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 / 2021 (51)

ТАШКЕНТ 2021

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 00.12.2021. Формат 60 × 84 1/8.
Печать офсетная. Усл. п.л. 15,0. Тираж 300. Заказ № 000.

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.
10–11 сентябрь 2021 й.

г. Ташкент
10–11 сентября 2021 г.

Tashkent c.
10–11 september 2021 y.

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

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

MAIN TRIGGER FACTORS OF ROSACEA (COUPEROSIS) DEVELOPMENT

F.Kh. ABBASKHANOVA, F.B. MIRODILOVA, A.Sh. ALIYEV

Tashkent medical academy, Tashkent. Uzbekistan

The study of trigger factors for the development of the disease is one of the important aspects for the study of the pathogenetic mechanisms of the development of many diseases, including dermatological ones.

Purpose of the study. Assessment of trigger / provoking factors in the development of rosacea.

Material and research methods. A thorough clinical and anamnestic analysis of 113 case histories of patients with rosacea of the face was carried out. A development card was drawn up for each patient, which reflected the timing of the disease, age, causes of development and concomitant pathology, received therapy. A comprehensive examination included general clinical tests, scraping from the skin of the face for Demodex folliculorum, consultations with a gastroenterologist, gynecologist, endocrinologist, a conversation was held to determine possible trigger factors – exposure to UV rays, emotional stress, alcohol consumption, unhealthy diet, etc.

Research results. The study of the duration of the disease of rosacea showed that up to 15 years old suffered – 14 (12,9 %), from 15–35 years old 43 (38,3 %) and 54 (47,7 %) patients – more than 40 years. The leading factors of development and exacerbation among rosacea are nervous (associated with hypertension) – 31,8 % (35 patients) food 24,6 % (27 patients), 23 % (26) exacerbation was observed in the summer, and endocrine dysfunctions – 12 % (76,1 % (7) women, 23,8 % (4) men), gastrointestinal tract pathology – 3 % (62,5 % (9) men, 37,5 % (5) women).

Conclusions. The data obtained indicate that the severity of the course of rosacea correlated with gender. In men, the course is more severe, which is associated with a low appeal to a dermatologist, more often gastrointestinal diseases are detected due to improper diet, a more pronounced predisposition to bad habits. In women, the presence of nervous and endocrine pathologies associated with a labile psyche, the menstrual cycle is more often noted.

VITILIGO PATOGENEZI VA KOMPLEKS TERAPIYASIDAGI KLINIK-IMMUNOLOGIK JIHATLAR

I.I. LATIPOV, B.C. AZIZOV, M.Q. FARMONOVA

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O‘zbekiston;
Toshkent davlat stomatologiya institutI, Toshkent, O‘zbekiston

Dolzarbligi. Vitiligo – bu terining surunkali ko‘p faktorli kasalligi bo‘lib, u subyektiv sezgilarsiz turli shakl va o‘lchamdagi depigment dog‘lari bilan namoyon bo‘ladi. Vitiligoga xos bo‘lgan depigmentatsiya o‘choqlarining shakllanishi melanotsitlarning yo‘q qilinishi yoki ularning funksional faolligining pasayishi bilan bog‘liq. Kasallik irqi, jinsi va yoshidan qat’i nazar namoyon bo‘ladi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ma’lumotlariga ko‘ra, butun dunyoda vitiligo bilan og‘rigan bemorlar mamlakatning janubiy qismida umumiy aholining 2 % dan ko‘prog‘ini tashkil qiladi, janubiy mamlakatlar va mintaqalarda 3–4 % ni tashkil etadi. Kasallik keng tarqalganligi va juda ko‘p ilmiy izlanishlar olib borilayotganligiga qaramay kasallik, muqobil yechimini kutmoqda.

Tadqiqot maqsadi. Terining morfofunksional holati va sitokin holatini hisobga olgan holda 311 nm UVB va sitostatik dori vositalaridan foydalangan holda vitiligo bilan og‘rigan bemorlarning kompleks davo usulini ishlab chiqish.

Material va usullar. Tadqiqotda turli xil shakldagi vitiligo bilan kasallangan 60 bemorda (36 – ayollar, 24 – erkaklar) olib borildi. Ushbu tadqiqotda 18 yoshdan oshgan bemorlar, kasallikda tipik teri ko‘rinishida bo‘lishi, yondosh patologiyaning yo‘qligi va ultrabinafsha nurlar bilan muolajalar o‘tkazishga qarshi ko‘rsatmalar yo‘qligi kabi mezonlarni qamrab oladi. Tadqiqot davomida bemorlarda standart klinik tekshiruvilar o‘tkazish, shikoyatlarni chuqur tahlil qilish, hayot va kasallik anamnezi, dermatologik statusni baholash kabilar bajarildi. Qon umumiy va

immunologik (ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО-α) tahlillari amalga oshirildi. Kombinatsiyalangan davo jarayonida dermatologik hayot sifatining ko'rsatkichi (DHSK, (Dermatology Life Quality Index, DLQI)) so'rovnomasidan foydalanib vitiligoning bemorlarning hayot sifatiga ta'siri baholandi.

Barcha bemorlar ikki guruhga bo'lindi. 1-guruhdagi (n=30) bemorlarda kombinatsiyalangan davo – 311 nm qisqa to'lqinli UVB terapiyasi, standart davo va sitostatiklar bilan o'tkazildi; 2-guruhda (taqqoslash guruhi) (n=30), bemorlar faqat 311 nm qisqa to'lqinli fototerapiya va standart davo oldilar. Ikkala guruhdagi fototerapiya kursining davomiyligi 20 haftadan ko'p bo'lmagan.

Natijalar

Ko'rsatkich	Klinik sog'ayish	Sezilarli yaxshilanish	Yaxshilanish
Kombinatsiyalangan davo (UVB 311 nm + sitostatik) (n=30)	21 (70 %)	5 (16,7 %)	4 (13,3 %)
UVB – terapiya 311 nm (n=30)	9 (30 %)	10 (33,3 %)	11 (36,7 %)

Xulosa. Vitiligo bilan kasallangan bemorlar kombinatsiyalangan davo batijasida nemorlarning 86,7 % hollarida klinik sog'ayish, sezilarli yaxshilanish kuzatilgan bo'lsa, bu ko'rsatkich standart davo olgan bemorlarda 63,3 % ni tashkil etgan.

TRIGGERS FOR PSORIASIS, WHAT'S NEW?

S. LILUASHVILI, T. KITUASHVILI, G. GALDAVA

«Kanveni – S/R national center of dermatology and venereology», Tbilisi, Georgia

Recent studies confirm, that there are changes in the understanding of pathogenesis of psoriasis. Immune and genetic theories are mainly discussed. Triggers play a big role in the onset and exacerbation of the disease. The list of triggers varies by different authors. They include: Injury (Koebner phenomenon), Sunburn, bacterial and viral infections, Drugs (Systemic steroids, antibiotics, antiviral medications etc.), emotional stress, alcohol consumption, tobacco smoking, obesity etc. According to previous studies in Georgia, main triggers for psoriasis were alcohol and systemic steroids. Aim of our study was to identify triggers for psoriasis in pandemic conditions.

We have studied 82 patients with severe psoriasis vulgari**s**, who were registered at our clinic and applied to us due to exacerbation of the disease during the pandemic (2020 y). Methods of clinical evaluations were PASI (Psoriasis Area and Severity Indexч, PGA (Physician's Global assessment) and DLQI (Dermatology Life Quality index). For patients was also developed a questionnaire, which included all possible triggers for psoriasis.

The results of the study were distributed as follows: The most common triggers are systemic steroids (41 %), from here for the treatment of COVID-19 infection – 37 %, prescribed by a doctor for the treatment of psoriasis – 12 %, used by the patient himself – 43 %, for the treatment of other disorders – 8 %.

The second main reasons were Emotional stress and anxiety disorders (31 %), from here regarding pandemic situation – 47 %, as a complication after COVID-19 infection – 33 %, other stressful events – 20 %.

Other triggers were: use of antibiotics (15 %), from here during COVID-19 infection treatment for concomitant pneumonia – 75 %, for other disorders – 25.

Other triggers (Alcohol, tobacco, obesity etc) – 13 %.

In conclusion, COVID-19 pandemics has strong affect on the ongoing and management of the psoriasis.

SKIN MANIFESTATION OF HIV INFECTION IN CHILDREN

D.D. NABIYEVA

Tashkent pediatric medical institute Tashkent, Uzbekistan

HIV infection due to the diversity of the clinical picture, difficulty in diagnosis and treatment is becoming serious problem among the population. About 2 million people become infected with HIV each year in the world and children are not the exception.

HIV continues to be a major global public health issue, having claimed 36,3 million (27,2–47,8 million) lives so far.

There is no cure for HIV infection. However, with increasing access to effective HIV prevention, diagnosis, treatment and care, including for

opportunistic infections, HIV infection has become a manageable chronic health condition, enabling people living with HIV to lead long and healthy lives.

The most common indicators of HIV infection are HIV-associated skin diseases. According to official statistics, over 28,000 people with HIV infection are registered in the Republic of Uzbekistan.

Purpose of the study. To study the common dermatoses in HIV-positive children in the Republic of Uzbekistan.

Materials and methods. There were 26 children with confirmed HIV infection with skin manifestations under the observation. The age of patients at the time of the study ranged from 3 to 17 years (average 8,4 years). All patients underwent a detailed immunogram of peripheral blood and antiretroviral therapy was prescribed.

Results. In 12 patients (46,1 %) were diagnosed candidiasis of the skin and mucous membranes, in 6 patients (23,1 %) – warts and molluscum contagiosum, in 3 patients (11,5 %) – atopic dermatitis, 5 patients (19,2 %) – pyoderma. The clinical efficacy of antiretroviral therapy was assessed by the level of CD4 + and IRI. An immunological study showed a direct correlation between a low level of CD4 + and the severity of skin lesions. Skin lesions associated with HIV infection are very common in children, which indicates the importance of a thorough and targeted examination of patients, especially those at risk, often suffering from viral, fungal and bacterial diseases and having resistance to the therapy.

TO DETERMINE THE POSSIBLE RELATIONSHIP OF POLYMORPHIC VARIANTS OF TNF-α AND TGF-SS GENES WITH THE RISK OF DEVELOPING VITILIGO

U.Yu. SABIROV, Sh.Sh. TASHPULATOV

We are presenting our research on the genetic aspects in the epidemiology of vitiligo. It is generally accepted a polygenic theory of occurrence, in addition to immune dysregulation and alteration of melanogenesis. As a result of our genetic studies, it was possible to identify the range of candidate genes involved in the violation of pigment formation. Currently, the range of genomic studies in vitiligo is expanding, necessitating the development of more screening methods.

Purpose of the study: To determine the possible relationship of polymorphic variants of TNF-α and TGF-ß genes with the risk of developing vitiligo.

To assess the relationship of mutant variants of the studied genes and their possible combinations with the risk of developing progressive forms of vitiligo and the clinical course of the disease.

Material and Methods: an objective clinical examination of 104 vitiligo patients aged from 6 to 59 years was carried out.

Results and discussion: Out of 104 patients with vitiligo, women accounted for 62 patients (60 %), and men – 42 (40 %). According to the clinical form of vitiligo, 42 (40 %) patients had a limited form of the disease (1–2 spots with a size of 1–3 cm), 11 (10 %) patients had acrofacial, 52 (50 %) patients were diagnosed with a common form of the disease. The study of the age category of patients with vitiligo showed that, there were 40 patients of 6–14 years old, 22 patients of 14–25 years old, 30 patients of 26–40 years old, 5 patients of 41–55 years old and 7 patients of over 55 years old with vitiligo. As you can see, vitiligo was most often found among young people of working age.

Frequency of distribution of alleles and genotypes of Arg25Pro polymorphism in the TGFb1 gene in groups of patients with vitiligo and control

№	Group	Allele frequency				Genotype distribution frequency					
		Arg		Pro		Arg/Arg		Arg/Pro		Pro/Pro	
		n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
1	Main group *n* = (104)					67	64,4	28	27,0	9	8,0

Frequency of distribution of alleles and genotypes of G308A polymorphism in TNF gene in groups of patients with vitiligo and control

№	Group	Allele frequency				Genotype distribution frequency					
		G		A		G/G		G/A		A/A	
		n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
1	Main group *n*=(104)					70	67	34	32	0	0

Molecular genetic PCR study of lesions revealed the Molecular genetic PCR study of lesions revealed the TGF-ß gene in 67/104 patients – 64,4 % – Arg/Arg. 27 % – Arg/Pro. 8,0 % and Pro/Pro. TNF-α gene

in 70/104 patients – 67 % – G/G. 32 % – G/A.0 % and A/A.

Conclusions: Based on the data of collected and analyzed by our researchers, it can be assumed that vitiligo is controlled polygenically, indirect evidence of which is the high frequency of transmission of signs in generations. At the same time, multiple polymorphism cannot be ruled out, since the disease is characterized by clearly **distinguishable clinical** forms of the disease.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF PREPARATIONS OF THE FATIDERM LINE IN THE COMPLEX OF LENIA AND PREVENTION OF BACTERIAL-MYCOTIC SKIN INJURIES IN PROFESSIONAL ATHLETES

A.A. SADIKOV, G.Sh. TOXTAYEV

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan
Republican scientific and practical center for sports medicine, Tashkent, Uzbekistan

Introduction: An athlete's health determines the body's response to physical activity, the level and stability of results, which is especially important in conditions of increasing difficulty, physical and psychological stress, as well as rejuvenation in high-performance sports.

According to the statistics of athletes seeking medical care during periods of pre-competition training, dermatological problems are in third place in frequency, and the variety of dermatoses associated with sports is also increasing every year. In the structure of dermatological pathology, myco-bacterial lesions predominate, which necessitates the development of high-quality therapeutic and prophylactic drugs for external action.

Purpose of the study: The purpose of the study was to study the effectiveness of preparations of the Fatiderm line (Fati-Lux LLC, Uzbekistan) in case of bacterial – mycotic skin lesions in professional athletes, taking into account the state of skin microbiocenosis.

Material and research methods: 400 athletes (250 wrestlers, 150 swimmers) aged 18-25 were examined during routine medical examinations at the Republican Scientific and Practical Center for Sports Medicine under the National Olympic Committee of the Republic of Uzbekistan. A comprehensive biochemical examination of athletes was carried out. The species composition of the skin microflora and the density of colonization by pathogens were determined by the method of Willamson et Kligman (2001) with moderate physical exertion before the competition. Determined the sensitivity of microflora to antibacterial drugs.

