛАНОЦИТАРНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

У.Ю. САБИРОВ, Ф.В. АЗИМОВА, Б.А. ТОИРОВ, С.Р. МУМИНОВА

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

Актуальность. В патогенезе витилиго важную роль играют количественные и качественные изменения меланоцитарной системы, проявляющиеся в снижении количества меланоцитов и меланина в коже. В последние годы в научной литературе патогенезу витилиго придают значение запрограммированной клеточной гибели меланоцитов – апоптоза и проапоптотических белков. Как известно, белки семейства Bcl-2 являются регуляторами апоптоза. Проведенные исследования по изучению факторов апоптоза при витилиго дают весьма обнадеживающие результаты.

Цель исследования. Патогенетическое обоснование проведения меланоцитарной трансплантации и оценка роли регулятора апоптотического белка Bcl-2 у больных витилиго.

Материал и методы исследования. Для определения регулирующего апоптоза белка Bcl-2 в участках пораженной кожи у больных витилиго изучали уровень его экспрессии иммуногистохимическим методом; производили забор биоптатов из участков видимо неизмененной кожи (здоровая кожа у здорового человека), с очагов депигментации до терапии и участков репигментации после проведения меланоцитарной трансплантации, а также волосяного фолликула у больных витилиго.

Результаты исследования. У больных витилиго в участке поврежденной кожи исходный уровень белка Bcl-2 был ниже по сравнению со значениями в контрольной группе. Эти данные свидетельствуют об активации процессов апоптоза в поврежденной коже в очаге витилиго. После проведения меланоцитарной пересадки увеличение уровня экспрессии Bcl-2 до показателей здоровой кожи наблюдалось в виде положительного клинического эффекта – репигментации. Причем следует отметить, что в результате проведения сочетанного метода трансплантации NCECS+NCORSHFS уровень экспрессии Bcl-2 был значительно выше, чем после проведения методом NCECS ($p<0,05$). Значительное улучшение также отметилось в отношении клинических показателей у больных витилиго. Так, после проведения хирургической терапии методом трансплантации некультивированных аутомеланоцитов (NCECS) показатели репигментации наблюдались в среднем в 63,2 %, случаев в группе больных, которым была проведена меланоцитарная пересадка некультивированных аутомеланоцитов с волосяных фолликул (NCECS+NCORSHFS), – в среднем в 85,9 % ($p<0,001$).

Вывод. Проведение трансплантации некультивированных аутомеланоцитов с волосяных фолликулов при витилиго оказывает стимулирующее влияние на меланогенез с урегулированием системы апоптоза, в частности, стимулированием синтеза апоптотического белка Bcl-2.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРА НА КРАСИТЕЛЯХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГИОЭКТАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РОЗАЦЕА

***САБИРОВ* У.Ю., *ТОИРОВ* Б.А., *МУМИНОВА* С.Р., ХОДЖАЕВА М.Б.**

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

Актуальность. Последние достижения в технологии лазеров позволяют устранить проблемы кожи, которые ранее были не под силу дерматологам. Импульсный лазер на красителях вот уже несколько лет используется для лечения различных сосудистых заболеваний кожи. Лазеры на красителях позволяют увеличить выходную энергию на 50 %, обеспечивая на 50 % большую площадь обработки и диаметр луча до 15 мм с клинически значимой плотностью энергии. В нашем исследо-

вании мы исследовали новый импульсный лазер на красителях Vbeam Perfecta Candela (США) с использованием луча диаметром 7 мм для лечения эритематозно-телеангиоэктатической формы розацеа. Интегрированная система охлаждения (DCD) этого лазера, применение аппликаторов различного диаметра, регулировка ширины и продолжительности импульсов – все это позволяет проводить безопасное и комфортное лечение, выбирая самые оптимальные параметры для лечения.

Материал и методы исследования. Были включены 22 пациентов с эритемато-телеангиэктатической формой розацеа в возрасте от 35 до 70 лет с типами кожи по Фитцпатрику с II по IV. Каждое лечение состояло из трех сеансов с 4-недельными интервалами: сначала линейные сосуды обрабатывались эллиптическим лучом 3×10 мм, а затем диффузное покраснение круглым лучом диаметром 7 мм. Сразу после процедуры отмечалось усиление эритемы с преходящим отеком и пурпурой.

Результаты и заключение. Клиническая эффективность лазеротерапии оценивалась с помощью видеосканирования кожи при помощи LED-светодиодов аппарата Antera 3D™ и визуальной оценки фотографий после лечения. Телеангиоэктазии располагающиеся на коже крыльев носа исчезли после первой процедуры лазеротерапии. После 4 процедур лазеротерапии Vbeam Perfecta наблюдалось значительное улучшение показателей эритемы у 70 % пациентов получавших лечение.

Результаты наших наблюдений демонстрируют, что разработанный импульсный лазер на красителе с лучом диаметром 7 мм улучшает внешний вид розацеа с благоприятным профилем безопасности. Следовательно, лазер Vbeam Perfecta имеет высокую и долгосрочную эффективность при лечении эритематозно-телеангиоэктатической формы розацеа.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРА VBEAM В ЛЕЧЕНИИ СТЕРОИДНОЙ РОЗАЦЕА

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

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

Актуальность. Розацеа (acne rosacea) – хроническое, рецидивирующее заболевание, как правило, кожи лица, имеющее полиэтиологическую природу и характеризующееся стадийным течением. Клинически розацеа проявляется первично возникающей гиперемией лица, отечными папулами, пустулами, телеангиэктазиями, а также гиперплазией сальных желез и соединительной ткани. Стероидная розацеа возникает при длительном наружном использовании в лечении высокоактивных стероидных препаратов, в результате чего клиничекие признаки стероидной формы не отличаются от других форм данного заболевания, но имеются признаки легкой атрофии кожи.

Выбор лазерной установки VBEAM PERFECTA в лечении стероидной розацеа обусловлен его избирательным действием на стенку сосудов с минимальным сопутствующим повреждением окружающей ткани. Происходит удаление сосудов за счет фототермического и фотомеханического эффекта.

Цель исследования. Оценка эффективности применения лазера VBEAM PERFECTA в лечении стероидной розацеа.

Материал и методы исследования. В период с сентября 2019 года и по настоящее время в отделении косметологии РСНПМЦ ДиВ были обследованы и получили лечение 15 пациентов с диагнозом стероидная розацеа. Жалобы у данных пациентов были на высыпания на коже лица, сопровождающиеся покраснением и значительным зудом. Все пациенты были обследованы на общий анализ крови, LE клетки, биохимический анализ крови, соскоб кожи на Demodex folliculorum.

Всем пациентам на ряду с традиционной медикаментозной терапией проводилось лазерное лечение на аппарате VBEAM PERFECTA по одному сеанс каждые 3–4 недели, общий курс лечения составил 4–5 сеансов. Для каждого пациента подбирались индивидуальные параметры: при наличии видимых невооруженным глазом телеангиэктазий размер пятна – 7 мм, энергия – до 10J, длительность импульса – 10 ms; при наличии диффузной эритемы без видимых сосудов размер пятна – 7 мм, энергия – до 10J, длительность импульса – 6 ms; при наличии пустулезных высыпаний размер пятна – 7 мм, энергия – до 7–7,5 J, длительность импульса – 3 ms.

Результаты исследования. У всех пациентов в общем анализе крови, биохимическом анализе крови результаты были в пределах нормы, LE клетки не обнаружены ни у одного из них. У 13 из 15 больных обнаружено повышенное количество клеща Demodex foll (от 5–15 в поле зрения).

У всех пациентов после проводимых процедур на лазере в день проведения процедуры и последующие 2–3 дня отмечено усиление эрите-

мы и незначительная отечность в области лица. Данные проявления разрешались самостоятельно. Уже после первого сеанса у 70 % пациентов подсыхали пустулезные элементы, исчезали телеангиэктазии. После второго сеанса значительное уменьшение диффузной эритемы отмечалось у 78 % пациентов, полное исчезновение крупных теленгиэктазий отмечалось после третьего сеанса в 90 % случаев.

Вывод. Лечение стероидной формы розацеа лазером VBEAM PERFECTA в комбинации с традиционным лечением является наиболее эффективной, безопасной и безболезненной комбинацией в современной дерматокосметологии.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРА VBEAM PERFECTA В СОЧЕТАНИИ С ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ РОЗАЦЕА

У.Ю. САБИРОВ, Ф.В. АЗИМОВА, Б.А. ТОИРОВ, Е.В. ЛИГАЙ, Е.В. КАЛЕНДАРЁВА

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

Актуальность. Лазер VBEAM PERFECTA (CANDELA) признан одним из лучших среди импульсных лазеров на красителях. Небольшая длина волны (595 нм) позволяет устранить купероз и неглубокие сосуды. Луч лазера, разрешая оксигемоглобин, склерозирует сосуды. Данный лазер легко справляется с пигментными пятнами, телеангиэктазиями и более крупными сосудами крыльев носа и на боковых зонах щек.

Цель исследования. Оценка безопасности и эффективности использования импульсного лазера VBEAM PERFECTA при лечении розацеа в сочетании с патогенетической терапией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 20 пациенток (100 %) с розацеа в возрасте от 35 до 50 лет. Данной группе была проведена лазерная процедура на аппарате с помощью VBEAM PERFECTA (CANDELA) в сочетании с патогенетической терапией. Процедура проводилась 4 раза с интервалом в месяц, на следующих параметрах насадка – 7 mm, 10 ms, 10 J.

Результаты исследования. При сочетании лазеротерапии и патогенетической терапии у пациенток отмечался более стойкий результат: уменьшилась выраженность воспалительных поражений кожи, эритемы и телеангиоэктазии. Средняя оценка боли составила 6 по 10 балльной шкале. Побочные эффекты от лазеротерапии отмечались практически у всех пациенток в виде умеренного отека, и слабовыраженной эритемы, которые разрешились в течение 1–3 дней.

Вывод. Сочетание лазеротерапии с патогенетической терапией при розацеа дает более стойкий и длительный результат.

ЛЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА С УЧЕТОМ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL-10

У.Ю. САБИРОВ, А.А. ЯКУБОВ

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

Актуальность. Розацеа – хроническое, воспалительное заболевание кожи лица, имеющее полиэтиологическую природу. Распространенность розацеа среди населения составляет 2–10 %. Расположение в области лица вызывает выраженный косметологический дефект.

Патофизиология развития розацеа до конца не изучена, а существующие методы лечения не удовлетворяют ни больных, ни врачей. В последние годы показано, что терапевтическая эффективность терапии во многом зависит от генетипического полиморфизма определенных генов, участвующих в формировании того или иного заболевания.

Цель исследования. Изучение эффективность усовершенствованной нами терапии розацеа в зависимости от генотипов полиморфизма гена IL-10.

Материал и методы исследования. Молекулярно-генетические исследования проведены у 46 больных розацеа, мужчин – 35 (76,1 %), женщин – 11 (23,9 %). Выделение геномной ДНК проводили в соответствии с методикой Sambrook J. (1989) и использованием коммерческого набора «РибоСорб» (Амплисенс, Россия), генотипирование rs11697325 гена MMP9 – с помощью коммерческого набора НПФ «Синтол» (Россия) согласно инструкции производителя. Амплифика-

цию проводили с помощью термоциклера Applied Biosystems 2720. Продукты ПЦР разделяли при помощи электрофореза в 2 % агарозном геле.

Все больные на фоне стандартной терапии получали лечение согласно разработанной нами методике, которая заключалась в приеме мексидола в виде таблеток (125 мг), наружно – в использование 0,02%-ного раствора декаметоксина и источник интенсивного импульсного света (IPL). В процессе и в конце лечения нами был проведен анализ результатов лечения больных розацеа в зависимости от частоты встречаемости генотипов G/G и G/A полиморфизма rs1800896 гена IL-10.

Результаты исследования. Проведенная терапия показала, что у больных с гомозиготным генотипом G/G полиормизма гена IL-10, получавших усовершенствованный метод терапии, клиническое выздоровление наблюдалось у 13 (48,1 %), значительное улучшение – у 12 (44,4 %) и улучшение – у 2 (7,4 %) пациентов. Тогда как при терапии больных с гетерозиготным генотипом G/A полиморфизма rs1800896 гена IL-10 клиническое выздоровление отмечалось у 6 (31,6 %), значительное улучшение – у 11 (57,9 %) и улучшение – у 2 (10,5 %) больных.

Как видно из результатов терапии, клиническое выздоровление у больных с гомозиготным генотипом G/G полиормизма гена IL-10 было выше (48,1 %) по сравнению с больными носителями генотипа G/A (31,6 %), эти цифры статистически различались (<0,05).

Вывод. Проводимая терапия зависит от генотипа полиморфизма rs1800896 гена IL-10 и клиническое выздоровление больше отмечается у больных с гомозиготным генотипом G/G данного гена.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО

У.Ю. САБИРОВ, С.Р. МУМИНОВА, Ш.Ш. ТАШПУЛАТОВ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз

Актуальность. Витилиго – заболевание из группы дисхромий, характеризующееся появлением на коже депигментированных пятен белого цвета вследствии отсутствия или снижения меланина в коже, склонных к периферическому росту. Несмотря на то, что развитие витилиго не сопровождается субъективными ощущениями, не представляет угрозы для жизни пациента, оно оказывает негативное влияние на психоэмоциальный статус пациентов и приводит к нарушениям социальных связей и дезадаптации. В последнее время в Узбекистан отмечается высокий рост заболеваемости витилиго. Частота встречаемости витилиго наблюдается повсеместно, независимо от расовой, половой или возрастной принадлежности, с частотой 1–4 %, причем на молодой возраст приходится до 70 % случаев.

Цель исследования. Оценка клинической характеристики у больных витилиго.

Материал и методы исследования. Проведено объективное клиническое обследование 50 больных витилиго в возрасте от 6 до 59 лет.

Результаты исследования. Из 50 больных витилиго лиц женского пола было 30 (60 %), мужского – 20 (40 %). По клинической форме витилиго у 20 (40 %) больных диагностирована ограниченная форма (1–2 пятна размером 1–3 см), у 5 (10 %) – акрофациальная, у 25 (50 %) – распространенная. По возрастной категории 6–14 лет были 19 больных, 14–25 лет – 9, 26–40 лет – 15, 41–55 лет – 5 и старше 55 лет – 2 больных. Как видно, чаще витилиго встречалось у лиц молодого и трудоспособного возраста. При изучении частоты встречаемости сопутствующих заболеваний у больных витилиго было выявлено следующее: у 11 (22 %) пациентов – железодефицитная анемия, у 23 (46 %) – лямблиоз кишечника, у 13 (26 %) – глистные инвазии, у 7 (14 %) – гипотиреоз, у 35 (70 %) – хронический холецистит.

Вывод. Для уточнения механизмов нарушения меланогенеза и их роли в патогенезе витилиго большое значение имеет изучение большого количества факторов: нейроэндокринные нарушения, наследственная предрасположенность, психические травмы, нарушения вегетативной нервной системы, аутоиммунные процессы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРА НА КРАСИТЕЛЯХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГИОЭКТАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РОЗАЦЕА

У.Ю. САБИРОВ, Б.А. ТОИРОВ, С.Р. МУМИНОВА

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

Последние достижения в технологии лазеров позволяют устранить проблемы кожи, которые раньше были не под силу дерматологам. Импульсный лазер на красителях вот уже несколько лет используется для лечения различных сосудистых заболеваний кожи. Лазеры на красителях позволяют увеличить выходную энергию на 50 %, обеспечивая на 50 % большую площадь обработки и диаметр луча до 15 мм с клинически значимой плотностью энергии. В нашем исследовании мы изучили импульсный лазер на красителях Vbeam Perfecta Candela (США) с диаметром луча 7 мм для лечения эритематозно-телеангиоэктатической формы розацеа. Интегрированная система охлаждения (DCD) лазера, применение аппликаторов различного диаметра, регулировка ширины и продолжительности импульсов позволяют проводить безопасное и комфортное лечение, выбирая самые оптимальные параметры для лечения.

Материал и методы исследования. Пролечены 22 пациента с эритематозно-телеангиэктатической формой розацеа в возрасте от 35 до 70 лет со II по IV типами кожи по Фитцпатрику. Каждое лечение состояло из 3 сеансов с 4-недельными интервалами: сначала линейные сосуды обрабатывались эллиптическим лучом 3×10 мм, затем диффузное покраснение – круглым лучом диаметром 7 мм. Сразу после процедуры отмечалось усиление эритемы с преходящим отеком и пурпурой.

Результаты исследования. Клиническая эффективность лазеротерапии оценивалась видеосканированием кожи при помощи LED-светодиодов аппарата Antera 3D™ и визуальной оценки фотографий после лечения. Телеангиоэктазии, на коже крыльев носа исчезли после первой процедуры лазеротерапии. После 4 процедур лазеротерапии Vbeam Perfecta наблюдалось значительное улучшение показателей эритемы у 70 % пациентов. Результаты наших наблюдений демонстрируют, что разработанный импульсный лазер на красителе с диаметром луча 7 мм улучшает внешний вид розацеа с благоприятным профилем безопасности.

Вывод. Лазер Vbeam Perfecta имеет высокую и долгосрочную эффективность при лечении эритематозно-телеангиоэктатической формы розацеа.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ

У.Ю. САБИРОВ, А.А. МАМАДИЕВ, М.А. ЮЛДАШЕВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Джизакский областной кожно-венерологический диспансер;
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Несмотря на множество исследований, посвященных проблеме витилиго, рост и распространение данного дерматоза остановить не удается. В настоящее время наиболее актуальной является разработка эффективного лечения.

Цель исследования. Разработать поэтапное лечение витилиго у детей.

Материал и методы исследования. Из общего количества обследованных нами были отобраны 45 детей в возрасте от 5 до 14 лет с гастроэнтерологическими нарушениями. Патология ЖКТ в основном была представлена глистной инвазией, колитами, энтероколитами и выраженными дисбиотическими нарушениями. Данная группа детей была разделена на 3 подгруппы в зависимости от стадии заболевания: 1-я – прогрессирующая, 2-я – стационарная и 3-я – регрессирующая.

Результаты исследования. Коррекция выявленных нарушений в ЖКТ осуществлялась под руководством гастроэнтеролога. Проведение антигельминтной терапии (состоит из нескольких препаратов и этапов) осуществлялось только после стабилизации кожного процесса. Также отдельно отметим наличие у большинства пациентов различной степени анемии. Данное отклонение эффективно корректировалось препаратом Тотема, в составе которого имеется и такой важный микроэлемент, как Cu.

Терапию основного заболевания составило этапное лечение, включающее:

при прогрессирующей стадии: диета, антиоксиданты (витамины А и Е, селен), микроэлемент Zn, антигистаминные препараты II поколения, витамины группы В, гепатопротекторы растительного происхождения, десенсибилизирующие средства (натрий тиосульфат), местно – негалогенизированные стероидные кремы и мази (мометазон фуроат), фотозащитные кремы (SPF-30, 50);

при стационарной: диета, Купир, витамины группы В, микроэлемент Zn, ферменты поджелудочной железы (энзистал, креон), местно – утром фотозащитные кремы, вечером – фотосенсибилизаторы (псорален), мезотерапия (микропапульная методика);

при регрессирующей стадии: диета, УФО-терапия, мезотерапия (микропапульная методика).

Вывод. Проведенные этапные лечебные мероприятия витилиго у детей указывают:

при прогрессирующей стадии – более раннюю стабилизацию основного процесса;

при стационарной – на более раннее регрессирование гипо- и депигментаций;

при регрессирующей – на выраженное и стабильное появление островков репигментации, периферическое сужение границ, отсутствие новых гипо- или депигментаций.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL-10

У.Ю. САБИРОВ, А.А. ЯКУБОВ

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

Актуальность. Розацеа составляет 5 % всех дерматозов, занимает седьмое место по частоте в кожной патологии, чаще встречается у светлокожих лиц и женщин.

Патогенез розацеа изучен недостаточно, а вопросы терапии требуют совершенствования. Недостаточная эффективность проводимого лечения, возможно, связана с индивидуальными особенностями организма больных.

Цель исследования. Изучить эффективности терапии в зависимости от полиморфизма гена IL-10.

Материал и методы исследования. Молекулярно-генетические исследования с учетом генотипов полиморфизма rs1800896 гена IL-10 проведены у 45 больные розацеа, мужчин – 9 (20 %), женщин – 36 (80 %).

Выделение геномной ДНК проводили в соответствии с методикой Sambrook J. (1989) и с использованием коммерческого набора «Рибо-Сорб» (Амплисенс, Россия) согласно инструкциям производителя. Генотипирование rs11697325 гена MMP9 проводили с использованием коммерческого набора НПФ «Синтол» (Россия) согласно инструкции производителя. Амплификацию проводили с помощью термоциклера Applied Biosystems 2720. Продукты ПЦР разделяли при помощи электрофореза в 2 % агарозном геле.

Проведен анализ результатов лечения больных розацеа по стандартной терапии, в зависимости от частоты встречаемости генотипов G/G и G/A полиморфизма rs1800896 гена IL-10. Всем больным проведено лечение согласно стандартам обследования и лечения по дерматовенерологии, утвержденным МЗ РУз (2017 г.).

Результаты исследования. Результаты проведенной терапии показали, что у больных с гомозиготным генотипом G/G клиническое выздоровление отмечено у 5 (20,0 %), значительное улучшение – у 7 (28,0 %), улучшение – у 13 (52,0 %) пациентов.

При терапии больных розацеа с гетерозиготным генотипом G/A полиморфизма rs1800896 гена IL-10 клиническое выздоровление отмечено у 4 (20,0 %), значительное улучшение – у 5 (25,0 %) и улучшение – у 11 (55,0 %) больных. Как видно из представленных результатов, по эффективности лечения статистически достоверных различий между исследуемыми генатипами G/G и G/A не выявлено.

Вывод. При проведении стандартной терапии в зависимости от генотипов полиморфизма rs1800896 гена IL-10 статистически достоверного различия в эффективности терапии между носителями генотипа G/G и генотипа G/A не отмечается, что требует включения дополнительной местной и системной терапии для повышения эффективности лечения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

У.Ю. САБИРОВ, А.С. ЯКУБОВА

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

Актуальность. Витилиго – приобретенное заболевание кожи, которое характеризуется деструкцией или отсутствием меланоцитов и клинически проявляется четко ограниченными участками депигментации различных размеров и формы. Около 1–2 % населения Земного шара страдают витилиго, данный дерматоз среди кожных заболеваний составляет 8,2 %.

До настоящего времени этиология и многие аспекты патогенеза витилиго остаются неясными. Диагностика витилиго не представляет трудностей, основывается на клинической картине, течении заболевания. Анамнестические данные, клинические проявления витилиго варируется в разных странах и расах.

Цель исследования. Изучение клинической характеристики больных витилиго.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 54 больных в возрасте от 3 до 70 лет, мужского пола 26, женского – 28. По возрасту пациентов до 10 лет было 11, от 11 до 20 лет – 19, от 21 до 30 лет – 12, от 31 до 50 лет – 6, от 51 до 60 лет – 4, свыше 60 лет – 2 больных.

Результаты исследования. Давность заболевания витилиго составила от 2 месяцев до 14 лет, в том числе до года у 6 (11,1 %), от 1 до 5 лет – у 38 (70,4 %) и свыше 6 лет – 10 (18,5 %) человек.

Особое внимание обращалось на появление первых признаков заболевания. При этом первые признаки болезни в возрасте до 10 лет отметили 11 (20,4 %) пациентов, от 11 до 20 лет – 19 (35,2 %), от 21 до 30 лет – 12 (22,2 %), от 31 до 40 лет – 3 (5,5 %), от 41 до 50 лет – 3 (5,5 %), и старше 51 года – 6 (11,1 %). Таким образом, у 30 (55,6 %) больных первые признаки заболевания появились в возрасте до 20 лет.

Нами был изучен фототип кожи по Т. Фитцпатрику и среди наблюдаемых больных II фототип отмечен у 3,7 %, III фототип – у 50,0 % и IV фототип – у 46,3 % человек. Больных с I, V и VI типом не было.

Из клинических форм заболевания вульгарная выявлена у 23 (42,6 %), сегментарная – у 10 (18,5 %), фокальная – у 12 (22,2 %) и акрофациальная – у 9 (16,7 %) больных.

Таким образом, витилиго часто болели в возрасте от 11 до 20 лет, давность заболевания составляла от 1 до 5 лет, первые признаки заболевания отмечены в период от 11 до 20 лет, преимущественно диагностирована вульгарная форма и III фототип.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

У.Ю. САБИРОВ, А.С. ЯКУБОВА

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

Актуальность. Витилиго характеризуется деструкцией или отсутствием меланоцитов и клинически проявляется ограниченными участками депигментации различных размеров и форм. Укоренившееся неверное представление о природе этого дерматоза приводит к негативному отношению к лицам, имеющим белые пятна на коже. Рост заболеваемости витилиго среди детей, молодежи, лиц трудоспособного возраста, упорное и длительное течение заболевания, слабая эффективность лечения определяет его социальную значимость.

До настоящего времени этиология и многие аспекты патогенеза витилиго до сих пор остаются неясными. Клиническая диагностика витилиго затруднений не вызывает, однако некоторые клинические и анамнестические данные различаются в разных странах и расах.

Цель исследования. Изучение клинико-анамнестических данных больных витилиго.

Под нашим наблюдением находились 54 больных в возрасте от 3 до 70 лет. Мужчин было 26, женщин – 28. Больные витилиго болели от 2 месяцев до 14 лет, в том числе до 1 года – 6 (11,1), от 1 до 5 лет – 38 (70,4 %) и свыше 6 лет – 10 (18,5 %) человек.

При тщательном сборе анамнеза было установлено, что 59,1 % больных, до обращения к нам, перенесли следующие заболевания: кишечные инвазия – у 7,4 %, острие респираторные заболе-

вания (ОРЗ) и тонзиллит – у 22,2 %, гепатит – у 12,9 %, инфаркт миокарда – у 1,8 %, ветрянка – у 14,8 % больных.

Все наблюдаемые больные прошли консультацию смежных специалистов, по показаниям им проведено лабораторно-инструментальное обследование. В результате обследования у 83,1 % больных были диагностированы следующие сопутствующие патологии: заболевания желудочно-кишечного тракт – у 18,5 %, сердечно-сосудистой системы – у 5,5 %, кишечная инвазия – у 27,7 %, заболевания мочеполовой системы – у 3,7 %, эндокринологические заболевания – у 9,2 %, анемия – 14,8 % и кожные заболевания (нейродермит, псориаз) – у 3,7 % больных.

Таким образом, среди нашей выборки преобладали больные с вульгарной формой, из перенесенных заболевании часто отмечали ОРЗ, тонзиллит и ветрянку, из сопутствующих патологии диагностировали кишечную инвазию и заболевания ЖКТ.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕРМАТОЗОВ У СПОРТСМЕНОВ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА КОЖИ

А.А. САДИКОВ, Г.Ш. ТОХТАЕВ, Х.Х. САФАРОВ

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Современный спорт характеризуется нагрузками, превышающими адаптационные способности организма, что нередко приводит к развитию патологических состояний у спортсменов (Борисевич С.А., 2010; Исаев А.П., 2003) Установлено, что чем выше стаж систематических занятий спортом, тем более выраженное влияние оказывается на состояние сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, иммунной системы и кожных покровов (Пузин С.Н., 2012; Adams B.B., 2001; Clarice R., 2014). При этом удельный вес дерматологической заболеваемости неуклонно растет (Давлетова с соавт., 2016). Спортивная деятельность может привести к развитию новых или обострению хронических дерматологических заболеваний, что может негативно повлиять на результаты спортсмена [Терехова М.В., 2013] На протяжении профессиональной карьеры практически все спортсмены сталкиваются с теми или иными кожными проблемами (Kantor G.R., Bergfeld W.F., 1998; Freiman A., 2004). Так, во время XXI зимних Олимпийских игр (Ванкувер, 2010 г.) и XXX летних Олимпийских игр (Лондон, 2012 г.) обращаемость за дерматологической помощью занимала третье место (Штеффен К., 2011; Engebretsen L. et. all, 2013).

Цель исследования. Совершенствование методов лечения и профилактики заболеваний кожи и премобидных состояний у спорстменов с учетом спортивной специализации, особенностей микробиоценоза кожи и активности врожденного иммунитета.

Рецензируемая работа посвящена комплексной оценке состояния здоровья спортсменов Узбекистана и роли кожного покрова в защите от болезней, а значит, направлена на совершенствование лечебно-профилактического контроля и повышение уровня спортивных достижений. Необходимо изучить частоту и структуру дерматологических заболеваний у спортсменов разных специализаций, выявить факторов риска развития премобидных (субклинических) состояний на основании комплексной оценки клинико-биохимических показателей у спортсменов и санитарно-гигиенических характеристик тренировочного процесса. Планируется участие в проведении сезонных медицинских осмотров спортсменов с привлечением специалистов смежных профилей и функциональных методов обследования на базе Республиканского Олимпийского медицинского центра, а также посещение спорткомплексов, анализ соблюдения нормативов и условий тренировок, особенностей спортивной экипировки и санитарных требований.

Выводы. В результате проводимых исследований будут получены новые научные сведения о состоянии микробиоты кожи при подготовительных и экстремальных тренировочных нагрузках в условиях жаркого климата с учетом спортивной специализации. Будет проанализирована у спортсменов заболевемость дерматозами в целом и бактериально-грибковыми и вирусными дерматозами, в частности.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВАТОЙ ПОЧЕСУХОЙ

Э.Х. САИТКУЛОВ

Межрайонный кожно-венерологический диспансер № 4, г. Ташкент

Авиценна одним из первых в истории медицины определил, что психоэмоциональное состояние человека является важнейшим фактором, определяющим его здоровье, а последнее зависит от гормоничного существование с природой.

Актуальность проблемы узлаватой почесухи не только связана с интенсивным зудом данного дерматоза, но и с толерантностью к терапии.

Цель исследования. Определение качества жизни у пациентов с узловатой почесухой путем аннализа особенностей клиники.

Материал и методы исследования. Изучено качество жизни у 17 больных, получавших амбулаторное лечение КВЛ №4 за последние 5 лет.

Использовалась специальная анкета, оценки качества жизни пациентов SF-36. Контрольную группу составили 17 здоровых лиц. Обследование включало осмотр дерматолога и психолога.

Результаты исследования. Обследованные пациенты были в возрасте от 18 до 50 лет, мужчин – 7 (42 %), женщин – 10 (58 %). Пациентов с 18 до 30 лет – 6 (35 %), с 31–50 лет – 11 (65 %), т. е. есть все обследованные были в активном трудоспособном возрасте. Существенных половых различий не выявлено, городских жителей было 16 (94 %), сельский – 1 (6 %).

Диагноз узлаватой почесухи устанавливался на основании клинико-анамнестических данных. Давность заболевания составила от одного месяца до 10 лет от месяца до года – у 10(58 %), от 2 до 5 лет – у 4 (23 %), от 6 до 10 лет – у 3 (17 %) больных.

Почесуха узловатая диагностирована у 17 (100 %), из них почесуха узловатая Гайда – у 7 (41 %), крапивница папулезная стойкая – у 2 (11 %), нейродермит узловатый – у 8 (47 %).