Research results: Dermatological diseases were found in 113 athletes (28,25 %) of various specializations. Mycotic skin lesions prevailed: mycosis of large folds – 44, versicolor versicolor – 17, trichophytosis – 4, mycosis of the feet, onycho-mycosis – 32,16 athletes were diagnosed with acne vulgaris of varying severity. All groups showed a high seeding rate of Stah. aureus, the maximum among athletes by contact sports (wrestlers – in general in 65 % of cases). In athletes-swimmers, the seeding frequency of Stah. aureus was lower and amounted to 49 %. In all groups, athletes showed a decrease in the proportion of Stah normal for the skin. epidermidis. The density of colonization by pathogenic staphylococci in different sports groups did not differ significantly and averaged 2922 CFU/dm^2. The number of other types of staphylococci varied within 1234–3768 CFU/dm^2. A low sensitivity of staphylococcus strains to macrolides, a high frequency of oxacillin-resident strains (MRSA), as well as a high sowing rate and colonization with Malassezia fungi have been established. For the treatment of acne, the cream «Fatiderm» was used, for the treatment of fungal skin lesions and large folds – the cream and tonic «Fatiderm +» (Fatiderm-plus) in accordance with the manufacturer's recommendations. For the prevention of mycotic lesions in hyperhidrosis used «Fatiderm +» (Fatiderm-plus).

Conclusion: There was a pronounced positive dynamics and 100 % cure of pathological rashes in athletes with manifestations of dermatoses. Fatiderm has anti-inflammatory, antibacterial, fungicidal and antiperspirant effects, contributes to the normalization of the skin microflora in conditions of increased physical activity, the prevention of hyperhidrosis and the development of bacterial-mycotic skin lesions. The indicators of skin micro-biocenosis in athletes can serve as a marker of the functional state of the skin, which must be taken into account when developing methods of hygiene and skin care.

ACNE TREATMENT: EXPERIENCE AND PROSPECTS

G.Sh. TOXTAYEV, Kh.Kh. SAFAROV, N.B. ERGASHEVA

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Relevance. Acne (acne) is a chronic recurrent disease of the sebaceous glands and hair follicles. Acne is one of the most pressing problems of modern dermatology. This is due to the prevalence of this pathology, an increase in the number of intractable forms, as well as an increase in resistance to antibacterial drugs. The first manifestation is more often manifested during puberty, affects up to 85 % of boys and girls aged 12 to 24 years, and 10 % persists until the age of 25–45 years. Cosmetic defects in acne are the cause of psychoemotional disorders of patients, often of a depressive nature, reduce self-esteem and quality of life, which allows us to regard acne as a serious medical and social problem. Since the main group of patients with this disease are adolescents in a period of high lability and susceptibility to various kinds of problems, rashes on the face are of great importance both for them and for their parents. In this group of patients, especially when it comes to people with severe acne, the quality of life is significantly reduced, which can directly affect the psychosocial adaptation of these individuals. Of particular concern is the fact that when contacting a dermatologist in persons with acne, metabolic changes are often noted – obesity, striae (superficial atrophy of the skin), pronounced disorders in the gastrointestinal tract, diabetes mellitus. Treatment of this group of patients significantly complicates tactics.

Purpose of the study. Develop effective tactics for the treatment and prevention of acne.

Material and research methods. Of the total number of patients with acne, 24 patients with moderate and severe severity with concomitant diseases (obesity, striae, colitis, enterocolitis) were selected. All patients were examined by related specialists and the necessary laboratory and instrumental examination was performed.

According to the treatment standards, they were prescribed systemically: zinc oxide, retinoids, hepatoprotectors, probiotics, macrolide antibiotics, enterosorbents.Topically: the first 4–5 days ichthyol ointment under the bandage, followed by replacement with a solution containing 10 mg of clindamycin hydrochloride in 1 ml, 8 mg of metronidazole, 2 times a day. All children were examined by an endocrinologist, a gastroenterologist and, based on their recommendation, menus were drawn up for each patient.

Research results. All patients were overweight from or more, more than had superficial atrophy (striae) on the shoulders, hips and lower abdomen. The diet of almost all patients was based on the abuse of flour products, sausages, fast foods, sweets, carbonated drinks, etc. and with the almost complete absence of fiber and vegetables in their menu. For this group, with the direct participation of their parents, food diaries with dietitian recommendations were issued (only healthy lifestyle products were present). It is strongly recommended to increase the time of an active lifestyle. Retinoids were prescribed strictly with the consent of the endocrinologist and for a long time – 4–6 months, antibiotics macrolides were mainly presented in the form of doxycycline monohydrate – 0,1–2 times a day after meals for 10–15 days, probiotics (lacto and bifidobacteria), Zn oxide. Local therapy was well tolerated by all patients and improvement (reduction in pain and the absence of new elements) was noted by everyone already 3–4 days from the start of therapy.

None of the patients presented subjective complaints on the 20–25 day after the start of treatment. In places of resolved elements, there were cicatricial changes in the form of post-acne, minor infiltration. The topical application of a solution of clindamycin hydrochloride and metronidazole was continued for an average of 40–45 days, then it was replaced with cyteal 1–2 times a day. Long-term adherence to the diet and a healthy lifestyle, in our opinion, were also the key to successful treatment. On average for 4–6 months. When examining the patients, we noted a persistent therapeutic effect in 91 %, and in this group, as directed by the endocrinologist, the appointment of a systemic retinoid was suspended.

Conclusion. Today, solving the problem of acne requires a delicate approach. It is necessary to take into account changes in the nature of nutrition and the state of internal organs. Adequate therapy with dynamic monitoring of severe forms of acne provides a positive effect.

STUDYING LABORATORY INDICATORS IN PATIENTS WITH PSORIASIS

M.Sh. TURSUNOV, Y.J. AYTUGDIYEV, B.A. ELBOBYEV

Tashkent regional department of dermatology and venerology, Tashkent, Uzbekistan

Relevance. 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 51 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 14 patients with psoriatic arthropathy – in 11 patients. Comorbidities were found in 18 patients: hepatocholecystitis, fatty liver, hypertension, type 2 diabetes mellitus. There was hypercholesterolemia, dyslipidemia, elevated ALT, AST.

Research results. 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.

«БЕПАНТЕН» В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ЭКЗЕМЫ

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

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу али ибн Сино», г. Душанбе

Актуальность. В настоящее время в дерматологической практике имеются современные эффективные средства для лечения атопического дерматита (АД) и экземы. Однако достичь продолжительной ремиссии удается не всегда. Проводимая системная и топическая антибактериальная терапия приводит лишь к кратковременному эффекту, а нерациональное использование местных глюкокортикостероидов нередко способствует развитию вторичных инфекционных осложнений. Несмотря на повышенный интерес к изучению атопического дерматита и экземы по вопросам тактики терапии, многие аспекты до сих пор остаются дискуссионными. Приоритетным является проведение исследований, направленных на разработку новых эффективных методов лечения.

Цель исследования. Изучить эффективность и переносимость мази «Бепантен» в терапии атопического дерматита и экземы.

Материалы и методы исследования. Для анализа субъективного психосоциального состояния пациентов применялась методика оценки качества жизни с использованием опросника «Дерматологический индекс качества жизни». Для оценки тяжести течения АД и экземы использовалась шкала SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis), которая основана на объективных (интенсивность и распространенность кожных поражений) и субъективных (интенсивность дневного кожного зуда и нарушения сна) критериях. Для проведения исследования был использован наружный препарат – мазь «Бепантен». В состав 1 г. мази входят активное вещество дексапантенол (50 мг) и вспомогательные вещества. Дексапантенол оказывает регенерирующее, метаболическое и слабое противовоспалительное действие, при местном применении быстро всасывается кожей и превращается в пантотеновую кислоту, связывается с белками плазмы (главным образом с бета-глобулином и альбумином).

Результаты исследования. Под наблюдением находились 32 пациента (18 женщин, 14 мужчин) с хроническими аллергодерматозами в возрасте 15–78 лет. Атопическим дерматитом страдали 19 пациентов, экземой – 13 пациентов, из них у 7 наблюдалась истинная, у 6 – микробная экзема. Давность заболевания варьировала от 2 до 47 лет. У пациентов индекс SCORAD составил в среднем 61,2 (min – 38,2; max – 84,1), что соответствовало средней и тяжелой степени течения заболевания. Перед началом исследования показатели индекса качества жизни пациентов колебались от 12 до 25 баллов.

Срок наблюдения составил 4 недели. Осмотры проводились трижды – в начале, середине и в конце лечения. Анкетирование производилось перед началом и на момент окончания исследования. Всем пациентам рекомендовалось ежедневное двукратное использование мази «Бепантен». Отмечено снижение показателя шкалы SCORAD на 61,3 % от среднего исходного, границы показателя на момент окончания исследования составили от 21,1 до 44,1, что соответствовало значительному улучшению. Показатели качества жизни уменьшились на 62,7 % и составили в среднем 6,1 балла, что указывало на высокую степень влияния проводимой терапии на качество жизни пациентов. Данные о переносимости топического препарата показали отличную или хорошую переносимость в 97 % случаев. При субъективной оценке основных характеристик препарата было установлено, что 96 % пациентов определяли консистенцию мази как легкую, 98 % указали на быструю впитываемость и 97 % отметили полное отсутствие запаха и окрашивающих свойств.

Вывод. Использование мази «Бепантен» для наружного применения показало высокую клиническую эффективность и хорошую переносимость при лечении хронических аллергодерматозов.

AKNETRENT В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИФОЛЛИКУЛИТА ГОФФМАНА

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

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу али ибн Сино», г. Душанбе

Актуальность. Абсцедирующий подрывающий перифолликулит Гоффмана – разновидность хронической глубокой пиодермии, характеризуется появлением на коже головы, реже – паховой, перианальной и подмышечной областей, глубоких воспалительных узлов, сообщающихся между собой фистулоподобными ходами с последующим образованием неровных келоидных рубцов. Заболевание встречается редко, чаще у мужчин в возрасте 18–40 лет, существенно снижает качество жизни пациентов, а в случае тяжелого течения может приводить к временной утрате трудоспособности.

Цель исследования. Изучить эффективность применения препарата «AKNETRENT» (изотретиноин) в лечении перифолликулита Гоффмана.

Клинический случай. Мужчина, 1990 г.р. (31 год), обратился в ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» с жалобами на наличие болезненных зудящих высыпаний на коже волосистой части головы. Болен в течение 6–7 лет, когда без видимых причин впервые появились указанные симптомы. Обращался к хирургу по месту жительства, выставлен диагноз «Пиодермия волосистой части головы»; 3–4 раза в год проводились антибиотикотерапия и оперативное лечение (вскрытие абсцессов) с временным улучшением. В начале осени возникло очередное обострение, больной самостоятельно обратился в ГУ «Городской центр кожных и венерических болезней» г. Душанбе и был направлен на госпитализацию во взрослое отделение ГУ «ГКБ КБ» с диагнозом «Абсцедирующий подрывающий перифолликулит Гоффмана».

Объективно: высыпания локализуются на волосистой части головы, преимущественно в затылочно-теменной области. В очаге поражения 5 узлов, диаметром до 1–1,5 см, шаровидной формы, тестоватой консистенции; два изъязвившихся узла покрыты гнойно-геморрагическими корками, при надавливании на них выделяется гнойное содержимое. Волосы отсутствуют.

В стационаре проведено следующее лечение: цефтриаксон, 2 г, в/м, 1 раз в сутки в течение 7 дней; 20 мг изотретиноина (AKNETRENT), per os, 2 раза в сутки (из расчета 0,5 мг на 1 кг массы тела пациента) с дальнейшим снижением дозировки (курсовая доза 4 000 мг.); центрум – 1 табл. 1 раз в сутки, утром после еды, в течение 30 дней; местно – чистый ихтиол 2 раза в сутки.

За время лечения отмечалось выраженное улучшение: рубцевание язв, рассасывание узлов, отсутствие новых высыпаний. Значимых изменений показателей общего и биохимического анализов крови не было. Побочные эффекты не отмечались. Пациент был выписан с клиническим улучшением на амбулаторное долечивание препаратом «AKNETRENT».

Вывод. AKNETRENT (изотретиноин) является высокоэффективным средством терапии перифолликулита Гоффмана с незначительным риском развития побочных эффектов при правильно подобранной дозе.

ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ ФЕКСОФЕНАДИНОМ

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

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу али ибн Сино», г. Душанбе

Актуальность. В последнее время отмечается высокий уровень встречаемости аллергических дерматозов. Остается актуальной проблема терапии данной патологии, несмотря на определенные достижения. Использование антигистаминных препаратов, действующих на Н1 рецепторы, является базисной терапией. Антигистаминные препараты должны быть эффективными, с хорошей переносимостью и отсутствием развития побочных явлений.

Цель исследования. Оценить эффективность фексофенадина («Фексет 120») при лечении аллергодерматозов.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 18 больных в возрасте от 18 до 70 лет (11 женщин, и 7 мужчин): аллергический дерматит 11, токсикодермия – у 7 больных. Все больные получали традиционное лечение с использованием фексофенадина в дозе 120 мг один раз в день. Фексофенадин («Фексет 120») является Н1 гистаминным неседативным блокатором рецепторов.

Результаты исследования. После основной терапии фексофенадином наблюдался положительный эффект у всех пациентов. К 4-му дню лечения отмечались снижение выраженности зуда, значительное уменьшение интенсивности эритемы и отечности, подсыхание везикул в очагах. Полный регресс зуда и отечности, узелково-везикулезных элементов, корок и инфильтрации наступил к 8–10 дню терапии. Переносимость препарата была хорошей, побочных эффектов-сонливости и снижения трудоспособности не отмечалось.

Вывод. Фексофенадин оказывает выраженный терапевтический эффект при аллергодерматозах, его можно рекомендовать при лечении данной группы заболеваний.

ПРИНЦИПЫ ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИХТИОЗА

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

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу али ибн Сино», г. Душанбе

Актуальность. Проблема врожденного ихтиоза считается одной из сложных и актуальных во врачебной практике. Это обусловлено высокой частотой встречаемости заболевания, его персистирующим течением, системным характером поражений, трудностями в лечении и низкой эффективностью имеющейся терапии. Лечение ихтиоза направлено на купирование признаков болезни, недопущение осложнений и достижение стойкой ремиссии.

К основным принципам топической терапии ихтиоза относятся: постоянное увлажнение, уменьшение трансэпидермальной потери влаги и контроль за толщиной гиперкератотических наслоений.

К кератолитическим средствам относятся мази, кремы и лосьоны с содержанием 2–5–10–25 % мочевины («Уродерм», «Кератодерм Urea 25 %»), салициловой 2–5 % и молочной 8 % кислоты, а также α-гидроксикислоты (например, молочная, гликолевая и пировиноградная). Их следует наносить 2 раза в день после мытья на влажную кожу.

Барьерной, смягчающей и увлажняющей функциями обладают средства, содержащие керамиды, которые составляют почти 50 % гидролипидного слоя кожи и 40–60 % пропиленгликоль в водном растворе (применяется ежедневно под окклюзионную повязку или без нее).

Для наружной терапии также успешно используются крем с кальципотриолом (производное витамина D) и мазь с ретинолом 0,5 % (производное витамина А). Однако при их применении на обширных участках возможны шелушение, сухость и повышенная ломкость волос и ногтей.

Таким образом, кератолитические и увлажняющие средства при ихтиозе значительно улучшают состояние кожных покровов, минимизируют воздействие провоцирующих факторов и способствуют профилактике вторичной инфекции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАКРОЛИМУСА В ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

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

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу али ибн Сино», г. Душанбе

Актуальность. Проблема эффективного и безопасного воздействия на патологический процесс при псориазе имеет важное медико-социальное значение, что связано с его значительной распространенностью, хронически-рецидивирующим течением и отсутствием эффективного этио-патогенетического лечения. Немаловажная роль в комплексной терапии больных псориазом принадлежит наружному медикаментозному лечению. Приоритетным считается назначение препаратов, действующих на патогенез заболевания, дающих быстрый и выраженный эффект при минимуме побочных явлений.

Целью исследования. Оценить клиническую эффективность мази «Такрокорт» у больных с ограниченными формами псориаза.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 35 больных в возрасте от 21 до 55 лет с диагнозом «вульгарный псориаз, стационарная стадия, локализованная форма». Мужчины составили 45,2 %, женщины – 54,8 %. Местное лечение проводилось мазью «Такрокорт», обладающей избирательным иммуносупрессивным действием и представляющий собой ингибитор кальциневрина. Мазь наносили дважды в день, в среднем в течение 4–5 недель. В качестве основной терапии больным назначались витамины, гепатопротекторы, антигистаминные и седативные препараты.

Результаты исследования. Средний возраст больных в основной группе составил 35 лет. Дебют заболевания приходился на возраст от 22 до 38 лет. 85 % пациентов, включенных в исследование, в прошлом применяли системную, мазевую и УФ терапию (ПУВА-терапия, селективная фототерапия) и санаторно-курортное лечение. Клиническая эффективность терапии оценивалась при помощи индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index). За клиническую ремиссию принималось полное очищение кожного покрова от псориатических высыпаний. При этом отмечалось уменьшение PASI на 75 %. Значительное улучшение регистрировалось в случаях, когда псориатические очаги максимально уменьшались в размерах (индекс PASI – 74–50 %). Уменьшение индекса PASI на 49–25 % расценивалось как улучшение. Если при лечении не удавалось добиться положительной терапевтической динамики и индекс уменьшался менее чем на 24 %, результат считался неудовлетворительным.

По окончании основного курса терапии пациентам было рекомендовано применение мази 2 раза в неделю в течение 2-х лет, что продлевало ремиссию заболевания, способствовало легкому течению патологического процесса при рецидиве, исключало побочные эффекты и осложнения, а также признаки атрофии.

Вывод. Мазь «Такрокорт» показала высокую эффективность в длительной интермиттирующей терапии локализованных форм псориаза и может быть рекомендована к применению в практическом здравоохранении.

ТУҒМА ИХТИОЗ КАСАЛЛИГИДА ТЕРИ ТУЗИЛМАЛАРИДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ЁШГА ВА ИҚЛИМ ШАРИОТИГА БОҒЛИҚ ЖИҲАТЛАРИ

С.Д. АБДУЛЛАЕВ

Республика дерматовенерология ва косметология илмий маркази Самарқанд филиали, врач дерматовенеролог, косметолог, потологоанатом

Мавзунинг долзарблиги. Дерматологик касалликларнинг умумий структурасида туғма ихтиознинг нисбатан юқори даражаси, унинг давомийлиги, даволашдаги қийинчиликлар ва унинг самарадорлигининг пастлиги шифокорлик амалиётида ва педиатрлар олдида турган долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Бугунги кунга қадар туғма ихтиоз касаллигини даволаш юзасидан ягона келишув мавжуд эмас, стероид гармонларни қўллаш бўйича эса, қарама-қаршиликлар мавжуд. (Батман Ю.А. ва бошқалар 2010, Галлямова Ю.А., Баринова О.А. 2009, Антонов А.Г. ва бошқалар 2009; Y. Ohno, A. Nara, S. Nakamichi, A. Kihara, 2018; A. Hotz et al., 2018; E. Goleva, E. Berdyshev, D.Y. Leung, 2019; M. Miyamoto, N. Itoh, M. Sawai, T. Sassa, A. Kihara, 2020).

Ишнинг мақсади. Туғма ихтиоз касаллигида тери тузилмаларидаги морфологик ўзгаришларнинг ёшга ва иқлим шароитига боғлиқ жиҳатларини аниқлаш.

Адабиётлардаги маълумотларга кўра (Куклин В.Т. ва бошқалар 1997; Максимова В.И. др., 2001; Адаскевич В.П., 2005; Jean Pickford., 2010), болалар ва катталар ўртасида ихтиоз билан ка-

салланиш, туғма хасталиклар синари географик ҳудудга боғлиқ (Масалан, Буюк Британияда – 1:230, АҚШда – 1:300, Россияда – 1: 9600) ва ўртача 1:250 – 1:1000, Х билан боғланган – 1:2000 – 1:6000, ламелляр – 1:300 000 дан кам, ихтиозиформ эритродерма – 1:100 000 (Кошкин С.В. ва бошқалар 2016; Дворянкова Е.В. ва бошқалар, 2019). Жаҳон статистикасига кўра, 30 000 янги туғилган чақалоқнинг 1 таси ихтиоз касаллиги билан туғилади (Маргарита Гехт, 2020).

Дерматологик касалликларнинг умумий тузилишида ихтиозиформ кератодерманинг нисбатан юқори миқдорда учраши, уларнинг оғир кечиши, шикастланишларнинг тизимли хусусияти, даволашдаги қийинчиликлар ва самарадорлиги пастлиги ушбу касалликларни ўз вақтида ва тўғри ташхислаш муаммосини келтириб чиқаради ҳамда беморларнинг бутун ҳаёти давомида симптоматик ва тизимли ёндашувни талаб этади (Гараева З.Ш. 2013; Дмитренко С.В., Вернигородский С.В., 2014; 2015). Маҳаллий ва хорижий адабиётларда кератодермадаги морфологик ўзгаришларни, хусусан, ихтиозни ўрганишга бағишланган кўплаб адабиётлар мавжуд (Захарова Е.К. и др., 1998; Цветкова Г.М., 2003; Александрова А.К., 2007; Катунина О.Р., 2009; Ishida Yamamoto et al., 1995; Y.P. Zeng et al., 2012). Жумладан, ихтиоз касаллигида терида бўладиган патологик жараённи морфологик текшириш далилий тиббиётга асосланган объектив усуллардан бири эканлиги таъкидланади (Голофеевский В.Ю., 1987; Дмитренко С.В., Вернигородский С.В., 2015).

Бугунги кунга қадар ихтиоз касаллигининг морфологик диагностикаси бўйича тўлақонли ва тизимли ёндашув мавжуд эмас. Ирсий дерматозларнинг ривожланишида эпидермис ҳужайраларининг пролифератив фаоллигининг роли ҳозирга қадар ҳал қилинмаган муаммо бўлиб турибди ва ташхислаш жараёнида ихтиозга хос патологоанатомик мезон мавжуд эмас. Кератиноцитлар ва эпидермиснинг бошқа ҳужайраларининг кўпайиши, иммун тизим ҳужайралари ўртасидаги ўзаро таъсир механизмлари ва эпителия ҳужайраларининг пролифератив фаоллиги ҳозиргача етарли даражада ўрганилмаган. Шунинг учун ихтиознинг у ёки бу шаклида эпидермис ҳолатини аниқлашга имкон берадиган ўзига хос патоморфологик мезонларни текшириш бугунги куннинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб турибди (Александрова А.К. ва бошқ., 2007; Катунина О.Р., 2009; Y.P. Zeng et al., 2012; Дмитренко С.В., Вернигородский С.В., 2015).

Адабиётларда ихтиоз касаллигида терида мугуз тангачаларининг десквамацияси ёш улғайган сари кучайиб, балоғат ёшида максимал даражага етиши, 20–25 ёшдан кейин десквамациянинг интенсивлиги пасайиши, мугуз модданинг кўчиб тушиши натижасида нуқтасимон атрофия ривожланиб, вояга етган беморларда бу янада аниқроқ намоён бўлиши, қовоқ териси, пешона, қўлларнинг орқа қисми, букилиш соҳасида майда ажинлар, оёқ-қўлларнинг сиртлари, тагликларда ёриқлар ва гиперкератоз пайдо бўлиши келтирилган (Корнеева Л.С., Мельниченко Н.Е., 2014), аммо тери тузилмаларидаги ёшга боғлиқ морфологик ўзгаришлар ушбу текширувларда келтирилмаган. Муаллифлар томонидан туғма ихтиозда беморларда даврий пўст ташлаш тенденцияси мавжудлиги – ҳар 3–4 ойда бир марта, кўпинча ёзда, чўмилиш пайтида, кейин яна такроран мугуз тангачалари ҳосил бўлиши баён этилган. Ихтиоз касаллигида тери одатда иқлим шароитига қараб ўзгариб туради. Совуқ ва қуруқ обҳаво шароитида касаллик фаоллашади. (Федотов В.П., 2008; Anders Vahlquist et.el., 2018). Шуни тасдиқлаш лозимки, иқлим шароитига боғлиқ бўлган морфологик ўзгаришлар адабиётларда етарлича ёритилмаган.

Сўнгги йилларда ҳомиланинг аномал ривожланиш ҳолатлари кўпаймоқда, жумладан, ҳомила ривожланишининг орқада қолиши, ҳомила аъзоларининг аномал тузилиши ва аномалиялар билан туғилиши ошиб бормоқда. Перинатал патология структурасида ҳомиланинг туғма нуқсонлар билан туғилиши ҳар йили етакчи ўринлардан бирини эгаллаб келмоқда. Статистик маълумотлар шуни кўрсатадики, Россияда 35 % болалар туғма патологиялар билан туғилади. Кўплаб туғма нуқсонлардан бири ихтиоз касаллиги ҳисобланади. Ушбу касалликнинг келиб чиқиши кўпгина сабабларга боғлиқ бўлиб, янги туғилган чақалоқларда 1:250 – 1:1000 нисбатда учрайди (Кошкин С.В., Черемных Т.В. Евсеева А.Л., Рябова В.В., Рябов А.Н., 2016; Дворянкова Е.В., Мельниченко О.О., Красникова В.Н., Корсунская И.М., 2019).

Маҳаллий ва хорижий адабиётларда кератодермадаги морфологик ўзгаришларни, хусусан, ихтиозни ўрганишга бағишланган кўплаб адабиётлар мавжуд (Захарова Е.К. и др., 1998; Цветкова Г.М., 2003; Александрова А.К., 2007; Катунина О.Р., 2009; Ishida Yamamoto et al., 1995; Y.P. Zeng et al., 2012). Тадқиқотчилар томонидан вульгар ихтиоз ва ихтиозиформ эритродермия билан касалланганларни ретиноидлар билан даволангандан сўнг терисидан биоптат олиб, патоморфологик таҳлил ўтказилган ҳамда патоморфологик ўзгаришларга кўра уни икки турга ажратиш тавсия этилган: енгил ва оғир шакли. Ихтиознинг енгил шакли вульгар ва ихтиозиформ эритродермияда қуйидаги патологистологик белгилар билан характерланади: донадор кератиноцитлар сонининг камайиши ёки донадор қатламининг йўқлиги, ўртача даражали гиперкератоз, мугуз қаватининг тузилиши бузилмаган, ўчоқли акантоз кузатилади. Ихтиознинг оғир шакли учун қуйидаги патогистологик белгилар характерлидир: гиперкератознинг акантолиз билан қўшилиши, эпедирмис ҳужайраларининг донадор дегенерацияси

(акантокератолиз), донадор қаватда бозафил ва эозинофил таначаларининг ҳосил бўлиши, эпидермиснинг барча қаватларида вакуол дегенерацияси ривожланганлиги, спонгиоз, паракератоз, акантоз папилламатоз аниқланади. Гистохимик текширувда мугуз қават ва дерманинг коллаген толаларида ўчоқли алцианофилия аниқланган (Дмитренко, С.В., Вернигородский С.В. 2015).

Хулоса. Шундай қилиб, юқорида келтирилган маълумотларга асосланиб туғма ихтиоз касаллигида тери тузилмаларидаги морфологик ўзгаришларга бағишланган тадқиқотлар ўтказилиши долзарб илмий муаммо эканлиги ўз-ўзидан аён бўлиб турган ҳақиқатдир.

Фикримизча, туғма ихтиоз касаллигида морфологик тадқиқотлар натижаларини комплекс баҳолаш, шунингдек, Ўзбекистон Республикасининг куз – қиш ва баҳор – ёз мавсумларини ҳисобга олган ҳолда, тери тузилмаларининг ёшга боғлиқ морфологик ўзгаришлар динамикасини ўрганиш касаллик даражасини аниқлаш юзасидан қўшимча мезонлар ишлаб чиқишга асос бўлиши мумкин.

ТОМИР ИЧИДА ҚОННИ ЛАЗЕР БИЛАН НУРЛАНТИРИШ УСУЛИНИ АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ КЕЧИШИГА ТАЪСИРИ

А.А. АБДУРАШИДОВ

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Атопик дерматит (АД) жаҳон соғлиқни сақлаш тизимидаги алоҳида муаммоли масалалардан бири бўлиб, у турли ёш қатламлари орасида кенг тарқалган, ривожланиши генетик ва экологик омилларнинг комбинацияси билан боғлиқ бўлган сурункали яллиғланишли ва мултифакториал тери касаллиги ҳисобланади. Ҳозирги вақтда атопик дерматитнинг кечишига, унинг оғирлик даражасига баҳо бериш учун муаллифлар томонидан ишлаб чиқилган баҳолаш тизимлари, яъни SCORAD индекс қўлланиб келинади.

Атопик дерматит билан хасталанган беморларда қоннинг ивиш ва фибринолиз тизими, иммунитетнинг гуморал ва ҳужайравий қаторларида сезиларли силжишлар аниқланган. Шу сабабли атопик дерматитни даволашда пастинтенсив лазер нурларидан фойдаланиш, тўғри танланган таъсурот усул натижасида касалликнинг турли патогенетик жабҳаларига таъсир этиш орқали организм томонидан ижобий ўзгаришларга, яъни касалликнинг турли босқичларида етарлича самарадорликка эришиш мумкин бўлади. Томир ичида қонни лазер билан нурлантириш усули атопик дерматит билан хасталанган беморларда касалликнинг клиник белгиларини, аниқроғи теридаги яллиғланиш жараёнларининг тезроқ бостирилишига, касалликнинг бир неча кунга эртароқ ҳал бўлишига ва касаллик қайталанишининг 1–2 баробар камайишига олиб келади.

Тадқиқот материаллари ва услуллари: Бизнинг кузатувимизда атопик дерматитнинг турли клиник шакллари билан оғриган 53 нафар бемор (6 ёшдан катта бўлган болалар ва катталар) бўлиб, уларнинг 28 нафарини (53 %) эркаклар, 25 нафарини (47 %) аёллар ташкил қилди.