Результаты изучения такого параметра как «качество жизни» у пациентов показали, что уже локализованной форме этот показатель был достоверно выше, чем у лиц контрольной группы, составив соответственно $18,5 \pm 2,04$ и $15,5 \pm 0,34$ балла. При более интенсивном и длительном зуде показатели анкеты «Качество жизни» ухудшались. Так, при узловатой форме данный показатель составил $43,2 \pm 0,74$ балла, достоверно отличаясь от такового у лиц контрольной группы ($P < 0,001$). Кроме того, на психосоматический статус пациентов и, что не менее важно, на эффективность проводимой терапии влияли давность болезни, интенсивность зуда, наличие семейного анамнеза что, в свою очередь, создавало неблагоприятный психо-эмоциональный фон, поддерживающий кожно-патологический процесс. Следует отметить, что при возникновении любого кожного заболевания, в том числе и при почесухе, большое значение придается преморбидному состоянию самого пациента, т. е. психологической структуре личности, которая и определяет течение заболевания.

Вывод. Результаты проведённых исследований свидетельствует о значительном понижении качества жизни личности, при интенсивном зуде, особенно при его длительном течении, до $41,4 \pm 1,11$ балла. Такой фактор, как профессиональная деятельность, влияет как на качество жизни, так и на соматический статус в целом, что, по-видимому и создает патологический фон, на катором происходит манифестация клинических проявлений болезни. Несмотря на простоту анкетирования, можно получить, важные сведения о психологической структуре личности, так как именно больными дается оценка своих действий, состояния и других психологических черт. По данным анкеты «Качество жизни» только 19 % больных находились в состоянии определенной гормонии, у остальных 81 % больных выявлены существенные изменения, свидельствующие о наличии выраженной акцентуации характерологических черт и затрудненной социальной адаптации.

ВОЗМОЖНОСТИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

М.Н. СОЛМЕТОВА

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница МЗ РУз

Цель исследования. Оптимизация практического применения дерматоскопии в рутинной дерматологической практике скрининговых исследований.

Материал и методы исследования. Целевая группа из 80 лиц, подлежащих углубленному дерматологическому обследованию, формировалась дерматологами РКВКБ в ответ на анонс, посвященный ранней диагностике новообразований кожи. В группу подлежащих дерматоскопии были включены 25 пациентов с подозрительными новообразованиями кожи, требующими дальнейшего углубленного исследования дерматоскопом Derm LITE DL1 с использованием диагностического 7-балльного алгоритма Argenziano G. et al.

Результаты исследования. Среди подвергшихся дерматологическому обследованию 6 были дети (0–17 лет), 55 человек – до 40 лет, 10 – от 40–60 лет и 9 – старше 60 лет. Более половины из них – 68,75 % – 55 составили дерматологические больные. При этом псориаз отмечен у 36,4 % (20 человек), красный плоский лишай – у 3,6 % (4), витилиго – 9,1 % (5), розовые угри – у 18,2 % (10), себорейный дерматит – у 10,9 % (6), поствоспалительная гипо- и гиперпигментация – у 18,2 % (10), микоз гладкой кожи – у 3,6 % (2).

К дерматоскопическому исследованию были допущены 25 человек – 31,3 % от всех обследованных, из них детей – 2, 13 человек – до 40 лет, 4 – от 40–60 лет и 6 – старше 60 лет. У 56,0 % пациентов установлена онкодерматологическая доброкачественная патология невоидного генеза, в 24 % случаев узловые новообразования также доброкачественного характера, в 8,0 % – сосудистое новообразование кожи (гемангиомы).

При дальнейшем сопоставлении дерматоскопического и гистологичекого исследования отмечено соответствие заключительного диагноза (96,7 %). В одном случае был получен ложноположительный диагноз кератопапилломы, который при гистологическом исследовании оказался келоидом.

Вывод. Организация целевого скриннинга с грамотным формированием целевой группы пациентов, обеспеченного как технически современным цифровым оборудованием, так и опытными подготовленными кадрами, – успешный путь к максимально эффективному раннему выявлению как дерматологических, так и онкодерматологических патологий.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДНК ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ У БОЛЬНЫХ С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ ПОСТАКНЕ

З.Н. СОХИБОВА, К.М. МУХАМАДИЕВА, Ф.Ш. ШУКУРОВА

Кафедра гистологии и дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абу али ибн Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучение цитокинового профиля (G-174C гена IL-6) у больных с келоидными рубцами постакне.

Материал и методы исследования. Молекулярный анализ ДНК был проведен у 25 пациентов в возрасте от 14 до 36 лет. Контрольную группу составили 20 условно здоровых доноров. Выделение ДНК из ядер лимфоцитов проводили в соответствии с методикой Sambrook et al., 1989 с некоторыми модификациями.

Результаты исследования. У больных аллель G гена IL-6 (G-174C) был обнаружен в 85 %, в контрольной группе в 96 % случаев. Аллель C гена IL-6 (G-174C) был обнаружен соответственно в 15 % и 4 % случаев. При сравнительном анализе частот генотипов полиморфизма IL-6 (G-174C) наиболее значимым в обследованных группах мужчин и женщин оказался гомозиготный генотип G/G (75 % больных и 92 % здоровых) и C/C (5 %) только среди больных. Гетерозиготный генотип G/C гена IL-6 (G-174C) отмечался как в группе больных (20 %), так и в контрольной группе (8 %). Что касается особенностей распределения аллельных вариантов и генотипов полиморфизма C3953T гена IL-1B, аллель G гена среди пациентов и лиц контрольной группы был обнаружен в 87,5 % и 94 % случаев соответственно. Аллель T гена IL-1B (C3953T) был обнаружен в 12,5 % (среди пациентов) и 6 % (среди лиц контрольной группы) случаев.

Вывод. Частота встречаемости функционально неактивных аллелей и генотипов G-174C гена IL-6 у пациентов существенно выше, чем в контрольной группе.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БАРЬЕРНОЙ ФУНКЦИИ КОЖИ

З.Н. СОХИБОВА

Кафедра гистологии и дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абу али ибн Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить барьерную функцию кожи у пациентов разного возраста.

Материал и методы исследования. Морфометрическое исследование включало подсчет индекса митотической активности и количества макрофагов на 100 эпидермоцитов. Все пациенты были разделены на три группы: группа №1 – 18 человек в возрасте 30–45 лет, №2 – 15 человек 46–55 лет, №3 – 13 человек 60–66 лет.

Результаты исследования. Морфометрический анализ показал, что индекс митотической активности снижаются с возрастом более чем на 51,9 % ($p<0,05$) у пациентов группы №3 по сравнению с группой №1. А количество макрофагов, при сравнении с группой №1 уменьшилось на 38,6 % на 100 клеток эпидермиса кожи пациенток группы №3 ($p<0,05$). Изменение иммунной активности кожи отражает фундаментальные процессы, происходящие при хронологическом старении всего организма. Морфометрический анализ показал, что в реактивной стадии УФО статистически значимо увеличилось количество митозов. У пациентов группы №3 индекс митотической активности увеличился с $4,6\pm1,49$ на 68,6 % и составил $14,7\pm0,93$ ($p<0,05$). У пациентов группы №2 увеличение было менее выражено: с $2,3\pm0,07$ до $5,2\pm1,05$ ($p<0,05$). Также наблюдалось преимущественное увеличение количества макрофагов в группе №1. Так число клеток у пациентов группы №1 увеличилось на 65,5 % с $6,0\pm0,40$ до $17,4\pm0,77$ клеток. В группе №2 увеличение составило 28 % до $6,3\pm1,05$ клеток на 100 исследованных клеток кожи ($p<0,05$).

Вывод. Показатели барьерной функции кожи имеют возрастные особенности.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

У.А. ТАШКЕНБАЕВА, Х.Х. САФАРОВ, Г.Ш. ТОХТАЕВ

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Красный плоский лишай относится к распространенным дерматозам, характеризуется хроническим рецидивирующим течением, мучительным зудом, косметическим дефектом, болезненными высыпаниями в полости рта. Адаптация больных красным плоским лишаем в обществе затруднена по многим причинам. Вид пациентов вызывает страх, тревогу, неприязнь, брезгливость у родных, близких, коллег по работе, случайных встречных. Больные тяжело переживают такое неадекватное отношение к себе, замыкаются, сторонятся контактов, общения со знакомыми и, особенно, с незнакомыми людьми. Формируется способствующая социальной дезадаптациии дефензивность, приводящая к проблемам как в личной жизни, так и в профессиональной деятельности, в карьере больных.

Цель исследования. Оптимизация лечения и оказание медико-социальной помощи больным красным плоским лишаем для улучшения качества их жизни.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование, целью которого являлось изучение эффективности и безопасности применения мази «Протопик» (такролимус) у больных красным плоским лишаем, причем и с проявлениями на слизистой полости рта. Под нашим наблюдением находились 12 больных КПЛ (мужчин – 4, женщин – 8) в возрасте от 22 до 45 лет. Практически всех больных беспокоил зуд кожи различной интенсивности, у 5 из 22 больных (22,7 %) были выявлены проявления КПЛ на слизистой полости рта (у 4 больных отмечались эрозивные образования, у одной больной – эрозивно-язвенные). Методика лечения больных КПЛ заключалась в том, что папулезные элементы обрабатывались два раза в день 0,1 % мазью «Протопик» в течение 3–6 недель. Некоторым больным назначались дополнительно антигистаминные и десенсибилизирующие препараты. Элементы на слизистой полости рта также обрабатывались мазью «Протопик» 2 раза в день в течение 2–3 недель.

Результаты исследования. В течение 2–3 недель отмечалось регрессирование высыпаний КПЛ на слизистой полости рта. На кожных покровах регресс папулезных элементов наступал в среднем на 2–3 неделе использования мази «Протопик».

Вывод. К особенностям клинического течения красного плоского лишая в настоящее время можно отнести учащение случаев дебюта заболевания в молодом возрасте (25–28 лет), перманентное течение, нередко сопровождающееся сильным зудом и приводящее к существенному снижению качества жизни пациентов. Терапевтический эффект «Протопик» в комплексной терапии обусловлен нормализацией микробиоценоза, интерлейкин зависимой регуляции иммунного ответа посредством оптимизации соотношения провоспалительных цитокинов. Метод лечения больных красным плоским лишаем с применением «Протопик» характеризуется высоким уровнем безопасности и значительной клинической эффективностью, позволяя полностью купировать патологический процесс в 71,9 % случаев.

МИКРОБИОТА КОЖИ У СПОРТСМЕНОВ

Г.Ш. ТОХТАЕВ

Ташкентская медицинская академия

Введение. На коже взрослого здорового человека в норме определяются 19 таксономических рангов (филов) микроорганизмов, большинство которых относятся к четырем из них: Actinobacteria, Firmicutes, Bacteroidetes и Proteobacteria, также присутствующие на слизистой полости рта и желудочно-кишечного тракта, однако их пропорции отличаются от таковых на коже. В составе микрофлоры кожи и слизистых оболочек присутствуют: Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Micrococcus spp.; Sarcina spp., коринеформные бактерии, Propioni bacterium spp. В составе транзиторной: – Streptococcu sspp, Peptococcu sspp, Bacillus subtilis, Escherichia coli, Enterobacter spp., Acinetobacter spp, Lactobacilli sspp., Candida albicans и многие другие. Значительное количество микроорганизмов относится к условно-патогенным – Staphylococcus aureus, Staphylococcus saprophyticus, Malassezia species, и находятся в симбиозе с макроорганизмом, образуя единую экосистему. Часть микроорганизмов в качестве источника питания используют секретируемые водо- и жирорастворимые субстанции, продукты распада кератина и самих микробов. Они являются постоянными обитателями кожи, не влияют на ее функции и не вызывают болезней.

Цель исследования. Совершенствование методов лечения и профилактики заболеваний кожи у спорстменов с учетом спортивной специализации микробиоты кожи в условиях жаркого климата.

Материал и методы. Исследования проводилось на базе Республиканского Олимпийского медицинского центра при участии в сезонных весенне-летних и осенне-зимних медицинских осмотров спортсменов с привлечением врачей разного профиля.

Результаты исследования. В группе было выделено 63 штамма микрорганизмов. Нормальная микрофлора кожи представлена разнообразными сочленами микроорганизмов. Среди представителей грамположительной флоры выделена, как наиболее распространенная группа Staph. spp. – 33 штамма (52,4 %). Из числа условно-патогенной флоры было 24 штамма Staph. epidermidis, что составило 38,09 % всех выделенных штаммов в контроле. На долю Staph. spp пришлось 4,76 % (3 штамма), в той же доле присутствовал и Staph. haemoliticus и Staph. aureus, Enterococcus faeceam – 4 штамма (6,35 %). Наряду со стафилококками часто выделяли Corynebacter – 15 штаммов (23,8 %). Из числа грамположительной микрофлоры у здоровых лиц также присутствовали Streptococcus spp. – 2 штамма (3,17 %). Высокая плотность колонизации отмечена у Staph. aureus (42,4 ± 1,42 KOE/cm^2), Staph. epidermidis (36,3 ± 1,39 KOE/cm^2), Enterococcus (42,85 ± 1,66 KOE/cm^2) и Corynebacter (40,81 ± 1,28).

Вывод. Нормальная микрофлора кожи является важным фактором бактерицидности, препятствующим проникновению патогенных микроорганизмов и развитию дерматозов. Постоянство микробиоценоза данного биотопа зависит от функционального состояния кожи (особенностей гидролипидной мантии, факторов неспецифической резистентности, антимикробной активности кератиноцитов и др), что в свою очередь обеспечивается гомеостазом организма в целом. Нарушения компонентов гомеостаза вследствие действия различных экзогенных и эндогенных факторов приводит к изменению постоянства микробиоты (дисбактериозу) кожи.

СИСТЕМА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Х.Д. УСМОНЗОДА, Ш.Б. ЭГАМОВА

Кафедра дерматовенералогии Таджикского университета им. Абу али ибн Сино

Цель исследования. Изучение системы свертывания крови у больных витилиго.

Под наблюдением находились 60 больных витилиго, из них 28 – с очаговой и 32 – с диффузной формой, женщин – 37 (61,6 %), мужчин – 23 (38,4 %) в возрасте от 18 до 56 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц.

Материал и методы исследования. Свертывающую систему крови изучали по времени рекальцификации крови методами Бергерода и Рока, индекс протромбина – по-Квинку, концентрацию фибриногена – по-Рутбергу.

Результаты исследования. У больных с диффузной формой витилиго наблюдалось увеличение протромбинового индекса и концентрации фибриногена, а время рекальцификации плазмы было на уровне нижней границы нормы. У больных с ограниченным витилиго отмечалось укорочение времени рекальцификации плазмы и увеличение протромбинового индекса и концентрации фибриногена. Результаты показателей свертывания крови после лечения показали нормализацию времени рекальцификации плазмы у больных с диффузным витилиго (93,0±3,2 сек. против 93,0±3,0 сек.), нормализовался протромбиновый индекс (83,0±3,0 %; 84,6±2,7 %), концентрация фибриногена во всех группах пациентов имела тенденцию к нормализации (309±21 мг %; 349±20 мг % против 340±37 мг % и 353±56 мг % в контроле). Проведенное лечение не только не оказало отрицательного влияния на показатели системы свертывания крови, а напротив без назначения специальной антикоагулянтной терапии имело тенденцию к нормализации показателей свертывания крови и параллельно к уменьшению очагов депигментации, улучшая качество жизни этих пациентов.

Вывод. При витилиго наблюдается изменение всех фаз системы свертывания крови типа гиперкоагуляции. Изменение системы гемостаза у больных с ограниченной и диффузной формами витилиго было однотипным. Проведенное лечение способствовало не только нормализации показателей системы свертывания крови, но и положительной клинической динамике, что способствовало улучшению качества жизни больных.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

К.Н. ХАИТОВ, Х.А. АБИДОВ, А.М. АБИДОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) – это зудящее аллергическое воспалительное заболевание кожи, которое обычно начинается в раннем детстве. Рост частоты и тяжести аллергопатологии в детском возрасте диктуют необходимость углубления теоретических знаний о патогенезе иммунных реакций при аллергии.

Цель исследования. Анализ показателей клеточного и гуморального иммунитета у детей первого года жизни, страдающих атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Обследован 61 ребенок. Сформированы три группы: 1-я группа – дети в возрасте 3–5 мес. (30 детей), 2-я группа – 6–9 мес. (19 детей), 3-я группа – 10–12 мес. (22 ребенка). Исследование иммунного статуса проводилось иммунологическими тестами первого уровня, иммунофенотипирование лимфоцитов – методом проточной цитометрии.

Результаты исследования. В субпопуляционном составе лимфоцитов выявлены некоторые возрастные особенности: для детей 1-й группы характерно развитие Т-лимфоцитопении, для 2-й группы – В- и Т-клеточной лимфоцитопении, для 3-й группы – В-лимфоцитопении. Во всех возрастных группах наблюдается снижение содержания активированных NK-лимфоцитов, HLA-DR+Т-лимфоцитов, повышение γδ-Т-лимфоцитов. Снижение иммунорегуляторного индекса в 1-й группе составило 23,3 %, во 2-й группе – 26,3 %, в 3-й группе – 45,5 %. Нарушение процесса фагоцитоза отмечается у 22,4 % детей. У всех обследованных детей обнаружена гипериммуноглобулинемия Е, в десятки раз превышающая возрастную норму. У детей 3-й группы выявлена сильная отрицательная корреляционная связь между значением иммунорегуляторного индекса и концентрацией общего IgE ($r=-0,6$). Содержание иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови имеет тенденцию к развитию гипериммуноглобулинемии. Однако более 40 % детей старше 6 мес. имеют дефицит синтеза одного или двух классов иммуноглобулинов.

Вывод. Исследование иммунного статуса у детей с атопическим дерматитом необходимо для проведения индивидуальной иммунокоррекции с целью повышения эффективности базовой терапии, снижения тяжести заболевания, частоты обострений.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

К.Н. ХАИТОВ, Х.А. АБИДОВ, Б.Б. КАРИМОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся высыпаниями, зудом и сухостью кожи. На сегодняшний день по данным современных литературных источников установлено, что АтД страдают 10–20 % детей во всем мире. В настоящее время в Узбекистане также регистрируется устойчивая тенденция роста числа атопического дерматита среди детей.

Цель исследования. Проанализировать частоту встречаемости атопического дерматита у детей среди некоторых аллергических дерматозов.

Материал и методы исследования. Было проведено исследование количества обращаемости пациентов с аллергодерматозами в клинику Ташкентского педиатрического медицинского института за последние 5 лет (2015–2019 гг.). За 5-летний период сотрудниками кафедры было проконсультировано 9 681 больных из них 1 348 (13,9 %) с аллергодерматозами.

Результаты исследования. По результатам исследования было установлено, что с каждым годом количество принимаемых амбулаторных больных детей с кожными заболеваниями растет: 2015 г. – 1839, 2016 г. – 2230, 2017 г. – 1735, 2018 г. – 1852, 2019 г. – 2025 г. Доля аллергодерматозов среди принятых больных детей составила: в 2015 г. – 204 (11,1 %), в 2016 г. – 258 (11,58 %), в 2017 г. – 314 (18,1 %), в 2018 г. – 303 (16,38 %), в 2019 г. – 269 (13,3 %).

В структуре аллергодерматозов атопический дерматит наиболее часто встречался среди принятых больных за 5 лет: 2015 г. – 118 (57,84 %), 2016 г. – 160 (62 %), 2017 г. – 182 (57,9 %), 2018 г. – 242 (79,8 %), 2019 г. – 220 (81,7 %). Токсикодермия (n = 318, 23,59 %) и крапивница (n = 108, 8 %) также часто встречались среди аллергических заболеваний кожи в 2015–2019 гг.

Вывод. По результатам полученных данных, можно судить о росте общего количества аллергических заболевании кожи за 5 лет (2015–2019 гг.). Анализ данных показал, что число пациентов с атопическим дерматитом среди детей также имеет стойкую тенденцию к росту – количество обращаемости увеличилось с 57 % в 2015 г. до 81 % в 2019 г.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

К.Н. ХАИТОВ, Б.Б. КАРИМОВ, Х.А. АБИДОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Атопический дерматит – это хроническое аллергическое заболевание, развивающееся у лиц с генетической предрасположенностью к атопии, имеющее рецидивирующее течение с возрастными особенностями клинических проявлений и характеризующееся экссудативными и (или) лихеноидными высыпаниями, нарушениями иммунного статуса и гиперчувствительностью к специфическим и неспецифическим раздражителям.

Цель исследования. Оценить иммунологический статус у больных детей с атопическим дерматитом с учетом различных клинических форм и степени тяжести заболевания.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено на базе дерматологического отделения клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. Для оценки цитокинового статуса определялось содержание ИЛ-1β, ИЛ-2, ИЛ-4 и ИЛ-6. Уровень цитокинов определялся методом иммуноферментного анализа (ИФА). Для оценки степени тяжести заболевания (интенсивность, распространенность) и выраженности кожных проявлений использовался индекс SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis).

Результаты исследования. В исследование были включены 53 детей с проявлениями атопического дерматита в возрасте от 3 до 12 лет. По половому признаку было 25 мальчиков (47,1 %) и 28 девочек (52,9 %). При проведении объективной оценки тяжести состояния больных нами было установлено, что среднее значение индекса SCORAD составило около 44 баллов, что свидетельствует о высокой степени активности процесса, характеризующегося распространенными кожными поражениями, подострыми изменениями.

У всех пациентов был исследован цитокиновый профиль ИЛ-1β, ИЛ-2, ИЛ-4 и ИЛ-6 в первые три дня от момента поступления и спустя месяц от начала лечения – на 35–40-е сутки в зависимости от степени тяжести АтД. Клинически пациенты отличались по выраженности зуда – от незначительного при легкой степени до мучительного с нарушением сна при тяжелой степени. Также отличались данные по площади распространенности аллергических элементов. При легкой степени средняя площадь поражения (%) составляла 2,9±0,7 % поверхности тела, при средней степени 7,3±1,09 % поверхности тела, а при тяжелой – 26,1±8,14 % поверхности тела.

Результаты исследования показали, что уровень ИЛ-4 в сыворотке крови при легкой степени АтД несколько ниже (0,88 пг/мл), чем при средней (1,55 пг/мл) и тяжелой (1,07 пг/мл), но достоверно не различается. Уровень ИЛ-2 при тяжелой степени АтД ниже (2,0 пг/мл), чем у пациентов с легкой (3,78 пг/мл) и средней (2,9 пг/мл) степенью тяжести, однако также достоверно не отличается. Мы предполагаем, что отсутствие статистически достоверной разницы может быть связано с небольшим количеством выборки. Уровень продукции ИЛ-1ß и ИЛ-6 не зависел от степени тяжести АтД. Для оценки цитокинового профиля нами были проанализированы аналогичные показатели уровней ИЛ-1β, ИЛ-2, ИЛ-4 и ИЛ-6 детей без признаков аллергии аналогичного возраста и пола. При оценке содержания цитокинов между основной группой и детьми без аллергии мы зафиксировали достоверные различия между уровнями ИЛ-1ß как при легкой степени тяжести ($p<0,01$), так при средней ($p<0,001$) и тяжелой ($p<0,02$). Важно отметить, что уровень ИЛ-4 у пациентов с АД был выше, чем в группе без аллергии, но достоверные отличия ($p<0,02$) выявлены только у пациентов со средней степенью тяжести АтД. Содержание ИЛ-6 также было выше у пациентов с АтД, однако достоверных различий с группой контроля нами выявлено не было.

Вывод. Уровень цитокинов в сыворотке крови отражает текущее состояние иммунной системы больных АтД. У пациентов с АтД в стадии обострения выявлено достоверное увеличение ИЛ-1β, ИЛ-4 и ИЛ-6. То, что у пациентов с АтД уровень ИЛ-2 не отличается от группы детей без аллергических проявлений, может свидетельствовать об активации продукции цитокинов как Th2, так и Th1 типов. В целом, поляризация Th2 в сторону повышения функциональной активности в остром периоде соответствует классическим представлениям об иммунопатогенезе атопического воспаления.

ЗНАЧЕНИЕ ТРИГГЕРНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

К.Н. ХАИТОВ, Х.А. АБИДОВ, А.М. АБИДОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Атопический дерматит – мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации. Атопический дерматит занимает одно из ведущих мест в общей структуре аллергических заболеваний. Распространенность данного заболевания неуклонно растет во всем мире.

Цель исследования. Оценить значимость триггерных факторов (факторов риска) в развитии АтД у детей, изучить и проанализировать данные научной литературы по проблеме исследования.

Материал и методы исследования. Для оценки факторов риска развития АтД использовалась научная литература за последние 10 лет, имеющаяся в свободном доступе PubMed, Cyberleninka.ru.

Результаты исследования. В настоящее время выделяют три ведущих патогенетических механизма: 1) генетическая обусловленность (теория inside-out и inside-in); 2) нарушение целостности кожного барьера; 3) инициация ряда иммунных реакций, приводящих к развитию аллергического воспаления в кожном покрове.

Триггерные факторы: вещества аллергенной природы (пищевые, бытовые, пыльцевые и др.), продукты жизнедеятельности гельминтов и их токсины также вызывают активацию иммунокомпетентных клеток, гиперпродукцию иммуноглобулинов, особенно IgE, а также образование иммунных комплексов и повреждение Т-клеточного звена иммунитета. Кроме того, при АтД наблюдаются дисбаланс ТН2/ТН3 клеток и нарушение неспецифического иммунитета, барьерных свойств кожи, что объясняет подверженность больных АтД к различным инфекционным процессам, обусловленным вирусами, бактериями и грибами.

Основными факторами риска развития АтД на ранних этапах являются патология беременности, заболевания, перенесенные во время беременности, в особенности различные вирусные инфекции, несоблюдение гипоаллергенной диеты, курение и другие вредные привычки, угрозы выкидыша и нефропатии беременных.

Вывод. Имеющаяся генетическая предрасположенность к атопическому дерматиту может проявляться при действии целого ряда неблагоприятных триггерных факторов.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

К.Н. ХАИТОВ, Х.А. АБИДОВ, А.М. АБИДОВ, Б.Б. КАРИМОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблемы атопического дерматита (АД) обусловлена неуклонным ростом данного заболевания в популяции. Ранняя манифестация и хроническое рецидивирующее течение значительно снижают качество жизни пациентов. Топическая терапия глюкокортикостероидами (ГКС) остается золотым стандартом лечения АД (Белоусова Т.А; Горячкина М.В. 2014 г.). Однако использование ГКС сопряжено с возникновением множества нежелательных осложнений в виде местных и системных реакций.

Цель исследования. Проанализировать современные литературные данные, касающиеся патогенеза и перспектив фармакотерапии АД.

Материал и методы исследования. Был проведен анализ и систематизация литературы по терапии атопического дерматита за последние 10 лет в интернет ресурсах и Государственной научной медицинской библиотеке Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты исследования. В патогенезе АД ведущая роль принадлежит наследственно обусловленному доминированию иммунного ответа по Th2 типу. Активация в острую фазу Th2 звена ведет к гиперпродукции ИЛ 4 и 13, инициирующих высвобождение медиаторов воспаления и переключение синтеза IgM на IgE, а также ИЛ-31, оказывающего ингибирующее влияние на пролиферацию и дифференцировку кератиноцитов и продукцию филаггрина. Последующее включение Th1-клеток приводит к хронизации процесса за счет продукции ИНФ-у, ИЛ-5, ИЛ-12, ИЛ-18.

В последние десятилетия ведется активный поиск новых эффективных и безопасных методов лечения АД. Перпараты моноклональных антител (МкАТ) прочно закрепились в мировой клинической практике. МкАТ на молекулярном уровне препятствуют развитию отдельных звеньев патогенеза, блокируя связывание провоспалительных агентов с их рецепторами на поверхности иммунных клеток. Высокоспецифичное таргетное действие обуславливает оптимальный клинический эффект при минимизации нежелательных явлений.

Вывод. Препараты моноклональных антител являются перспективным направлением терапии АД. Избирательность их действия обуславливает высокую эффективность и безопасность применения.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

К.Н. ХАИТОВ, Х.А. АБИДОВ, А.М. АБИДОВ, Б.Б. КАРИМОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Атопический дерматит – генетически обусловленное хроническое иммунонейроаллергическое заболевание кожи, стартующее в раннем детском возрасте и значительно влияющее на качество жизни как самих пациентов, так и их родителей. Это приводит к увеличению социально дезадаптированных больных, когда нарушается привычный для семьи и ребенка образ жизни, возникают трудности в общении со сверстниками, в выборе рода деятельности, профессиональной дезориентации.

Цель исследования. Оценить изменения детского дерматологического индекса качества жизни (ДДИКЖ) и семейного дерматологического индекса качества жизни (СДИКЖ) при использовании комбинированных физиотерапевтических методов в медицинской реабилитации детей, страдающих АтД.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 12 пациентов, из них 6 девочек (3–13 лет) и 6 мальчиков (7–15 лет). Длительность медицинской реабилитации составила 2 недели. Все больные оценивались клинически, а также использовались шкалированные методики ДДИКЖ и СДИКЖ. В зависимости от возраста пациенты получали электросон-терапию, бальнеотерапию, аэроионтерапию, поляризованный полихроматический свет. Дети и их родители имели ежедневное сопровождение психолога с первоначальной консультацией и тестированием детского психотерапевта.

Результаты исследования. В ходе медицинской реабилитации все пациенты отмечали значительное снижение зуда, что позволило приобрести качественный ночной сон, и в свою очередь, привело к улучшению общего состояния, концентрации внимания, повышению активности и увеличению ДДИКЖ (снизился в 2,1 раза). Родители, имея понимание диагноза, стали выстраивать отношения с ребенком, страдающим АтД, что позволило повысить СДИКЖ (снизился

в 2,7 раза). Клиническая ремиссия при выписке была достигнута у 11 из 12 пациентов. У одного ребенка отмечались неконтролируемые вспышки АтД, что было связано с суперинфекцией S.aureus.

Вывод. Изменения показателей ДДИКЖ и СДИКЖ свидетельствуют, что при проведении медицинской реабилитации детей, страдающих АтД, и обучении их родителей эффективность медицинской реабилитации крайне высока.

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

К.Н. ХАИТОВ, Х.А. АБИДОВ, А.М. АБИДОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Кожный лейшманиоз (КЛ) является наиболее распространенной формой лейшманиоза и вызывает повреждения кожи, главным образом язвы, на открытых участках тела, после которых остаются рубцовые изменения. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется около 1,2 млн случаев кожного лейшманиоза. Одним из приоритетных направлений в современной терапии КЛ является использование препаратов системной энзимотерапии. Системная энзимотерапия (СЭТ) представляет собой современный метод лечения и профилактики заболеваний с помощью смесей протеолитических ферментов (энзимов), которые обладают широким спектром системных и местных неспецифических воздействий на организм.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 46 больных (мужчин – 34, женщин – 12) в возрасте от 6 до 44 лет и давностью заболевания от 1 до 11 месяцев. Во всех случаях диагноз кожного лейшманиоза был подтвержден обнаружением в очагах поражений лейшманий.

Результаты исследования. На основании клинико-анамнестических данных у 37 больных был установлен сельский, у 9 – городской тип КЛ. У 14 из 46 больных проявления КЛ были в виде бугорков и у 32 – лейшманиозных язв. Всем больным назначалось лечение согласно имеющимся стандартам. Также для ускорения рассасывания бугорковых элементов и эпителизации лейшманиозных язв был применен препарат Вобэнзим по 5 драже 3 раза в день в течение одного месяца. Ни в одном случае 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 25 % в основной, нежели в контрольной группе.