Беморларда АД нинг қуйидаги шакллари кузатилди: экссудатив шакли (катталардаги экзематизация ҳолати) 11 нафар (20,8 %), эритематоз-сквамоз шакли – 13 нафар (24,5 %), лихенификацияли шакли – 16 нафар (30,2 %), лихеноид шакли – 7 нафар (13,2 %), пруригиноз шакли – 6 нафар (11,3 %) беморда кузатилди.

Беморларда SCORAD индекси умумий гуруҳда ўртача ҳисобда 52,0±2,9 ни ташкил этди. Унга мувофиқ тарзда АД нинг енгил даражада хасталанганлар 16 та (30 %) – SCORAD индекси ўртача 22,7±2,6, АД нинг ўрта оғир даражада 24 та (45 %) – SCORAD индекси ўртача 46,8±2,4 ва оғир даражада – 13 тани (25 %) SCORAD индекси ўртача 86,5±3,6 ни ташкил этди. SCORAD индекси 0 (соғлом) дан то 103 гача (атопик дерматитнинг энг оғир даражаси) ўзгариши мумкин. Шу кўрсаткичлар доирасидан келиб чиқиб, SCORAD индекси <25 бўлганлар атопик дерматитнинг енгил даражасига, SCORAD индекси 25–50 – атопик дерматитнинг ўрта оғирликдаги даражасига, SCORAD индекси >50 атопик дерматитнинг оғир даражасига мос келди. Беморларни даволаш усулига қараб шартли равишда 2 гуруҳга бўлиб ўрганилди. Унга мувофиқ тарзда I гуруҳни анъанавий усулда даволанган АД билан хасталанган беморлар, II гуруҳ – анъанавий ва ТҚЛН усуллари билан биргаликда даволанган АД билан хасталанган беморлар ташкил этди. I гуруҳда 25 нафар (47,1 %) АД билан хасталанган бемор, II гуруҳда – 28 нафар (52,8 %).

Барча беморларга анитистаминлар, гипосенсибилзацияловчи воситалар, маҳаллий доридармонлар, кўрсатмалар бўлганда детоксикацияловчилар, энтеросорбентлар, антимикотиклар, витаминлар, пробиотиклар, иммуномодуляторлар қўлланди. Сиртдан даволаш сифатида юмшатувчи ва намликни тикловчи воситалар, маҳаллий кортикостероидлардан фойдаланилди. Иккинчи гуруҳ беморларда анъанавий даволаш усули билан биргаликда ТҚЛН ҳам қўлланди.

ТҚЛН усулини қўллаш учун «НИЦ Матрикс» МЧЖ томонидан ишлаб чиқилган «ЛАМЗИК» ва

«ЛАМЗИК-ВЛОК» аппаратидан фойдаланилди. Лазер нурларининг сифатли, равон, берилган параметрларга мос равишда узатиш учун бир маротабалик стерил КВИЛ-01 светодиоди қўлланди. АД билан хасталанган беморлар қонини вена томири ичида светодиод орқали қизил спектрдаги узлуксиз 635 нм тўлқин узунлигидаги лазер нурлари билан нурлантириш (ёритиш) дан иборат бўлиб, муолажалар 10 кун давомида ҳар куни 10–15 минут давомида олиб борилди.

АД билан хасталанган беморларни даволаш чора-тадбирларининг самарадорлигига клиник баҳо бериш учун SCORAD индексини ҳисоблаш усули қўлланди. Унга кўра назоратимиздаги I гуруҳ беморларда даволаш чораларидан сўнг SCORAD индекси ўртача $p>0,05$ бўлган ҳолда $26,1\pm2,8$, II гуруҳ беморларда эса – $16,9\pm2,5$ ($p>0,05$) ни ташкил этди.

Атопик дерматит ўрта оғирликда кечаётган беморларнинг 80,6 % да анъанавий даволаш билан биргаликда паст интенсив лазер билан нурлантириш усулини қўллаш касаллик ўткир яллиғланиш белгиларини (эритема, тугунчалар, эрозиялар, қипиқланиш, экскориация) буткул ёки эртароқ ҳал бўлишига ва бу гурхда SCORAD индекси ўртача – $14,0\pm2,4$ ($p>0,05$) ни ташкил этганлиги, АД оғир кечаётган беморларда эса SCORAD индекси ўртача – $34,5\pm3,3$ ($p>0,05$) гача пасайишига олиб келди. Аммо анъанавий усулда даволанган беморларда эса, ушбу кўрсаткичлар атопик дерматитнинг ўртача оғирликдаги беморларда ўткир яллиғланиш белгиларининг ҳал бўлиши нисбатан кечикиши ва бу гуруҳда SCORAD индекси ўртача – $23,3\pm2,1$ ($p>0,05$), АД оғир кечаётган беморларда эса SCORAD индекси ўртача – $49,6\pm3,9$ гача ($p>0,05$) пасайишига олиб келди.

Хулоса. Юқоридагилардан кўриниб турибдики, назоратимиздаги атопик дерматит билан хасталанган беморларни анъанавий ва ТҚЛН (қизил спектрдаги узлуксиз 635 нм тўлқин узунлигидаги лазер нурлари билан) усулида комплекс даволаш фақатгина анъанавий усулда даволашдан кўра касалликнинг клиник белгиларининг эртароқ ва самаралироқ бартараф этилишига олиб келади.

COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРДА ГЕМОРРАГИК ВАСКУЛИТ ҲОЛАТИ

А.А. АБДУРАШИДОВ

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази

Геморрагик васкулит кенг тарқалган васкулитлар турига киради. Статистик маълумотларга кўра, интенсив кўрсаткичи 100000 аҳолига 13,5–25 та ҳолат. Бошқа касалликларга нисбатан бу кўрсаткичлар жуда юқори бўлмаса ҳам, COVID-19 пандемияси даврида анамнезида бу касаллик билан оғриган ёки оғриб турган беморлар хавфли гуруҳга киради. Сабаби геморрагик васкулитда ҳам, КОВИД-19 да ҳам микроциркулятор оқимнинг бузилиши, микротромбозлар шаклланиши натижасида ўзига хос асоратларнинг ривожланиши кўзатилади. Шу билан бирга SARS-CoV-2 пандемияси даврида сезиларли даражада Ковасаки синдромига ўхшаш белгилар билан кечаётган яллиғланиш синдроми ҳақидаги хабарлар кўп учради.

Бизнинг ҳолатда 8 ёшли Ф. (қиз бола) дерматолог кўригига мурожаат қилиб, терисида ачишиш ва бир оз қичиш билан кечаётган тошмалар пайдо бўлганлигига шикоят бидирди. Анамнезидан 5 кун илгари томоғида оғриқ пайдо бўлганлиги, тана ҳарорати меъёрдан ошмагани ва отоларинголог тавсиясига кўра цефотаксим, ибупрофен препаратлари қабул қилгани, касалликнинг 4-куни оёқларида қизил рангли тошмалар пайдо бўла бошлагани ва 5-куни тошмалар қўл соҳаларида ҳамда бўйин ва гавда соҳаларида ҳам пайдо бўла бошлагани маълум бўлди. Касаликнинг 5-куни ПЗР усулида SARS-CoV-2 аниқланган.

Кўздан кечирганда умумий аҳволи қониқарли, ички аъзолар томонидан шикоятлр йўқ, қоринда оғриқ безовта қилмайди. Теридаги клиник белгилар асосан оёқнинг тизза, болдир, товон соҳаларида симметрик ҳолда жойлашган пайпасланувчи геморрагик пурпуралардан иборат бўлиб, болдир-товон бўғими соҳаси шиш ва унинг ҳаракатчанлигининг чекланганлиги кузатилди, юрганда товон ва тизза бўғимлари соҳасида оғриқ безовта қилади. Геморрагик пурпуралар қўл терисида ҳам кузатилди. Қўл бўғимларида оғриқ безовта қилмайди. Витропрессия усулида тошмалар ранги ўзгармади.

Касалликлининг 5-куни ўтказилган лаборатор текширув натижалари: Умумий қон тахлилида – гемоглобин – 117 г/л; эритроцитлар – $4,2\times10^{12}$/л; тромбоцитлар – $222,6\times10^{9}$/л; лейкоцитлар – $9,2\times10^{9}$ /л; ЭЧТ – 8 мм/соат; ревмофактор (–), СР – оқсил (–), АСЛО (+++); Қон биокимёвий тахлиллари меъёр даражасида; протромбин вақти – 13,6 сек; ПТИ – 110 %, МНО – 0,89; ҚФПВ – 36,8 сек; фибриноген концентрацияси – 3,83 г/л; гематокрит – 39 %; сийдик умумий таҳлили меъёрда. Касалликнинг 5-куни бурун ва оғиз шиллиқ қавати суртмасидан ПЗР усулида SARS-CoV-2 аниқланган.

Бемор «Коронавирус инфекцияси (COVID-19); Геморрагик васкулит, тери-бўғим синдроми» ташхиси билан COVID-19 билан касалланган беморлар учун махсуслаштирилган стационарга жойлаштирилди.

Геморрагик васкулит кўпинча юқори нафас йўллари ёки ошқозон ичак тракти инфекцияларидан сўнг бир ёки икки ҳафтадан сўнг тўсатдан, одатда, оёқларда қизил доғларнинг пайдо бўлиши билан бошланади. Шу билан бирга жараёнга ичак, буйрак ва бўғимлар жалб этилиши мумкин.

Геморрагик васкулитни тромбоцитопеник пурпура, тромбоцито-пения фонида ривожланувчи дорилар токсикодермияси, ДВС-синдром, септик васкулитлар, инфекцион эндокардит, диссеминациялашган сўзак инфекцияси, менингококкли сепсис, ноинфекцион васкулит-лардан фарқлаш зарур бўлади.

Шундай қилиб, геморрагик васкулит коронавирус инфекциясида кузатиладиган теридаги ўзгаришлардан бири бўлиши мумкин ва уни ўз вақтида аниқлаш иккала касалликка ҳам тааллуқли бўлган қон ивиш тизимидаги бузилишлар касаликнинг оғир кечишига сабаб бўладиган асоратларнинг олдини олишда аҳамиятлидир.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИНТЕРЛЕЙКИНЫ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Х.А. АБИДОВ, К.Н. ХАИТОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить цитокиновый статус у детей с атопическим дерматитом (АД) в зависимости от степени тяжести заболевания.

Материалы и методы исследования. Было обследованы 103 больных АД в возрасте от 3 до 15 лет, из них 48 (46,6 %) мальчиков и 55 (53,4 %) девочек. Исследование было проведено на базе дерматологического отделения клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. Для оценки цитокинового статуса определялось содержание интерлейкинов (ИЛ): ИЛ-1β, ИЛ-2, ИЛ-4 и ИЛ-6. Уровень цитокинов определялся методом иммуноферментного анализа (ИФА). При проведении объективной оценки тяжести состояния больных по индексу SCORAD нами установлено, что 35 больных были с легкой, 34 – со среднетяжелой и 34 – с тяжелой степенью тяжести АД.

Результаты исследования. Анализ исследования показал, что уровень ИЛ-4 в сыворотке крови при легкой степени АД несколько ниже (0,88 пг/мл), чем при средней (1,55 пг/мл) и тяжелой степени (1,07 пг/мл). Уровень ИЛ-2 при тяжелой степени АД ниже (2,0 пг/мл), чем у пациентов с легкой (3,78 пг/мл) и средней (2,9 пг/мл) степенью тяжести. Уровень продукции ИЛ-1ß и ИЛ-6 не зависел от степени тяжести АД.

Для оценки цитокинового профиля нами были проанализированы аналогичные показатели уровней ИЛ-1β, ИЛ-2, ИЛ-4 и ИЛ-6 у детей без признаков аллергии аналогичного возраста и пола. У пациентов с АД в стадии обострения выявлено достоверное увеличение ИЛ-1β, ИЛ-4 и ИЛ-6, а уровень ИЛ-2 не отличался от группы детей без аллергических проявлений.

Вывод. Уровни цитокинов у детей с АД отражают текущее состояние иммунной системы воспалительного характера.

РОЛЬ ВИТАМИНА D В РАЗВИТИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Х.А. АБИДОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить современные литературные данные, касающиеся роли витамина D в развитии кожных заболеваний.

Материал и методы исследования. Проведены анализ и систематизация данных, посвященных роли витамина D при различных заболеваниях, в том числе его участие в патогенезе дерматозов (атопический дерматит, псориаз и др.), из литературных источников за последние 20 лет в интернет-ресурсах и Государственной научной медицинской библиотеке Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты исследования. Изучение базы данных MEDLINE, EMBASE и Cochrane позволило определить положительное влияние солнечного света на течение атопического дерматита. Точный механизм остается невыясненным, но было высказано предположение, что улучшение состояния кожи происходит вследствие увеличения синтеза витамина D. Показано, что младенцы, рожденные от матерей с низким потреблением витамина D во время беременности, имеют более высокий риск развития атопического дерматита. При атопическом дерматите выявлена прямая зависимость между дефицитом витамина D и тяжестью заболевания. При недостатке витамина D (уровень 25 (OH) D) в сыворотке крови у 43,75 % больных установлена тяжелая, у 37,5 % – средняя степень тяжести течения дерматоза.

Вывод. Вопрос о том, является ли дефицит витамина D патогенетическим фактором или

представляет собой неспецифическое звено патогенеза, способствующее хроническому воспалительному процессу в коже, доказывает необходимость дальнейшего изучения роли витамина D в развитии таких дерматозов, как атопический дерматит.

ПУТИ АКТИВАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АНДРОГЕНОВ ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

Ф.В. АЗИМОВА, Р.Р. ЗАКИРОВ

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

Актуальность. Одной из наиболее частых причин выпадения волос у лиц мужского пола является андрогенная алопеция. Основным андрогеном, обнаруженным у мужчин, является тестостерон, который вырабатывается клетками Лейдига яичек и попадает в кровоток. Сигнал андрогена может быть дополнительно усилен в выбранных тканях-мишенях, где тестостерон снижается до 5α-дигидротестостерона, который считается наиболее мощным природным андрогеном. Но все же в большей части при андрогенной алопеции пусковым патогенетическим механизмом является повышенная чувствительность андрогенных рецепторов в волосяных фолликулах и довольно сложные механизмы пилосебациального отдела, которые принимают и взаимодействуют с циркулирующими сообщениями, поступающими из других эндокринных органов. Клеточно-специфические пути определяются соответствующим набором экспрессируемых ферментов, их субстратной специфичностью и ферментативной эффективностью, а также внутриклеточной доступностью свободных субстратов. Имеются 4 пути активации периферических андрогенов:

1) классический путь биосинтеза андрогенов. Циркулирующий тестостерон, генерируемый из дегидроэпиандростерона через андростендион, может быть дополнительно активирован до дегидротестостерона в периферической ткани с активностью 5α-редуктазы. Однако классический путь через тестостерон играет лишь незначительную роль в генерации дегидротестостерона из неактивных предшественников андрогенов.

2) альтернативный путь 5α-диона. Альтернативный путь 5α-андростандиона обходит тестостерон как промежуточный продукт биосинтеза дегидротестостерона. Андростендион сначала 5α-восстанавливается SRD5A1, давая 5α дион из-за более высокого сродства и каталитической эффективности SRD5A1 для андростендиона, чем для тестостерона.

3) бэкдорный путь. Другой альтернативный путь к дегидротестостерону – это так называемый «черный ход», который обходит тестостерон, андростендион и дегидроэпиандростерон. В этом пути предшественники андрогенов, в основном 17α-гидроксипрогестерон (17OHPROG), но также и прогестерон, являются субстратами для активности 5α-редуктазы и восстановительной активности 3αHSD. Это приводит к образованию 5α17 – гидроксипрегнанолона (5α17HP; 5α-прегнан-3α, 17α-диол-20-он) в случае 17OHPROG, который затем подвергается реакции 17, 20 – лиазы на андростерон;

4) 11-оксигенированные андрогенные пути. Присутствие восстанавливающего фермента 11β-гидроксистероиддегидрогеназы типа 1 в некоторых периферических тканях может предотвращать активацию 11β-гидроксиандростендиона и катализировать инактивацию 11-кетоандростендиона и 11-кетотестостерона, которые также находятся в кровотоке, хотя и на значительно более низких уровнях, чем 11β-гидроксиандростендион.

В нашем исследовании внимание было уделено альтернативному пути 5α-диона при андрогенной алопеции.

Цель исследования. Установить уровень тканевой активности по переходу тестостерона в дегидротестостерон при помощи исследования метаболита 3-α андростандиола в плазме крови.

Материал и методы исследования. Обследованы 85 лиц мужского пола с андрогенной алопецией в возрасте от 18 лет до 41 года. Распределение пациентов с андрогенной алопецией в зависимости от длительности патологического процесса показало, что основное количество обращающихся за консультацией к дерматологу составляют больные с длительностью заболевания от года до 5 лет – 51,6 %, а также до года – 24,8 % и от 5 до 10 лет – 23,6 %. Провоцирующими факторами выпадения волос пациенты отмечали стрессовые ситуации (62 %), хронические заболевания носа и горла (43 %), применение гормональных препаратов (28 %). Контрольная группа состояла из 20 здоровых лиц, репрезентативных по полу и возрасту. Исследование 3-α андростандиола у пациентов с андрогенной алопецией в крови проводилось автоматизированным иммуноферментным методом на аппарате «Humareader Single».

Результаты исследования. У всех пациентов с андрогенной алопецией метаболит 3-α

андростандиола был достоверно высоким – 30,7±1,18 нг/мл, тогда как в контрольной группе он был 6,4±0,75 нг/мл (P<0,001). Данный факт доказывает высокий уровень дегидротестостерона при нормальной концентрации тестостерона в крови пациентов с непрерывной миниатюризацией чувствительных к андрогенам волосяных фолликулов лобно-теменного отдела волосистой части головы. Следовательно, при андрогенной алопеции отмечается положительная корреляция между уровнем андростендиона в крови и концентрацией дегидроэпиандростерона в волосяных фолликулах, что является маркером повышенного биосинтеза стероидов в тканях.

Вывод. Сально-волосяной аппарат волосистой части головы может работать как идеальная модель для дермато-эндокринологических исследований. В корреляции с клиническими наблюдениями необходимы дальнейшие молекулярные исследования, чтобы выявить новые патогенетические механизмы развития андрогенной алопеции, а также функцию и взаимодействие различных идентифицированных гормонов/рецепторов гормонов.

ПОСТКОВИДНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Ф.В. АЗИМОВА, Ш.Ш. ШОРАХМЕДОВ

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

Актуальность. COVID-19 представляет собой заболевание, поражающее нижние дыхательные пути. При вскрытии трупов людей, болевших COVID-19, обнаружены массивные поражения легких с фиброзными и экссудативными изменениями. Если иммунная система не в состоянии справиться с SARS-CoV-2, то вирус активно реплицируется с использованием внутриклеточного ACE2 и затем при выходе во внеклеточное пространство разрушает клетку-хозяина. ACE2 представляет собой трансмембранный белок I типа, имеющий внеклеточный N-гликозилированный N-концевой участок, на котором находится карбоксипептидазный сайт, а также короткий внутриклеточный С-концевой цитоплазматический хвост. N-концевой пептидазный домен является местом связи ACE2 с SARS-CoV. Также выделяют две формы белка ACE2: клеточную (связанную с мембраной) и циркулирующую (растворимую). Клеточная форма – это полноценный белок, синтезируемый в больших количествах пневмоцитами или энтероцитами тонкой кишки. Как следствие, метаболический путь ангиотензина не ингибируется. Это обстоятельство только усугубляет инфекционный процесс и развитие воспаления, а цитокиновый шторм нарушает функционирование не только респираторного тракта, но и сердечно-сосудистой и иных систем органов. Исследования показали, что связывание вируса с ACE2 не обязательно влияет на ферментативную активность последнего и растворимый ACE2 и связанный с мембраной ACE2 обладают одинаковыми ферментативными и вирусными связывающими функциями. Однако только связанный с мембраной ACE2 может способствовать проникновению вируса и последующей инфекционности. Принимая во внимание эти важные предпосылки, представляется возможным использовать ACE2 в качестве альтернативного варианта терапии COVID-19. Важной непептидазной функцией ACE2 является участие в транспорте аминокислот через стенку тонкого кишечника. И применение аминокислот образует отвлекающий маневр в отношении ACE2, увеличивая его сывороточную активность и при этом уменьшая мембранную.

Применяя аминокислоты при телогеновой диффузной алопеции, возможен не только отвлекающий эффект ангиотезина 2 в качестве расщепления аминокислот в кишечнике, но и как субстрат волос в качестве синтеза белка. После перенесенного COVID-19 телогеновое выпадение волос может быть достаточно сильным даже при легком течении заболевания. Возможно, это связано с васкулитом, который в патогенезе новой коронавирусной инфекции играет огромную роль и определяет возникновение осложнений.

Цель исследования: определить диагностические критерии и изучить эффективность применения комплекса аминокислот при телогеновой диффузной алопеции после перенесенной инфекции COVID-19.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением были 35 пациентов с диффузной телогеновой алопецией в возрасте от 18 лет до 71 года, лиц мужского пола – 29, женского – 6. Клинически у всех отмечалось выпадение волос одинаково как в теменной, так и в затылочной областях, при этом волосы на других участках кожи были сохранены. Видеотриходерматоскопия констатировала множество «юных» волос и перифолликулярное воспаление и шелушение. Патологических волос и атрофированных волосяных фолликулов выявлено не было.

Всем пациентам была назначена биологическая добавка к пище –комплекс аминокислот и витаминов «Динамин форте». Каждая капсула содержит: активные вещества L-гидрохлорид ли-

зина – 25,0 мг; DL-метионин – 18,4 мг; L-лейцин – 18,3 мг; L-валин – 6,7 мг; L-изолейцин – 5,9 мг; L-триптофан – 5,0 мг; L-фенилаланин – 5,0 мг; L-треонин – 4,2 мг; 5-гидрокси антраниловая кислота – 0,2 мг; витамин С (аскорбиновая кислота) – 40,0 мг,; витамин РР (никотинамид) – 25,0 мг; витамин Е (DL-альфа-токоферола ацетат) – 7,5 МЕ; витамин В1 (тиамина нитрат) – 5,0 мг; витамин В5 (кальция пантотенат) – 5,0 мг; витамин В2 (рибофлавин) – 3,0 мг; витамин В6 (пиридоксина гидрохлорид) – 1,5 мг; витамин А (ретинола пальмитат) – 2500 МЕ; витамин В9 (фолиевая кислота) – 0,75 мг; витамин Д3 (холекальциферол) – 200 МЕ; витамин В12 (цианокобаламин) – 2,5 мкг.

Все пациенты принимали «Динамин форте» по 1 табл. один раз в день в течение 3 месяцев.

Результаты исследования: У 92 % пациентов с диффузной телогеновой алопецией отмечалось уменьшение выпадения волос уже на 7–8, а рост терминальных волос на 20–25 сутки терапии. У 8 % пациентов эффекта от лечения не было. При видеотриходерматоскопии отмечалось разрешение перифолликулярного воспаления и шелушения. В контрольной группе наблюдался рост волос на 35–40 сутки лечения и в течение 3 месяцев сохранялось перифолликулярное воспаление и шелушение.

L-форма аминокислот «Динамин форте» обладает лучшей усвояе-мостью и более пригодна для биохимических процессов в организме. Аминокислоты лизин, метионин, лейцин, валин, изолейцин, триптофан, фенилаланин, треонин – жизненно необходимые вещества для синтеза белков, построения клеток, восстановления разрушенных тканей, обмена веществ в организме. Являются источниками энергии для клеток организма, участвуют в передаче нервных импульсов, поддерживают биосинтез многих гормонов.

Витамины С, РР, Е, В1, В5, В2, В6, А, В9, Д3, В12 каждый в отдельности, а также в совокупности способствуют нормальному функционированию как отдельных органов, так и всего организма в целом. Наиболее важной их функцией является участие в обменных процессах, они выступают в качестве катализаторов в разных химических реакциях, протекающих в организме.

Применение аминокислот при диффузной телогеновой алопеции, связанной с COVID-19, образует отвлекающий маневр в отношении ACE2, увеличивая его сывороточную активность и при этом уменьшая мембранную. Уменьшение мембранной концентрации ACE2 затормаживает внедрение в клетку человека вируса SARS-CoV, следовательно, снижает активность заболевания и предупреждает развитие постковидного синдрома.

Вывод. Применение комплекса аминокислот «Динамин форте» пациентами с SARS-CoV не только эффективно в терапии диффузной телогеновой алопеции, но и уменьшает активность воспалительного аутоиммунного процесса, предотвращает возможные осложнения вирусной инфекции.

ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

Ф.В. АЗИМОВА, Р.Р. ЗАКИРОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Актуальность. В настоящее время выпадение волос становится распространенной жалобой пациентов дерматологических клиник и составляет около 8 % от общего контингента лиц с дерматологической патологией. По результатам многим современных исследований, одной из наиболее частых причин выпадения волос является андрогенная алопеция, в основе которой, лежит микровоспаление. Предположительно микровоспаление вызывает колонизация волосистой части головы Propionibacterium sp., Staphylococcus sp., Malassezia sp., а воспаление является ответной реакцией на продуцируемые ими токсины и антигенные детерминанты. В дальнейшем, микровоспаление приводит к нарушению эпителиально-мезенхимальных взаимодействий внеклеточного матрикса и последующей атрофии волосяных фолликулов, что негативно отражается на эффективности терапии андрогенной алопеции. Следует отметить важную патогенетическую роль метаболизма внеклеточного матрикса соединительной ткани на дермальные сосочки волосяных фолликулов, в метаболизме которой главенствующая роль принадлежит тканевым ингибиторам матриксных металлопротеиназ.

Цель исследования. Установить роль микробной флоры как первичного триггерного фактора микровоспаления вокруг волосяных фолликулов при андрогенной алопеции.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 85 лиц мужского пола с андрогенной алопецией. Согласно специфической классификации (BASP) у 36 (42,3 %) пациентов регистрировался тип С2-С3, у 26 (30,5 %) – тип М3, у 23 (27,2 %) – U1. Распределение пациентов с

андрогенной алопецией в зависимости от длительности патологического процесса показало, что основное количество обращающихся за консультацией к дерматологу составляют больные с длительностью заболевания от года до 5 лет – 51,6 %, а также до года – 24,8 % и от 5 до 10 лет – 23,6 %. Провоцирующим фактором начала выпадения волос у пациентов с андрогенной алопецией в 39 % случаев был стресс, в 18,3 % – инфекции ЛОР органов (хронический тонзиллит, гайморит, аллергические ринит), в 11,5 % – общий наркоз при операциях. В 31,2 % случаев пациенты не могли указать причину возникновения андрогенной алопеции. Клинически у пациентов с андрогенной алопецией наблюдалось не только выпадение волос в теменной области, но и прогрессирующий переход терминальных волос в подобные пушковым (веллусоподобные) волосы. Контрольная группа состояла из 20 здоровых лиц, репрезентативных по полу и возрасту. Всем пациентам было проведено видеотриходерматоскопическое исследование кожи волосистой части головы при помощи видеокамеры Aramo-SG (Корея) с линзами X60 и X200 и диагностической программы Trichoscience, а также культуральное исследование биоматериала, отобранного методом соскоба с волосистой части головы для определения колонизации данной области Propionibacterium sp., Staphylococcus sp., Malassezia sp. Культуральные исследования на питательных средах проводились выявлением колоний в культуре и их последующей идентификацией с помощью микроскопии окрашенных мазков.

Результаты исследования. Среди представителей микрофлоры пораженных участков кожи у больных с андрогенной алопецией довольно в высоком проценте случаев высевались Propionibacterium sp. – 81 % (в контрольной группе – 31 %), Malassezia sp. – 34 % (в контроле 11 %), и редко Staphylococcus aureus – 3,7 % (в контроле не наблюдалось). Следует отметить, что сочетанная колонизация Propionibacterium sp. и Staphylococcus sp. наблюдалась у пациентов с типом C2–C3 в 74 % случаев, с типом U1 – в 89 % случаев.

Видеотриходерматоскопия при андрогенной алопеции значима не только как дифференциация с другими видами алопеций, но и как мониторинг ведения пациентов. *Достоверные трихоскопические признаки андрогенной алопеции:* увеличение количества веллусных волос более 20 % – главный диагностический признак андрогенной алопеции; анизотрихоз – разнородность диаметра волос, которая возникает из-за того, что процесс их миниатюризации идет не одновременно; желтые точки – заполненные сальным секретом устья пустых волосяных фолликулов, которые образуются из-за увеличенного латентного периода волос; белые точки – являются отражением фиброза волосяных фолликулов; рост числа одиночных фолликулярных юнитов – наблюдается при снижении количества активных волосяных фолликулов; коричневое гало – возникает из-за микровоспаления в фолликуле; снижение плотности волос – может носить как локальный, так и диффузный характер.

Так, триходерматоскопия волосистой части головы у пациентов мужского пола с андрогенной алопецией показала резкое достоверное уменьшение количества волос в теменной области по сравнению с затылочной. Это уменьшение было более выраженным с увеличением степени поражения. Так, у пациентов с типом M3 плотность волос в теменной области составила 183,7±4,7 ($p<0,001$), с C2-C3 типом – 115,4±12 ($p<0,001$), с U1 – 82,5±11,3 ($p<0,001$), тогда как в контрольной группе этот показатель составил 246,9±6,8. Необходимо отметить, что плотность волос в затылочной области у пациентов с типом M3 снижалась незначительно – 219,6±1,9, а у пациентов с типом C2-C3 отмечалось достоверное снижение плотности волос – 185,1±8,9 ($p<0,001$) и с типом U1 – 118,6±10,5 ($p<0,001$), при этом в контрольной группе аналогичный показатель составил 223,8±2,7.