Вывод. 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.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

К.Н. ХАИТОВ, Х.А. АБИДОВ, А.М. АБИДОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) относится к заболеваниям детского возраста, резко ухудшающим качество жизни детей и их родителей, приводящим к развитию депрессивных расстройств, которые, в свою очередь, отрицательно влияют на качество проводимой терапии.

Цель исследования. Изучение выраженности депрессивных тенденций у родителей детей, больных АтД.

Материал и методы исследования. Был проведен анализ историй развития 87 детей, больных АтД средней и тяжелой степени тяжести, на базе отделения дерматологии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. Для изучения психологических особенностей родителей детей с АтД, выявления депрессивных тенденций был использован тест Бека.

Результаты исследования. В первые два месяца заболевания у 77 (87,7 %) родителей, депрессия не наблюдалась или была выражена в легкой степени у 7 родителей (6,8 %). При длительности заболевания от 2 до 6 месяцев число родителей с легкой депрессией практически не изменилось – 6 (7,1 %), но появились лица с депрессиейц депрессию средней тяжести – 10 (11,4 %). Количество лиц, не имеющих депрес-

сию, несколько уменьшилось – 71 (81,5 %). При длительности течения АтД от 6 месяцев до года число лиц, не имеющих депрессию, уменьшилось до 67 (76,8 %), при этом увеличилось количество родителей с легкой степенью – 13 (15,7 %). Депрессия средней тяжести, в этот период заболевания у родителей не наблюдалась. Однако появились родители детей, больных АтД, с тяжелой депрессией – 7 (7,6 %). При длительности АтД у детей более 3 лет несколько уменьшилось число родителей с депрессией легкой степени, остальные показатели достоверно не отличались от показателей с длительностью заболевания от года до 3 лет.

Вывод. Реабилитация детей, больных с АтД, и их семей является важной медицинской и социальной проблемой. Наиболее существенные изменения происходят в период от 6 месяцев до года. Их появление можно объяснить переходом заболевания в хроническую форму. В рамках депрессивных расстройств наблюдается игнорирование назначений, а дисциплина лечения при этом страдает.

ЭМОЛЕНТЫ В ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

К.Н. ХАИТОВ, Х.А. АБИДОВ, Б.Б. КАРИМОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) – хронический, рецедивирующий, мультифакториальный, иммуноопосредованный зудящий дерматоз, значительно влияющий на качество жизни пациентов. По данным литературы, заболевание встречается у 12 % жителей Земли. При АтД кожа становится сухой, утолщенной, появляются микротрещины. Это способствует проникновению аллергенов, раздражающих веществ и болезнетворных микроорганизмов и активирует каскад реакций, приводящих к развитию патологического процесса.

Цель исследования. Оценить действие крема «Дексерил» при комбинированной терапии у детей, страдающих АтД.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 53 пациента с легкой и среднетяжелой формой АтД. По гендерному признаку было 52,9 % девочек и 47,1 % мальчиков в возрасте от года до 16 лет. Оценку действия средства проверяли по сухости кожи. Сухость кожи оценивали по шкале от 0 (симптомы не наблюдаются) до 3 (сильная сухость).

Результаты исследования. Длительность наблюдения в ходе исследования составила 2 месяца. Состояние пациентов оценивали на 1-й, 14-й и 28-й дни наблюдения. В период лечения пациенты получали терапию, предусмотренную действующим стандартом диагностики и лечения. Наружно пациенты использовали «Дексерил» крем. Эмолент наносили ежедневно один раз в сутки в течение всего периода наблюдения.

По результатам исследования было выявлено, что в 100 % случаев отмечались интенсивный зуд и сухость кожных покровов. До начала лечения показатели сухости были равны в среднем 1,61. В результате использования эмолента «Дексерил» в течение 2 месяцев показатели сухости кожи снизились и составили 0,48 и 1,0 ($p < 0,005$), продемонстрировав значительную увлажненность кожи у пациентов.

Вывод. Следует отметить, что крем «Дексерил» показал высокую эффективность и хорошую переносимость. Простой и приятный в использовании, он облегчает уход за кожей, пролонгирует ремиссию, повышая качество жизни пациентов. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости более широкого включения эмолентов для ежедневного ухода в практику как врачей-специалистов (дерматовенеролог, аллерголог-иммунолог), так и врачей первичного звена, которые осуществляют наблюдение за пациентами с АтД (педиатры).

АЛЛЕРВИЛЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

К.Н. ХАИТОВ, Х.А. АБИДОВ, Б.Б. КАРИМОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. По данным ученых, сегодня аллергодерматозами страдают до 40 % детского и 10 % взрослого населения многих стран мира. В структуре аллергодерматозов атопический дерматит (АтД) встречается в 20–40 % всех случаев острых и хронических поражений кожи. В структуре госпитализированных на долю больных детей с АтД приходится более 30 %. Интенсивный, в том числе ночной, зуд, высыпания, нередко расположенные на видимых (лицо, шея,

кисти) участках тела, и высокая частота обострений нередко служат причинами развития выраженных реактивных (нозогенных) психических расстройств и оказывают негативное влияние на качество жизни больных, страдающих АтД.

Цель исследования. Изучение эффективности препарата «Аллервилл» в комплексном лечении больных атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 38 больных АтД, из них 20 (52,6 %) – мужчин, 18 (47,4 %) – женщин в возрасте от 17 до 48 лет (средний возраст составил 24,5±2,3 года). Методы исследования: клинические, статистические.

Результаты исследования. Зуд при всех формах атопического дерматита в группе больных, выписывшихся с клиническим выздоровлением и значительным улучшением, начал уменьшаться в среднем со 2–3 дня лечения, полностью прекратился к 23–24 дню, воспалительные явления в очагах поражения начали регрессировать в среднем с 3–4 дня терапии, полностью прошли к 25–26 дню терапии. Индекс SCORAD с 35,4 балла у больных со среднетяжелым течением АтД и 18,6 – у больных с легкой степенью тяжести к концу терапии снизился соответственно до 7,6 и 4,8 балла ($P<0,05$). Под влиянием проведенного лечения клиническое выздоровление было достигнуто у 17 (44,7 %) больных, значительное улучшение – у 13 (34,2 %), улучшение – у 7 (18,4 %). Эффекта от лечения не отмечено у одного (2,6 %) больного.

Вывод. Исследования показали, что препарат «Аллервил» является эффективным средством при лечении пациентов с атопическим дерматитом и может быть рекомендован для широкого применения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СИМПТОМА КОНФЕТТИ

М.К. ХАЛДАРБЕКОВ, А.Б. РАХМАТОВ

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

В настоящее время во всех регионах республики проводится выявление и регистрация больных с различными формами ихтиоза для составления Национального регистра по аналогии с больными буллезным эпидермолизом. В связи с этим изучаются клинические проявления заболевания. Было отмечено, что в некоторых случаях проходит определенное время, в течение которого изменяется клиническая симптоматика, как это бывает при «коллоидном плоде», и только спустя 2–3 месяца появляется возможность правильно установить диагноз.

Одним из частых проявлений ихтиоза является эритродермия различной интенсивности, наблюдаемая при наиболее часто встречающихся вульгарном и Х-сцепленном ихтиозе. Именно при явлениях эритродермии у больных ихтиозом часто выявляются распространенные, мелкие, округлой формы гипопигментные пятна любой локализации.

Следует указать, что в литературе описан симптом конфетти (каплевидная лейкодерма, точечная лейкодерма), представленный мелкими гипопигментными пятнами размером 1–3 мм, а иногда и плоскими папулами, изолированными друг от друга и напоминающими конфетти. Симптом конфетти может встречаться при таких дерматозах, как амилоидоз кожи, пятнистая атрофия, болезнь Дарье, склеродермия, псориаз (особенно после фотохимиотерапии), а также при ихтиозе.

Из общей выборки больных ($n=321$) с различными формами ихтиоза симптом конфетти был установлен в 13,7 % случаев, иногда даже при отсутствии явлений ихтиозиформной эритродермии. По всей вероятности, факт наличия такого симптома, как конфетти, должен регистрироваться и рассматриваться как вариант течения ихтиоза.

Следует указать, что ихтиозиформные дерматозы, представленные небуллезной ихтиозиформной эритродермией, пластинчатым ихтиозом, буллезной ихтиозиформной эритродермией, а также синдромами Netherton, Sjogren-Larsson, могут сопровождаться указанным симптомом.

Таким образом, симптом конфетти появляются у больных с диссеминированными кожными проявлениями генодерматоза, имеет четкую клиническую характеристику и в отдельных случаях может служить прогностическим признаком заболевания.

КРЕМ «ЛОКАТОП» В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Б. ПУЛАТОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последнее время в топической терапии микробной экземы широко применяются различные мази или кремы – глюкокортикоиды. В зарубежной и отечественной литературе имеется достаточно данных о терапевтической эффективности крема Локатоп в лечении экземы, но влияние этого препарата на индекс EASI (Eczema Area Severity Index) изучено недостаточно.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности и влияния крем «Локатоп» на индекс EASI у больных микробной экземой.

Материал и методы исследования. Под наблюдением было 70 больных с микробной экземой в возрасте от 20 до 42 лет, из них женщин – 38, мужчин – 32. Всем больным после полноценного обследования был поставлен диагноз «Микробная экзема». Из 30 больных у 11 (36,7 %) в анамнезе была выявлена наследственность отягощенность, у 19 (63,3 %) – психоэмоциональный фактор. Больные в стандартной терапии местно применяли крем «Локатоп», обладающим антифунгицидным и антибактериальным. Локатоп (0,1 % микронизированный дезонид) больным первые 4–6 дней назначали 2 раза в день, затем на 7–10 дни очаги поражения обрабатывались крем один раз в день. В последующие дни наносили через день до выздоровления. Местная эффективность крема Локатоп изучалась с помощью индекса EASI (Eczema Area Severity Index).

Результаты исследования. Индекс EASI до комплексной стандартной терапии с кремом Локатоп составил в среднем 31,13±0,14 балла, после 2-недельного лечения снизился до 18,23±0,67 балла, а на 4 неделе составил 8,65±0,34 балла. Мокнутие в патологическом очаге исчезло в среднем на 3,3±0,12 день, снижение зуда отмечалось в среднем на 3,87±1,21 день лечения. Концу лечения выздоровление было отмечено у 27 (90 %) больных микробной экземой. Во время стандартного лечения с Локатопом не было выявлено патологических изменений со стороны кожи и внутренних органов у больных микробной экземой.

Вывод. Локатоп во время комплексной терапии больных микробной экземой показал высокую клиническую эффективность (90 %). Побочных явлений со стороны кожи и внутренних органов не было отмечено.

ПРЕПАРАТ «ДЕРМАВИТОЛ» В ЛЕЧЕНИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ПРИЧИН

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Б. ПУЛАТОВ, М. ХАМИДОВА

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучение клинической эффективности экстракта «Дермавитол» в лечении больных микробной экземой.

Материал и методы исследования. Под наблюдением были 79 больных микробной экземой (42 – мужчин, 37 – женщин) в возрасте от 15 до 64 лет. Из 79 больных у 15 было диагностировано нуммулярная форма, у 25 – паратравматическая, у 17 – варикозная, у 12 – сикозиформная, у 10 – экзема сосков. Провоцирующими факторами у больных микробной экземой были различные операционные процедуры, контакты с различными химическими веществами, растениями и т.п.

Больные получали стандартное лечение, а местно на патологические очаги применяли экстракт Дермавитола в виде примочек. В состав экстракта входят ромашка аптечная, череда трехраздельная, девясил высокий, аир болотный, полынь горькая, цикорий обыкновенный, спирт этиловый 40 %, вода дистиллированная. Препарат с бактерицидным, фунгицидным, противовоспалительным и противоязвенным действием для наружного и местного применения оказывает также подсушивающее, вяжущее, противозудное и ранозаживляющее действие, ускоряет регенерацию клеток эпителия. Больные прикладывали 4–6-слойную марлю, смоченную 3–5°С холодным экстрактом, на пораженный очаг 7–8 раз в день в течение нескольких дней. После высыхания очаги микробной экземы обрабатывались кремами и мазями.

Результат исследования. У всех больных мокнущие очаги после применения дермавитола начали высыхать на 1,8±0,2 день, воспалительные явления уменьшились на 3,4±0,15, зуд – на 3,5±0,21, инфильтрация – на 5,1±0,12 день. Под воздействием препарата образовались серозно-гнойные корки, после применения кремов и мазей они отпали на 5,3±0,12 день. После лечения очаги поражения очистились и образовались розовые пятна.

Как показывает исследование, бактерицидное и фунгицидное действие дермавитола помогает быстрому очищению пораженного участка, подсушиванию за короткое время мокнущих очагов, исчезновению воспалительных явлений, заживлению кожи, устранению зуда.

Вывод. Дермавитол быстро снимает мокнутие, зуд, усиливает заживление патологического процесса при микробной экземе, воздействует на бактерии и грибки, не окрашивает белье и постельные принадлежности.

Препарат при лечении у больных микробной экземой.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ В СОЧЕТАНИИ С РАЗЛИЧНЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Л. АЛИЕВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ, Ф. ФОЗИЛОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Красный плоский лишай (КПЛ) – хроническое воспалительное заболевание кожи и слизистых оболочек, характеризующееся полигональными папулезными высыпаниями, в центре которых может наблюдаться пупковидное вдавление, и сопровождающееся зудом. По данным исследователей, в общей структуре дерматологической заболеваемости КПЛ составляет до 2,5 %, среди болезней слизистой оболочки рта – 35 %. КПЛ может появляться в любом возрасте, однако, как утверждают многие авторы, приходится на возрастную группу от 30 до 60 лет. Заболевание развивается у женщин более чем в два раза чаще, чем у мужчин, в основном в перименопаузе женщин. Как указывают многие авторы, у пациентов КПЛ слизистой полости рта заболевание развивается с проявлениями в области кожи в 15 % случаев и области гениталий – в 25 %. В 1–13 % наблюдается изолированное поражение ногтевых пластинок. КПЛ отличается частотой сочетания с различными соматическими болезнями: хроническим гастритом, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, билиарным циррозом печени, сахарным диабетом и др., а также, могут встречаться лихеноидные поражения пищевода, желудка, кишечника, мочевого пузыря, эндометрия, что позволяет говорить о полисистемности патологического процесса при КПЛ.

Цель исследования. Изучить соматические заболевания, встречающиеся у больных красным плоским лишаем, и корректировка терапии.

Материал и методы исследования. Под наблюдением были 40 больных красным плоским лишаем в возрасте от 25 до 60 лет (25 женщин, 15 мужчин). Все больные были про консультированы терапевтом, гастроэнтерологом, эндокринологом. Из 40 больных КПЛ у 28 наблюдалась типичная (классическая) форма дерматоза, у 2 – атипичная, у 2 – гипертрофическая, у 1 – пемфигоидная, у 3 – фолликулярная, у 2 – пигментная, у 2 – кольцевидная.

Результаты исследования. Из 28 больных с классической формой КПЛ у 4 пациентов диагностирован хронический гастрит, по одному больному с гипертрофической, фолликулярной, пигментной и кольцевидной формами КПЛ – язва желудка и двенадцатиперстной кишки. У одного больного с пемфигоидной формой диагностирован сахарный диабет I типа. У всех больных высыпные элементы отмечались на слизистой оболочке полости рта. Из 40 больных КПЛ у 29 обнаружено поражение ногтей.

Все больные получили стандартную комплексную терапию в сочетании с корректирующим лечением, назначенным другими специалистами. У всех больных до и после лечения была исследована МОС печени с помощью антипириновой пробы. До лечения МОС была повышена у всех больных с КПЛ, после комплексного лечения показатели МОС снизились до показателей контрольной группы. Также у всех пациентов был исследован индекс ДИКЖ до и после лечения: до лечения его показатели были высокими, после лечения значительно снизились. Показатели МОС и ДИКЖ были высокими у больных с атипичной формой КПЛ.

Вывод. Как показало исследование, из 40 больных у 12 наблюдалась атипичная форма КПЛ, у 9 отмечены сопутствующая патология в виде заболеваний ЖКТ. У всех пациентов до лечения показатели МОС и ДИКЖ были высокими, особенно у пациентов с атипичной формой дерматоза, после лечения эти показатели снизились до показателей контрольной группы.

ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИДА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛИ – МЕЛАНОЦИТАР ТРАНСПЛАНТАЦИЯ

Р.С. ХИКМАТОВ, И.И. ЛАТИПОВ

Бухоро вилоят тери таносил касалликлари диспансери;
Бухоро давлат тиббиёт институти

Витилиго – орттирилган тери касаллиги бўлиб, депигмент ўчоқлар аниқ чегарали турли ўлчамдаги ва ҳар хил шаклдаги тери хасталиги ҳисобланади. Бу касалликда терига ранг берувчи ҳужайралар, яъни меланоцитлар зарарланади. Витилигонинг оқ доғларнинг тарқалганлиги ва жойлашган соҳасига қараб чегараланган, тарқалган, фокал, акрофациал ва универсал турлари тафовут қилинади. Маълумотларга кўра ҳозирги кунда бир қатор давопрофилактик чора-тадбирлар, янги даво усуллари ишлаб чиқарилаётганлиги ва илмий изланишлар олиб борилаётганлигига қарамасдан республикамизда витилиго билан касалланиш ошиб бормоқда. Оқ доғ касаллиги учун меланоцит ҳужайраларини кўчириб ўтказиш ҳам давода узил кесил ечим бўла олмайди.

Бизнинг кузатувимизда 10 ёшдан 45 ёшгача бўлган 26 та (эркак – 5, аёл – 21) бемор бўлиб, уларда оқ доғлар пайдо бўлиши 2 йилдан 8 йилгача бўлган. Бу беморларнинг 11 таси (42,3 %) чегараланган, 10 таси (38,5 %) акрофациал, 5 таси (19,2 %) тарқалган тури билан шикоят қилган.

Меланоцитар трансплантация амалиёти махаллий оғриқсизлантириш орқали амалга оширилди ва шу соҳа қўйилган қопламни кўчиб кетмаслигини олдини олиш учун мустаҳкам боғлам қўйилди. Бу қоплам ва боғламлар амалиётдан 5 кун ўтиб ечиб ташланди. Ҳужайралар кўчириб ўтказилган соҳалар амалиёт давомидаги механик жарохатлар ва кўчириб ўтказилган ҳужайралар ҳисобига қизарганлиги кузатилди. Жарроҳлик амалиёти бажарилган беморлар табиий қуёш нуридан чекланмади. Меланоцитар трансплантация амалиётидан 15–20 кун ўтиб оқ доғлар соҳасида репигментация (доғ гардиши яъни четидан марказига қараб ва нуқтали меланин пигменти тутган доғлар) белгилари намоён бўлди. Жарроҳлик амалиётидан 15 кун ўтгач стандарт даво чоралари билан ПУВА терапия қилинди. Амалиёт қилинган кундан 40 кун ўтгач 14 (53,8 %) беморда тузалиш, 7 (27 %) беморда сезиларли клиник яхшиланиш, 4 (15,4 %) беморда клиник яхшиланиш, 1 (3,8 %) беморда самарасиз даво кузатилди. Шунингдек 3 ойдан 6 ойгача бўлган муддат ичида амалиёт самараси тўлиқ юзага чиқади. Амалиёт ўтказилган беморларнинг ҳеч бирида рецидив ва янги депигмент ўчоқлар юзага келиши кузатилмади.

Демак, витилиго билан оғриган беморларни жарроҳлик усули яъни меланоцитлани трансплантация қилиш орқали олиб борилганида 96,2 % беморларда ижобий натижаларга эришилди. Аммо ўтказилган кузатув даврини қисқалиги касаллик қайталанишини ва даволаш алоҳида оқибатлари шаклланишини аниқлаш имкониятини чегаралайди. Керакли маълумотларни тўлиқроқ олиш учун, назоратдаги беморлар сонини кўпайтириш ва изланиш муддатини ошириш лозим.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

С.М. ХОДЖАЕВА, Д.Б. ЮСУПАЛИЕВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. COVID-19 (аббревиатура от англ. *COronaVIrus Disease 2019*) – потенциально тяжелая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2. На сегодняшний день зарегистрировано 23,7 млн. случаев заболевания. Летальность составляет около 3,4 %. Информация об эпидемиологических и клинических особенностях COVID-19 постоянно обновляется, дополняется и анализируется.

Цель исследования. Изучить особенности кожных высыпаний при COVID-19; патогенетические механизмы, лежащие в основе кожных проявлений.

Результаты исследования. Одним из первых описание кожных проявлений при COVID-19 опубликовал итальянский дерматолог Recalcati S. (2020), который привел данные о возможных разновидностях поражения кожи как варианте манифестации новой коронавирусной инфекции COVID-19. В настоящее время неизвестно, связаны ли изменения на коже с непосредственным воздействием возбудителя COVID-19 или являются проявлением вторичных патогенетических факторов (инфекционно-аллергического, аллергического, токсического и др.) Причина и патогенез кожных проявлений при инфекции COVID-19 пока не установлены, но наиболее вероятно, они обусловлены инфекционно-аллергическим поражением сосудов, а также высоким уровнем провоспалительных цитокинов. Кроме того, на фоне комбинированной медикаментозной терапии возрастает риск возникновения лекарственных аллергических реакций.

В Британском журнале дерматологии были опубликованы результаты исследования, в котором описаны 375 случаев. В рамках этого исследования было выявлено пять разновидностей сыпи:

Несимметричные пятна, похожие на результат обморожения, на руках и ногах, порой болезненные и вызывающие зуд. В основном встречаются у молодых пациентов с легким течением болезни, появляются на поздних стадиях и длятся примерно 12 дней. Замечены в 19 % случаев.

Очаговые высыпания в виде маленьких волдырей, которые могут вызывать зуд, отмечены на торсе и верхних и нижних конечностях. Возникают до появления каких-либо других симптомов и отмечены в 9 % случаев у пациентов среднего возраста; сохраняются в течение 10 дней.

Очаговые высыпания, похожие на крапивницу, белого или розового цвета, зачастую зудящие. Отмечены в 19 % случаев, в основном на торсе, но бывают и на ладонях (внутренней стороне руки).

Макулопапулёзные высыпания в виде небольших, плоских или выпуклых волдырей, которые наблюдались в 47 % случаев. Эти высыпания держатся примерно неделю и появляются одновременно с другими симптомами, однако чаще всего сопровождают тяжелое течение болезни.

Появление на коже сосудистой красно-синей сетки (ливедо) или признаков некроза кожи отмечено у 6 % пациентов, в основном, пожилого возраста с тяжелым течением болезни.

По данным различных авторов, частота кожных проявлений колеблется от 0,2 % (Китай) до 20,4 % (Италия) случаев. Высыпания на коже могут появляться в различные сроки заболевания: от первых часов до середины 2-ой недели болезни. В Таиланде у одного пациента была описана петехиальная сыпь, первоначально расцененная как проявление лихорадки Денге (очень распространенная в этом районе); впоследствии у него начались проблемы с дыханием, и в конечном итоге была подтверждена COVID-19 инфекция. Аналогичная информация появления экзантем у пациентов с COVID-19 опубликована специалистами США, Китая, Голландии и других стран. С другой стороны, иммуносупрессивное состояние пациента способствует развитию оппортунистических бактериальных и микотических инфекций с поражением кожи.

Выводы. Необходимо дальнейшее накопление клинических наблюдений кожных проявлений при этом заболевании для возможности анализа и оценки их диагностической и прогностической ценности.

ЗНАЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОВ В ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

К.Д. ШАДИЕВА, С.М. ХОДЖАЕВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Гнездная алопеция (ГА) – мультифакториальное нерубцовое выпадение волос, характеризующееся потерей иммунологической толерантности к волосяным фолликулам, сопровождаемое комплексом микроциркуляторных, нейротрофических нарушений, ведущее к преждевременной остановке цикла роста волоса и его последующему выпадению. В общей структуре дерматологических заболеваний ГА занимает от 4 до 12 %, причем риск развития данного состояния у здоровых людей в течение жизни составляет 1,7 %. Спонтанная ремиссия наблюдается в большинстве случаев, однако у 7 % пациентов возможно развитие тотальных и субтотальных форм с тенденцией к снижению развития тотальной формы с каждым десятилетием жизни У 62,5 % больных ГА очаги хронической инфекции сочетались с дисбиозом кишечника.

На сегодняшний день гельминтозы являются одними из глобальных пандемий всего человечества. По данным экспертов ВОЗ, гельминтами инфицировано приблизительно 1,5 млрд человек или почти 24 % населения мира. Значение гельминтов в патогенезе ГА имеет патофизиологическую основу, когда длительная персистенция антигенов бактерий кишечной микробиоты, а также гельминтов, паразитирующих в кишечнике человека и млекопитающих, индуцируют аллергические и аутоиммунные реакции в организме больного.

Цели исследования. Выявление у пациентов, страдающих ГА, эозинофилии, вызванной персистенцией токсокар и аскарид, а также выяснение возможной этиопатогенетической связи между персистенцией гельминтов и ассоциацией с различными клиническими формами ГА.

Материал и методы исследования. На базе клиники ТашПМИ, Ташкентского ОблКВД, детского Консультативного диагностического центра, поликлиник при Ташкентском педиатрическом медицинском институте в период с 2019 по 2020 г., обследованы 40 детей в возрасте от года до 18 лет.

Методы исследования включали в себя трихоскопию, исследования методом иммуноферментного анализа на определение антител класса IgG к Ascaris Lumbricoides, Toxocara canis, Giardia liamblia в сыворотке крови человека, микроскопию образца свежевыделенного кала.

Заключение. В результате проведенных исследований на наличие кишечных паразитов у части больных ГА (22 %) позволило проводить превентивное лечение антигельминтными препаратами всех обследованных пациентов. Включение

антигельминтных препаратов в комплексное лечение больных ГА позволяет оптимизировать результаты лечения пациентов с наличием торпидных форм алопеции и неоднократными рецидивами, а также ускоряет наступление клинической ремиссии дерматоза.

ПРИМЕНЕНИЕ УЗКОПОЛОСНОЙ (UVB 311 НМ) ФОТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ

Ш.Г. АЛИМОВ, А.А. МАМАДИЕВ, М.А. ЮЛДАШЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт;
Джизакский областной кожно-венерологический диспансер

В последнее время отмечается тенденция к применению в терапии кожных болезней у детей узких спектров излучения, которые избирательно действуют на структуры кожи и дают менее выраженные побочные эффекты. Последние научные исследования показали, что волны длиной 311 нм обеспечивают максимальный терапевтический эффект при минимальной эритемности. Есть основания полагать, что со временем узкополосная 311 нм фототерапия полностью заменит другие виды фототерапии в лечении кожных болезней у детей, так как ее эффективность (скорость достижения ремиссии и длительность поддержания результата) при минимуме побочных реакций превосходит другие виды фототерапии. По мнению некоторых авторов, UVB 311 нм сравнима по эффективности с ПУВА-терапией и показана при псориазе, атопическом дерматите, красном плоском лишае, почесухе, солнечной крапивнице, полиморфном солнечном дерматозе. Также доказана высокая эффективность узковолновой UVB-терапии в сравнении с селективной фототерапией. На сегодняшний день высокая эффективность применения ультрафиолета указанного диапазона в терапии кожных заболеваний у детей объясняется тем, что для получения эффекта требуется меньшее количество процедур, достигается более длительная ремиссия, наблюдаются менее выраженные побочные реакции, есть возможность сочетать данную терапию с другими видами лечения. Немаловажным является и то, что канцерогенность этого вида лечения признана минимальной по сравнению с остальными типами УФ-терапии.

Механизм действия UVB 311 нм терапии. УФ-излучение оказывает противовоспалительное и иммуномодулирующее действие. Важно отметить, что иммуномодулирующий эффект для различных спектров ультрафиолета практически идентичен. В основном УФ-излучение дает противовоспалительный, антипролиферативный и иммуносупрессивный эффект. Фотоиммунологический эффект обусловлен глубиной проникновения УФ-лучей. UVB-лучи воздействуют в основном на эпидермальные кератиноциты и клетки Лангерганса.

Показания для узкополосной 311 нм фототерапии у детей узкополосная 311 нм-фототерапия применяется при псориазе, АД, красном плоском лишае, почесухе, парапсориазе, витилиго, себорейном дерматите и прочих дерматозах. Противопоказаниями для проведения UVB 311 нм-терапии проведения узкополосной фототерапии у детей являются острые лихорадочные состояния, доброкачественные и злокачественные новообразования, активный туберкулез, непереносимость УФ излучения, наличие заболеваний, при которых УФ излучение может оказывать нежелательное действие (фотодерматозы, порфирия, системная красная волчанка, альбинизм, пигментная ксеродерма, синдром наследственного диспластического невуса, синдром Горлина, дерматомиозит, синдром Блюма, синдром Кокейна), клаустрофобия (при использовании кабин), сопутствующая иммуносупрессивная терапия.

Методики проведения узкополосной фототерапии. Узкополосная средневолновая терапия с длиной волны 311 нм является наиболее высокоэффективным методом в лечении и может проводиться детям в любом возрасте. В ряде аппаратов для фототерапии имеются встроенные датчики, которые измеряют интенсивность излучения и автоматически с помощью программы в зависимости от дозы рассчитывают время облучения. Перед началом фототерапии пациент (представитель пациента) должен быть проинформирован о методике планируемого лечения, необходимости строгого соблюдения предписаний врача, а также о возможных побочных эффектах. Перед назначением лечения для выявления противопоказаний проводят клинико-лабораторное обследование ребенка: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, консультацию педиатра, офтальмолога, эндокринолога. По показаниям рекомендуют обследование у других специалистов.

Вывод. Все вышеизложенное дает основание с уверенностью утверждать, что применение UVB 311 нм фототерапии является высокоэффективным и безопасным методом лечения кожных заболеваний у детей, что позволяет более широко использовать его в детской дерматологической практике.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ

М.И. АДИЛЬГЕРЕЕВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема диагностики и лечения заболеваний, вызываемых вирусом папилломы человека, является актуальной в связи с высоким уровнем заболеваемости у подростков, значительной контагиозностью и высоким онкогенным потенциалом возбудителя. У детей в силу физиологических особенностей репродуктивной системы и незрелости защитных механизмов более высок риск инфицирования папилломавирусной инфекцией (ПВИ), чем у взрослых

Цель исследования. Изучение динамики заболеваемости папилломавирусной инфекцией на основе данных литературных источников.

Материал и методы исследования. Были обработаны литературные источники, раскрывающие актуальность проблемы заболеваемости папилломавирусной инфекцией.

Результаты исследования. Папилломавирусная инфекция является одной из наиболее распространенний в структуре инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). В 2006 году в России в возрастной популяции от 0 до 14 лет было зарегистрировано 0,8 случаев заболевания аногенитальными бородавками на 100 тых населения, а среди лиц от 15 до 17 лет – 42,1 случаев на 100 тых детского населения.

В 2007 году данные показатели составили 0,6 и 33,7 случаев заболевания на 100 тых детского населения соответственно. (Коколина В.Ф., 2005, Асламазян Л.К., 2006.).

Наиболее часто инфекция ВПЧ протекает субклинически, обычно на фоне различных гинекологических заболеваний, таких как вульвовагинит, «фоновые процессы» слизистой оболочки шейки матки, эндоцервицит. Немаловажным является и нарушение вагинального биотопа при ПВИ, что необходимо учитывать при ведении пациенток с данной патологией. Исследования последних десятилетий свидетельствуют, что у 85 % пациенток с типичными аногенитальными бородавками вульвы и промежности имеются дополнительные очаги ПВИ во влагалище или на шейке матки и почти у каждой четвертой из них выявляют ассоциированные с нею заболевания – цервикальные внутриэпителиальные неоплазии (ЦВН) различной степени тяжести (Прилепская В.Н., 2008 г.). Однако изменения слизистой оболочки шейки матки при ПВИ, а также другие клинические формы заболевания у девочек изучены недостаточно.

Также остается открытым для исследований вопрос тактики лечения папилломавирусной инфекции у детей. Лечение заболеваний, обусловленных ВПЧ, является важным этапом профилактики злокачественных новообразований шейки матки и сохранения репродуктивного здоровья молодежи. В современной научной литературе предлагается множество способов лечения клинических проявлений ПВИ (криодеструкция, электродеструкция, лазерная вапоризация, радиохирургическое удаление), но не одна из методик не является приоритетной при выборе тактики лечения ребенка в силу высокого риска побочных эффектов и осложнений, технической сложности выполняемых манипуляций (Дубенский В.В., 2001, Гомберг М.А. с соавт., 2006).

Вывод. Подводя итог литературного анализа, можно сказать, что в настоящее время остаются недостаточно изученными вопросы, касающиеся характера клинических проявлений и течения папилломавирусной инфекции аногенитальной области у детей, особенностей поражения слизистой оболочки шейки матки в детском возрасте и тактики ведения детей с данной патологией.

ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭФИРНОГО МАСЛА ЧАЙНОГО ДЕРЕВА

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

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Актуальность. Проблема лечения кандидозного вульвовагинита не теряет своей актуальности и в настоящее время. Исследования последних лет свидетельствуют о возрастании числа сочетанных форм инфекции и кандидоза. В последнее время в терапии многих хронических рецидивирующих заболеваний занимает использование эфирных масел. В медицинском отношении эфирное масло чайного дерева является одним из наиболее ценных.

Цель исследования. Изучить эффективности эфирного масла чайного дерева при лечении кандидозного вульвовагинита.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 50 женщин. Средний возраст составил 28,1+7,1 лет. Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза, субъективных и объективных клинических признаках, результатов лабораторного обследования. На фоне системной терапии антимикотическими препаратами пациентки получали местную терапию с применением эфирного масла чайного дерева в разведении 5–10 капель на 10 мл оливкового масла в виде тампонов ежедневно.

Результаты исследования. Микробиологические исследования перед началом терапии были проведены 100 % женщин. Результаты были положительными в 94,5 % случаев. У 81,9 % женщин отмечена полимикробная флора, у 8,1 % – монофлора. Все женщины были обследованы на инфекции, передающиеся половым путем: у 28 % отмечалась mixt-инфекция (токсоплазмоз, герпес, ЦМВ, гарднереллез) у 42 % женщин имелись в анамнезе воспалительные заболевания матки и яичников (эндометриты и сальпингоофориты, эрозия шейки матки), у 12 % кандидоз сочетался с гормональными нарушениями со стороны женской половой сферы (миомы, кисты, аденомиоз, мастопатия), у 10 % – патология со стороны внутренних органов (ЖКБ, пиелонефрит, холецистит, анемия, зоб). Лишь у 8 % больных не обнаружено сопутствующей патологии. У всех пациенток имелись выделения различного характера: творожистые, молочные, слизистые (78 %, 20 %, 2 % соответственно). Субъективно процесс сопровождался зудом у 92 % обследуемых, дизурическими явлениями – у 4 %, наличия высыпаний на слизистых оболочках половых органов – у 3,5 %, болезненностью во время полового акта – у 0,5 %. На 3–4 день от начала лечения – уменьшилось количество выделений, а также зуд, жжение в области гениталий. Улучшение состояния наблюдалось у 32 пациенток (69,5 %). Через 8–10 дней установлено клиническое выздоровление и элиминация C. albicans у 27 (58,7 %) пациенток. При очередном контрольном обследовании через 30–32 дня после завершения лечения у 6-ти пациенток, несмотря на клиническое выздоровление, результаты микологического исследования оказались положительными.

Вывод. Наличие кандидозного вульвовагинита требует полноценного обследования больных для выявления сопутствующих патологий. В терапии кандидоза необходимо применять системные противодрожжевые препараты, при этом местно использовать тампоны с маслом чайного дерева, учитывая его широкий спектр антисептических, бактерицидных и противовирусных свойств.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА NEISSERIA GONORRHOEAE ВА TRIHOMONAS VAGINALISHI ЛАБОРАТОРИЯ ДИАГНОСТИКАСИНИ 2018–2019 йиллар РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ

А.Ш. ИНОЯТОВ, М.Р. МАХСУДОВ, А.А. РОЗИКОВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази

Сўнгги йилларда жинсий йўл билан юқувчи касалликлар бутун дунёда тиббий-ижтимоий муаммолардан бири ҳисобланади. Ҳозирги кунда республика миқёсида терининг юқумли касалликлари ва жинсий йул оркали юкувчи инфекцияларни аниклаш билан шуғулланувчи лабораториялар сони 459 та бўлиб, бу лабораторияларнинг 26 таси дерматовенерологик муассасаларида жойлашган. Қолган 433 та лабораториялар эса бошка даволаш профилактика муассасалари қошида фаолият олиб боради.

Республика бўйича терининг юқумли касалликлари ва жинсий йўл оркали юқувчи инфекцияларни аниклаш билан шуғулланувчи лаборатори-

яларда жами 2018 йилда 5705673 та ва 2019 йилда 6478071 та бактериоскопик таҳлил ишларини 2018 йил – 3034994, 2019 йил – 2731594 нафар беморларда бажарилган.

Лаборатория таҳлил натижаларига кўра, 2018 йилда 4615 (0,15 %) та гонококк, 19317 (0,64 %) та трихомонада аниқланган бўлса, 2019 йилда 4182 (0,15 %) та гонококк, 17771 (0,65 %) та трихомонада топилган. Ушбу инфекциялардан бошқа ўтказилган тахлилларда ЖЙОЮИлар қўзғатувчилари топилди: (калит ҳужайраллари гарднереллар топилди: 2018 йилда – 196606, 2019 йилда – 24117, кандидалар: 2018 йилда – 133144, 2019 йилда – 183248, хламидиялар: 2018 йилда – 6157, 2019 йилда – 3388). Ушбу кўрсаткичларни баъзи вилоятлар буйича кўрадиган бўлсак, Самарканд вилоятида 2018 йилда 144107 нафар бактериоскопик таҳлил ишлари бажарилиб, 393 (0,27 %) та гонококк, 1552 (1,1 %) та трихомонада топилган бўлса, 2019 йилда 197338 нафар сурма тахлил ўтказилиши натижасида 305 (0,15 %) та гонококк, 1546 (1,0 %) та трихомонада аниқланган. Сурхондарё вилоятида 2018 йилда 84622 нафар суртма таҳлил ишлари бажарилиб, 720 (0,9 %), та гонококк, 2390 (2,8 %) та трихомонада топилган бўлса, 2019 йилда 101674 суртма таҳлил ўтказилиши натижасида 247 (0,2 %) та гонококк, 1288 (1,3 %) та трихомонада аниқланган. Хоразм вилоятида 2018 йилда 86367 нафар суртма таҳлил ишлари бажарилиб, 332 (0,38 %) та гонококк, 2400 (2,8 %) та трихомонада топилган булса, 2019 йилда 104922 суртма таҳлил ўтказилиши натижасида 347 (0,33 %) та гонококк, 2551 (2,4 %) та трихомонада аниқланган. Наманган вилоятида 2018 йилда 271810 суртма таҳлил ишлари бажарилиб, 682 (0,25 %) та гонококк, 1738 (064 %) та трихомонада топилган бўлса, 2019 йилда 229252 суртма таҳлил ўтказилиши натижасида 876 (0,38 %) та гонококк, 2087 (0,9 %) та трихомонада аниқланган. Бу кўрсаткичлар Республика кўрсаткичига кўра бир мунча юқори бўлган натижалардир. Аммо, Сирдарё вилояти, Навойи вилояти аниқланган кўрсаткичлар Республикага нисбатан пастрок эканлиги кўзга ташланди. Сирдарё вилоятида 2018 йилда 103352 нафар суртма анализ ишлари бажарилиб, 36 (0,04 %)та гонококк, 444 (0,43 %)та трихомонада топилган булса, 2019 йилда 15736 нафар суртма таҳлил ўтказилиши натижасида 54 (0,05 %) та гонококк, 563 (0,49 %) та трихомонада аниқланган. Навойи вилоятида 2018 йилда 104055 нафар, 2019 йилда 143576 нафар суртма тахлили ўтказилган ва 2018 йилда – 79 (0,08 %), 2019 йилда – 37 (0,03 %) та гонококк 2018 йилда трихомонада – 442 (0,42 %) та, 2019 йилда трихомонада – 374 (0,26 %) та аниқланган.

Шундай килиб, таҳлиллар шуни кўрсатдики, республикда 2018-2019 йилларда Neisseria gonorrhoeae ва Trihomonas vaginalisни аниклашни деярли ўзгармаган. Бироқ,айрим вилоятларда ушбу инфекцияларни аниқланиши даражаси пасайганлигини кўрса бўлади. Юқорида кўрсатилган кўрсаткичларга қараганда, вилоятларда ҳар-хил типдаги йирик тиббий муассасаларда жинсий йул билан юқувчи касалликлар диагностикаси замон талаб даражасида эмас. Бундан ташкари, культурал диагностикани етарли даражада ишлатилмаслиги, грам усулидаги буёкларни йўклиги, материал олишда ностандарт усуллардан фойдаланиш, суртмаларни марказлашмаган ҳолда текшириш ва малакали кадрларни етишмаслиги ушбу инфекцияларни аниқланиши даражасини пасайишига сабаб бўлмокда. Шундай килиб, юқоридаги муаммолардан кўриниб турибдики, жинсий йул билан юқувчи касалликларни ўз вактида аниқлаш ва замонавий диагностика усулларини амалиётга тадбиқ этиш ва малакали кадрларни тайёрлаш бугунги куннинг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади.

ВЛИЯНИЕ ВИРУСОВ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ МИКРОФЛОРЫ НА ТЕЧЕНИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

М.А. МИРСАИДОВА, Ю.Н. РАДЖАБОВА

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

Актуальность. Болезнь Бехчета (ББ) – рецидивирующее мультисистемное воспалительное заболевание неизвестной этиологии, которое классифицируется как системный васкулит и характеризуется рецидивирующими язвами в полости рта и на половых органах, очагами на коже и увеитом.

Цель исследования. Использования бактериоскопических, культуральных методов и метода ПЦР диагностики для выявления вирусов простого герпеса и сопутствующей микрофлоры при болезни Бехчета.

Материал и методы исследования. Обследование проводили у 50 больных мужчин и женщин, из них у 4 больных наблюдался афтозный стоматит, у 10 встречались эрозивно-язвенные элементы на половых органах. При изучении основного симптома (эрозии/язвы полости рта) оказалось, что чаще всего имели место малые афты (размером до 1 см, поверхностные, заживали, не оставляя рубца) – у 17 (34,0 %), реже большие афты (размером более 1 см, глубокие, заживали, оставляя рубцы – у 13 (26,0 %) и у 2 больных

(4,0 %) – герпетиформные (размером 2–3 мм в виде зерен). Сочетание поражения полости рта и глаз выявлено у 5, половых органов и глаз – у 3 больных. Одновременное поражение полости рта и половых органов обнаружено у 13 больных. Множественное поражение одновременно полости рта, половых органов, глаз и суставов наблюдалось у 13 больных.

Результаты исследования. Среди обследованных больных при бактериоскопическом методе исследования отделяемого из урогенитального тракта у 21 (42,0 %) выявлены Candida albicans и у 11 (22,0 %) – Gardnerella vaginalis. При культуральном методе исследования отделяемого из урогениального тракта у 18 (36,0 %) из 50 обследованных лиц высеяны Ur. urealyticum. При культуральном исследовании у 16 (32,0 %) больных высеивались Staphylococcus epidermidis, у 7 (14,0 %) – Enterobacter, у 3 (6,0 %) – Streptococcus haemolyticus, у 2 (4,0 %) – Staphylococcus saprophyticus, у 1 (2,0 %) – Streptococcus pyogenes, у 1 (2,0 %) – Streptococcus faecalis и у 1 (2,0 %) – E. coli Следовательно, у 60,0 % пациентов с болезнью Бехчета в очагах поражения выявлялась сопутствующая микрофлора. При исследовании в сыворотке крови методом ПЦР выявлено, что у 50 больных с данной патологией в 10 (20,0 %) случаях был обнаружен вирус простого герпеса I типа (HSV I), у 9 (18,0 %) больных выявлен вирус простого герпеса II типа (HSV II), у 2 (4,0 %) – цитомегаловирус (ЦМВ) и у 2 (4,0 %) – вирус папилломы человека (ВПЧ).

Вывод. Выявление патогенных микроорганизмов объясняет более затяжное течение, медленное заживление эрозивно-язвенных элементов, частое рецидивирование, большой процент кожной патологии (узловатой эритемы и псевдфолликулитов), превалирование поражений мочеполовой системы у больных с ББ.

АУТОИММУННЫЙ КОМПОНЕНТ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

М.А. МИРСАИДОВА, Ю.Н. РАДЖАБОВА

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

Болезнь Бехчета, это редкое системное заболевание, которое относят к группе системных васкулитов без преобладающего типа сосудистого поражения. Патогенез ББ до настоящего времени остается не до конца изученным. Так как болезнь Бехчета протекает хронически, характеризуется развитием острых эпизодов системной воспалительной активности, частым рецидивированием, в патогенезе ББ ключевую роль может играть аутоиммунный каскад, который поддерживают сигналы от поврежденных клеток организма. Аутоантитела к ДНК являются естественным компонентом иммунной системы, но в ряде случаев увеличиваются их патологические возможности, что приводит к развитию тяжелых воспалительных реакций в организме – аутоиммунным процессам.

Цель. Исследование концентрации аутоиммунных антител класса G к двухцепочечной ДНК (dsДНК) и одноцепочечной ДНК (ssДНК) в сыворотке крови больных с ББ методом ИФА.

Материал и методы исследования. Обследование проводили у 50 больных обоего пола с болезнью Бехчета в возрасте от 15 до 59 лет. Мужчин было 9 (18,0 %) и женщин – 41 (82,0 %). Давность заболевания составила от 1 месяца до 10 лет, в том числе до 1 года – у 10 (20,0 %), от 1 года до 3 лет – у 13 (26,0 %), от 3 до 5 лет – у 12 (24,0 %), от 5 до 7 лет – у 8 (16,0 %) и свыше 7 лет – у 7 (14,0 %). Поражения при ББ было в различных сочетаниях: множественное поражение, одновременно полости рта, половых органов, глаз и суставов – выявлялось у 13 (26,0 %) больных. Следует отметить, что у таких больных заболевание протекало более тяжелее.

Результаты и обсуждение. Были исследованы показатели аутоиммунных антител класса G к двухцепочечной (dsДНК) и одноцепочечной ДНК (ssДНК) в сыворотке крови у 50 больных с болезнью Бехчета в сопоставлении с показателями группы контроля. Полученные данные показали, что в сыворотке крови у больных общей группы с болезнью Бехчета до лечения отмечается достоверное увеличение концентрации dsДНК и ssДНК по сравнению с данными группы контроля ($p < 0,001$). Следует отметить, что выявленные изменения зависели от давности существования патологического процесса, то есть наименьшее нарушение показателей аутоиммунных антител IgG выявлено у больных с давностью заболевания до 1 года, а наибольшее изменение у больных с давностью заболевания старше 7 лет.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что болезнь Бехчета имеет аутоиммунный характер, который выражается повышением уровня dsДНК и ssДНК. Выявленные изменения состояния аутоиммунных антител IgG зависят от давности заболевания.

ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

М.А. МИРСАИДОВА, Ю.Н. РАДЖАБОВА

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

Актуальность. Болезнь Бехчета (ББ) – системное хроническое воспалительное заболевание неизвестной этиологии с мультиорганной патологией. В основе болезни Бехчета лежит поражение сосудов в сочетании с аутоиммунными реакциями. Определенное значение в регуляции резистентности на возникновение патологического процесса принадлежит про- и противовоспалительным цитокинам – медиаторам, оказывающим влияние на функцию нейтрофилов и макрофагов. Особую роль при этом играют интерлейкин – 4 (ИЛ-4) и фактор некроза опухоли (ФНО-α).

Цель исследования. Изучение некоторых показателей цитокинового статуса (ИЛ4 и ФНО-α) в сыворотке крови больных с ББ методом ИФА.

Материал и методы исследования. Обследование проводили у 50 больных, из них мужчин – 9 женщин – 41. Давность заболевания составила до года – у 10, от 1 года до 3 лет – у 13, от 3 до 5 лет – у 12, от 5 до 7 лет – у 8 и свыше 7 лет – у 7 больных.

У 4 больных наблюдалось поражение только ротовой полости, у 10 встречались эрозивно-язвенные элементы на половых органах, сочетанные поражения полости рта и глаз – у 5, половых органов и глаз – у 3 больных, одновременное поражение полости рта и половых органов – у 13 больных, множественное поражение одновременно полости рта, половых органов, глаз и суставов – у 13 больных.

Результаты исследования. Были исследованы некоторые показатели цитокинового статуса (ИЛ-4, ФНО-α) в сыворотке крови у 50 больных с болезнью Бехчета в сопоставлении с показателями группы контроля. Результаты исследования показали, что в сыворотке крови у больных общей группы с болезнью Бехчета до начала лечения наблюдается статистически достоверное увеличение концентрации провоспалительного цитокина ФНО-α по сравнению с данными группы контроля ($p < 0{,}001$). Напротив, содержание противовоспалительного цитокина ИЛ-4 в данной группе было достоверно снижено. Следует отметить, что выявленные изменения были зависимы от срока существования патологического процесса, т. е. наименьшее нарушение показателей цитокинов выявлено у больных с давностью заболевания до года, а наибольшее изменение у больных с давностью заболевания от 5 до 7 лет и более 7 лет.

Вывод. Результаты исследования свидетельствуют, что повышенное содержание исследуемого цитокина ФНО-а, снижение уровня ИЛ-4 по отношению к контролю указывают на выраженность воспалительного процесса, а также на активацию аутоиммунного ответа, что необходимо учитывать при назначении лечения.

ИЗМЕНЕНИЯ НА КОЖЕ ПОСЛЕ ДЕСТРУКЦИЙ ПАПИЛЛОМ

С.Х. МУНИЕВА, У.С. САМАДЗОДА, Т.Н. КАМОЛОВА, Ш.Х. АБДУЛХАКОВ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОСЗ РТ 734000, г. Душанбе

Актуальность. Самой распространенной из всех ИППП на сегодняшний день считается генитальная папилломавирусная инфекция с высокой контагиозностью и онкогенным потенциалом возбудителя инфекции. Для обнаружения вируса папилломы человека, выявления и определения его типа необходимо лабораторное исследование. Обнаружение вируса, выявление риска перерождения доброкачественной папилломы в злокачественную производится при помощи количественного ВПЧ-теста. С помощью деструктивных методов можно удалить очаг поражения, при этом каждый метод имеет свои преимущества и недостатки. Главным недостатком деструктивного метода является невысокая эффективность лечения от 45–85 % и вероятность рецидива от 15–55 %.

Цель исследования. Изучение последствий деструкций у пациентов с проявлениями вируса папилломы человека.

Материал и методы исследования. В исследование включались пациенты, имевшие остроконечные кондиломы, вульгарные, плоские и/или подошвенные бородавки (впервые выявленные и/или рецидивирующие) любой локализации, независимо от результатов ПЦР-теста на ВПЧ. Всего под наблюдением находились 46 больных (женщин – 19, мужчин – 27) в возрасте от 20 до 45 лет.

Результаты исследования. У всех пациентов отмечались различные изменения на коже после деструкций проявления вируса папилломы человека. У 13 из 19 женщин отмечались дисхромии в виде депигментных пятен: в области гениталий – у 9 пациенток, на коже лица – у 2, на коже шеи – у 2 и, а также различные рубцовые изменения у 6 женщин: у 2 – на лице, у 3 – на коже груди и у 1 – на коже лобка. У 13 мужчин дисхромия локализовалась на коже полового члена – у 4, на коже лобка – у 2 и на коже вокруг ануса – у 7 пациентов. 14 пациентов предъявляли жалобы на рубцы в области складок в паху (3), на шее (5), на груди (4) и – на коже в области подмышек (2). Дисхромии проявлялись в виде розовых и белых пятен с четкими границами размером от 0,3×0,3 до 4×5 см округлых и неправильных очертаний. Рубцовые изменения отмечались в виде атрофических и гипотрофических рубцов у 9 пациентов, гипертрофических рубцов – у 5, келлоидных рубцов – у 6 обратившихся. Среди 46 пациентов 17 занимались самолечением, используя настойку «Суперчистотел», которой прижигали элементы на коже шеи, груди, подмышечных впадин и лобка.

Вывод. Результаты наших наблюдений показали, что у лиц, которые занимались самолечением, дисхромии кожи и рубцовые изменения наблюдалось больше. Характер рубцов чаще имеет гипертрофический и келлоидный вид, а дисхромии стойкие, и при этом самопроизвольная регрессия их не происходит.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ВУЛЬВОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, С.Н. РАХМАТУЛЛАЕВА, М.Л. РОССТАЛЬНАЯ

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

Актуальность. В последние годы отмечаются значительный рост и «омоложение» диспластических и дистрофических заболеваний гениталий (ДЗГ), на фоне которых в 4–49 % случаев может развиться рак гениталий. В связи с этим проблема своевременной полноценной диагностики этих заболеваний является, безусловно, актуальной.

Цель исследования. Определение ведущих клинических, вульвоскопических и патогистологических символов при дистрофических заболеваниях вульвы (ДЗВ).

Материал и методы исследования. Проведено обследование 60 пациенток с дистрофическими заболеваниями вульвы, предъявлявшими жалобы на зуд, жжение, дискомфорт, диспареунию, изменение цвета кожи и слизистых, структуры тканей в области вульвы и перианальной зоне различной степени выраженности. Критерием отбора пациенток были хронические, длительно текущие, рецидивирующие, не поддающиеся консервативной терапии изменения в области вульвы. Возраст варьировал пациенток от 18 до 50 лет.

Результаты исследования. Клиническая картина заболевания характеризовалась различной степенью выраженности таких проявлений, как депигментация, лихенификация, «пергаментный» вид, телеангиоэктазии, легкая травмируемость и кровоточивость, резорбция клитора и малых половых губ. Анализ вульвоскопической картины у обследованных пациенток представлен следующими символами: истончение многослойного плоского эпителия (атрофия) у 9 (15,5 %) пациенток, утолщение многослойного плоского эпителия – у 7 (11,7 %), отек многослойного плоского эпителия и усиление сосудистого рисунка – у 21 (35,0 %), наличие творожистого налета на вульве – у 12 (20,0 %), подслизистые кровоизлияния – у 11 (18,3 %), трещины слизистой вульвы – у 15 (25,0 %), тонкая лейкоплакия вульвы – у 2 (3,3 %), пунктация, мозаика и кондиломы вульвы не выявлены. Ранние патогистологические изменения сопровождались появлением лимфоцитарного инфильтрата, который был скудным у 8 (13,3 %) или более выраженным у 29 (48,3 %), периваскулярным у 19 (31,7 %) или межуточным, с эпидермальным лимфоцитарным экзоцитозом или без него, гиперкератоз – у 26 (43,3 %), гипергранулез – у 14 (23,3 %), слабовыраженный акантоз эпидермиса – у 22 (36,7 %), очаговая вакуолизация базальных эпителиоцитов – у 18 (30,0 %) больных. По мере прогрессирования процесса отмечались поздние гистологические признаки, такие как постепенная атрофия эпидермиса – у 9 (15,0 %), при этом узкая зона отека оттесняла воспалительный инфильтрат книзу, а верхние отделы дермы гомогенизировались, атрофия и базальная вакуолизация эпидермиса – у 12 20,0 %), субэпителиальная зона гомогенизации дермы с телеангиоэктазиями и под ней – хронический воспалительный инфильтрат у 7 (11,7 %).

Вывод. Такие вульвоскопические признаки как отек, усиление сосудистого рисунка, наличие творожистого налета при доброкачественных дистрофических процессах указывают на роль воспалительного компонента в формировании дистрофии. Отмечались определенные параллели между некоторыми клиническими

признаками (депигментация, лихенификация, «пергаментный» вид, телеангиоэктазии, легкая травмируемость и кровоточивость, резорбция клитора и малых половых губ) и такими вульвоскопическими признаками, как истончение многослойного плоского эпителия (атрофия), усиление сосудистого рисунка, подслизистые кровоизлияния, трещины слизистой вульвы, тонкая лейкоплакия вульвы, и гистологической картиной – гипергранулез, акантоз, вакуолизация базальных эпителиоцитов, гиперкератоз, паракератоз, гидропическая дистрофия, лимфоцитарная инфильтрация, отек и набухание коллагеновых волокон, атрофия.

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, М.Л. РОССТАЛЬНАЯ, С.Н. РАХМАТУЛЛАЕВА, В.А. РАСТЕГАЕВ

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

Актуальность. Одним из наиболее частых клинических проявлений папилломавирусной инфекции (ПВИ) являются остроконечные кондиломы (ОК) – экзофитные разрастания на коже и слизистой. Пик заболеваемости вирусом папилломы человека (ВПЧ) приходится на возрастной период от 18 до 28 лет, что, вероятнее всего, связано с дебютом сексуальной жизни, периодом половой активности и репродуктивной функции. Помимо этого, существует еще ряд известных и малоизвестных факторов, способствующих проникновению и репликации вируса в организме, которые необходимо учитывать для профилактики и лечения ВПЧ.

Цель исследования. Путем анонимного анкетирования выявить факторы, способствующие появлению остроконечных кондилом гениталий у женщин.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 120 женщин с остроконечными кондиломами гениталий. Все пациентки были протестированы по специально разработанным анкетам, составленным под научно-практическую задачу.

Результаты исследования. По результатам анкетирования были выявлены следующие прямые и косвенные факторы, триггирующие рост ОК: сексуально активный возраст; беременность; эмоциональные стрессы социально-бытового характера; использование общих с членами семьи предметов личной гигиены; хранение использованного нижнего белья в общей корзине; редкое применение презерватива для контрацепции; высокая частота половых контактов и перенесенных ранее ИППП; наличие сопутствующих инфекций УГТ. Одним из вновь выявленных триггерных факторов является проведение процедуры эпиляции в зоне «бикини» непосредственно перед посещением общественных мест (бассейны, бани, сауны). Из общего количества обследуемых пациенток было 15 (12,5 %) женщин и девушек, из них трое – девственницы, которые отмечали появление остроконечных кондилом после посещения салона для эпиляции либо после самостоятельно проведенной эпиляции и последующего посещения общественных мест (бассейн, сауна, баня). Среди них 7 пациенток отмечали появление кондилом после использования бритвенных приборов, 8 – после применения горячего воска, 3 пациентки проводили процедуру в салонах. 4 – использовали бритвенные приборы членов семьи. Фактор заражения при половом контакте в указанных 15 наблюдаемых случаях подлежит сомнению, поскольку пациентки не меняли полового партнера, а три из них были девственницами.

Учитывая, что любые микротравмы могут стать «входными воротами» для проникновения ВПЧ, а также доказанный факт персистенции вируса в фолликулах лобковых волос, мы полагаем, что микроповреждения, появляющиеся при удалении волос в зоне «бикини», способствуют беспрепятственному проникновению ВПЧ в кожу и слизистые гениталий и манифестации остроконечных кондилом. Вероятность появления кондиломатозных разрастаний возрастает при проведении эпиляции на фоне сниженного иммунитета. Также, если имело место свежее заражение партнера, о котором он еще не знает, либо скрывает, то контакт с ним сразу после проведения эпиляции также является фактором риска заражения ВПЧ.

Вывод. При планировании посещения общественных мест (бассейны, бани, сауны) следует учитывать, что для заживления микротравм после эпиляции и бритья в среднем необходимо около 1–3 суток, поэтому рекомендуется не проводить эпиляцию волос в области бикини непосредственно перед посещением таких мест. Если данная процедура уже была произведена, то по ее завершении следует провести обработку кожи дезинфицирующими средствами, такая же обработка должна быть проведена сразу после посещения общественных мест.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПАЦИЕНТОК С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, С.Н. РАХМАТУЛЛАЕВА

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

Актуальность. Занимая в структуре дерматологической и гинекологической заболеваемости от 0,6 до 9 %, дистрофические заболевания гениталий (ДЗГ) представляют собой важную медицинскую и социальную проблему, успешное решение которой послужит делу профилактики рака гениталий. Увеличение частоты возникновения рака гениталий на фоне предшествующих дистрофических процессов поднимает значимость проблемы своевременной диагностики и профилактики развития злокачественной трансформации (Ашрафян Л.А., 2006, Штемберг М.И., 1980). В этой связи поиск возможных причинных факторов развития ДЗГ должен начинаться еще на этапе сбора анамнеза.

Цель исследования. Оценки типов поведения, связанных с риском формирования ДЗГ, тяжести последствий многолетнего течения заболевания, фактора воспаления, связанного с присутствием инфекций, в том числе ИППП, изучение социальных и медицинских предпосылок, способствующих необратимому течению ДЗГ, определение потребности в лечении целевой группы.

Материал и методы исследования. Нами были исследованы клинико-анамнестические особенности больных с дистрофическими заболеваниями вульвы. Для этого проведено подробное изучение клинико-анамнестических, социально-бытовых и медицинских показателей, возможно, способствующих развитию дистрофических заболеваний вульвы. Изучение социальных и медицинских факторов, влияющих на здоровье женщин, оценивали на основании данных анонимного анкетирования. По специально разработанным опросникам, составленным под решение научно-практической задачи, осуществлено тестирование 88 женщин с ДЗГ. Для анализа отобрано 30 основных показателей (признаков), которые кодировались по шкало-балльной системе.