Плотность волос на волосистой части головы у пациентов с андрогенной алопецией мужского пола

Плотность волос на см²	Контрольная группа (*n*=20)	Типы андрогенной алопеции		
		M3 (*n*=36)	C2–C3 (*n*=26)	U1 (*n*=23)
Теменная область	246,9±6,8	183,7±4,7*	115,4±12*	82,5±11,3*
Затылочная область	223,8±2,7	219,6±1,9	185,1±8,9*	118,6±10,5*
«Белые точки»	13,9±2,15	45,2±3,58*	71,7±6,2*	88,6±5,91*
«Желтые точки»	86,1±9,35	54,8±7,11*	28,3±3,46*	11,4±2,17*
Фототрихограмма	<16±1,8	>40,8±5,92*	>55,6±3,47*	>73,2±5,6*

Примечание: *Различия относительно данных контрольной группы значимы при P<0,001.

Вывод. В количественном составе микробиоциноза кожи у пациентов мужского пола с андрогенной алопецией достоверно возрастает число сапрофитной флоры и в более тяжелых случаях отмечается увеличение условно-патогенных представителей стафилококков. Степень дисбиотических нарушений кожного покрова коррелирует с тяжестью клинических проявлений и степенью атрофичности волосяных фолликулов при андрогенной алопеции.

К РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ С АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Ф.В. АЗИМОВА, З.Н. МАВЛЯНОВА

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

Актуальность. В последнее время отмечается увеличение заболеваемости андрогенной алопецией среди молодого поколения. Исследованиями доказано, что прогрессирующее облысение волосистой части головы у мужчин при андрогенной алопеции является результатом трансформации терминальных фолликулов крупных пигментированных волос в мелкие фолликулы, которые образуют короткие, тонкие, гипопигментированные пушковые волосы – веллюс, что обусловлено воздействием мужских половых гормонов.

Патогенез андрогенной алопеции рассматривают с двух проекций – андрогенной и генетической. Наследование по аутосомно-доминантному типу детерминирует увеличение чувствительности рецепторов волосяных фолликулов к андрогенам или изменение в метаболизме андрогенов, что ведет к повышению уровня фермента 5d-редуктазы, который метаболизируется в 5d-редуктазный дигидро-тестостерон, который в свою очередь связывается с рецептором андрогенов, после чего комплекс «гормон-рецептор» активирует гены. При этом увеличение плотности рецепторов, чувствительных к андрогенам, носит локальный характер, так как у большинства пациентов показатели андрогенов в периферической крови в пределах нормы. У пациентов с андрогенной алопецией имеется риск кардиоваскулярных нарушений, поэтому важное значение представляет исследование липидного спектра организма у больных с андрогенной алопецией.

Цель исследования. Изучить состояние липидного спектра в крови у лиц мужского пола с андрогенной алопецией с оценкой кардиоваскулярного риска.

Материал и метод исследования. Обследован 21 пациент в возрасте от 21 до 65 лет. Контрольная группа состояла из 7 человек, репрезентативных по возрасту и полу. Согласно классификации Норвурда-Гамильтона II степень андрогенной алопеции была отмечена у 10 % больных и выражалась в небольших залысинах в области лба; III степень – у 32,6 % с выраженными залысинами в области лба; III–IV степени – у 31,8 %, где отмечалось выпадение волос не только в области лба, но и в теменной области; IV–V степени – у 25,6 % мужчин, где наблюдалось слияние очагов выпадения волос в теменной и лобной областях волосистой части головы.

У 70 % пациентов отмечено железодефицитная анемия, у 56 % – диффузный зоб. Пусковым фактором был нервный стресс.

Всем пациентам была проведена видеотриходерматоскопия волосистой части головы, которая определяет не только биоритм волос, но и степень атрофии волосяных фолликулов. Так, при II–III степенях плотность волос в теменной области была 211,2±10,3 %, при III–IV – 108,9±8,2 %, тогда как аналогичные показатели в контрольной группе составляли 246,9±6,8 %. Фототрихограмма показала наличие большого количества веллусоподобных волос – более 55 %. Волосяные фолликулы у 27 % пациентов были атрофированными.

Результаты исследования. Анализ исследования липидного спектра показали повышение уровня липопротеидов низкой плотности в 1,4 раза, липопротеидов высокой плотности – в 1,5 раза по сравнению с показателями контроля, в среднем составив 0,7±0,05 ммоль/л и 1,6±0,1 ммоль/л (в контрольной группе ЛПНП – 0,5±0,1 и ЛПВП – 1,1±0,2 ммоль/л) соответственно. Полученные данные имели статистически достоверный характер.

Вывод. Анализ полученных результатов свидетельствует, что у больных с андрогенной алопецией отмечается дисбаланс в липидном спектре, характеризующийся повышением содержания липопротеидов низкой и высокой плотности в 1,5 раза по сравнению с показателями контрольных лиц. Полученные данные подтверждают, что пациенты с андрогенной алопецией имеют более высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, так как ЛПНП считаются ключевыми факторами риска развития кардиоваскулярных нарушений, а уровень ЛПВП обратно пропорционален последнему. Исследования продолжаются.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ С ВУЛЬГАРНЫМИ УГРЯМИ

А.Ш. АЛИЕВ, У.А. ТАШКЕНБАЕВА

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница;
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Широкое распространение, материальный и моральный ущерб, склонность к хронизации и частому рецидивированию, недостаточная эффективность терапии обусловливают актуальность изучаемой проблемы.

Цель исследования. Оценить фенотип нейтрофилов у больных с тяжелыми формами акне.

Методы и методы исследования. В исследование вошли 77 человек в возрасте от 18 до 35 лет, из них с вульгарными угрями 3–4 степени тяжести и оставшиеся 28 – практически здоровые лица, без патологии на момент исследования. Всем участникам было проведено исследование фенотипа нейтрофильных гранулоцитов (НГ) периферической венозной крови. Субпопуляции нейтрофилов изучали по идентификации на их поверхности рецепторов CD 16^+, CD 45^+, CD 95^+.

Результаты исследования. В группе пациентов с вульгарными акне относительно контроля отмечено достоверное повышение количества нейтрофилов ($CD16^+$) в 1,4 раза (26,5 ± 1,1 %/18,8 ± 0,9 %). Экспрессия $CD45^+$ рецепторов была снижена в среднем до 28,4 ± 1,2 % (контрольная группа – 37,5 ± 2,1 %), экспрессия $CD95^+$ рецепторов превышала данные контрольной группы (27,4 ± 0,8 %/22,1 ± 1,3) ($p < 0,05$).

При гнойничковых поражениях кожи происходят выраженные изменения мембранной экспрессии поверхностных рецепторов НГ – рост количества клеток, ответственных за цитостатическую функцию, и способность к иммунному фагоцитозу ($CD16^+$), возрастание количества клеток, несущих рецептор апоптоза ($CD95^+$), тогда как количество активированных $CD45^+$ нейтрофилов достоверно снижается относительно данных контрольной группы.

Вывод. У пациентов с вульгарными угрями наблюдается реорганизация экспрессии поверхностных рецепторов нейтрофилов. Полученные результаты показывают необходимость коррекции нарушений в фагоцитарном звене иммунитета у больных с угревой болезнью.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ САРКОИДОЗА КОЖИ С АТИПИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ

А.Ш. АЛИЕВ, Б.И. МУХАМЕДОВ

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница, г. Ташкент

Наряду с типичными клиническими формами саркоидоза кожи встречаются многочисленные атипичные его формы, редко встречающиеся и, соответственно, трудно диагностируемые, которые обычно наблюдаются у больных с висцеральным саркоидозом. В нашем обзоре приводим трудности диагностики атипично протекающего саркоидоза кожи даже при проведении патогистологического исследования. Окончательный диагноз удалось поставить лишь после проведения глюкокортикостероидной терапии.

Приводим клиническое наблюдение

На прием обратился пациент, 1961 г. р., с направительным диагнозом «хроническая язвенная пиодермия». Считает себя больным на протяжении 5 лет, свое заболевание ни с чем не связывает. Заболевание началось с небольшого образования на правом боку, которое через пару месяцев начало изъязвляться. Пациент обратился в КВД по месту жительства, где ему был поставлен диагноз «язвенная пиодермия». Процесс стал прогрессировать, начали появляться новые элементы на теле, которые также стали изъязвляться. В КВД по месту жительства выставлен диагноз «лейшманиоз». Больной получал специфическое лечение, но эффекта не наблюдалось. Процесс продолжал прогрессировать. Язвенные элементы увеличились в диаметре и пациент в январе 2020 года обратился к нам на прием. Биопсия лишь предполагала диагноз «саркоидоз кожи», который поддался регрессу лишь только после проведенной ГКС терапии.

Заключение. Учитывая анамнез пациента и вариабельность высыпаний окончательный диагноз удалось поставить лишь в процессе лечения, когда больному была назначена ГКС терапия. У пациента была выявлена атипичная форма саркоидоза – язвенный тип.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА VEGFA В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА, АССОЦИИРОВАННОЙ С DEMODEX FOLLICULORUM

С.С. АРИФОВ[1], О.А. БАБАДЖАНОВ[2]

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников[1], г. Ташкент; Ташкентский педиатрический медицинский институт[2]

Цель исследования. Изучение значения полиморфизма rs2010963 гена VEGFA в развитии розацеа, ассоциированной с клещами рода Demodex folliculorum.

Материал и методы исследования. Частоту встречаемости генотипов гена VEGFA исследовали молекулярно-генетическим методом, Demodex folliculorum в очаге поражения – микробиологическим методом.

Проведен анализ частоты генотипов полиморфизма rs2010963 гена VEGFA в группе больных розацеа, ассоциированной с клещами рода Demodex folliculorum (D. foll.) (подгруппа I) и пациентов с отсутствием клеща D. foll. (подгруппа II).

Исследования показали, что частота гомозиготного генотипа G/G была ниже у пациентов с D. foll., чем у пациентов без D. foll. (41,2 % и 51,2 %, соответственно; $\chi^2 = 1,2$; $P = 0,3$; $OR = 0,7$; 95 % CI 0,32–1,37). Гетерозиготный генотип G/A незначимо чаще встречался у пациентов подгруппы I по сравнению у пациентов подгруппы II ($\chi^2 = 0,5$; $P = 0,5$; $OR = 1,3$; 95 % CI 0,626–2,65). Необходимо отметить, что у пациентов с D. foll. выявлена тенденция к увеличению частоты неблагоприятного гомозиготного генотипа C/C по сравнению с подгруппой II (8,2 % против 4,6 %, соответственно). Рассчитанный коэффициент соотношения шансов показал незначимо увеличенный риск развития розацеа, ассоциированной D. foll., в 1,8 раза у носителей данного генотипа ($\chi^2 = 0,6$; $P = 0,4$; $OR = 1,8$; 95 % CI 0,37–9,06).

Таким образом, полиморфизм rs2010963 гена VEGFA участвует в развитии розацеа и риск развития данного дерматоза, ассоциированного с D. foll., в 1,8 раза повышен у носителей генотипа C/C полиморфизма rs2010963 гена VEGFA.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ

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

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников[1], г. Ташкент ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии»[2] МЗ РУз, г. Ташкент, Ташкентская медицинская академия[3]

Кольцевидная гранулема – доброкачественное заболевание кожи, в основе которого лежит гранулематозный процесс. Клинически проявляется папулами в форме колец или дуг и часто локализуется симметрично на дистальных концах.

Приводим клиническое наблюдение

Больной М., 42 г.р., обратился с жалобами на наличие высыпаний на руках и стопах ног. Болеет в течение 6 лет. Высыпания в начале появились на кистях, а затем на стопах. Получал антигистаминные и наружно гормональные препараты и, аевит отмечал временный эффект.

Со стороны внутренних органов на основании, инструментальных и лабораторных исследований патологии не выявлены. Наследственность не отягощена.

При осмотре: кожно-патологический процесс локализуется на кистях и стопах. Наблюдаются высыпания в виде папул, бляшек цвета нормальной кожи, местами красновато-розовой окраски, с гладкой поверхностью, кольцевидной формы, с несколько запавшей центральной частью. Элементы множественные, сливаясь, образуют различные фигуры, полукольца и кольца диаметром 5–6 см. Дермографизм красный. Субъективных ощущений нет.

Установлен клинически диагноз «Кольцевидная гранулема, *локализованная* форма».

Проведено лечение очагов на тыльной поверхности рук и стоп с помощью эксимерного света (начальная доза – 300 mJ/cm^2). Кроме того, больной получил витаминотерапию, антиоксиданты и топические глюкокортикостероиды.

После 14 сеансов терапии высыпания разрешились. Побочных эффектов не отмечено.

СЛУЧАЙ АКТИНИЧЕСКОГО ПОРОКЕРАТОЗА

С.С. АРИФОВ[1], Н.С. ИБРОХИМОВА[2]

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников[1], г. Ташкент; ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии»[2] МЗ РУз, г. Ташкент

Актинический порокератоз возникает под влиянием ультрафилетовых лучей. В основе заболевания лежит нарушение процесса кератинизации.

Приводим клиническое наблюдение

Больной Ж., 27 лет, обратился с жалобами на высыпания, расположенные на лице, шее, верхней части грудной клетки. Болеет 2 месяца, заболевание связывает с пребыванием на солнце. От полученных препаратов (аевит, топические стероиды) эффекта не отмечал.

При осмотре: кожно-патологический процесс локализуется на открытых участках (лицо, шея, верхняя часть грудной клетки) кожи, в виде мелких, пигментных узелков величиной 2–3 мм и бляшек размером от 1 до 2 см. Поверхность элементов сухая, пигментированная, форма округлая, овальная, местами неправильной формы. В периферической зоне очага поражения хорошо заметен приподнятый кератотический валик (бордюр). Центр элементов запавший, коричневого или розового цвета, наблюдается атрофия. Элементы склонны к группировке.

При клиническом осмотре с помощью лупы на поверхности бордюра местами отмечаются едва выраженные параллельно расположенные ряды гиперкератоза. Субъективно отмечается слабый зуд.

Со стороны внутренних органов патологий не выявлено, лабораторные исследования в пределах нормы.

На основании клинической картины, гистопатологии кожи и патомффологического исследования больному установлен диагноз «актинический порокератоз».

СЛУЧАЙ ГЕРПЕТИФОРМНОЙ ЭКЗЕМЫ КАПОШИ

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

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

До настоящего времени проблема атопического дерматита (АД) остается актуальной, так как частота данного заболевания увеличивается и, тем более, повышается количество преморбидных состояний при данном дерматозе. Была указана повышенная чувствительность пациентов с АД к грибковой и бактериальным инфекциям, развитие сенсибилизации, что изменяет клиническую картину основного заболевания. Кроме того, больные АД чувствительны к генерализованным инфекциям, вызываемым вирусами простого герпеса (eczema herpeticum), чаще всего I типа. Герпетиформная экзема Капоши может возникать в любом возрасте и характеризуется специфической клинической картиной заболевания, что и обусловило название дерматоза. Учитывая редкость заболевания.

Приводим клиническое наблюдение

Больной А.С., 2017 г. р., житель Самаркандской области, обратился в областной КВД с жалобами на наличие островоспалительных высыпаний на коже лица, сопровождающихся микровезикуляцией и жжением кожи.

Anamnesis morbi: ребенок со слов матери болен в течение последних 7–10 дней, когда на коже лица возникли островоспалительные высыпания с микровезикуляцией и резкое жжение кожи в очагах поражения. Кожные проявления сопровождаются всеми признаками эндогенной интоксикации (повышение температуры, слабость, озноб и др.). С 3-месячного возраста ребенок страдает атопическим дерматитом, по поводу которого неоднократно получал стационарное и амбулаторное лечение. На коже лица, шеи в области крупных складок кожи возникали зудящие элементы, местами с мокнутием, оставляя очаги лихенизации кожи, а также большие и малые критерии атопического дерматита (ксероз кожи и др.). Отмечается внезапное возникновение свежих элементов на лице. Одной из предполагаемых причин является перенесенный простой герпес у матери ребенка.

Anamnesis vitae: ребенок родился в срок, без особых отклонений. Растет и развивается в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Имеется наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям (бронхиальная астма) со стороны матери. Отмечались простудные и детские инфекционные заболевания (корь и др.). Прививки получил вовремя. Посещает детсад.

Status localis: кожно-патологический процесс носит ограниченный характер и располагается на левой половине лица с переходом на боковую поверхность шеи. Очаг поражения представлен эритемой, сгруппированными пузырьковыми элементами, имеющими как серозное, так и гнойное содержимое. На большинстве пузырьковых элементах выделяются пупковидные вдавления, напоминающие проявления ветряной оспы. В очагах поражения видны массивные корки на местах вскрывшихся пузырьков, местами кровянистого характера. Патологический процесс быстро распространяется по периферии. Отмечаются увеличение региональных лимфатических узлов до размеров земляного ореха, при пальпации болезненных, явления конъюнктивита и проявления на СОПР в виде афтозного стоматита.

*Окончательный диагноз «*герпетиформная экзема Капоши».

Больному были назначены противовирусные и антигистаминные препараты, синбиотики, наружно примочки и увлажняющие кремы. Кожно-патологический процесс разрешился в течение двух недель без каких-либо осложнений.

Правильная постановка клинического диагноза и назначение соответствующей противовирусной терапии является залогом успешного лечения герпетиформной экземы Капоши.

ДИАГНОСТИКА ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

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

Андижанский государственный медицинский институт

Дискоидная красная волчанка – многофакторное воспалительное заболевание, патогенетически обоснованное сенсибилизацией к собственным клеткам Т-лимфоцитов и натуральных киллеров.

Поражение кожи при красной волчанке характеризуется значительной гетерогенностью клинических проявлений и зачастую приводит к сложности диагностики на первичном амбулаторном этапе. Встречаются как изолированные кожные формы КВ, так и сочетание высыпаний на коже и слизистых оболочках с системными проявлениями. Кожную форму КВ подразделяют на дискоидную, диссеминированную и глубокие формы. Классическая форма дискоидной волчанки представлена триадой симптомов: эритема, гиперкератоз и атрофия. При изолированной форме высыпания представлены в области красной каймы губ слегка инфильтрированными вишнево-красными пятнами с небольшим количеством плохо отделяемых чешуек. При поражении волосистой части головы развиваются эритемы различной формы с шелушением на поверхности, по разрешению которых остаются рубцовая атрофия, телеангиоэктазии и участки гипо- и гиперпигментации. Зона рубцовой атрофии формируется в центре очагов. За 2019 г. таких пациентов в АГКВД было 3 (мужчин – 1 и женщин – 2). По клиническим наблюдениям, полученным в отделениях стационара клиники, пациенты, имеющие очаги, свободные от волосяных фолликулов, без каких-либо проявлений на других участках кожного покрова, длительное время получали лечение по поводу гнездной алопеции, а также грибковых поражений, атрофической формы красного плоского лишая, склеродермии. По результатам проведеного углубленного обследования и диагностической биопсии кожи был установлен заключительный диагноз дискоидной красной волчанки.

Приводим клиническое наблюдение

Пациент Н., 54 лет, находился в клинике с направительным диагнозом «очаговая склеродермия». По поводу заболевания прошел два курса лечения амбулаторно (антибактериальные и сосудистые средства, препараты для борьбы с гиперплазией соединительной ткани). Эффекта на фоне проводимого лечения не было и отмечалось дальнейшее распространение высыпаний. Дообследование консультации смежных специалистов, ревматолога и биопсия кожи не проводилось.

Status localis: патологический процесс на коже носит хронический характер, локализуется на коже волосистой части головы. Представлен очагами округлой и овальной формы, размером до 1,5 см в диаметре, с гладкой атрофичной поверхностью, лишенной волос и волосяных фолликулов в пределах очагов. Остальные кожные покровы без патологических изменений. По заключению патоморфологического исследования биоптата кожи, взятого из очага на волосистой части головы, гистологическая картина наиболее соответствует красной волчанке.

Вывод. Часто специалистам на первичном приеме кажутся очевидными такие диагнозы, как склеродермия, алопеция, при этом пропускается изолированная форма дискоидной красной волчанки, проявляющаяся отдельными очагами атрофии на коже волосистой части головы с отсутствием волосяных фолликулов.

ДЕМОДЕКОЗ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

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

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Папуло-пустулезные дерматозы, основной локализацией которых является кожа лица (акне, розацеа, периоральный и себорейный дерматит), остаются актуальной проблемой в дерматовенерологии. Среди различных причин возникновения этих заболеваний определенная роль отводится паразитарной теории, согласно которой, формированию папул и пустул на коже лица способствует клещ-железница (Demodex).

Цель исследования. Изучение клинических особенностей проявления демодекс-ассоциированных дерматозов лица, выявление и взаимосвязи с полом, возрастом, фототипом кожи пациентов, а также оценка эффективности противопаразитарных местных средств у пациентов с лабораторным подтверждением наличия клещей рода Demodex.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 60 пациентов (19 мужчин и 41 женщина) в возрасте от 13 до 76 лет с диагнозами: розацеа ($n=16$), себорейный дерматит ($n=20$), периоральный дерматит ($n=12$), акне ($n=12$). Для исследования подбирались пациенты с длительностью заболевания свыше 2 месяцев и с преимущественной локализацией высыпаний на лице, у которых был обнаружен Demodex более 5 особей в 1 см^2. Продолжительность заболевания до года установлена у 9 (15 %), от 1 до 4 лет – у 33 (55 %), от 5 до 10 лет – у 13 (22 %) и свыше 10 лет – у 5 (8 %) больных. Пациентов в возрасте до 20 лет было 7 (12 %), 21–30 лет – 12 (20 %), 31–40 лет – 12 (20 %), 41–50 лет – 8 (13 %), 51–60 лет – 13 (22 %), свыше 60 лет – 8 (13 %). Фототипы кожи по Фитцпатрику: I тип – у 6 (10 %), II тип – у 35 (58 %), III – у 18 (30 %), IV – у 1 (2 %).

Все пациенты получали системную терапию согласно общепринятым стандартам лечения розацеа, акне, периорального дерматита, себорейного дерматита и с учетом сопутствующих общесоматических заболеваний. Местная терапия пациентов заключалась в назначении препаратов, включающих метронидазол (гель, крем, шампунь) или азелаиновую кислоту (гель, крем) в зависимости от формы заболевания и локализации высыпаний.

Результаты исследования. У всех 60 пациентов с хроническими дерматозами (розацеа, себорейный дерматит, периоральный дерматит, акне) лабораторно был обнаружен Demodex в количестве более 5 особей в 1 см^2. Заболевание чаще выявлялось у женщин (68 %). Три возрастные группы (21–30 лет, 31–40 лет, 51–60 лет) преобладали в структуре обследованных пациентов. Распределение пациентов по локализации высыпаний: края век и веки – 17 (28 %), ресницы – 11 (18 %), брови – 8 (13 %), щеки – 32 (53 %), подбородок – 22 (42 %), предаурикулярная область – 10 (19 %), носогубная складка – 10 (19 %), нос – 17 (37 %), лоб – 24 (40 %), переносица – 18 (30 %), шея – 3 (5 %), волосистая часть головы – 8 (13 %), грудь – 5 (8 %), спина – 5 (8 %). Высыпания были представлены в виде эритематозно-сквамозных пятен – у 40 (67 %) пациентов, папул – у 50 (76 %), пустул – у 42 (70 %), инфильтратов – у 6 (10 %), абсцедирующих элементов – у 3 (5 %), телеангиэктазий – у 17 (28 %), комедонов – у 2 (3 %) больных. В зависимости от преобладания в клинической картине морфологических элементов у пациентов были выделены следующие клинические формы: эритематозно-сквамозная – у 10 (17 %) розацеаподобная – у 14 (23 %), папуло-пустулезная – у 15 (25 %), акнеформная – у 9 (15 %), комбинированная – у 12 (20 %) пациентов.

Применение антидемодекозных препаратов (местно и системно) позволило уменьшить зуд и болезненность кожи уже на 4–5 день лечения, на 12-й день уменьшилось количество высыпаний, а у каждого второго пациента субъективные симптомы проходили к 15–17 дню проводимой терапии. Папулезные и пустулезные элементы разрешались к концу курса лечения – на 30–40 день от начала терапии. Лабораторную диагностику на наличие клеща проводили сразу после проведенного лечения и через 1,5–2 месяца диспансерного наблюдения. Клещи рода Demodex не выявлялись при изучении ближайших и отдаленных результатов терапии.

Вывод. Клиническими особенностями демодекс-ассоциированных дерматозов являются папуло-пустулезные и розацеаподобные высыпания, преобладание лиц женского пола, возраст старше 30 лет, отсутствие стадийности и внезапное начало заболевания. Клинические результаты применения местных антипаразитарных препаратов в комбинированной терапии дерматозов лица с клещевой инвазией Demodex folliculorum показали высокую эффективность и стойкую переносимость, что позволило получить хорошие ближайшие результаты.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

К.М. ГАДЖИМУРАДОВА[1], М.А. ИВАНОВА[2], М.Н. ГАДЖИМУРАДОВ[1], С.Н. АЛИЕВА[1]

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»[1] Минздрава Россия, г. Махачкала;
ГБУ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии»[2], Департамента здравоохранения Москвы

Актуальность. Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) относится к орфанным (редким – не более 10 случаев на 100 000 населения) заболеваниям. В Российской Федерации показатель его распространенности в 2016 году составлял 3,9 на 1 млн населения.

Цель исследования. Изучить распространенность, клинико-генетические особенности и семейный анамнез пациентов ВБЭ в Республике Дагестан.

Материал и методы исследования. Изучена клиническая картина, особенности течения и семейный анамнез 127 пациентов с диагнозом ВБЭ, проживающих в Республике Дагестан, верифицирован тип и субтип заболевания у них. У 12 пациентов методом полноэкзомного секвенирования ДНК подтверждена генетическая природа ВБЭ.

Результаты исследования. Каждый из 127 больных ВБЭ, с учетом индекса тяжести BEBS, отнесен к одной из 4 групп по степени тяжести протекающего заболевания. Так, большая часть пациентов входит в группу с легкой и средней тяжестью: ПВБЭ Вебера-Кокейна – 53 (41,73 ± 4,38 %) и герпетиформный Доулинг-Меара – 11 (8,66 ± 2,5 %), доминантный ДВБЭ – 3 (2,36 ± 1,35 %) и рецессивный ДВБЭ генерализованный не мутилирующий – 1 (0,79 ± 0,79 %), ПгрВБЭ – 8 (6,3 ± 2,16 %), а также Киндлер-синдром – 1 (0,79 ± 0,79 %). У больных, с вышеуказанными диагнозами процесс не склонен к развитию тяжелых мультиорганных поражений. При их диспансерном ведении проводят в основном поддерживающие мероприятия: предупреждение травматизации кожи, обучение ухаживающих принципам деликатного обращения с кожей больного, создание для них безопасных условий пребывания в доме, избежание перегрева кожи, гигиена полости рта. Несоблюдение этих рекомендаций ведет к увеличению объема пораженной кожи и слизистых оболочек, инфицированию раны, контактно-аллергическому дерматиту, гипергрануляции (при ПгрВБЭ), и, как следствие, к более тяжелому течению. По этой причине один пациент с ПВБЭ герпетиформным Доулинг-Меара и один с доминантным ДВБЭ Кокейна-Турена представлены в группе с тяжелой степенью течения заболевания. Мы отмечаем, что при ПВБЭ герпетиформном Доулинг-Меара 9 (75,0 ± 12,5 %) из 12 пациентов имеют среднюю и тяжелую степень тяжести, поэтому отнесли их к группе риска по развитию тяжелых мультиорганных осложнений. Они нуждаются в индивидуализированном подборе наружных средств, гигиенических процедур при динамическом наблюдении.

Особого внимания требуют больные генерализованным рецессивным ДВБЭ, которые отнесены либо к тяжелой, либо очень тяжелой группе течения процесса – 7 (5,51 ± 2,07 %) и 21 (16,54 ± 3,32 %) соответственно. Они должны находиться под диспансерным наблюдением как дерматолога, так и смежных специалистов для предупреждения деформаций и контрактур.

Проведенное нами исследование также показало, что контингент детей составляет большую часть больных ВБЭ в Республике Дагестан – 63,78 ± 4,26 %. В то же время 6,3 ± 2,16 % составляют лица в возрасте 56–63 лет, что требует дифференцированного подхода при их ведении.

Анализ влияния близкородственного брака на проявление ВБЭ в популяции показал, что у большей части больных с рецессивным ДВБЭ и ПгрВБЭ именно родство родителей могло спровоцировать манифестацию этого генодерматоза у их детей. Поэтому предупреждение близкородственных браков является методом первичной профилактики этих форм ВБЭ, наследуемых по аутосомно-рецессивному типу. Акцент в этом направлении должен быть сделан в 12 районах Дагестана, где среди местного населения и выходцев оттуда распространены ассоциированные с ВБЭ генетические мутации.

Молекулярно-генетическое исследование, проведенное 12 пациентам, в 2 случаях (16,67 ± 10,76 %) случаях выявило патогенную, а в 10 случаях (83,33 ± 10,76 %) мутацию в гене, являющуюся вероятной причиной развития определенного типа ВБЭ.