Результаты исследования. Исследования показали, что 77 (87,5 %) опрошенных и обследованных женщин состояли в зарегистрированном браке, 7 (8,0 %) в браке никогда не состояли, 4 (4,5 %) были в гражданском браке. Следовательно, большинство женщин (87,5 %) состояли в зарегистрированном браке. 10 (11,4 %) женщин имели высшее образование, 73 (82,9 %) – среднее, 5 (5,7 %) – неоконченное среднее. Преобладание среднего образования (82,9 %) среди опрошенных может влиять на такие тенденции в поведении, как попытки самолечения, низкая приверженность к обращению в специализированные медицинские учреждения, низкая осведомленность о природе заболевания, повышенная тревожность в отношении неблагоприятного исхода заболевания. Среди опрошенных 11 (12,5) работали в государственных учреждениях, 10 (11,4 %) занимались частным предпринимательством, 67 (76,1 %) были домохозяйками. Аналогично, отсутствие трудовой занятости в частном или государственном секторе может способствовать недостаточной осведомленности о важности своевременного обращения к профильным специалистам, формированию чувства стеснения и желания скрыть интимную проблему. У 60 (68,2 %) женщин имелись дети (от 1 до 7). Наличие детей свидетельствует о реализации репродуктивной функции и косвенно указывает на нормальное функционирование женской гормональной сферы. В то же время высокий паритет беременностей и родов может способствовать истощению гормональной функции, что также может вызвать дистрофические изменения тканей наружных гениталий. У 62 (70,4 %) женщин заболевание влияло на их настроение (в сторону угнетения, апатии, повышения тревожности, мнительности, онкофобии) и образ жизни (снижение трудовой и двигательной активности), при этом у 18 (20,5 %) влияло иногда, у остальных 8 (9,1 %) не влияло. Перечисленные состояния также способствуют низкой приверженности к лечению и формированию «порочного круга», когда закрепляется взаимное влияние периферического процесса на центральную нервную систему, и наоборот. На вопрос, имеются ли сопутствующие эндокринные заболевания, положительно ответили 47 (53,4 %), среди них были такие заболевания, как сахарный диабет – у 11 (12,5 %), тиреотоксикоз – у 5 (5,7 %), гипотиреоз – у 8 (9,1 %), ожирение – у 10 (11,4 %) и диффузный зоб – у 13 (14,8 %) женщин. В связи с вышеуказанными заболеваниями женщины принимали такие препараты, как йодомарин – 13 (14,8 %), эутирокс – 5 (5,7 %), инсулин/сиофор – 5 (5,7 %) больных. 24 (51,1 %) из 47 женщин по поводу сопутствующей эндокринной патологии лечение не получали и под наблюдением эндокринолога не находились. Наличие высокого процента сопутствующих эндокринных заболеваний (53,4 %) подчеркивает возможность гормональных нарушений на формирование ДЗГ. По данным

литературы распространенными расстройствами, связанными с СЛ, являются очаговая алопеция, витилиго, системный склероз, заболевания щитовидной железы (тиреоидит Хашимото, болезнь Грейвса), сахарный диабет 1 типа и пернициозная анемия, красный плоский лишай, воспалительные заболевания кишечника (например, болезнь Крона, язвенный колит), ревматоидный артрит и пернициозная анемия. (Meyrick Thomas RH, 1988; T. McPherson, 2010). У 57 (64,8 %) женщин обнаружены и другие сопутствующие заболевания, такие как сердечно-сосудистые заболевания – у 18 (20,4 %), болезни суставов – у 5 (5,7 %), заболевания нервной системы – у 26 (29,5 %), витилиго – у 5 (5,7 %) и болезни мочеполовой системы – у 8 (9,1 %) больных. Похожие данные имеются в зарубежной литературе. Так Британская ассоциация дерматологов (British Association of Dermatologist) в подтверждение своей концепции аутоиммунной природы СЛ приводит данные о частых ассоциациях заболевания с тиреоидитом Хашимото, аутоиммунным гастритом, сахарным диабетом, витилиго, пернициозной анемией.

Вывод. Даже фрагментарный анализ результатов анкетирования позволяет выделить ряд возможных причин формирования ДЗГ, среди которых: Средний уровень образования; попытки самолечения; низкая приверженность к обращению в специализированные клиники; низкая осведомленность о природе заболевания; повышенная тревожность в отношении исхода заболевания; низкий уровень занятости в трудовой и социальной сфере; высокий процент сопутствующих эндокринных заболеваний и небрежное отношение к вопросу диспансерного наблюдения.

СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА, М.А. МИРСАИДОВА

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

Актуальность. Эрозивно-язвенные заболевания гениталий (ЭЯЗГ) представляют собой обширную и разнообразную группу заболеваний преимущественно инфекционно-вирусной природы. Несмотря на большие достижения в диагностике и лечении, течение многих ЭЯЗГ продолжает оставаться хронически рецидивирующим, в связи с чем изучение патогенетических механизмов многих из них остается актуальным.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 32 пациента с диагнозами синдром Бехчета и хроническая язвенная пиодермия в возрасте от 18 до 45 лет. Согласно запланированным исследованиям для изучения диагностической значимости определения количественного содержания провоспалительных цитокинов – ФНО-α, γ-ИНФ, ИЛ-2 и ИЛ-6, ИЛ 18 и противовоспалительных цитокинов: – IL-4 и ИЛ-10 с помощью ИФА была исследована сыворотка крови пациентов методом ИФА.

Результаты исследования. При исследовании уровней провоспалительных цитокинов у пациентов с ЭЯЗГ выявлено достоверное повышение концентрации ФНО-α, γ-ИНФ, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-18 в сыворотке периферической крови. Так, уровень ФНО-α был достоверно повышен в группе больных с ЭЯЗГ по отношению к значениям пациентов контрольной группы. Уровень ФНО-α при ЭЯЗГ составил 26,6±5,9 пг/мл, что было в 4,8 раза выше контрольных значений ($p<0,001$). Следовательно, нами зафиксировано достоверное повышение уровня ФНО-α в группе больных с ЭЯЗГ по отношению к контрольному значению. в (табл. 1).

Таблица 1

Содержание провоспалительных цитокинов у пациентов с ЭЯЗГ

Группа	ФНО-α (пг/мл)	γ-ИНФ (пг/мл)	ИЛ-6 (пг/мл)	ИЛ-2 (пг/мл)	ИЛ 18 (пг/мл)
Больные с ЭЯЗГ ($n=32$)	26,6±5,9*	28,9±6,3*	29,1±3,9*	19,8±4,8*	51,8±9,7*
Контрольная группа ($n=20$)	5,82±1,4	8,5±1,9	4,6±0,8	6,3±0,8	16,2±0,9

Примечание: *Достоверность различий между исследуемыми группами – ($p<0,05$), – (здесь и далее).

Изучение γ-ИНФ в сыворотке периферической крови больных позволило выявить достоверное повышение данного показателя в по сравнению со значением контрольной группы. Так, концентрация γ-ИНФ в среднем у больных с ЭЯЗГ составила 28,9±6,3 пг/мл, тогда как в контрольной группе 8,5±1,9 пг/мл, что имело достоверное различие. При этом содержание γ-ИНФ в группе пациенток с ЭЯЗГ было повышено в 3,4 раза по сравнению с данными контрольной группы. Следовательно, зарегистрировано достоверное повышение среднего значения γ-ИНФ в группе

больных. При сравнительном анализе содержания ИЛ-2 и ИЛ-6 в сыворотке крови между средними значениями исследуемых групп больных и контрольной группы обнаружено достоверное их повышение в группе пациентов с ЭЯЗГ. Так, сывороточный уровень ИЛ-2 был повышен в группе больных в 3,1 раза по сравнению со значением контрольной группы: 19,8±4,8 пг/мл и 6,3±0,8 пг/мл соответственно. Содержание ИЛ-6 повышено в 6,3 раза по сравнению с контрольной группой, что в среднем составило: 29,1±3,9 пг/мл и 4,6±0,8 пг/мл соответственно.

Изучение ИЛ-18 в сыворотке периферической крови больных позволило выявить достоверное повышение данного показателя в этой группе пациенток по сравнению со значением контрольной группы. Так, концентрация ИЛ-18 в среднем у больных с ЭЯЗГ составила 51,8±9,7 пг/мл, тогда как в контрольной группе 16,2±0,9 пг/мл, что достоверно различалось между собой. При этом содержание ИЛ-18 в группе пациенток с ЭЯЗГ было повышено в 3,1 раза по сравнению с данными контрольной группы. Следовательно, зарегистрировано достоверное повышение среднего значения ИЛ-18 в группе больных.

Далее был изучен спектр противовоспалительных цитокинов при ЭЯЗГ. Анализ противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4 и ИЛ-10) в сыворотке крови больных показал, что уровень ИЛ-4 в этой группе составил 6,1±1,8 пг/мл, тогда как в группе контроля – 4,2±1,1пг/мл. Показатель ИЛ-4 статистически значимо не различался с контролем.

Уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-10 в сыворотке крови больных с ЭЯЗГ, также статистически значимо не различался с контролем: 12,3±2,3 пг/мл и 10,2±1,2 пг/мл соответственно (табл. 2).

Таблица 2

Содержание противовоспалительных цитокинов ИЛ-4, ИЛ-10 у больных с ЭЯЗГ

Группа	ИЛ-4 (пг/мл)	ИЛ-10 (пг/мл)
Больные с ЭЯЗГ (*n*=32)	6,1±1,8	12,3±2,3
Контр. гр. (*n*=20)	4,2±1,1	10,2±1,2

Вывод. Таким образом, существует определенный дисбаланс в содержании про- и противовоспалительных цитокинов у пациентов с ЭЯЗГ. Зафиксированы повышенные концентрации ФНО-α, γ-ИФН, ИЛ-6 и ИЛ 18 в сыворотке периферической крови. ИЛ-18 один из основных иммунорегуляторных цитокинов, индуцирующий продукцию γ-ИФН, что обуславливает его важное значение как фактора противоинфекционной и противоопухолевой защиты организма. При анализе противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4 и ИЛ-10) в сыворотке крови больных не выявлено статистически значимого их повышения. На основании полученных данных можно сделать заключение о функциональной активности про- и противовоспалительных цитокинов у пациентов с ЭЯЗГ.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ОБ ИППП СРЕДИ ОПРЕДЕЛЕННОЙ КАТЕГОРИИ ЛИЦ

Б.Ш. ФАТТАХОВ

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

Актуальность. Постепенный рост заболеваемости населения инфекциями, передаваемые половым путём, привлекает внимание различных специалистов всех стран, что находит отражение в тематике международных конгрессов, съездов, конференций, а также деятельности ВОЗ. Она определила задачу борьбы с этими заболеваниями как наиболее приоритетную.

По данным ВОЗ, ежегодно свыше 600 млн населения Земли заражаются ИППП из них 12 миллионов приходится на сифилис, 62 млн – на гонорею, около 250 млн заражаются урогенитальным хламидиозом или уреаплазмозом и более 70 млн – на трихомониазом. По мнению специалистов, основными причинами такого положения является низкая грамотность контингента репродуктивного возраста в вопросах межличностных отношений и охраны репродуктивного здоровья.

Цель исследования. Изучение базовых знаний об ИППП среди лиц подросткового возраста.

Материал и методы исследования. Опрос проводился среди 80 человек, обратившихся для медицинского осмотра в РСНПМЦ ДВиК, для выезда за границу, в возрасте от 21 до 45 лет. Опрос проводился методом анонимного тестирования, который состоял из 21 пункта вопросов, по принципу тестирования.

Результаты исследования. Наибольшее число опрошенных лиц (84,5 %) имели понятие об ИППП, 7,8 % – не имели понятия ИППП, 7,7 % затруднялись ответить. Из общего числа респондентов 40,2 % правильно ответили о видах ИППП с указанием трех и более заболеваний, 56,9 % ответили положительно, но одновременно указали такие заболевания как рак, туберкулез, краснуха, бешенство и т. д. Остальные 2,9 % ответили о незнании видов ИППП. Следует отметить, что большинство опрошенных (82,5 %) отвечали о знании проблемы ВИЧ/СПИД.

Среди населения бытует мнение, что все ИППП могут передаваться бытовым путем и своими действиями они морально травмируют больных. Особенно это касается ВИЧ-инфекции. Исходя из этих соображений был проведен опрос о возможности передачи ИППП и ВИЧ/СПИДа бытовым путём. На этот вопрос 50,5 % опрошенных ответили правильно, т. е. отрицали бытовой путь передачи ИППП, ВИЧ/СПИДа

Вывод. Уровень знаний об ИППП среди лиц активного репродуктивного возраста в общем довольно высокий – 84,5 % и большинство имеют представление о видах ИППП (40,5 %) и пути заражения (86,5 %). Однако 30 % затруднились ответить о возможном пути передачи ВИЧ/СПИДа. Данные цифры раскрывают потенциал возможностей активной целенаправленной просветительской работы, которая с таким же успехом могла бы освещать вопросы ИППП при условии содействия общественности. Почти половина опрошенных (58,5 %) отметили нехватку знаний и недоступность информации об ИППП и ВИЧ/СПИД. Это указывает, что каждый второй нуждается дополнительной информации знаниях об ИППП и ВИЧ/СПИД.

ВИРУСНЫЕ И БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ И ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ

Х.Р. ХАЛИДОВА, Д.Ф. ПОРСОХОНОВА

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

Актуальность. Диспластические и эрозивно-язвенные заболевания вульвы (ДЗВ и ЭЯЗВ) относятся к сложным разделам медицины в связи с нарушением качества жизни женщины, дискутабельным взглядом на причины возникновения заболевания. Внедрение современных методов диагностики позволяет нам изучить одну из возможных причин данных заболеваний – связь с различными инфекционными агентами.

Цель нашего исследования. Изучение роли вирусных и бактериальных инфекций у пациенток с данными заболеваниями

Материал и методы исследования. Обследовано 21 пациентка с ДЗВ и 16 с ЭЯЗВ в возрасте от 20 до 60 лет. Комплексное обследование включало микроскопическое, микробиологическое исследования с использованием питательных сред, ПЦР-исследование отделяемого урогенитального тракта.

Результаты исследования. В процессе проведенных исследований соответственно с выявленной микрофлорой были определены три группы пациенток: 1-я группа – с вирусной инфекцией (ВПЧ 16/18, 31/33, ВПГ 1/2 типов, цитомегаловирус) – 10 (37,0 %); 2-я группа – с бактериальной флорой (ИППП) – 5 (18,6 %); 3-я группа – с кандидозной инфекцией и условно патогенной микрофлорой (Candida spp., G.vaginalis, St.aureus, St. Haemoliticus и другие) – 12 (44,4 %) больных.

Вывод. У пациенток с ДЗВ и ЭЯЗВ, получавших неоднократные курсы симптоматического лечения, при бактериологическом, бактериоскопическом и ПЦР исследованиях выявлены различные виды инфекций, преобладающими из которых оказались кандидозная инфекция и условно-патогенная микрофлора – у 44,4 % и вирусная инфекция – у 37,0 женщин. Бактериальная флора (ИППП) имела место у 18,6 % женщин. Выявление инфекционных возбудителей и проведение этиотропной терапии позволило снизить число рецидивов и получить эффект от этиотропного лечения.

γ – ИНТЕРФЕРОН В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ

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

γ-интерферон относится к цитокинам. У больных с серорезистентностью при сифилисе содержание его ранее было недастаточно изучено.

Цель работы. Изучение содержания γ-интерферона в крови больных с серорезистентностью при сифилисе до и после лечения.

Материал и методы исследования. Количественное содержание γ-интерферона определяли в крови 125 больных, (70 мужчин и 55 женщин), с серорезистентностью при сифилисе в возрасте от 19 до 74 лет . Содержание

γ-интерферон определяли в крови больных с помощью ИФА – тест-систем Вектор–Бест. Позитивность серореакции крови соответствовала литературным данным. Контрольную группу составили 10 здоровых человек с показателями γ-интерферона 2,9±0,9 ПГ/мл.

Результаты исследования. Количественное содержание γ-интерферона, у больных с серорезистентностью при сифилисе до начала дополнительного лечения было равно 6,4±8,7 ПГ/мл против данных контрольной группы 2,9±0,9 ПГмл.

После проведенного дополнительного лечения в крови больных с серорезистентностью при сифилисе количественное содержание γ-интерферона снизилось и составило 13,3±0,66 ПГ/мл.

Вывод. Проведенное исследование уровня γ-интерферона у больных с серорезистентностью при сифилисе после лечения свидетельствует наличии персистенции T. Pallidum в организме и изменении антиген-презентирующей функции макрофагов.

АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮЩИЕ ЛИМФОЦИТЫ (АСЛ) ПРИ ИММУНОФЕРМЕНТНОМ АНАЛИЗЕ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ И.Б. НУРМАТОВА, Ж.Р. ТУРДИЕВ

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

В Современной венерологии изучение АСЛ методом ИФА в крови больных с серорезистентностью при сифилисе имеет большое значение.

Цель исследования. Определение антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) методом ИФА в крови больных с серорезистентностью при сифилисе.

Материал и методы исследования. Исследована кровь 125 больных (70 мужчин, 55 женщин) с серорезистентностью в возрасте от 19 до 70 лет. Основная группа больных была в возрасте от 20 до 40 лет.

Позитивность серологических реакций в крови больных с серорезистентностью при сифилисе до лечения соответствовала литературным данным, а после дополнительного лечения картина серореакции имела тенденцию к негативации.

Из 125 пациентов 47,2 % больных (I группа) были пролечены инфузионным введением антибиотика в течение 10 дней; пенициллинотерапию получали (II группа) 35 (28 %) больных в суммарной дозе до 120 млн ЕД; 31 (25 %) больной (III группа) пролечены цефтриаксоном по 1,0 г, ежедневно в течение 14 дней, препарат вводился непрямым лимфатропным методом (НЛТ).

Результаты исследования. В I-ой группе больных (59 чел.) до лечения уровень составлял 0,867 ОП, после лечения – 0,746 ОП; во II группе больных (35 чел.) до лечения – 0,884 ОП, после лечения – 0,768 ОП; в III группе больных уровень АСЛ в ИФА до лечения составил 0,855 ОП, после лечения снизился до 0,744 ОП.

Вывод. Содержание антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) в ИФА у больных с серорезистентностью при сифилисе до лечения было высоким, а после лечения снизилось, что свидетельствует о благоприятном влиянии проведенной терапии.

МОНООКСИГЕНАЗНАЯ СИСТЕМА ПЕЧЕНИ ПРИ СИФИЛИСЕ У БЕРЕМЕННЫХ

К.А. ЮЛДАШЕВ, И.Б. НУРМАТОВА, Ж.Р. ТУРДИЕВ

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

В венерологии изучение различных аспектов при сифилисе, особенно у беременных, имеет огромное значение.

Цель исследования. Изучение состояния монооксигиназной системы (МОС) печени у беременных, больных сифилисом.

Материал и методы исследования. МОС печени изучена у 125 беременных, больных сифилисом, у которых в 35,5 % установлен вторичный и в 64,5 % случаев – скрытый ранний сифилис. Беременные были в возрасте от 19 до 35 лет. МОС печени изучена по методу Ванденберга (1975 г.), тест – препаратом изониазид.

Результаты исследования. При исследовании МОС печени выявлено, что у здоровых женщин период полувыведения изониазида был равен 7,3±0,15 ч, а у беременных, больных сифилисом, он увеличивался до 10,2±0,37.

У больных вторичным сифилисом увеличение составило 9,9±0,45, при скрытом раннем сифилисе – до 10,7±0,64. Клиренс тест препарата снижался до 62,9±3,8 мл/кг/час, причем наибольшее его снижение отмечено при скрытом раннем сифилисе – 54,7±3,6 мл/кг/час (контроль – 76±0,6 мл/кг/час).

Вывод. Анализ МОС печени у беременных, больных сифилисом, до лечения показал, что изменение активности МОС печени, возникающее при сифилисе, поддается определенной коррекции.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ, И.Б. НУРМАТОВА, Ж.Р. ТУРДИЕВ

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

Актуальность. Сопутствующие заболевания в формировании серорезистентности при сифилисе имеют важное значение. Некоторые заболевания негативно влияют на липидный обмен и при этом провоцируют и влияют на позитивность серологических реакций в крови больных сифилисом.

Цель исследования. Изучение частоты сопутствуюших заболеваний у больных с серорезистентностью, при сифилисе.

Материал и методы исследования. Для проведения данной работы изучались сопутствующие заболевания у 125 больных с серорезистентностью при сифилисе. Возраст больных колебался от 19 до 74 лет, мужчин было 70, женщин – 55. В возрасте до 20 лет – 1 пациент, от 21 до 30 лет – 27, от 31–40 лет – 40, от 41 до 50 лет – 18, от 51 до 60 лет – 25 от 65 лет и старше – 14 больных.

Результаты исследования. Серологические реакции крови до лечения были позитивными. RW с трепонемным антигеном до 50 %, с кардиолипиновым – до 41 %, в микрореакции – 84,6 %, РИБТ, $РИФ_{200}$, РИФ abs – 100 %.

Для улучшения эффективности проведённой дополнительной терапии состояние серореакции крови было изучено и после лечения. Позитивность отмечена следующим образом: RW с трепонемным антигеном снизилось до 25 %, RW с кардиолипиновым антигеном – до 22 %, в микрореакции до – 52 %, в РИФ и РИБТ остались 100 %, но позитивность их была менее выраженной, чем до дополнительного лечения.

Больные с серорезистентностью при сифилисе получили лечение по следующим схемам: бензилпенициллин – по 1 млн ЕД каждые 4 часа до 120 млн ЕД – 22 больных (II группа); путем непрямой лимфотропной терапии цефтриаксоном – 31 больной инфузионно антибиотики были введены 59 больным (I группа).

Всем больным осуществлены УЗИ, ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ и другие исследования, также пациенты осмотрены терапевтом, офтальмологом и невропатологом. Взяты материалы из уретры (вагины и цервикального канала) для бактериологического и бактериоскопического исследования.

В результате обследования выявлены сопутствующие заболевания со стороны ЖКТ – у 62 обследованных со стороны сердечно-сосудистой системы – у 16 больных; нервной системы – у 33 больных. Со стороны мочеполовой системы – у 45 больных выявлены сопутствующие заболевания в виде простатита и ИППП.

Вывод. После проведенной дополнительной терапии у больных с серорезистентностью при сифилисе доказана взаимосвязь сопутствующих заболеваний и сероreакций в крови данных больных.

СОЧЕТАННЫЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ БЕРЕМЕННЫХ

К.А. ЮЛДАШЕВ, И.Б. НУРМАТОВА, Ж.Р. ТУРДИЕВ

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

При сифилисе у беременных изучение урогенитальных инфекций (УГИ) имеет важное значение для ведения и их лечения.

Цель исследования. Изучение состояния урогенитального тракта и определение наличия различных ИППП, у беременных больных сифилисом.

Материал и методы исследования. У 125 больных сифилисом беременных в возрасте от 19 до 35 лет были проведены до лечения бактериологические и бактериоскопические исследования из уретры, вагины и цервикального канала.

Результаты исследования. При проведении исследований у беременных, больных сифилисом, из сопутствующих УГИ наиболее часто было диагностировано поражение урогенитального тракта, обусловленное стафилококками – у 25, дрожжеподобными грибами рода Candida – у 23, трихоманадами – у 18, уреаплазмами – у 15, гарднереллами – у 13, гонококками – у 11, хламидиями – у 4, стрептококками – у 4 обследованных беременных. Наиболее часто отмечалось сочетание сифилиса с одной УГИ – у 38,3 %, с 2-мя – у 39,6 %, с 3-мя – у 22,3 %, с 4 мя – у 3,8 %, и с 5-ю – у 5 % беременных.

Вывод. У больных сифилисом беременных необходимо проводить обследование на УГИ, что имеет важное значение для выбора тактики лечения и оздоровления женщин.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ

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

Кардиоваскулярный сифилис среди всех форм висцеропатологии составляет 80 %, тестом ограничения является ЭКГ.

Цель исследования. Изучение электрокардиографические (ЭКГ) изменений у больных сифилисом.

Материал и методы исследования. Экг проведено у 60 больных сифилисом, которые распределялись по диагнозом: первичный серопозитивный сифилис диагностирован у 7, вторичный свежий – у 21, вторичный рецидивный – у 22, скрытый ранний – у 8, скрытый поздний – у 2 больных. Мужчины составляли 52 %, женщины – 48 %. Возраст больных колебался от 20 до 50 лет. Серологические реакции крови у больных сифилисом соответствовали поставленным диагнозам. В контрольную группу вошли 18 здоровых лиц аналогичного возраста.

Результаты исследования. После отрицательного анализа ЭКГ-кривой были выявлены изменения у 58,2 % обследованных. Эти отклонения нарастали от первичного сифилиса к скрытым формам. У больных сифилисом самые выраженные отклонения ЭКГ-кривой по проводимости были выявлены в 17 % случаях. Нарушения со стороны функции возбудимости определены всего у 7,2 % больных и отмечались, в основном, у пациентов со скрытыми формами сифилиса. Признаки перегрузки обоих предсердий выявлены у 2 %, а гипертрофические изменения левого желуддочка наблюдались у 12 % обследованных и встречались при вторичном сифилисе.

В контрольной группе в 0,5 % случаев обнаружены нарушения функции автоматизма сердца и признаки гипертрофии левого желудочка сердца.

Вывод. Анализ ЭКГ изменений у больных с различными формами сифилиса до начала специфического лечения показал, что как при ранних, так и при поздних формах заболевания можно выявить отклонения со стороны функции сердечной деятельности различной степени тяжести.

ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, И.Б. НУРМАТОВА, Ж.Р. ТУРДИЕВ

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

Цель исследования. Изучение эндогенной интоксикации при сифилисе у беременных до начала специфического лечения.

Материал и методы исследования. У 125 беременных больных сифилисом, до лечения было изучено состояние эндогенной интоксикации – сорбционная способность эритроцитов (ССЭ), среднемолекулярные пептиды (СМП), гематологический индекс интоксикации (ГПИ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Возраст беременных колебался от 19 до 35 лет, в 33,5 % случаев диагностирован вторичный, в 66,5 % – ранний скрытый сифилис. Контрольную группу составили здоровые женщины (20 человек).

Результаты исследования. Показатель ССЭ при сифилисе у беременных был повышен до 63,9±2,6, превышая контрольные значения (31,7±0,64) более чем в 2 раза. После лечения ССЭ снизилась до 51,10±2,32. Уровень СМП до лечения был увеличен в 2 раза и достиг 0,43±0,02 (в контроле – 0,23±0,001), а после лечения снизился до 0,34±0,02.

ЛИИ до лечения составил 1,95±0,08, а после лечения снизился до 1,76±0,09.

ГПИ до лечения составил 2,3±0,12 (в контроле – 1,24±0,15), а после лечения составил 2,20±0,16.

Вывод. При сифилисе у беременных установлена выраженная эндогенная интоксикация, степень которой значительно снижается под влиянием проведенного специфического лечения, однако, остается в 1,5–2 раза выше контрольных значений.

ЗАРАЗНЫЕ И КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ВАЖНАЯ РОЛЬ ПИТАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ «ЭД-1» В ИССЛЕДОВАНИИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А.М. ДАВУРОВ, И.Р. РАХИМОВ

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

Грибковые заболевания распространены во всех странах мира. По данным литературы, до 25 % населения Земли страдает различными микозами, однако полных сведений о распространенности грибковых болезней нет. При этом отмечена тенденция их роста, появления генерализованных, атипичных и аллергических форм, устойчивых к терапии (Рукавишникова, 1990 г.; К.И. Рознатовский с соавт 2006; В.В. Кулага с соавт. 2011 г.). По данным многих исследователей, число больных с грибковой патологией в последние годы заметно участилось, главным образом, за счет появления «новых» для тех или иных регионов микозов, что, видимо, связано с усилением миграции населения, иммунодефицитами и т. п. Наряду со значительным уменьшением заболеваемости такими дерматомикозами, как фавус, антропонозная микроспория и трихофития, стали чрезвычайно распространенными микозы стоп с довольно частым поражением ногтевых пластинок, зооантропонозная трихофития.

К сожалению, в настоящее время можно отметить, что диагностика грибковых заболеваний нередко бывает несвоевременной (зона поредения волос, шелушение часто принимают за «перхоть», «сухая себорея»). Изменения ногтей (деформированные, чрезмерно утолщенные, крошатся, истонченные) расцениваются как «ониходистрофии» после ушиба, обморожений, травмы и др. Больные при этом неопределенно долго остаются источниками распространения грибковой инфекции. В связи со сказанным неизменно актуальной является своевременная лабораторная диагностика микозов, что обусловливает проведение возможно раннего выявления и лечения больных.

В РСНПМЦ ДКиВ специалистами микологической лаборатории адаптирована для использования в культуральной диагностике возбудителей дерматомикозов отечественная среда «ЭД-1». Преимуществом для использования данной среды является ее универсальность, а также то, что питательная среда более экономична, чем существующие прототипы, легко готовится путем разведения концентрата и характеризуется ускоренным ростом возбудителей (на среде Сабуро рост отмечается на 10–14 сутки, на среде «ЭД-1» – на 7–9 сутки).

При внедрении данной среды были проведены сравнительные культуральные исследования у 2 810 пациентов с подозрением на грибковые заболевания, из которых у 2 113 (75,2 %) при микроскопическом исследовании обнаружены грибы.

Результаты исследования показали сопоставимость полученных результатов, что в совокупности с экономическими преимуществами, позволяет рекомендовать широкое использование питательной среды «ЭД-1» для культуральной диагностики микозов в практическое здравоохранение.

Таким образом, современная дерматомикология располагает достаточно широким спектром диагностических методов, позволяющим поставить правильный диагноз в самых сложных случаях. В то же время, в настоящих условиях наибольшую актуальность приобретает повсеместное восстановление в полном объеме проведения микроскопических и культуральных исследований на уровне региональных КВУ, микроскопических иследований – на городском и районном уровнях. Внедрение и широкое использование таких современных, но в то же время дорогостоящих, требующих специального оборудования и высококачественной подготовки специалистов, как ПЦР, иммуносерологические и гистохимические методы с учетом наиболее полного использования имеющихся возможностей будет целесообразно на базе головного учреждения дерматовенерологической службы в республике.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФЕРМЕНТОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ Р-450 И ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА CYP2D6, CYP2C9 ПРИ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ

О.С. ИМАМОВ, И.Н. АБДУВАХИТОВА

Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

Актуальность. Несмотря на эффективность системных антимикотиков, в процессе лечения зооантропонозной трихофитии (ЗАТ) накапливаются сведения о развитии токсических, аллергических, отдаленных аутоиммунных осложнений терапии и случаев резистентности. Причиной могут быть индивидуальные различия метаболизма антимикотиков, обусловленные полиморфизмом генов системы цитохрома Р-450.

Цель исследования. Изучение генетического полиморфизма ферментов биотрансформации CYP2D6, CYP2C9 у больных ЗАТ.

Материал и методы исследования. Обследованы 68 больных ЗАТ узбекской национальности в возрасте 18–30 лет. Исследовали цельную кровь методом ПЦР амплификации и ПДРФ – анализагена CYP2D6 и CYP2C9. Идентификацию генотипов проводили по размеру продуктов рестрикции.

Результаты исследования. Генотип СС был выявлен в 40 (58,8 %) образцах, СТ-генотип – в 23 (33,8 %), мутантный Т/Т генотип – в 5 (7,35 %) образцах. При генотипировании полиморфизма CYP2C9, генотип СТ был выявлен в 1,3 раза выше, чем здоровый генотип СС. Определено, что Т-аллель (мутантный) наблюдался в 30 (39,5 %), С-аллель (норма) в 46 (60,5 %) случаях.

Вывод. Выявление ассоциаций полиморфных вариантов генов с различной индивидуальной чувствительностью к лекарственным препаратам позволяет уточнить патогенез заболевания, разработать оптимальную стратегию лечения с учетом биохимической индивидуальности пациента. Наличие мутаций генов CYP2D6, CYP2C9 может предсказать клинический результат лечения противогрибковыми средствами, включая эффективность и побочные эффекты у пациентов с трихофитией, что открывает новую возможность генотипной персонализации антимикотических средств.

МУПИРОБАН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ

О.С. ИМАМОВ, И.Н. АБДУВАХИТОВА, К.З. МАЛИКОВ

Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

Актуальность. Зооантропонозная трихофития относится к числу распространенных дерматомикозов. Нагноительные формы микоза (керион Цельса) часто сопровождаются суппуративными явлениями, интоксикацией, вторичным инфицированием бактериальной микрофлорой, что следует учитывать в лечении.

Цель исследования. Изучение особенностей сопутствующей микрофлоры в очагах инфильтративно-нагноительной трихофитии и оценка эффективности мази «Мупиробан» в комплексной терапии.

Материал и методы исследования. Клинические наблюдения проводили у 46 больных инфильтративно-нагноительной трихофитией в возрасте от 7 до 27 лет на базе Ташкентского областного КВД. Для качественного и количественного анализа микрофлоры кожи применяли методы смывов по Willamsonet Kligman (2001). Преобладали дети дошкольного и младшего школьного возраста, жители сельской местности.

Результаты исследования. У всех больных выявлен Tr. Ectotrix. Kerion Celsi – у 33 больных. В посеве содержимого пустул из очагов трихофитии было выделено 157 штаммов микроорганизмов, из них Staphaureus – у 44 (28,1 %), Staphepidermidis – у 26 (16,6 %), Staph. haemoliticus – у 13 (8,28 %). Реже выделялись грамотрицательные условно-патогенные микроорганимы кишечной группы. В комплексе наружного лечения применяли аппликации мази «Мупиробан» 2 раза в день в течение недели, затем противогрибковые мази. Комплексное лечение с мупиробаном ускоряло регресс воспаления, к 14-му дню лечения у всех больных отмечалось клиническое и микробиологическое излечение. Рецидивов заболевания в течение последующих 2 месяцев не отмечалось.

Вывод. Применение мупиробана в комплексе с системной и топической фунгицидной терапией повышает эффективность лечения ЗАТ.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ТРИХОФИТИИ С УЧЕТОМ ИММУНОБИОХИМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

О.С. ИМАМОВ, И.Н. АБДУВАХИТОВА, Г.Ш. ТОХТАЕВ

Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

ктуальтность. Грибковые заболевания кожи и придатков (волос и ногтей) остаются актуальными как с точки зрения распространенности, так и в связи с клиническими и патогенетическими аспектами. Микозы не имеют ни географических, ни возрастных ограничений, характеризуются высокой контагиозностью и клиническим полиморфизмом. В настоящее время во многих регионах мира важное медико-социальное значение имеет трихофития, которая наряду с микроспорией, является наиболее частой инфекционной дерматологической патологией детского возраста, однако нередко поражает взрослых. В современном клиническом течении трихофитии участились случаи глубоких поражений с выраженными гнойно-воспалительными симптомами, нарушением общего самочувствия больных, развитием осложнений, связанных с повышенной аллергической сенсибилизацией и существенно затрудняющих лечение. Это обусловливает актуальность дальнейшего изучения патогенетических механизмов развития тяжелых форм заболеваний и разработку адекватных методов лечения.

Особенности клинического течения трихофитии диктуют необходимость продолжения исследования в области патогенетических механизмов нагноительных и осложненных форм.

Цель исследования. Разработка методов дифференцированной терапии трихофитии с учетом клинико-микробиологических, иммунологических и биохимических особенностей

Материал и методы исследования. Клинико-микробиологические и иммуно-биохимические исследования проводились у больных разных возрастных групп, обоего пола, проживающих в Ташкентской области, получавших стационарное лечение в Ташкентском КВД, у которых при клинико-микробиологическом обследовании установлен диагноз трихофитии.

Вывод. В результате проводимых исследований получены новые научные сведения, имеющие практическую значимости, содержащие новое решение актуальных проблем дерматологии и микологии.

РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИЛИ БЕМОРЛАР ТЕРИСИНИНГ БАКТЕРИЦИД ФАОЛЛИГИНИ ЎРГАНИШ

М.Р. МАХСУДОВ, Э.Х. ЭШБОЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази

Ранг-баранг темиратки (Tinea versicolor) – бу терининг замбуруғли касаллиги бўлиб, ҳаво ҳарорати ва намлиги юқори бўлган мамлакатларда кўпроқ учрайдиган касалликдир.

Ранг – баранг темираткини ривожланиш хавфи кўп терлайдиган, тернинг кимёвий таркиби ўзгариб турадиган, касаллик қўзғатувчиси учун қулай бўлган тери рНи бўлган, ёндош касалликлар, эндокрин бузилишлар, ошқозон-ичак трактини сурункали касалликлари, ҳамда иммун танқислик бўлган одамларда юқори бўлади.

Ўтказилган кўпгина изланишларга қарамай ранг-баранг темираткини келиб чиқиш сабаблари тўла аниқланмай қолмоқда. Шу муносабат билан ушбу касалликни патогенетик механизмларини, шу жумладан ранг-баранг темиратки билан ҳасталанган беморлар терисини бактерицид фаоллигини ўрганиш долзарб муаммоларидан ҳисобланади.

Шундан келиб чиққан ҳолда, текширувнинг мақсади ранг – баранг темиратки билан ҳасталанган беморлар терисида бактерицид фаоллигини ўрганиш бўлди.

Шу мақсадда бизнинг 25 нафар 16–45 ёшгача бўлган ранг – баранг темиратки билан ҳасталанган беморлар терисида бактерицид фаоллигини ўрганилди. Назорат гуруҳини 10 нафар соғлом шахслар ташкил қилди.

Терининг бактерицид фаоллигини И.И. Клемпарский (1988) усули буйича аниқланди.

Олиб борилган изланиш натижалари шуни кўрсатдики, ранг – баранг темиратки билан ҳасталанган беморлар терисида бактерицид кўрсаткичи – 38,5 ± 1,8, назорат гуруҳига – 95,8 ± 1,5 нисбатан камайганлигини кўрсатди.

Шундай қилиб, олинган натижалар шуни кўрсатдики, ранг – баранг темиратки билан ҳасталанган беморлар терисида бактерицид кўрсаткичи назорат гуруҳига нисбатан камайганлигини кўрсатди. Бу ўз навбатида кейинги изланишлар учун замин яратади ва касалликнинг патогенезини ўрганиш жараёнини кенгайтиради.

ДЕРМАТОМИКОЗЛАР ПАТОГЕНЕЗИДА ОКСИД АЗОТ МЕТАБОЛИТЛАРИНИ РОЛИНИ ЎРГАНИШ

М.Р. МАХСУДОВ, И.Р. РАХИМОВ, Н.Д. ИКРОМОВА, А.Э. ТОШЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази

Сўнгги йилларда хар хил патологик жараёнларни патогенезида универсал биорегулятори азот оксиди (NO) метаболитларини ролини ўрганишга катта ахамият берилмокда.

Шу муносабати билан дерматомикозлар патогенезида азот оксиди метаболитлар ҳолатини ўрганиш дерматомикология сохасида долзарб муаммолардан ҳисобланади.

Шундан келиб чиққан ҳолда, текширувни мақсади дерматомикозлар билан ҳасталанган беморлар қон зардобида азот оксиди метаболитлар миқдори ҳолатини ўрганиш бўлди.

Ушбу мақсадда бизни назоратимизда 14 дан – 67 ёшгача бўлган 40 нафар дерматомикозли беморлар ва шулардан 24 нафар эркак ва 16 нафар аёл жинсига мансуб шахслардан иборат бўлди. Назорат гурухини 10 нафар соғлом шахслар ташкил килди. Қон зардобидаги азот оксиди метаболитлари миқдорини Голикова П.П. ва бошқалар (2000) усули орқали аниқланди.

Олиб борилган изланиш натижалари шуни кўрсатдики,дерматомикозли беморларни қон зардобида азот оксиди метаболитлари (15,9±2,1 мкмоль/л) назорат гурухи (9,5±0,31 мкмоль/л) нисбатан ($p<0,001$) сезирарли даражада ошди.

Шуни таъкидлаш керакки, ўрганилаётган нозологик гуруҳлар орасида қон зардобидаги азот оксиди метаболитлари кўрсаткичларида бирон бир олоҳида фарқни кузатмадик. Шундай килиб олинган натижалар шуни кўрсатдики, азот оксиди метаболитлари микдори дерматомикозлар билан ҳасталанган беморларда назорат гурухи кўрсаткичлардан ошганлиги маълум бўлди. Бу ўз навбатида кейинги изланишлар учун замин яратади, касалликни патогенезини ўрганиш жараёнини кенгайтиради ва ушбу касалликни асоратли кечишини олдини олиш жараёнида қон зардобидаги азот оксид метаболитлари кўрсаткичларига таяниб такомиллишган даво чораларини ишлаб чикаришга имкон беради.

ОСОБЕННОСТИ МИКОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ НА ФОНЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЕМ

Д.Д. НАБИЕВА, М.И. АБДУЛЛАЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучение особенности течения дерматозов микозной этиологии у ВИЧ-инфицированных детей на фоне антиретровирусной терапии.

Материал и методы исследования. Были изучены кожные проявления дерматозов у 89 ВИЧ-инфицированных детей и подростков от года до 17 лет (средний возраст – 9,4±2,18). Наряду со стандартными методами исследования для уточнения этиологического характера поражения кожных покровов были проведены бакпосев мазка из пораженного участка, вирусологические тесты совместно с ПЦР диагностикой. Из общего числа детей у 24 (27 %) диагностировано грибковое поражение кожи, они и были отобраны для дальнейшего обследования. Все исследования проводились с соблюдением этических норм и после письменного согласия родителей или опекунов обследуемых детей.

Результаты исследования. С применяем антиретровирусная терапии у ВИЧ-инфицированных детей отмечается улучшение их общего состояния, что может иногда вызвать врачебную ошибку при диагностировании дерматологических заболеваний у ВИЧ-инфицированных. В первую очередь, это связано с атипичными микобактериями, которые ранее считались редко встречаемыми среди детского населения, но в последние десятилетия отмечается усиление их роли в клинике инфекционных дерматозов.

Как показали наши исследования в ходе клинико-лабораторного исследования, наиболее распространенными кожными проявлениями дерматозов у ВИЧ-инфицированных детей были кандидоз – у 13 (54,2 %), кератомикозы – у 9 (37,5 %), реже встречались дерматофитии – у 3 (12,5 %), которые в 18 (75,0 %) случаях имели комбинированную форму.

Одновременно у 11 (45,8 %) детей были высеяны атипичные микобактериальные возбудители, из них Mycobacterium avium-intracellulare ($n=5$; 20,8 %), Mycobacterium kansasii ($n=3$; 12,5 %) и Mycobacterium haemophilum ($n=3$; 12,5 %). Полученные данные показали, что на фоне анти-

ретровирусно терапии у ВИЧ-инфицированных детей, усиливается встречаемость атипичных микобактериальных возбудителей, что влияет и на клиническое течение грибковых дерматозов у инфицированных детей. Данное состояние связано с проблемой прогрессирования иммуносупрессии и повторным инфицированием микс-инфекцией.

Вывод. При лечении грибковых дерматозов у ВИЧ-инфицированных детей на фоне антиретровирусной терапии, следует руководствоваться результатами клинико-лабораторного анализа возбудителя, так как на передний фон заболевания могут выходить атипичные микобактериальные возбудители, вызывающие искажение клинической картины кожной патологии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ОПИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Н.Ф. НИЯЗБЕКОВА, Г.Ш. ТОХТАЕВ, Б.Р. САИДОВ, Х.Х. САФАРОВ, Ш.Н. АСОМУТДИНОВА

Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

Актуальность. Заболевания кожи у лиц, страдающих ВИЧ-инфекцией, являются одним из основных оппортунистических проявлений. У больных ВИЧ-инфекцией отмечается высокая частота кожных поражений, которые регистрируются у 90 % больных в разные сроки болезни. Некоторые кожные поражения являются относительно уникальными и присущие почти исключительно проявлениям ВИЧ-инфекции, т.е. являются СПИД-индикаторными заболеваниями.

Заболеваемость болезнями кожи различается в разных регионах, что объясняется климатом, уровнем санитарно-гигиенических условий и культурными факторами. В среднем у одного больного может быть по меньшей мере два и более кожных поражения одновременно, которые нередко представляют трудности для диагностики.

Проблема грибковых инфекций – одна из наиболее значимых в современном здравоохранении. Распространенность дерматомикозов в общей популяции составляет 20–25 %. Важной причиной роста заболеваемости дерматомикозами является увеличение иммуноскомпроментированных пациентов (ВИЧ-инфицированные, онкологические больные и др.) в общей популяции.

Цель исследования. Выявление особенностей течения и оптимизация лечения грибковых заболеваний кожи у больных ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы исследования. Работа выполнялась на базе клиники НИИ вирусологии МЗ РУз. Нами изучены ВИЧ-инфицированные больные, находившиеся как на стационарном, так и на амбулаторном приеме на основе ретроспективного анализа. Методы исследования включали анамнестические данные, клинические наблюдения и инструментальные исследования; использовали рентгенологические и ультразвуковые методы, при необходимости выполняли эзофагогастроскопию.

Всех больных обследовали с использованием общеклинических методов контроля. Исследовали общий анализ крови и мочи, при необходимости и другие биохимические показатели (уровень трансаминаз, желчных пигментов и др.).

Диагноз устанавливали на основании данных объективного осмотра, анамнеза, обследования половых партнеров (при генитальной локализации поражения), в случае необходимости для подтверждения диагноза прибегали к микробиологическим (микроскопия, культуральные исследования), иммунологическим методам исследования (ИФА, иммунограмма).

Результаты исследования. Дерматомикозы у пациентов с ВИЧ-инфекцией достоверно чаще диагностировали у мужчин до 40 лет (медиана возраста 34,01 ± 7,74) (72 % vs 28 %), тогда как у больных контрольной группы микозы кожи и ногтей регистрировали одинаково часто у мужчин и женщин (49 % и 51 %) соответственно.

Вывод. Факторами риска развития дерматомикозов являются мужской пол и снижение CD4+ клеток в периферической крови. Основным клиническим вариантом дерматомикозов у ВИЧ-инфицированных больных являются онихомикоз стоп (34 %), отрубевидный лишай (16 %) и микоз стоп (8 %), микоз стоп и микоз крупных складок (6 % сочетание двух и более микозов (26 %).

ПРЕПАРАТ «ТЕРБИЗИЛ» В ТЕРАПИИ ЭПИДЕРМОФИТИИ СТОП

А.Б. ПАКИРДИНОВ, Б.Т. ДАРМОНОВ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Актуальность. В настоящее время при пероральном приеме существует несколько активных противогрибковых лекарственных препаратов (итраканозол, текназол, ламизил и другие), используемых при лечении микозов. Эффективность их при лечении дерматомикозов отмечена многими зарубежными и отечественными авторами.

«Тербизил» выпускается фирмой А.О. Гедеон Рихтер (Будапешт-Венгрия) в виде таблеток (по 125, 250 мг) и крема. Является системным противогрибковым препаратом широкого спектра действие из группы аллиламина.

Материал и методы исследования. В 2017 году по Андижанской области взяты на учет 280 больных микозами стоп. Из них: мужчин 174 в возрасте от 15 до 17 лет – 2, 18–20 лет – 23, 21–25 лет – 28, 26–29 лет – 35, 30–39 лет – 35, 40–49 лет – 30, 50–64 лет – 18 и старше 65 лет – один больной; женщин старше 106 в возрасте от 15 до 17 лет, 18–20 лет – 12, 21–25 лет – 20, 26–29 лет – 29, 30–39 лет – 21, 40–49 лет – 18, 50–64 лет – 10 больных.

Результаты исследования. Из 280 больных 124 лечились стационарно на фоне гипосенсибилизирующей и местной терапии, 42 получали гризеофульвин, 41 – низорал и 41 лечились тербизолом.

Из 41 больного микозами стоп у 21 диагностирована интертригинозная, у 5 – дисгидротическая, у 11 – сквамозно-гиперкератотическая форма. Тербизил назначался по 250 мг один раз в сутки до полного разрешения клинических проявлений и двух подряд отрицательных анализов с интервалом в 5 дней. Наружно больным с интертригнозной и дисгидротической формами назначались примочки (2% раствор борной кислоты, 2% раствор резорцина) и синафлановая мазь, при сквамозно-гиперкератотической форме – 5% салициловая мазь. Из антигистаминных препаратов назначали лоратал. После проведенного лечения отрицательные лабораторные анализы на грибки получены на 13–15 день лечения, в среднем через 14,3±0,4 дня. У 42 больных, пролеченных гризеофульвином по 0,125 три раза в сутки отрицательные лабораторные анализы на грибки получены на 20–21 день лечения у 41 больного, получивших лечение низоралом 0,1 по 1 таблетке в сутки отрицательные анализы получены 17–18 день лечения.

Вывод. Препарат «Тербизил» является более эффективным лекарственным препаратом по сравнению с гризеофульвином и низоралом при лечении больных микозами стоп.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО – НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМЫ ЛОБКОВОЙ ТРИХОФИТИИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, Б.Т. ДАРМОНОВ

Андижанский Государственный медицинский институт; Кафедра дерматовенерологии

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

Цель исследования. Изучение терапевтического действия лазерной терапии больных с инфильтративно-нагноительной формой лобковой трихофитии.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 20 больных (6 мужчин, 14 женщин) в возрасте от 22 до 40 лет с инфильтративно-нагноительной формы лобковой трихофитии.

Больным был выбран курс низкоинтенсивной лазерной терапии (НИЛТ) не менее 12–14 процедур. Продолжительность процедур составляла около 12–14 минут. Процедуры проводились ежедневно, за исключением воскресенья. Частоту и количество процедур определяли динамикой клинической эффективности. Дополнительно больных смазывали очаги поражения ихтиоловой мазью и мазью «Тербизил».

Результаты исследования. В процессе лазерной терапии у больных с *инфильтративно-нагноительной формой трихофитии* уже после 8–10 процедур резко снизились интенсивность зуда, уменьшились папулезные элементы и гнойно-воспалительные поражения. После 10–14 процедур рассосались папулезные высыпания, ликвидировались гнойно-воспалительные поражения, было отмечено прекращение субъективных ощущений (зуд кожи).

Вывод. Проведение процедур лазерной терапии показано больными инфильтративно-нагноительной формой лобковой трихофитии, у которых кожный процесс сопровождается выраженными субъективными ощущениями и наличием папулезных элементов и гнойно-воспалительных очагов.

УРОВЕНЬ МЕТАБОЛИТА ОКСИДА АЗОТА ПРИ ДЕРМАТОМИКОЗАХ И МЕТОД КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

И.Р. РАХИМОВ, М.Р. МАХСУДОВ, И.Т. КАРАБАЕВА, Н.Д. ИКРОМОВА, А.Э. ТОШЕВ

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

Актуальность. На сегодняшний день не вызывает сомнений участие молекулы оксида азота (NO) в патогенезе многих патологий.

В связи с этим представляло интерес изучение регулирующего влияния оксида азота (NO) на метаболические процессы в аспекте возможного воздействия на формирование клинического течения и осложнений при дерматомикозах.

Цель исследования. Изучение содержания оксида азота в сыворотке крови у больных дерматомикозами и поиск путей коррекции выявленных нарушений продукции оксида азота.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 45 больных дерматомикозами в возрасте от 12 до 67 лет, из них лиц мужского пола – 22, женского – 18. Среди 45 обследованных у 25 больных выявлена трихофития, у 8 – микроспория, у 12 – микоз стоп.

Результаты исследования. Анализ уровня оксида азота в сыворотке крови показал, что у больных с трихофитией, микроспорией и микозом стоп выявляется достоверное повышение уровня метаболитов оксида азота (14,12±0,32 мкмоль/л, 14,26±1,62 мкмоль/л и 14,76±0,23 мкмоль/л соответственно) по сравнению с данными группы контроля (9,5±0,31 мкмоль/л) ($p<0,001$).

Полученные данные показывают, что у больных дерматомикозами выявляется нарушение продукции оксида азота. Повышенное содержание оксида азота у больных с осложненным течением дерматомикоза может объясняться воспалительной деградацией соединительнотканных структур и эндогенной интоксикацией, развивающейся, в основном, вследствие усиленного распада азотистых соединений.

Это, в свою очередь, указывают о необходимость включения в комплекс терапии больных дерматомикозами препаратов регулирующих выработку оксида азота.

Учитывая вышеизложенное, для восстановления выявленных нарушений в комплекс терапии больных дерматомикозами был включен препарат «Витаци», (производство ULTRA LABORATORIES PVT.LTD., 102-B&102-B(H-1). Pharmaceutical SEZ, KIADB Industial Estate. Hassan-Dist 573201 Kirnataka, Индия) с обладающий антиоксидантным действием.

Препарат назначали по одной таблетке один раз день в течение 20 дней.

Результаты исследования показали, что в сыворотке крови у больных с трихофитией, микроспорией и микозом стоп после окончания комплексного лечения отмечались тенденция к снижению концентрации оксида азота ($p>0,01$) по сравнению с данными до лечения, в среднем составив 10,12±0,47, 10,20±0,59 и 10,48±0,98 мкмоль/л соответственно после лечения при 14,12±0,32, 14,26±1,62 и 14,76±0,23 мкмоль/л соответственно до лечения.

Вывод. Проведенное исследование показывает, что использование препарата «Витаци» в комплексной терапии оказывает значительное положительное действие на восстановление показателей оксида азота у больных с изученными дерматомикозам.

Полученные данные могут быть в дальнейшем использованы в разработке комплексных методов терапии больных с дерматомикозами.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ МИКОЗА СТОП

И.Р. РАХИМОВ, Н.Д. ИКРАМОВА

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

Цель работы – изучение частоты встречаемости и спектра возбудителей микозов стоп.

Материалы и методы: Работа выполнена в микологической лаборатории Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии (РСНПМЦДВиК). Материалом для исследования служили соскобы с кожи стоп 120 больных. Культуральную диагностику проводили с использованием среды Сабуро, с инкубацией при 28–29°С в течении 15–22 дней. Всем 120 больным, находящимся под наблюдением, были проведены микроскопические и культуральные исследования.

Результаты и их обсуждение**:** При микроскопическом исследовании чешуек с очагов поражения грибы обнаружены у всех больных. При посеве патологического материала на твердую питательную среду Сабуро при положительных результатах микроскопического исследования выделены культуры грибов в 68 (56,7 %) из 120 случаев. При этом основным возбудителем при микозе стоп был Tr. rubrum в 52 (76,5 %) исследованиях. На втором месте по частоте выделения является T. mentagraphytes var. interdigitales, который был получен в 22,1 % (15) случаях. И третьим по частоте выявляемости является Candida spp.полученный в 1,5 % (1) случаях.

Выводы: Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют, что в возникновении микозов стоп имеет преимущественное превалирование дерматофитной флоры такого как Tr. Rubrum. Вторым по частоте встречаемости возбудителем микозов стоп является T. mentagraphytes var. interdigitales

РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА НА ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЙ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

И.Р. РАХИМОВ

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

Несмотря на имеющиеся многочисленные исследования, посвященные изучению патогенеза, существующие разнообразные методы и схемы лечения кожного лейшманиоза, рост и распространенность заболеваемости не имеет тенденции к снижению, и закономерно увеличивается число хронических, осложненных, трудно поддающихся лечению форм данного дерматоза. Подробное изучение патогенетических механизмов формирования осложненных форм, обозначенных инфекций, позволило бы разработать эффективные и доступные методы своевременной диагностики и лечения.

В настоящее время 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. Одним из представителей свободнорадикального окисления является оксид азота (NO), один из важнейших биологических медиаторов в организме человека, осуществляющий межклеточную коммуникацию и регуляцию множества функций в разных тканях и системах организма Бактерицидная, фунгицидная, антипаразитарная, противовирусная и противоопухолевая активность макрофагов также может быть частично обусловлена интенсивной секрецией NO.

Цель исследования. Изучение роли оксида азота (NO) на формирование клинического течения и осложнений кожного лейшманиоза.

Проведен анализ состояния оксида азота в сыворотке крови у 112 больных и на пораженных участках кожи у 45 больных кожным лейшманиозом в сравнении с показателями здоровых лиц.

Результаты исследования. Анозил состояния оксида азота показал, что у больных общей группы кожным лейшманиозом в сыворотке крови отмечается достоверное повышение уровня оксида азота в 1,6 раза по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). При изучении содержания NO у больных кожным лейшманиозом в зависимости от клинических форм заболевания в сыворотке крови выявляется статистически достоверное увеличение содержания оксида азота по сравнению с данными контрольной группы ($p < 0,001$). Наиболее выраженное повышение данного показателя было отмечено у больных с изъязвленными лейшманиомами и с изъязвлен-

ными лейшманиомами с бугорками обсеменения с лимфангитами.

В последующих исследованиях было изучено состояние оксида азота в сыворотке крови у больных в зависимости от давности заболевания. Результаты исследования показали, что у больных кожным лейшманиозом, независимо от давности существования патологического процесса, во всех обследованных группах в сыворотке крови уровень оксида азота достоверно увеличин в 1,5 до 2 раза по сравнению с данными группы контроля ($p < 0,001$). Наибольшее изменение содержания оксида азота было выявлено у больных с давностью болезни более одного года.

Следующим этапом исследований стало изучение состояния показателей оксида азота на пораженных участках кожи у больных кожным лейшманиозом. Проведен анализ результатов изучения оксида азота в очагах поражения у больных в зависимости от клинических форм дерматоза. Результаты показали, что у больных общей группы на пораженных участках кожи выявляется достоверное увеличение концентрации оксида азота по отношению к показателям группы контроля ($p < 0,001$). Более выраженное повышение данного показателя было отмечено у больных с изъязвленными лейшманиомами и изъязвленными лейшманиомами с бугорками обсеменения с лимфангитами.

Результаты исследования показывают, что при кожном лейшманиозе на пораженных участках кожи также выявляется нарушение продукции оксида азота и это оказывает отрицательное влияние на течение данного дерматоза.

Вывод. При кожном лейшманиозе выявляется нарушение продукции оксида азота как в организме больных, так и в очагах поражения. Более выраженное повышение данного показателя выявляется у больных с осложненными формами кожного лейшманиоза и зависит от срока давности заболевания, что может объясняться воспалительной деградацией соединительнотканных структур и эндогенной интоксикацией, развивающейся, в основном, вследствие усиленного распада азотистых соединений. Это, в свою очередь, указывает на необходимость разработки комплексных методов терапии больных кожным лейшманиозом с включением в комплекс терапии препаратов, регулирующих выработку оксида азота.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНИТЕТА ПРИ ДЕРМАТОМИКОЗАХ

И.Р. РАХИМОВ, Х.Р. ХАЛИДОВА, Н.Д. ИКРАМОВА

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

Цель исследования. Изучение клеточного и гуморального звеньев иммунитета у больных с дерматомикозами

Материал и методы исследования. Под клиническим наблюдением в РСНПМЦ ДВиК МЗ РУз находились 79 больных с дерматомикозами, среди них мужчин – 45, женщин – 34. По нозологическим единицам больные были распределены следующим образом: 48 больных с трихофитией, 16 больных с микроспорией, 11 больных с микозом стоп и 4 больных с паховой эпидермофитией. Возраст больных в среднем колебался от 14 до 78 лет.

Определение иммунофенотипа иммунокомпетентных клеток проводили с использованием моноклональных антител методом розеткообразования согласно рекомендациям Института иммунологии МЗ РФ и АН РУ*з* (РФ, ООО «Сорбент»). Пациенты были разделены на две группы с давностью заболевания до одного месяца и более одного месяца. Группу контроля составили 25 практически здоровых лиц без кожных заболеваний.

Результаты исследования. Проведенный анализ иммунологических параметров показал, что уже на первом месяце болезни выявляются уменьшение количества CD3-клеток ($p < 0,01$) и CD4-клеток ($p < 0,01$), снижение фагоцитарных реакций в виде падения фагоцитарного индекса ($p < 0,01$) и фагоцитарного числа ($p < 0,01$), иммуноглобулина А ($p < 0,01$) по отношению к контрольным значениям, увеличение содержания циркулирующих иммунных комплексов ($p < 0,01$),

С увеличением давности процесса более одного месяца продолжается угнетение активности клеточного звена иммунитета, фагоцитарных реакций с постепенным усилением активности гуморального, выражающееся в увеличении содержания CD19-клеток, иммуноглобулина G ($p < 0,01$).

Вывод. Выявленные иммунологические нарушения в виде снижения реакций клеточного иммунитета, показателей неспецифической резистентности свидетельствуют о недостаточном формировании клеточного иммунитета, являющегося единственным эффективным механизмом защиты. Степень слабости реакций клеточного иммунитета формирует различные варианты течения дерматомикозов.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП

И.Р. РАХИМОВ, Х.Р. ХАЛИДОВА, Н.Д. ИКРАМОВА

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

Цель исследования. Изучить фенотип иммунокомпетентных клеток, неспецифическую резистентность и уровень цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-6, γ-ИФН, ФНО-α) и установить их значимость в клиническом течении микозов стоп.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 122 пациента с различными формами микозов стоп, мужчин – 93, женщин – 29, с возрастным колебанием от 17 до 65 лет. Преобладали лица со сквамозной – 63 (51,6 %) и интертригинозной – 42 пациента (34,4 %) формами заболевания. Дисгидротическая форма микоза стоп наблюдалась у 17 больных (13,9 %). У 61 (50 %) больного микоз стоп сопровождался сопутствующим онихомикозом. Контрольную группу составили здоровые лица ($n=20$), сопоставимые по полу и возрасту. Определение иммунно-цитокинового статуса проводилось методами проточной цитофлуориметрии и твердофазным иммуноферментным анализом

Результаты исследования. Изучение иммунологических показателей выявило снижение относительного количества CD3-клеток (50,8±0,37 %), CD4-клеток (33,0±0,32 %), показателей неспецифической резистентности (38,6±0,57 %), активизацию гуморального звена иммунитета (21,3±0,15 %). При скрининге цитокин-продуцирующей активности клеток иммунной системы наблюдались различные значения концентраций про- и противовоспалительных цитокинов: содержание ИЛ-1β, ИЛ-2, ИЛ-4, ИНФ-γ было сниженным по сравнению с нормативным и значениями (31,3±4,92 пкг/мл; 0,6±0,3592 пкг/мл; 20,4±1,92 пг/мл, 22,1±1,73 пг/мл соответст-венно). Концентрация ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО-α была повышена в 2,1; 1,6; 1,8 раза соответственно и связана с наличием воспаления различной степени выраженности в месте внедрения гриба-патогена.

Вывод. Выявленная вторичная иммунологическая недостаточность и разнонаправленные значения цитокинов представляют собой важное звено патогенеза микозов. Механизм иммуновоспалительных особенностей течения дерматомикозов, развитие хронизации заболевания, активация иммунных процессов напрямую связаны с усилением или ослаблением клеточно-опосредованного иммунитета, развитие которого предопределяет цитокиновый статус.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ 0,8% ПЕРМЕТРИНА НА ЭТАНОЛЕ В ЛЕЧЕНИИ ЧЕСОТКИ

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

Таджикский государственный медицинский институт, г. Душанбе

Цель исследования. Анализ эффективности лечения чесотки 0,8% медифоксом на этаноле с учетом клинической формы заболевания.

Материал и методы исследования. Медифоксом пролечены 194 больных чесоткой: опытная группа (ОГ) (0,8 % концентрация) – 102 больных, контрольная (КГ) (0,4 %) – 92. Диагноз чесотки подтверждали лабораторно методом дерматоскопии.

Результаты исследования. В КГ и ОГ преобладали пациенты с типичной чесоткой без осложнений (35,9 % и 41,2 %), со скабиозной лимфоплазией (СЛК) (21,7 % и 27,5 %), с типичной чесоткой, осложненной пиодермией, при наличии СЛК (20,6 % и 21,5 %). Реже регистрировалась чесотка, осложненная аллергическим дерматитом (10,9 % и 9,8 %), но всегда в сочетании с пиодермией и СЛК. Выздоровление при лечении 0,8% эмульсией медифокса в сравнении с 0,4% достигнуто у большего числа больных – на 17,4 % (94,6 % против 77,2 %) Интересные данные получены при анализе эффективности обоеих концентраций медифокса с учетом клинической формы чесотки. При типичной чесотке без СЛК выздоровление при использовании 0,8% медифокса достигнуто достоверно в 1,3 раза чаще, чем при 0,4% (95,2 % против 75,7 %). Выздоровление 83,3 % (КГ) и 96,4 % (ОГ) больных типичной чесоткой в сочетании со СЛК 0,4% и 0,8% медифоксом свидетельствует об эффективности обеих концентраций. При лечении больных типичной чесоткой, осложненной пиодермией в сочетании со СЛК, установлено, что выздоровело больных в

1,3 раза больше, чем при использовании 0,4 % концентрации (90,9 % против 68,4 %.). Чесотка, осложненная аллергическим дерматитом, пиодермией в сочетании со СЛК наблюдалась у 20 больных (по 10 в КГ и ОГ). Процент выздоровления в КГ был 80 %, в опытной группе – 90 %, т. е. на 10 % выше.

Вывод. В результате проведенных исследований доказана клиническая эффективность применения 0,8 % перметрина на этаноле при лечении различных клинических форм чесотки. Данный способ терапии позволяет рекомендовать его для широкого применения как в стационарах, так и в амбулаторных условиях.

ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОФИТИЕЙ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ЦИНКА

Х.Р. ХАЛИДОВА, И.Р. РАХИМОВ, Н.М. ИКРАМОВА

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

Актуальность. Наличие вторичного иммунодефицита и дефицит микроэлементов, в частности цинка, могут быть факторами, негативно отражающимися на эффективности терапии дерматофитий, что вызывает необходимость включения препаратов цинка, обладающих антиоксидантными, иммуномодулирующим свойствами

Цель исследования. Изучить эффективность комплексного лечения с включением препарата цинка «Витаци с цинком» на состояние иммунитета (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD25+).

Материал и методы исследования. Обследованы 108 пациентов с различными формами дерматомикозов: 59 больных с трихофитией, 21 – с микроспорией, 19 – с микозом стоп, 3 – с паховой эпидермофитией, 6 – с рубромикозом. Фенотип иммунокомпетентных клеток (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD25+) изучался с помощью моноклональных антител в процессе лечения с включением «Витаци с цинком».

Результаты и обсуждения. Как показали исследования, назначение препарата «Витаци с цинком», способствовало повышению фактически всех иммуно-логических показателей: в достоверных пределах CD3+ до 58,8±0,31 %, CD4+ – до 36,1±0,65 %, CD20-лимфоцитов – до 26,3±0,35 %, Ig G и M, фагоцитарной активности нейтрофилов (ФИ – 51,5±0,35 %, ФЧ – 4,3±0,09).

Вывод. Включение препарата «Витаци с цинком» в терапию дерматофитий способствует обогащению макроорганизма цинком, предотвращению образования свободных радикалов, катализированию биохимических реакций, регуляции клеточного обмена веществ и, соответственно, улучшению работы иммунокомпетентных клеток в результате позитивной коррекции клеточного, гуморального, иммунного ответов, взаимодействие которых является взаимообусловленным и взаимосвязанным.

МОХОВ КАСАЛЛИГИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРНИНГ АНИҚЛАНИШИ ГЕОГРАФИК ҲУДУДГА БОҒЛИҚМИ?

Э.Х. ЭШБОЕВ, Х.Р. БАБАЖАНОВ

РИДВ ва КИАТМ, ТТА

Мохов (лепра) касаллиги юқумли бўлиши билан бир қаторда тарқалиши жиҳатидан эндемик ҳам ҳисобланади. Чунки маълум ҳудуд аҳолиси орасида қайд қилиниши мумкин (Дуйко В.В, 2009).

Касалликнинг наслийлиги борасида тортишувлар ҳамон давом этмоқда. Аммо айрим олимлар мохов касаллигини юқтириб олиш аксарият ҳолларда HLA-DR3, DR2, DQ1 антигенлари билан ассоциаланган (Сароянц Л.В., 2011) дейишади. Иккинчи гуруҳ олимлар қон гуруҳининг ҳам аҳамияти бор деган фикрдалар. Масалан, ватандошимиз Ч.А. Абдиров ва б.(1996) I-гуруҳ қон гуруҳига эга одамлар нисбатан касалликка кўпроқ чалинади, дейишади. Баъзилари эса инсоннинг миллатининг ҳам аҳамияти тўғрисида айтиб ўтишган (Косимов А.М., 2005). Хўш одамлар яшайдиган географик ҳудуднинг, об-ҳаво

ва иқлимнингчи?, роли борми, – деган савол туғилади. Хоразм вилояти Республикамизнинг шимолий, аксинча Сурхондарё вилояти эса жанубий қисмида жойлашган. Икки ҳудуднинг оралиғи минг километрдан узоқ, аммо уларни битта Амударё кесиб ўтади.

Мохов касаллигига чалинган беморларнинг сони бўйича рўйхатларда Қорақалпоғистондан кейин, иккинчи ўринда Хоразм, учинчи ўринда эса Сурхондарё вилояти туради. Ушбу ҳудудларда мохов касаллигининг эндемик ўчоқларининг миқдори, қолаверса, касалликнинг аниқланиш даражаси бошқа вилоятларга қараганда анча юқорилигининг маъноси нимада? Ушуб фикр ва мулоҳазаларга таянган ҳолда Хоразм ва Сурхондарё вилоятларида аниқланган мохов касаллигининг ўзига хос эпидемиологик хусусиятларининг қиёсий баҳосини ўрганишни мақсад қилиб қўйдик.

Вилоятларнинг ҳудудий жойлашиши, аҳолисининг сони ва йиллик иқлими қуйидагича:

Сурхондарё вилоятининг ер майдони 20,1 минг км^2, аҳолиси – 2,6 млн. Аксинча Хоразм вилоятининг ер майдони Сурхондарёдан 3 баравар кичик ва 6,1 км^2 ташкил қилади, аҳолиси ҳам 1,8 млн. бўлиб, деярли 1 млн.га кам. Хоразм вилояти ясси текислик чўл зонада жойлашган бўлиб, воҳанинг ғарбий қисмида, ўртача 100 м. баландликда жойлашган. Рельефи паст текисликдан иборат. Аҳолиси асосан ўзбеклар (96,3 %), шунингдек туркман, рус, қозоқ, татар, корейс, қорақалпоқ ва бошқа миллат вакиллари яшайди. Аҳолининг ўртача зичлиги 1 км^2 га 231, 6 киши.

Сурхондарё вилояти рельфи асосан тоғ ва текисликлардан иборат, шимолдан жанубга қияланиб кенгайиб боради. Тоғлардан оқиб тушадиган кўпдан-кўп дарё ва сойлар дара ҳосил қилган.

Ҳисор тизмаси (энг баланд жойи – 4643 м) ва унинг тармоқлари (Бойсунтоғ, Боботоғ, Кўхитангтоғ) билан ўралган. Тоғлар билан текислик орасида адир ва тоғолди зонаси жойлашган. Тоғлар шимолий совуқ ҳаво оқимларини тўсиб туриши натижасида субтропик ўсимликлар ўстириш учун қулай иқлим шароит вужудга келган. Ғарбий, Жанубий-ғарбий ва шимолий-шарқий шамоллар кўп эсади. Вилоятнинг асосий сув артериялари – Сурхондарё ва Шерободдарё ҳамда уларнинг ирмоқлари ҳисобланади. Аҳолиси, асосан ўзбеклар, шунингдек, тожик, рус, туркман, қозоқ ва бошқа миллат вакиллари ҳам яшайди. Аҳолисининг ўртача зичлиги 1 км^2 – 93,3 киши. Аммо Хоразмда моховга чалинганлар сони – 130 та ва сурхондарёликлардан (82 та) 48 тага кўп. Умумий аҳолининг зичлиги 1 км^{2}га Хоразмда 2,5 баровар кўп (231,6:93,3).

Ушбу маълумотлар асосида битта ишончли фикрга келиш мумкин. Демак, аҳолининг зичлиги ҳамда ер майдонининг кенглиги ёки кичиклигининг аҳамияти катта. Аҳоли қанча зич жойлашса, касаллик шунча кўп, ер майдони қанча катта бўлса, беморлар шунча кам бўлар экан. Лекин беморларнинг йилма-йил аниқланиш динамикаси деярли бир хил. Иккала вилоятда ҳам асосий аниқланган беморлар сони 1930–1970 йилларга тўғри келади.

Шундай қилиб, тоғли ҳудудми ёки ясси текислик чўл ҳудудими хасталик ўчоқларининг пайдо бўлишида вилоятларнинг географик жойлашишининг аҳамияти йўқ, лекин аҳоли миграциясининг роли катта экан. Аммо миграциянинг бу даражалик юқори бўлишида беморлар 10–20 йиллаб, баъзан бир умр даволанган маскан моховхоналарнинг ҳам ўзига хос аҳамияти бўлган. Бу кўринмас боғлиқлик биз орадан салкам 90 йил ўтганидан сўнг биринчи бор тиббиёт оламига маълум қилмоқдамиз. Юқорида таъкидлаганимиздек тутқинликда узоқ йиллаб ушланган беморлар армияси (Собиқ Иттифоқда жами 12–13 минг бемор аниқланган) йиллаб бир лепрозориядан иккинчи, ҳатто учинчи лепрозорияларга қўчиб юрган. Оила қуришган кейинчалик ўзларига маъқул жойларга кўчиб кетишган. Бир қисми моховхоналарда ўлиб кетишган.

Касалликнинг камконтогиоз эканлиги биз берган узоқ йиллик маълумотлардан кўриниб турибди. Хасталик аксарият ҳолларда оилада (хоразмликларнинг – 48,5 %, сурхондарёликларнинг – 43,8 %) юқишини аниқ далиллар билан исботлаб бердик.

ХОРАЗМ ВА СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТЛАРИДА МОХОВ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ МИЛЛАТИ БЎЙИЧА ТАҲЛИЛИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, Х.Р. БАБАЖАНОВ

РИДВ ва КИАТМ, ТТА

Тарихдан маълумки, қадимдан ҳар бир давлатнинг ўзининг тили, миллати ва яшаш жойларга эга бўлган. Шунинг учун ҳам беморларнинг миллатига асосланиб уларни қаерлардан келганлигини ёки туб аҳоли вакили эканлигини фарқлаш мумкин.

Бизнинг изланишларимиздан маълум бўлдики, Хоразм вилояти ҳудудидан аниқланган беморларнинг 23 (17,7 %) ни – қорақалпоқлар, 16 (12,3 %) ни – қозоқлар, 4 (3,1 %) ни – эронийлар, 3 (2,3 %) ни – туркманлар, 2 (1,5 %)ни – татарлар ва ниҳоят 1 тадан (0,8 %) – озорбойжон ва корейслар ташкил қилган. Маҳаллий халқ вакиллари, яъни ўзбеклар 80 (61,5 %) дан иборат бўлган. Аралаш бошқа миллат вакиллари эса 50 (37,8 %)ни ташкил қилган. Худди шундай изланишларимизда сурхондарёлик беморнинг – 49 (59,7 %)ни – ўзбеклар, яъни маҳаллий халқ вакилларидан иборат бўлган бўлса, – тожиклар – 31 та (37,9 %), афғон ва руслар – 1 тадан (1,2 %) ни ташкил қилган холос. Аралаш бошқа миллат вакиллари – 33 (40,2 %)ни кўрсатган.

Шундай қилиб икки вилоятда аниқланган беморларни миллати жиҳатидан таҳлил қилганимизда бу ҳудудларга тегишли бўлган касалликнинг ўзига хос эпидемиологик хусусиятларини аниқлашга муваффақ бўлдик. Дарҳақиқат, Хоразм вилоятида хасталикнинг пайдо бўлишида аҳоли миграциясининг роли катта бўлган. Айниқса, Собиқ Иттифоқ давридан мохов касаллигининг жуда катта эндемик ўчоғи ҳисобланган Қорақалпоғистон Республикасидан ижтимоий ва иқтисодий шароитларни ҳисобга олган ҳолда вилоятга кўчиб келишган. Булар асосан қорақалпоқлар (17,7 %) ва қозоқлардир (12,3 %). Эронийлар Хоразмшох давридан олиб келинган бўлсада (3,1 %), эндиликда улар маҳаллийлашиб кетган. Туркманлар ҳам (2,3 %) ерлик бўлиб кетишган. Лекин корейс, озарбайжон ва татарлар миграция туфайли келиб қолишган. Хоразм вилоятидан аниқланган жами беморларнинг – 37,8 % ни аралаш миллат вакиллари ташкил қилишининг ўзи ҳам бизга касаллик ўчоқларининг пайдо бўлишида ташқаридан келган беморларнинг ҳиссаси катта бўлганлигини кўрсатиб турибди.

Шу тарзда Сурхондарё вилоятида олиб борган изланишларимиз натижаси жуда яққол кўзга ташланади. Аниқланган умумий беморларнинг – 40,2 %ни бошқа миллат вакиллари, яъни тожиклар – 37,9 %, афғон ва руслар – 2,4 %ни ташкил қилди. Вилоятнинг бу ҳудудларида касаллик ўчоқларининг юзага келиши тўғридан-тўғри миграция билан демоқчимизки, чегарадош Тожикистон Республикаси билан боғлиқ бўлган.

EFFECT ON SKIN MOISTURE LEVEL AFTER THE IMPACT WITH WATER AND EMOLLIENTS APPLICATION

A.F.S.F. JAMDAR[1], E.D. SOROKINA[1], N.V. DEEVA[1], I.G. SERGEEVA[1], A.I. YAKUBOVICH[2]

Novosibirsk state university[1];
[2]Irkutsk state medical university[2]

The level of the skin hydration characterizes the skin barrier function in direct ratio. Corneometry is one of the non-invasive methods for assessing the level of skin moisture, which demonstrates the change in the state of the skin barrier function in real time.

The aim of the study was to assess the effect of water and the emollient application on the moisture level of the skin of the dorsum hand in adults within 90 minutes after application using corneometry.

Materials and methods. A total of 50 healthy volunteers (32 females and 18 males), aged from 18 to 35 years, were studied during winter-spring period. The inclusion criterion was the absence of dermatoses. The exclusion criterion was the use of topical moisturizers at the time of the study. The emollient in the form of lotion which included filaggrin derivatives, pre-ceramides, vitamin B3 and panthenol was applied at dorsum of hand after contact with water. Skin hydration was measured in both control and study areas with corneometry using the apparatus «Soft plus» (Callegari, Italy) before and immediately after contact with water, 2, 30 and 90 minutes after applying the emollient.

Results. The moisture level of the skin before contact with water was 23 cu, after contact with water – 22 cu. The skin hydration level reached its maximum value 2 minutes after applying the emollient (100 cu), after 30 minutes the level of skin hydration was 2.3 times less than maximum level, after 90 minutes it amounted to 37,5 cu.

In the control zone corneometry indicators before contact with water reached 23 cu. The moisture level decreased from 27 (after contact with water) to 20 cu within 90 minutes. The minimum level of skin hydration (14 cu) was noticed 2 minutes after contact with water.

Conclusion. Corneometry allows assessing objectively the change in the level of the skin hydration. The moisture level of the skin after contact with water reaches its maximum values 2 minutes after applying the emollient, following by a gradual decrease within 90 minutes after the application of the emollient but exceeding the initial values. In the absence of application of the emollient, the level of skin moisture decreased gradually after contact with water within 90 minutes.

USING OF CARBON PEELING FOR ACNE

I.A. VAISOV, M.Kh. KHUDAYANAZAROVA, F.Kh. ABBASKHANOVA, I.I. KHALITOV

Tashkent medical academy

Acne is a disease of the sebaceous glands characterized by blockage and inflammation of the hair follicles. Carbon (carbon) peeling is a modern method of cleansing and rejuvenating the skin. The nuance of this procedure is a special gel mask, which contains carbon dioxide nanoparticles. The therapeutic effect of the nanogel is based on its ability to penetrate deeply into the layers of the skin, bind epidermal cells, and also attract the remains of sebum and dirt. Laser action, in turn, evaporates dead cells, stimulates the production of collagen and elastin, destroys pathogenic microflora, evens out the color and relief of the skin.

Purpose of the study. To study the effectiveness of carbon peeling in patients with acne.

Material and research methods. The study included 40 patients with acne aged 16 to 36years (26 – female, 10 – male). The patients were divided into 2 groups (20 people each). The first group received traditional therapy, which included antibiotics, erythromycin-zinc complex, retinoids, and topical cream with azelaic acid. The second group of patients, in addition to traditional therapy, was also prescribed carbon peeling once every 2 weeks in a course of 4–5 procedures. Clinical efficacy was assessed using the JANUS II diagnostic platform.

The results of the study showed that in the first group of 20 patients, clinical improvement was observed in 17 patients (73,0 %), and in the second group, this indicator was 86.0 %, that is, out of 20 patients, clinical recovery was observed in 18.

Conclusions. Thus, the use of carbon peeling in patients with acne leads to a faster resolution of inflammatory elements and normalization of the function of the sebaceous hair follicle.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХЛОАЗМЫ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ

И.А. ВАИСОВ, М.Х. ХУДАЙНАЗАРОВА, Ф.Х. АББАСХОНОВА

Клиника «М шифо»; Ташкенская медицинская академия

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность 72 % геля азелаиновой кислоты при лечении хлоазмы у женщин в период лактации

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 36 женщин в возрасте 20–38 лет с нормально протекающей лактацией. Пациентки обратились в весенне-летний период с жалобами на очаговую гиперпигментацию кожи лица, подбородка, лба, и носа. На основе дерматоскопии и с помощью диагностического аппарата JANUS II всем был установлен диагноз «хлоазма». Для местного лечения все пациентки 2 раза в день в течение 5 месяцев на гиперпигментированные участки кожи тонким слоем наносили 72 % гель азелаиновой кислоты. Результат лечения оценивали с учетам субьективной оценки самих пациенток, структуры исследуемой группы в зависимости от клинической эффективности, процента случаев нежелательных явлений. Для выявления возможных общетоксических эффектов лечения анализировали результаты печеночных проб, общего анализа крови, коагулограммы.

Результаты исследования. Выявлена положительная динамика субьективной оценки пациентками результатов лечения и клинической эффективности лечения. За 5 месяцев лечения терапевтическая эффективность зарегистрирована в 94,5–96,7 % случаев: Пигментные пятна исчезали, бледнели, уменьшались в размере, нормализовалась текстура кожи. Показатели печеночных проб, общего анализа крови, коагулограммы в ходе лечения находились в пределах нормы.

Вывод. Местное применение 72% геля азелаиновой кислоты 2 раза в день в течение 5 месяцев является эффективным и безопасным методом лечении хлоазмы у женщин в период лактации.

ТРИХОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИКИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Ф.М. МЕНГ[1], А.И. ЯКУБОВИЧ[2]

ООО «Клиника эстетической медицины»[1];
ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»[2], г. Иркутск, Россия

Заболевания волос представляют собой важную медико-социальную проблему, связанную с широкой их распространенностью и значительным влиянием на качество жизни человека. По отдельным сведениям в структуре обращаемости за медицинской помощью заболевания волос составляют до 8 %, причем количество первичных обращений в последние годы увеличивается. Однако истинная распространенность заболеваний волос гораздо выше, так как значительное число больных не обращаются за медицинской помощью. По данным проведенных исследований до 80 % россиян недовольны состоянием своих волос, распространенность се-

бореи и себорейного дерматита достигает 83 %, а с возрастом с проблемой повышенного выпадения волос сталкиваются 96 % мужчин и 79 % женщин.

В деятельность Клиники эстетической медицины специализированный трихологический прием был внедрен в 2013 году. За период с июня 2013 года по июнь 2020 года обратилось более 5,5 тысяч пациентов. 75,2 % составляли женщины и 24,8 % мужчины, наиболее многочисленной была возрастная группа от 35 до 55 лет. По нозологическим формам структура выглядела следующим образом: андрогенная алопеция (L64) – 33,7 %; себорейный дерматит (L21) – 25,3 % и другая нерубцующая потеря волос (L65) – 23,9 %. Гнездная алопеция (L63) составила 17,1 % в общей структуре трихологической патологии. Всем пациентам проводились необходимые лабораторные обследования и трихоскопическое исследование (при помощи трихоскопа ARAMO SG с 60- и 200-кратным увеличением линзы, обработка результатов исследований проводилась с помощью специализированной компьютерной программы TrihoSciencеProv.1.1.). Терапия включала системное и наружное медикаментозное лечение, физиотерапевтические методы. У 42,2 % пациентов отмечался регресс кожного процесса, в 39,9 % случаев удалось добиться стойкой ремиссии. В 17,9 % случаев пациенты самостоятельно прекратили лечение или не удалось провести дальнейшее клиническое наблюдение.

Таким образом, в современных условиях проблема заболеваний волос и оказание трихологической помощи имеют особую значимость.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЭСТЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Ф.М. МЕНГ[1], А.И. ЯКУБОВИЧ[2]

ООО «Клиника эстетической медицины»[1];
ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет[2]

Актуальность. Коррекция возрастных изменений обусловлена возрастающим спросом на услуги пластической хирургии и необходимостью сокращения сроков послеоперационной реабилитации, включая психологическую.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности комплексного подхода к коррекции возрастных изменений (косметологического и хирургического).

Материал и методы исследования. Работа была проведена на базе Клиники эстетической медицины г. Иркутска с июля 2013 г. по июль 2018 г. (5-летний период). Под наблюдением находились 135 пациентов, из которых 95 % составили женщины, возраст варьировал от 18 до 64 лет. Исследование включало: первичный осмотр (косметолога, пластического хирурга); подготовку к хирургической коррекции (курс фракционного неаблятивного ремоделирования кожи 1 раз в 4 недели, № 2–4; биоревитализация 1 раз в 2 недели № 4–6; плацентарная терапия – 6,0 внутривенно капельно 2 раза в неделю № 10); проведение пластической операции; проведение послеоперационного реабилитационного курса (со 2–5 суток курс микротоковой терапии 30 минут ежедневно или через день № 6–10, с 14 суток – курс аутологичной плазмой 1 раз в 7 дней № 4–6, курс фракционного неаблятивного ремоделирования кожи 1 раз в 4 недели, № 4–6; плацентарная терапия – 6,0 внутривенно капельно 2 раза в неделю № 10; ботулинотерапия – по показаниям). Критерии оценки состояния пациентов: классификация Hamilton, шкала Lemperle, опросник по оценке уровня удовлетворенности пациентов. Критерии оценки состояния пациентов в послеоперационном периоде: общее состояние, объективный статус (состояние послеоперационных швов, регресс отечности, гематом); субъективный статус (болевые ощущения, дискомфорт); психологическое состояние. Сформированы 3 группы пациентов: с проведением хирургической коррекции; с проведением хирургической коррекции и послеоперационной реабилитации; с проведением хирургической коррекции с предоперационной подготовкой и послеоперационной реабилитацией.

Результаты исследования. Только хирургическая коррекция была проведена в 33,3 % случаев, операция с послеоперационным реабилитационным курсом – в 18,5 %, у 48,2 % пациенток была проведена предоперационная подготовка и послеоперационная реабилитация. Выраженность послеоперационных явлений в группе без проведения реабилитации

была в 1,5 раза выше, чем в группе пациентов, получивших послеоперационный реабилитационный курс. Клиническая эффективность комплексной коррекции, включая психологическую и уровень удовлетворенности пациентов, была максимальной в группе с подготовкой и реабилитацией, в 1,24 раза превышая показатели в группе изолированной хирургической коррекции.

Вывод. Проведенная работа показывает преимущество комплексного подхода к эстетической коррекции как по клиническим параметрам оценки эффективности, так и по уровню удовлетворенности пациентов.

ХИМИЧЕСКИЙ ПИЛИНГ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХЛОАЗМЫ У ЛИЦ С РАЗНЫМИ ФОТОТИПАМИ КОЖИ

М.Х. МИРЗОЕВА, А.А. ХУСАЙНОВ, К.М. МУХАМАДИЕВА

Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности гликолевого пилинга в коррекции хлоазмы у лиц с разными фототипами кожи.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 75 пациентов с хлоазмой (47 женщин и 28 мужчин) в возрасте 19–32 лет. В исследование не включались лица с соматическими заболеваниями в стадии обострения и декомпенсации. Фототип определяли по классификации Фицпатрика (1975г), тип хлоазмы оценивали люминисцентным методом, выраженность пигментации – при помощи индекса MASI (Melasma Area and Severity Index). С целью химического пилинга применялась 70% гликолевая кислота. Эффективность проведенной терапии оценивали через 3 месяца после лечения.

Результаты исследования. У 32 (42,7 %) больных наблюдался II фототип кожи, у 43 (57,3 %) – III фототип. У 19 (59,4 %) больных с II фототипом кожи выявлен эпидермальный тип хлоазмы, у 13 (40,6 %) – дермальный. У больных с III фототипом кожи в 24 (55,8 %) случаях выявлен смешанный, в 10 (23,3 %) – дермальный, в 9 (20,9 %) – эпидермальный тип хлоазмы. Исходное значение индекса MASI составило 6,19 ± 1,16 балла. Через месяц после проведения химического пилинга у 17 (53,1 %) больных с II фототипом кожи и эпидермальным типом хлоазмы наблюдалось наиболее значимое снижение индекса MASI, который уменьшился в 1,8 раза по сравнению с исходным показателем (3,52 ± 1,16 и 6,19 ± 1,16 балла соответственно). При этом у остальных 15 (46,9 %) больных наблюдалось незначительное улучшение в виде снижения индекса MASI с 6,19 ± 1,16 до 5,63 ± 1,16 балла. Среди больных с III фототипом кожи у 9 (20,9 %) больных с эпидермальным типом хлоазмы индекса MASI снизился с 16,8 ± 0,4 до 8,3 ± 0,8 балла, т. е. в 2,0 раза. При этом у 5 (11,6 %) больных с дермальным типом хлоазмы индекс MASI снизился в 1,3 раза, а среди больных со смешанным типом улучшения не наблюдалось.

Вывод. Химический пилинг гликолевой кислотой наиболее эффективен при эпидермальном типе хлоазмы, причем при II фототипе кожи его эффективность выше в 2,5 раза, чем при III фототипе (53,1 % против 20,9 %).

ПРИМЕНЕНИЕ ИНЪЕКЦИЙ БОТУЛОТОКСИНА NEURONOX® В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ (ОБЗОР)

***С.Р. МУМИНОВА*[1], *Г.И. ШАМСИЕВА*[2], *Б. ХАДЖАХАНОВ*[2], *Е.В. ЛИГАЙ*[1], *И.В. УХВАТОВА*[1]**

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
***ООО «Skin Aesthetic»*[2]**

Инъекция ботулинического токсина для лечения морщин на лице – одна из самых распространенных процедур в косметологии. В косметологии токсин применяется для разглаживания существующих мимических морщин и профилактики появления новых морщин. Как известно, морщины образуются в результате атрофии дермы и повторяющегося сокращения подлежащей лицевой мускулатуры. Ботулинический токсин – это мощный нейротоксин, который подавляет высвобождение ацетилхолина в нервно-мышечном соединении. Инъекция небольшого количества ботулотоксина в определенные сверхактивные мышцы вызывает локальное расслабление мышц, которое разглаживает кожу и уменьшает морщины. Эффекты ботулотоксина полностью развиваются примерно через две недели и длятся от трех до шести месяцев. Механизм действия ботулотоксина заключается в пресинаптической блокаде транспортных белков, обеспечивающих транспорт везикул ацетилхолина через кальциевые каналы нервной терминали периферического холинергического синапса с последующим выбросом ацетилхолина в синаптическую щель. Ацетилхолин является медиатором в синапсах парасимпатической нервной системы, некоторых синапсах ЦНС, в соматических двигательных и преганглионарных симпатических нервных окончаниях. Ботулотоксин типа А (БТА) блокирует SNAP-25, самый активный транспортный белок. Расщепленный SNAP 25 не может образовать комплекс SNARE – специальный транспортный протеин под общим названием SNARE, в состав которого входят три транспортных белка: 1) везикуло-ассоциированный мембранный протеин (VAMP), или синаптобревин; 2) синаптосомально-ассоциированный протеин с молекулярным весом 25 кДа (SNAP-25); 3) синтаксин. Следовательно, везикула не может выделять ацетилхолин, чтобы инициировать сокращение мышц. На сегодняшний день в косметологической практике используют ботулотоксины под разными торговыми названиями: Botox® (onabotulinum toxin A, Allergan, Inc., Irvine, CA, USA); Neuronox® (onabotulinum toxin A), Medytox, Korea; Dysport® (abobotulinum toxin A, Medicis Pharmaceuticals Corp., Scottsdale, AZ, USA) и Xeomin® (incobotulinum toxin A, Merz, Frankfurt, Germany).

Ботулинический токсин Neuronox® зарегистрирован более чем в 30 странах, включая Корею, Бразилию, Индию, Гонконг, Украину, Таиланд и Мексику. В настоящее время он находится в процессе регистрации еще в 30 странах. Производитель Neuronox – Medytox, Korea является производителем, который создает высококачественный штамм токсина, наиболее подходящий для использования в лечении. Результаты исследований (Trindade de Almeida AD et al., 2007) показывают, что при коррекции мимических морщин ботулотоксином Neuronox® отмечено прогрессирующее уменьшение глубины морщин. Наблюдалась высокая лечебная эффективность препарата Neuronox® при коррекции мимических морщин лба и межбровной области. Средняя продолжительность действия Neuronox® составляет 4 месяца. При этом Neuronox® показал несколько большую выраженность и длительность релаксирующего действия. Также пациенты отмечали хорошую переносимость после инъекции Neuronox®. Практически все постинъекционные реакции носили характер легких и проходили самостоятельно.

Полученные результаты исследований позволяют терапевтическое использование ботулинического токсина Neuronox® в эстетической медицине.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ САМООТНОШЕНИЯ

Н.Н. НИКОЛАЕВА[1], Т.А. ТЕРЕХОВА[2], А.И. ЯКУБОВИЧ[1]

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

Актуальность. Как известно, за внешними причинами обращения пациентов к косметологу (морщины, складки, пигментация и т.д.) скрываются нередко психологические проблемы. Прежде всего, проблема отношения личности к себе (самоотношение). Психика и сома неразрывно связаны между собой, соответственно при составлении плана коррекции врач-косметолог должен учитывать не только особенности внешности пациента, но и особенности его личности, в связи с чем становится актуальным изучение проблемы самоотношения пациентов косметологического профиля.

Цель исследования. Изучить уровень самоотношения пациентов косметологического профиля.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 71 женщин, которые обратились к косметологу по поводу признаков инволюционных изменений кожи и мягких тканей лица. В выборку вошли пациентки в возрасте от 26 до 52 лет, средний возраст составил 36,6±2,21 лет. В ходе проведения исследовательской работы была использована методика самоотношения личности В.В. Столина, С.Р. Пантелеева. В концепции В.В. Столина самоотношение имеет иерархическую организацию, где можно выделить три уровня: уровень глобального самоотношения, уровень функциональных блоков (самоуважение, аутосимпатия, самоинтерес и ожидание отношения к себе) и уровень конкретных действий в отношении своего «Я». При этом 40–45 баллов соответствуют заниженному уровню самоотношения; 45–55 баллов – среднестатистической норме (человек адекватно себя воспринимает и правильно оценивает свое поведение); 55–70 баллов – завышенному уровню самоотношения. Для оценки значимости различий в группах (1 группа – пациенты моложе 40 лет; 2 группа – пациенты старше 40 лет) применяли параметрический t-критерий Стьюдента. При $p<0,05$ различия считались статистически значимыми.

Результаты исследования. У всех участниц исследования ($n=70$) наблюдалось неадекватное отношение к себе. Анализ данных опросника самоотношения не выявил среднестатистической нормы (45–55 баллов), причем по всем трем уровням (1 – глобальное самоотношение, 2 – самоотношение, дифференцированное по самоуважению, аутосимпатии, самоинтересу, ожиданиям отношения к себе, 3 – конкретных действий в отношении к своему «Я»). Результаты теста-опросника самоотношения были либо выше, либо ниже уровня адекватного отношения к себе, что подтверждает наше предположение, что женщины, обратившиеся к косметологу, имеют неадекватное отношение к себе. Однако выявлены статистически значимые различия по всем шкалам опросника самоотношения между участницами первой и второй групп ($p<0,05$). Для женщин моложе 40 лет характерны более высокие показатели по следующим шкалам: интегральная шкала, самоуважение, аутосимпатия, самоинтерес, самоуверенность, отношение других, самопринятие, саморуководство, самоинтерес, самопонимание ($p<0,05$).

Вывод. В результате исследования уровня самотношения у пациентов косметологического профиля выявлено неадекватное отношение личности к себе (завышенный или заниженный уровень самоотношения), особенно у пациентов старше 40 лет ($p<0,05$). Полученные данные подтверждают необходимость проведения данным пациентам психологического консультирования наряду с косметологической коррекцией инволюционных изменений кожи и мягких тканей лица. Комплексный подход, включающий психологическую коррекцию уровня самоотношения, а также косметологические процедуры, в целом повысит эффективность косметологической помощи и улучшит качество жизни пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ПИКОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА 1064НМ (PICOWAY CANDELA) В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ

У.Ю. САБИРОВ, Б.А. ТОИРОВ, Б.У. НАЗАРОВА, С.Р. МУМИНОВА, Н.Б. ХОДЖАЕВА

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

Актуальность. Как известно, мелазма (хлоазма) является самым распространенным расстройством пигментации кожи, которое встречается в 95 % случаев у женщин и развивается преимущественно во время беременности, у мужчин выявляется в 20–30 % случаев. Мелазма часто встречается у лиц азиатского происхождения с темным фототипом кожи по Фитцпатрику, что обусловливает актуальность данной проблемы у населения Узбекистана. Данное нарушение пигментации является косметической проблемой, которая зачастую причиняет большие эмоциональные страдания. Существующие в настоящее время методы терапии мелазмы имеют низкую эффективность или же заболевание рецидивирует спустя некоторое время. Традиционные подходы к терапии мелазмы заключаются в использовании химических пилингов и наружных средств, но из-за стойкого и рецидивирующего характера мелазмы часто используются альтернативные методы лечения, такие как лазерное лечение.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности и безопасности пикосекундного лазера 1064нм (Picoway) в лечении мелазмы.

Материал и методы исследования. Обследованы 26 пациенток с мелазмой в возрасте от 21 до 56 лет, которым была проведена лазеротерапия Picoway. Давность заболевания составила у 4 (15,3 %) пациенток до 1 года, у 9 (34,6 %) – от 1 до 5 лет и 13 (50 %) пациенток отмечали длительность заболевания более 5 лет. 22 (84,6) пациентки в анамнезе получали лечение наружными средствами, содержащими вещества, блокирующие образование меланина, а также курс химических пилингов, от которых отмечали временный и незначительный эффект. При определении фототипа кожи пациенток по Фитцпатрику было отмечено, что основная часть больных – 22 (84,6 %) имела темный фототип кожи (III и IV тип). По клинической форме заболевания у 9 (34,6 %) пациенток отмечалась малярная форма мелазмы, то есть основные очаги поражения кожи локализовались в области щек и носа; у 11 (42,3 %) – центрофациальная, когда пигментные пятна располагались в области лба, носа, верхней губы, подбородка, и у 6 (23,1 %) пятна мелазмы поражали дугу нижней челюсти – мандибулярная мелазма.

Результаты исследования. эффективность применения пикосекундного лазера 1064нм Picoway оценивалась с помощью LED-светодиодов аппарата Antera 3D™, освещающих обследуемый участок с помощью лучей света с разной длиной волны. В среднем кратность процедур составила 5–6. В результате видеосканирования очагов гиперпигментации была определена степень выраженности пигментных пятен у пациентов с мелазмой. У 18 (69,2 %) пациентов уровень меланина до лечения в среднем составил 89,3 %. После воздействия на кожу пикосекундного лазера произошло снижение уровня меланина в 2,3 раза по сравнению до начала лечения лазером, что клинически выражалось в гипо- и депигментации очагов поражения. Наилучшие результаты наблюдались у пациентов с центрофациальной формой мелазмы, уровень меланина при вилеосканировании снизился на 55,7 %. После лазерной терапии пикосекундным лазером 1064нм отмечалось значительное улучшение клинических проявлений мелазмы у больных.

Вывод. Учитывая, что эффект от лечения мелазмы достигается медленно и полного избавления от мелазмы удается добиться лишь незначительно, применение пикосекундного лазера дает весьма обнадеживающие результаты.

СОЧЕТАНИЕ SMAS-ЛИФТИНГА С БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЕЙ ПРИ ФОТОСТАРЕНИИ КОЖИ ЛИЦА, ШЕИ И ЗОНЫ ДЕКОЛЬТЕ

У.Ю. САБИРОВ, Ф.В. АЗИМОВА, Б.А. ТОИРОВ, М.А. НАЗАРОВА, Е.В. КАЛЕНДАРЕВА

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

Актуальность Высокоинтенсивный сфокусированный ультразвуковой SMAS-лифтинг – это глубокий лифтинг лица, который подразумевает не поверхностную подтяжку кожи, а работу с лежащими под ней слоями мягких тканей. В ходе процесса начинается сокращение белковой соединительной ткани, запускается синтез коллагена и эластина, улучшается кровообращение и происходит лифтинг кожи.

Биоревитализация кожи – одна из самых эффективных методик для профилактики фотостарения, улучшения тонуса кожи, ее цвета, эластичности, а также разглаживания мелких морщин.

Цель исследования. Изучить эффективность сочетания процедуры Smas-лифтинга и биоревитализации при фотостарении кожи лица, шеи и зоны декольте.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 10 пациенток (100 %) с признаками фотостарения в возрасте от 30 до 45 лет. Данной группе пациенток была проведена процедура SMAS-лифтинга (Ultraformer III) в сочетании с биоревитализацией «Aquashine». Сочетание двух методик проводилось на всех участках кожи, подверженных воздействию солнечных лучей (лицо, шея, зона декольте). Процедура SMAS-лифтинга проводились 2 раза с интервалом в два месяца, между которыми проводились 4 процедуры биоревитализации с интервалом в две недели раз.

Результаты исследования. От сочетания двух методик эффект был виден сразу в виде полного разглаживания мимических морщин. Все пациентки отметили эффект лифтинга кожи лица, шеи, зоны декольте. Улучшился цвет кожи, уменьшилась глубина крупных морщин. При сочетании двух методик побочных эффектов не отмечалось.

Вывод. Сочетание SMAS-лифтинга с биоревитализацией при фотостарении кожи лица, шеи и зоны декольте позволяет достичь наибольшего терапевтического и косметологического эффекта в виде мгновенного лифтинга кожи. При этом выровнивает ее рельеф, устраняются морщины, дряблость, кожа выглядила моложе, уменьшается пигментация. Эффект от процедур более продолжителен.

СОДЕРЖАНИЕ

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

ДЕРМАТОЛОГИЯ

Abdullaev M.I., Chemerina Y.C. TREATMENT OF CHILDREN WITH VITILIGO 4

Abduvakhitova I.N., Toxtayev G.Sh., Safarov Kh.Kh., Narziyev J.Sh. THE STUDY OF SOME INDICATORS IN PATIENTS WITH PSORIASIS 4

Аббасханова Ф.Х., Халитов И.И., Нурматова И.Б., Алиев А.Ш. ОСНОВНЫЕ ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ КУПЕРОЗА 5

Абдиева Д.Х. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ В РАЗЛИЧНЫХ ПРИРОДНО-КЛИМАТИЧЕСКИХ ЗОНАХ ТАДЖИКИСТАНА 5

Абдиева Д.Х. БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ 7

Абдиева Д.Х., Хомидов М.Ф. ЛЕЧЕНИЕ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА 7

Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И. К ВОПРОСУ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ 9

Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО 9

Абдужаппаров С.Б., Юлдашев М.А., Алимов Ш.Г. УЛУЧШЕНИЕ (ОПТИМИЗАЦИЯ) КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ ДЕРМАТОЛОГА И ОНКОЛОГА А ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ 10

Абдуллаев М.И., Джураева Д.Н. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ И ЭУБИОЗ КИШЕЧНИКА В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ 11

Абдуллаев М.И., Чемарина Ю.С. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ СЭТТОНА, У ДЕТЕЙ 11

Абдуллаев М.И., Имамов О.С., Асамутдинова Ш.Н. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСОРИАЗА В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ 12

Абдуллаев С.К., Абдурашидов А.А. АТОПИК ДЕРМАТИТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЭНДОГЕН ЗАҲАРЛАНИШ ДАРАЖАСИ 13

Абдуллаев М.И., Асомутдинова Ш.Н. ЎТКИР ЭШАКЕМ 13

Абдурашидов А.А., Алимов Ш.Г. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА CO2 ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИДЕРМАЛЬНЫХ НЕВУСОВ 14

Абдурашидов А.А., Алимов Ш.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУТОЛОГИЧНОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПЛАЗМЫ В СОЧЕТАНИИ С ФРАКЦИОННЫМ ЛАЗЕРОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ 15

Абдурашидов А.А., Арифов С.С. ЭКЗЕМАНИ ПАТОГЕНЕЗИДА ЭНДОГЕН ИНТОКСИКАЦИЯНИ АҲАМИЯТИ 15

Абидова З.М., Исамухамедова С.С. ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ КАК ПРОДРОМ РАКА ЛЕГКИХ 16

Адильгереева М.И., Юлдашев М.А. ИНОЗИН ПРАНОБЕКС В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВУЛЬГАРНЫХ БОРОДАВОК У ДЕТЕЙ 16

Айходжаева М.Б., Рахматов А.Б. ЗНАЧИМОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ 17

Алимов Ш.Г., Юлдашев М.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ CO2 ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ 18

Алимова Ш.А., Булычева Е.В., Юлдашев М.А. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ 20

Арифов С.С. ИССЛЕДОВАНИЕ КАТЕХОЛАМИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 21

Арифов С.С., Арифова М.Х., Нурматова И.Б. СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И СОДЕРЖАНИЯ КАТЕХОЛАМИНОВ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 21

Арифов С.С., Бабаджанов О.А., Нурматова И.Б. ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА RS180079 ГЕНА IL-6 22

Аширов З.Ф., Рахматов А.Б. ВРОЖДЕННЫЙ ИХТИОЗ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА 23

Аширов З.Ф., Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т. СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО ДИСКЕРАТОЗА ДАРЬЕ 23

Бозоров С.С., Мухамадиева К.М., Исматуллоева С.С. ТИПЫ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ 24

Ваисов А.Ш., Мунир Ахмад. ТЕРАПИЯ ВИТИЛИГО МЕТОДОМ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СОБСТВЕННОЙ КОЖИ 24

Ваисов А.Ш., Мунир Ахмад. ПРОБЛЕМА СТИГМАТИЗАЦИИ ВИТИЛИГИНОЗНЫХ ПЯТЕН В СОВРЕМЕННОЙ ИНДИИ 25

Ваисов А.Ш., Парпиева Н.Н., Саипова Н.С., Тохтаев Г.Ш. ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ 25

Валиев А.А. РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ 26

Ганиева Ш.Т. КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 27

Гафури О., Мухамадиева К.М., Исматуллоева С.С., Хомидов М.Ф. СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ 28

Деева Н.В., Якубович А.И., Сергеева И.Г. ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО 28

Джалилов Д.С., Рахматов А.Б., Рахматов Т.П. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ IgE У БОЛЬНЫХ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫМИ КЕРАТОДЕРМИЯМИ 29

Джураева Р.Т., Рахматов А.Б., Медетова Ж.С., Равшанова Д.Т. АДАПАЛЕН В ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИХТИОЗА 29

Дырда Н.И., Абдиева Д.Х., Валиева М.С. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОРОДАВОК У ДЕТЕЙ 30

Екубова М.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УЛКАРИЛА У БОЛЬНЫХ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ 31

Екубова М.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УГРИНОЛА ПРИ РОЗАЦЕА 32

Екубова М.А. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАМЕЛАНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 32

Заторская Н.Ф., Валитова И.В., Гребенюк В.Н., Проскурина М.И., Негашева Е.С. ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ ПО ДАННЫМ ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ГБУЗ «МОСКОВСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ ДЗМ» 33

Ибрагимов О.Д., Солметова М.Н. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОЗОНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 34

Исамухамедова С.С., Абидова З.М., Ганиев Д.А. КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДОКСИЦИКЛИНА И ТАКРОЛИМУСА В ЛЕЧЕНИИ ЗАСТОЙНОГО ДЕРМАТИТА 34

Карабаева И.Т., Рахматов А.Б, Алишева М.Т. ЗНАЧИМОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА Д ПРИ БУЛЛЕЗНОМ ЭПИДЕРМОЛИЗЕ И ИХТИОЗЕ 35

Курбанова Ш.М., Рахматов А.Б., Махмутов Р.Х. КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 36

Мавлянова Ш.З., Икрамова Н.Д. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЖИ У БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ 36

Мавлянова Ш.З., Алимухамедова Ю.А., Исмагилов А.И., Муллаханов Ж.Б., Шукуров И.Б., Бурханов А.У. ЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И АКТИВИЗИРОВАННЫХ КРЕМНИСТЫХ ВОД В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ 37

Мавлянова Ш.З., Мутавалиев М.С., Алимухамедова Ю.А., Исмагилов А.И., Кодирова М.А. К АУТОИММУННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ БОЛЬНЫХ С АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ 38

Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Шукуров И.Б., Яхшиева М., Ж.Б. Муллаханов, Бурханов А.У., Кодирова М.А. КРЕМНИЙ СОДЕРЖАЩИЕ НАРУЖНЫЕ УВЛАЖНЯЮЩИЕ СРЕДСТВА ЛИНИИ «ФАТИДЕРМ» В ЛЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА 38

Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Обидов С., Убайдуллаева З.А., Файзуллаева Н.С., Имамалиев Б.А., Мутавалиев М.С. КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ФИТОМАЗИ У БОЛЬНЫХ С МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ 39

Мавлянова Ш.З., *Есионова Е.В.* ВНУТРИВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 40

Мавлянова Ш.З., *Есионова Е.В., Кодирова М.А.* ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГРЯЗЕВОЙ МАСКИ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 40

Маликова Н.Н., Арифов С.С., Бобоев К.Т. ИССЛЕДОВАНИЯ РОЛИ ПОЛИМОРФИЗМА rs743572 ГЕНА CYP17A1 В ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ АКНЕ 41

Мамарасулов Д.И., Юлдашев М.А. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ 42

Маннанов А.М., Тураева Ф.А. ЭНТЕРОПАТИЧЕСКИЙ АКРОДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ 43

Маннанов А.М., Тураева Ф.А. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИХТИОЗА У ДЕТЕЙ 43

Мирахмедова Х.Т., Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ 44

Мун А.В. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ 44

Муниева С.Х., Артыкова Н.К., Самадзода У.С., Абдулхаков Ш.Х. ПАПИЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ 45

Мухамадиева К.М., Косымов А.М., Шукурова Ф.Ш. ФОТОТИПЫ У БОЛЬНЫХ С РУБЦАМИ КОЖИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ РЕГИОНАХ 46

Набиева Д.Д., Абдуллаев М.И. АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИИ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫХ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ 46

Николаева А.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОНИХОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ 47

Новикова М.С., Кох Н.В., Микаилова Д.А., Якубович А.И., Сергеева И.Г. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАРТИНА КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ МУТАЦИИИ RS558269137 48

Новикова М.С., Кох Н.В., Микаилова Д.А., Якубович А.И., Воронина Е.Н., Сергеева И.Г. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МУТАЦИЙ ГЕНА ФИЛАГГРИНА У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 49

Обидов С.З, Мавлянова Ш.З., Алимухамедова Ю.А., Махсудов М.Р., Мутавалиев М.С. КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ 49

Пчелин И.Ю. ОЦЕНКА ДАННЫХ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ГЕРПЕСА 6-ГО ТИПА 50

Пягай Г.Б., Ибрагимова Н.С. ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, НАБЛЮДАЕМЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ У ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА 51

Расулова Н.А., Коваленко А.А., Рахматов А.Б. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОДОЛОГИИ 52

Рахимов И.Р. РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЙ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 52

Рахимова З.Т., Юлдашев М.А., Хайитбоев Б.Ш. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 53

Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ МИКРОНИХИЙ У БОЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ 54

Рахматов А.Б., Аширов З.Ф., Медетова Ж.С. КАРДИТОН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ 55

Рахматов А.Б., Халдарбеков М.К., Карабаева И.Т. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ В УЗБЕКИСТАНЕ 55

Рахматов А.Б., Турдыев Д.Р., Атаниязов А.Б., Хакимжанов О.А. НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 56

Рахматов А.Б., Джалилов Д.С. СЛУЧАЙ ПОЙКИЛОДЕРМИИ ЯКОБИ 56

Рахматов А.Б., Ташпулатов Н.Д. СЛУЧАЙ СИНДРОМА КИНДЛЕРА 57

Рахматов А.Б., Абдуллаходжаев К.А. ВОПРОСЫ БАЗАЛИОМЫ КОЖИ 58

Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т., Джураева Р.Т. ЭСТЕЗИФИН В ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ 59

Рахматов А.Б., Медетова Ж.С., Равшанова Д.Т., Джураева Р.Т., Алишева М.Т. ПОНЯТИЕ «КОЛЛОИДНЫЙ» РЕБЕНОК 59

Рахматов А.Б., Медетова Ж.С., Равшанова Д.Т., Бердыев Б.Т. СИНДРОМ НЕТЕРТОНА И АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ 60

Рахматов А.Б., Халдарбеков М.К. СЛУЧАЙ СКЛАДЧАТОЙ ПАХИДЕРМИИ 61

Рахматов Т.П., Рахматов А.Б., Нурматова И.Б. АЛГОРИТМ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 61

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Тоиров Б.А., Муминова С.Р. ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ РЕГУЛЯТОРА АПОПТОЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕЛАНОЦИТАРНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 62

Сабиров У.Ю., Тоиров Б.А., Муминова С.Р., Ходжаева М.Б. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРА НА КРАСИТЕЛЯХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГИО-ЭКТАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РОЗАЦЕА 62

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Тоиров Б.А., Ухватова И.В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРА VBEAM В ЛЕЧЕНИИ СТЕРОИДНОЙ РОЗАЦЕА 63

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Тоиров Б.А., Лигай Е.В., Календарёва Е.В. ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРА VBEAM PERFECTA В СОЧЕТАНИИ С ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ РОЗАЦЕА 64

Сабиров У.Ю., Якубов А.А. ЛЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА С УЧЕТОМ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL-10 64

Сабиров У.Ю., Муминова С.Р., Ташпулатов Ш.Ш. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ ВИТИЛИГО. 65

Сабиров У.Ю., Тоиров Б.А., Муминова С.Р. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРА НА КРАСИТЕЛЯХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГИОЭКТАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РОЗАЦЕА. 66

Сабиров У.Ю., Мамадиев А.А., Юлдашев М.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ 66

Сабиров У.Ю., Якубов А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL-10 67

Сабиров У.Ю., Якубов А.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 68

Сабиров У.Ю., Якубов А.А. АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 68

Садиков А.А., Тохтаев Г.Ш., Сафаров Х.Х. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕРМАТОЗОВ У СПОРТСМЕНОВ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА КОЖИ 69

Саиткулов Э.Х. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВАТОЙ ПОЧЕСУХОЙ 70

Солметова М.Н. ВОЗМОЖНОСТИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ 71

Сохибова З.Н., Мухамадиева К.М., Шукурова Ф.Ш. РАСПРЕДЕЛЕИЕ ДНК ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ У БОЛЬНЫХ С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ ПОСТАКНЕ 71

Сохибова З.Н. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БАРЬЕРНОЙ ФУНКЦИИ КОЖИ 72

Ташкенбаева У.А., Сафаров Х.Х., Тохтаев Г.Ш. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ 72

Тохтаев Г.Ш. МИКРОБИОТА КОЖИ У СПОРТСМЕНОВ 73

Усмонзода Х.Д., Эгамова Ш.Б. СИСТЕМА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 74

*Хаитов К.Н., Абидов Х.А., Абидов А.М.*ОСОБЕННОСТИ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ 74

Хаитов К.Н., Абидов Х.А., Каримов Б.Б. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ 75

Хаитов К.Н., Каримов Б.Б., Абидов Х.А. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ 75

Хаитов К.Н., Абидов Х.А., Абидов А.М. ЗНАЧЕНИЕ ТРИГГЕРНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ 76

Хаитов К.Н., Абидов Х.А., Абидов А.М., Каримов Б.Б. НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ 77

Хаитов К.Н., Абидов Х.А., Абидов А.М., Каримов Б.Б. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 77

Хаитов К.Н., Абидов Х.А., Абидов А.М. СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 78

Хаитов К.Н., Абидов Х.А., Абидов А.М. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 78

Хаитов К.Н., Абидов Х.А., Каримов Б.Б. ЭМОЛЕНТЫ В ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 79

Хаитов К.Н., Абидов Х.А., Каримов Б.Б. АЛЛЕРВИЛЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 79

Халдарбеков М.К., Рахматов А.Б. КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СИМПТОМА КОНФЕТТИ 80

Хамидов Ф.Ш., Пулатов Б. КРЕМ «ЛОКАТОП» В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ 81

Хамидов Ф.Ш., Пулатов Б., Хамидова М. ПРЕПАРАТ «ДЕРМАВИТОЛ» В ЛЕЧЕНИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ПРИЧИН 81

Хамидов Ф.Ш., Алиев Л., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Фозилов Ф. КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ В СОЧЕТАНИИ С РАЗЛИЧНЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 82

Хикматов Р.С., Латипов И.И. ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИДА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛИ – МЕЛАНОЦИТАР ТРАНСПЛАНТАЦИЯ 83

Ходжаева С.М., Юсупалиева Д.Б. КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 83

Шадиева К.Д., Ходжаева С.М. ЗНАЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОВ В ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ 84

Алимов Ш.Г., Мамадиев А.А., Юлдашев М.А. ПРИМЕНЕНИЕ УЗКОПОЛОСНОЙ (UVB 311 НМ) ФОТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ 85

ВЕНЕРОЛОГИЯ

Адильгереева М.И. АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ 86

Валиева М.С., Абдиева Д.Х., Дырда Н.И. ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТАС ПРИМЕНЕНИЕМ ЭФИРНОГО МАСЛА ЧАЙНОГО ДЕРЕВА 87

Иноятов А.Ш., Махсудов М.Р., Розиков А.А. ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА NEISSERIA GONORRHOEAE ВА TRIHOMONAS VAGINALISHI ЛАБОРАТОРИЯ ДИАГНОСТИКАСИНИ 2018–2019 ЙИЛЛАР РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ. 87

Мирсаидова М.А., Раджабова Ю.Н. ВЛИЯНИЕ ВИРУСОВ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ МИКРОФЛОРЫ НА ТЕЧЕНИЕ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА 88

Мирсаидова М.А., Раджабова Ю.Н. АУТОИММУННЫЙ КОМПОНЕНТ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА 89

Мирсаидова М.А., Раджабова Ю.Н. ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА 90

Муниева С.Х., Самадзода У.С., Камолова Т.Н., Абдулхаков Ш.Х. ИЗМЕНЕНИЯ НА КОЖЕ ПОСЛЕ ДЕСТРУКЦИЙ ПАПИЛЛОМ 90

Порсохонова Д.Ф., Рахматуллаева С.Н., Росстальная М.Л. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ВУЛЬВОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ 91

Порсохонова Д.Ф., Росстальная М.Л., Рахматуллаева С.Н., Растегаев В.А. НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 92

Порсохонова Д.Ф., Рахматуллаева С.Н. ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПАЦИЕНТОК С ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ 93

Порсохонова Д.Ф., Алимухамедова Ю.А., Мирсаидова М.А. СОСТОЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ 94

Фаттахов Б.Ш. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ОБ ИППП СРЕДИ ОПРЕДЕЛЕННОЙ КАТЕГОРИИ ЛИЦ 95

Халидова Х.Р., Порсохонова Д.Ф. ВИРУСНЫЕ И БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ И ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ 96

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К., Турдиев Ж.Р. γ-ИНТЕРФЕРОН В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 97

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К., Нурматова И.Б., Турдиев Ж.Р. АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮЩИЕ ЛИМФОЦИТЫ (АСЛ) ПРИ ИММУНОФЕРМЕНТНОМ АНАЛИЗЕ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ. 97

Юлдашев К.А., Нурматова И.Б., Турдиев Ж.Р. МОНООКСИГЕНАЗНАЯ СИСТЕМА ПЕЧЕНИ ПРИ СИФИЛИСЕ У БЕРЕМЕННЫХ....98

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К., Нурматова И.Б., Турдиев Ж.Р. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ....98

Юлдашев К.А., Нурматова И.Б., Турдиев Ж.Р. СОЧЕТАННЫЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ БЕРЕМЕННЫХ....99

Юлдашев К.А., Курбанова Н.К., Юлдашев К.К., Турдиев Ж.Р. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ 99

Юлдашев К.А., Нурматова И.Б., Турдиев Ж.Р. ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ СИФИЛИСЕ У БЕРЕМЕННЫХ....100

ЗАРАЗНЫЕ И КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Давуров А.М., Рахимов И.Р.*ВАЖНАЯ РОЛЬ ПИТАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ «ЭД-1» В ИССЛЕДОВАНИИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 101

Имамов О.С., Абдувахитова И.Н. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФЕРМЕНТОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ Р-450 И ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА CYP2D6, CYP2C9 ПРИ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ....102

Имамов О.С., Абдувахитова И.Н., К.З. Маликов. МУПИРОБАН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ....102

Имамов О.С., Абдувахитова И.Н., Тохтаев Г.Ш. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ТРИХОФИТИИ С УЧЕТОМ ИММУНОБИОХИМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ЗАБОЛЕВАНИЯ 103

Махсудов М.Р., Эшбоев Э.Х. РАНГ – БАРАНГ ТЕМИРАТКИЛИ БЕМОРЛАР ТЕРИСИНИНГ БАКТЕРИЦИД ФАОЛЛИГИНИ ЎРГАНИШ....103

Махсудов М.Р., Рахимов И.Р., Икромова Н.Д., Тошев А.Э. ДЕРМАТОМИКОЗЛАР ПАТОГЕНЕЗИДА ОКСИД АЗОТ МЕТАБОЛИТЛАРИНИ РОЛИНИ ЎРГАНИШ 104

Набиева Д.Д., Абдуллаев М.И. ОСОБЕННОСТИ МИКОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ НА ФОНЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЕМ....104

*Ниязбекова Н.Ф., Тохтаев Г.Ш., Саидов Б.Р., Сафаров Х.Х., Асомутдинова Ш.Н.*ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ОПИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ....105

Пакирдинов А.Б., Дармонов Б.Т. ПРЕПАРАТ «ТЕРБИЗИЛ» В ТЕРАПИИ ЭПИДЕРМОФИТИИ СТОП....106

Пакирдинов А.Б., Дармонов Б.Т. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМЕ ЛОБКОВОЙ ТРИХОФИТИИ 106

Рахимов И.Р., Махсудов М.Р., Карабаева И.Т., Икромова Н.Д., Тошев А.Э. УРОВЕНЬ МЕТАБОЛИТА ОКСИДА АЗОТА ПРИ ДЕРМАТОМИКОЗАХ И МЕТОД КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ....107

Рахимов И.Р., Икрамова Н.Д. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ МИКОЗА СТОП 108

Рахимов И.Р. РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА НА ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЙ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 108

Рахимов И.Р., Халидова Х.Р., Икрамова Н.Д. ОСОБЕННОСТИ ИММУНИТЕТА ПРИ ДЕРМАТОМИКОЗАХ....109

Рахимов И.Р., Халидова Х.Р., Икрамова Н.Д. ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП 110

Устобаева Т.Т., Абдиева Д.Х., Валиева М.С., Дырда Н.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ 0,8% ПЕРМЕТРИНА НА ЭТАНОЛЕ В ЛЕЧЕНИИ ЧЕСОТКИ....110

Рахимов И.Р., Халидова Х.Р., Икрамова Н.Д. ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОФИТИЕЙ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ЦИНКА....111

Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р. МОХОВ КАСАЛЛИГИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРНИНГ АНИҚЛАНИШИ ГЕОГРАФИК ҲУДУДГА БОҒЛИҚМИ? 111

Эшбоев Э.Х., Бабажанов Х.Р. ХОРАЗМ ВА СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТЛАРИДА МОХОВ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ МИЛЛАТИ БЎЙИЧА ТАҲЛИЛИ 113

КОСМЕТОЛОГИЯ

Jamdar A.F.S.F., Sorokina E.D., Deeva N.V., Sergeeva I.G., Yakubovich A.I. EFFECT ON SKIN MOISTURE LEVEL AFTER THE IMPACT WITH WATER AND EMOLLIENTS APPLICATION 114

Vaisov I.A., Khudayanazarova M.Kh., Abbaskhanova F.KH., Khalitov I.I. USING OF CARBON PEELING FOR ACNE 114

Ваисов И.А., Худайназарова М.Х., Аббасхонова Ф.Х. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХЛОАЗМЫ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ 115

Менг Ф.М., Якубович А.И. ТРИХОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИКИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ 115

Менг Ф.М., Якубович А.И. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЭСТЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ 116

Мирзоева М.Х., Хусайнов А.А., Мухамадиева К.М. ХИМИЧЕСКИЙ ПИЛИНГ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХЛОАЗ У ЛИЦ С РАЗНЫМИ ФОТОТИПАМИ КОЖИ 117

Муминова С.Р., Шамсиева Г.И., Хаджаханов Б., Лигай Е.В., Ухватова И.В. ПРИМЕНЕНИЕ ИНЪЕКЦИЙ БОТУЛОТОКСИНА NEURONOX® В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ (ОБЗОР) 118

Николаева Н.Н., Терехова Т.А., Якубович А.И. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ САМООТНОШЕНИЯ 119

Сабиров У.Ю., Тоиров Б.А., Назарова Б.У., Муминова С.Р., Ходжаева Н.Б. ПРИМЕНЕНИЕ ПИКОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА 1064НМ (PICOWAY CANDELA) В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ 120

Сабиров У.Ю., Азимова Ф.В., Тоиров Б.А., Назарова М.А., Календарева Е.В. СОЧЕТАНИЕ SMAS-ЛИФТИНГА С БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЕЙ ПРИ ФОТОСТАРЕНИИ КОЖИ ЛИЦА, ШЕИ И ЗОНЫ ДЕКОЛЬТЕ 121