Вывод. Результаты полноэкзомного секвенирования генов, основанные на фенотипе и семейном анамнезе, позволяют верифицировать тип и субтип ВБЭ, составить прогноз течения заболевания и вероятность его манифестации у сибсов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМОЛЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С СУХОСТЬЮ КОЖИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОРНЕОМЕТРИИ

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

Новосибирский государственный университет[1];
ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет[2]

При терапии эмолентами рекомендуется нанесение препаратов несколько раз в день, что связано с необходимой длительностью увлажняющего эффекта.

Цель исследования. Оценить показатели увлажнения сухой кожи голени непосредственно после нанесения эмолентов и через 30 минут у пациентов с сухостью кожи.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование гидратации рогового слоя кожи голеней 12 пациентов с клинически сухой кожей в возрасте от 11 до 48 лет, средний возраст – 26,0±3,1. Оценку проводили методом корнеометрии на аппарате Soft Plus («Callegary», Италия). Результаты корнеометрии выражали в условных единицах от 0 до 100. Во время исследования определяли исходную увлажненность кожи. Далее на участок сухой кожи голени наносили эмоленты, содержащие: 1) каприловые триглицериды, масло семян подсолнечника, масло дерева ши; 2) термальную воду, масло дерева/ши, ниацинамид; 3) масло макадамии, масло канола, масло Инка-инчи. После этого определяли увлажнение кожи через 3–5 секунд и через 30 минут в трех локализациях.

Результаты исследования. До нанесения эмолента увлажненность в трех локализациях составила: 5,4±1,1; 4,7±1,6; 3,8±1,2 у.е., что соответствует показателям сухой кожи. Непосредственно после нанесения эмолента увлажненность составила 64,4±8,1; 68,1±10,0; 56,5±7,3 у.е. (нормальная влажность кожи), через 30 минут: 26,7±2,2; 23,2±4,3; 21,1±2,9 у.е. соответственно (умеренная сухость кожи), после нанесения 1, 2, 3 эмолентов.

Вывод. Увлажнение сухой кожи с помощью эмолентов по данным корнеометрии увеличивается в 10 и более раз, но в течение ближайших 30 минут наблюдается уменьшение увлажнения кожи, которое сохраняется выше исходного уровня после нанесения эмолентов с различным составом.

ЛАДОННО-ПОДОШВЕННАЯ КЕРАТОДЕРМИЯ ПАПИЙОНА-ЛЕФЕВРА

Д.С. ДЖАЛИЛОВ, А.Б. РАХМАТОВ

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

Ладонно-подошвенные кератодермии рассматриваются как гетерогенная группа заболеваний, которые характеризуются утолщением рогового слоя ладоней и подошв, диффузным или ограниченным, нередко сочетающихся с различными эктодермальными аномалиями. В большинстве случаев выделяют две основные группы кератодермий: диффузные (сплошное поражение кожи ладоней и подошв) и очаговые (очаги в виде островков, точек, полос и др.).

Ладонно-подошвенная кератодермия Папийона-Лефевра, описанная в 1924 году, отличается от других разновидностей кератодермий наличием диффузного поражения кожи ладоней и подошв, периферического воспаления и парадонтоза. Тип наследования – аутосомно-рецессивный. При данном заболевании выявлены мутации в гене, кодирующем катепсин С лизосомальных протеолитических ферментов (CTSC; 11q14,1 – q14,3).

Заболевание редко встречается, ввиду чего **приводим клиническое наблюдение.**

Больная А.С., 16 лет, жительница Сурхандарьинской области, была выявлена активно при проведении целенаправленных медицинских осмотров в отдельных районах Сурхандарьинской области.

Жалобы предъявляет на высыпания, располагающиеся на коже ладоней и подошв с переходом на тыльную поверхность конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом и покраснением кожи.

Anamnesis morbi: считает себя больной с рождения, когда отмечалось утолщение кожи обеих подошв. Постепенно аналогичные высыпания стали появляться и на коже ладоней. К 2–3 годам явления гиперкератоза стали переходить на кожу тыльной поверхности кистей и стоп, причем с воспалительной реакцией (гиперемия кожи). Поражение зубо-челюстной системы родители заметили с 3-летнего возраста, когда стали часто обращаться к стоматологам с проблемами десен (отечность, кровотечение и др.). К 6-летнему возрасту выпали практически

все молочные зубы. Пациентка неоднократно получала стационарное и амбулаторное лечение по поводу акродерматита с незначительным эффектом.

Anamnesis vitae: родилась в срок вторым ребенком, росла и развивалась в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Наследственность отягощена – аналогичные проявления отмечались у бабушки линии. Вредных привычек не имеет. Родители пациентки находятся в кровнородственном браке. Аллергических реакций не наблюдается.

Status localis: кожно-патологический процесс носит локализованный характер и располагается симметрично на коже кистей и стоп с переходом на предплечья и голени, выражен гиперкератоз, ониходистрофия (лейконихия, трахионихия, на отдельных пальцах отмечается анонихия), воспалительная реакция, особенно по периферии очагов поражения. Отмечается вторичная адонтия верхней и нижней челюсти. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дермографизм розовый.

Окончательный диагноз: «ладонно-подошвенная кератодермия Папийона-Лефевра».

Больной проведено лечение: витамин А по 200 000 ед. (внутрь), препараты цинка и синбиотики. Наружно были применены кератолитические средства и увлажняющая терапия, вследствие чего был достигнут клинический эффект. Прогноз для выздоровления неблагоприятный. Может быть резко ограничена трудоспособность. Требуется протезирование зубов.

Представленный случай отличается типичной клинической симптоматикой и сложностями в проведении адекватной терапии.

РОЛЬ IGE У БОЛЬНЫХ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОЙ КЕРАТОДЕРМИЕЙ

Д.С. ДЖАЛИЛОВ

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

Актульность. Ладонно-подошвенные кератодермии (ЛПК) включают группу дерматозов с нарушениями кератинизации наследственного или ненаследственного (гиперкератотическая экзема, псориаз ладоней и подошв, а также 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. Поражения ладоней и подошв могут существовать с самого рождения или возникнуть во взрослом состоянии.

Дифференциальная диагностика ЛПК часто представляет значительные трудности, особенно в тех случаях, когда протекает изолированно. Правильная постановка диагноза имеет большое значение для подбора адекватной терапии заболевания.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 20 больных ЛПК в возрасте от 7 до 72 лет. Из них больных гиперкератотической экземой было 6, псориазом ладоней и подошв – 8, наследственной кератодермией 6. Всем больным проведено исследование 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 12 здоровых лиц в возрасте от 7 до 14 лет без аллергического генеза.

Результаты исследования. ИФА показал, что у больных гиперкератотической экземой концентрация общего IgE составила в среднем 184,6±5,7 МЕ/мл против 77,2±3,4 МЕ/мл у здоровых лиц, что в 2,5 раза превысило показатели контрольной группы и имело статистически достоверный характер ($P < 0,05$).

Уровень концентрации IgE при псориазе ладоней и подошв составил в среднем 103,6±3,4 МЕ/мл, при наследственной кератодерми показатели практически не отличались от контрольной группы, составив 79,1±4,7 МЕ/мл.

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

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ КЕРАТОДЕРМИЙ

Д.С. ДЖАЛИЛОВ

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

Поражение кожи ладоней и подошв часто встречается при наследственной и приобретенной кератодермиях. В повседневной практике дерматолога довольно часто приходится сталкиваться с приобретенными ЛПК, возникающими на фоне основного заболевания, которые могут наблюдаться при псориазе, экземе, а также в климактерическом периоде.

Врожденные или наследственные кератодермии относятся к редким генодерматозам. Они проявляются в раннем детском возрасте и сочетаются с другими пороками развития кожи, внутренних органов, нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

Цель исследования. Изучение патоморфологических особенностей при различных дерматозах с локализацией очагов на ладонях и подошвах в сопоставлении с наследственными формами кератодермий.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ гистологических препаратов у 57 пациентов с клинически доказанными диагнозами. Среди них 18 (31,6 %) мужчин и 39 (68,4 %) женщин. Возраст варьировал в диапазоне от 7 до 60 лет. У 18 (31,6 %) больных диагностирован псориаз, у 20 (35 %) – гиперкератотическая экзема, у 10 (17,5 %) – климактерическая кератодермия, у 10 (15,9 %) различные формы наследственных кератодермий.

Биоптаты фиксировали в 10 % забуференном формальдегиде, проводили в изопропиловом спирте, заливали парафином и окрашивали гематоксилином и эозином. Исследования проводились на световом микроскопе Eclitse E 200 фирмы «Nicon» (Япония).

Результаты исследования. Патогистологическая картина больных псориазом ладонно-подошвенной локализации характеризовалось выраженным утолщением рогового слоя, скоплением нейтрофилов в 52 %, случаев сливного паракератоза, хотя в некоторых препаратах определялся очаговый паракератоз (27,6 %). Зернистый слой местами был истончен, в некоторых препаратах отмечались очаги агранулеза. Псориазиформная гиперплазия эпидермиса характеризовалась удлиненными эпидермальными отростками, местами сливающимися между собой. Часто эпидермальные отростки имели «колбообразную форму». Межклеточный отек клеток шиповатого слоя наблюдался в 18 % случаях, иногда с образованием внутриэпидермальных везикул, хотя такие изменения характерны для экземы. В дерме отмечались отек, хронический лимфогистиоцитарный инфильтрат с содержанием нейтрофилов, расширение извилистых капилляров, папилломатоз сосочков дермы.

У пациентов с гиперкератотической экземой при гистологическом исследовании также отмечалось утолщение рогового слоя. Паракератоз в основном носил ограниченный характер и лишь в 7 % случаях отмечался сливной паракератоз. Определялось равномерное утолщение зернистого слоя.

Акантоз имел характер нерегулярного типа, хотя иногда он был псориазиформным. В шиповатом слое определялся выраженный межклеточный отек с образованием внутриэпидермальных везикул. В дерме определялся отек в сочетании с лимфогистиоцитарными инфильтратами с содержанием нейтрофилов. Часто среди клеток инфильтрата определялись эозинофилы.

В группе больных с климактерической кератодермией гистологические изменения характеризовались выраженным утолщением рогового слоя. Редко отмечался очаговый паракератоз и вертикальное чередование орто- и паракератоза. Зернистый слой был равномерно утолщен.

В большей половине случаев (58 %) акантоз имел нерегулярный характер, но в 44,8 % наблюдался межклеточный отек клеток шиповатого слоя. Редко наблюдался псориазиформный акантоз и сливной паракератоз. В отличие от экземы, эозинофилы не встречались.

При наследственных ЛПК в гистологических препаратах превалировал выраженный гиперкератоз. Толщина рогового слоя иногда в несколько раз превышали мальпигиевый слой эпидермиса, также отмечались равномерное утолщение зернистого слоя и нерегулярный акантоз. Встречались очаги паракератоза, ортокератоза и дискератоза. В дерме воспалительные изменения были незначительными или их практически не было.

Вывод. Проведенные исследования показывают трудность дифференциальной диагностики псориаза, гиперкератотической экземы и климактерической кератодермии, а также указывают на необходимость в некоторых случаях проведения более глубоких иммуногистохимических исследований для дифференциации указанных заболеваний. При подозрении на наследственную природу заболевания надо проводить молекулярно-генетические методы исследования для идентификации генов, содержащих мутации, которые позволят провести точную генетическую классификацию.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ 2282DEL14

А.А. ЕРЕМИНА[1], О.А. МАКЕЕНКО[1], И.Г. СЕРГЕЕВА[1], А.И. ЯКУБОВИЧ[2]

Новосибирский государственный университет[1];
ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет[2]

Введение. Известно, что мутации в гене, кодирующем филаггрин, приводят к нарушению структуры верхних слоев кожи.

Цель исследования. Оценить ультразвуковые параметры сухой кожи пациентов в зависимости от наличия и отсутствия мутации в гене филаггрина (2282del14).

Материал и методы исследования. Исследованы 3 группы пациентов с сухой кожей: 8 пациентов (6 женщин, 2 мужчин) – гомозиготы по мутации гена филаггрина, возраст от 2 до 58 лет; 12 пациентов (7 женщин, 5 мужчин) – гетерозиготы по мутации в гене филаггрина, возраст от 4 до 42 лет; 10 пациентов (7 женщин, 3 мужчин) – без мутации, возраст от одного года до 46 лет. Исследования проводили на коже локтевых сгибов, подколенной области, щек с использованием системы DUB®SkinScanner (TPM, Германия), датчиком с частотой 75 МГц, глубиной проникновения 4 мм. На сканограммах оценивали толщину (Тэ) и плотность (Ээ) эхосигнала от эпидермиса.

Результаты исследования. На коже *локтевого сгиба:* Тэ у гомозигот – 94±14,7 мкм, у гетерозигот – 90±17,4 мкм, у пациентов без мутаций – 97±30,7 мкм; эхоплотность эпидермиса Ээ: у гомозигот – 129±26,7 мкм, у гетерозигот – 123±32,0 мкм, у пациентов без мутаций – 106±29,8 мкм. На коже *подколенной области:* Тэ у гомозигот – 92±24,1 мкм, у гетерозигот – 93±17,3 мкм, у пациентов без мутаций – 100±16,2 мкм; Ээ у гомозигот – 136±31,1 мкм, у гетерозигот – 143±37,0 мкм, у пациентов без мутаций – 98±41,2 мкм. На коже *щеки:* Тэ у гомозигот – 81±27,1 мкм, у гетерозигот – 77±13,3 мкм, у пациентов без мутаций – 67±24,1 мкм; Ээ у гомозигот – 118±51,0 мкм, у гетерозигот – 115±42,8 мкм, у пациентов без мутаций – 130±22,4 мкм.

Вывод. Полученные результаты констатировали, что показатели Тэ и Ээ в большей степени зависели от анатомической локализации исследования, чем от наличия или отсутствия мутации (2282del14).

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ MRSA У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, С.Р. МУМИНОВА, Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ, Н.Я. МАДРАХИМОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА, К.М. ЕРКУЛОВ, Л.Р. ТОЖИБОЕВ

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

Актуальность. Известно, что этиологическая роль патогенной микрофлоры, населяющей кожные покровы у больных с хроническими аллергическими дерматозами, выходит далеко за пределы классической инфекционной патологии, так как микробные суперантигены являются одними из триггерных факторов, запускающих каскад иммунологических реакций и активно влияют на развитие иммунопатологических процессов, лежащих в основе развития персистирующих оппортунистических инфекций при аллергодерматозах. В последнее время накапливаются данные, демонстрирующие центральную роль микробиом кожи в патогенезе аллергических заболеваний кожи. Колонизация *Staphylococcus aureus* часто проявляется в виде серьезных кожных инфекций у здоровых людей и становится глобальной эпидемической проблемой, вызванной появлением штаммов с устойчивостью к антибиотикам, таких как например устойчивый к метициллину *Staphylococcus aureus* (MRSA).

Цель исследования. Изучение показателей бактериальной сенсибилизации и генотипов *Staphylococcus aureus* у больных АлД, проживающих в Андижанской области.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 53 больных с различными клиническими формами АлД в возрасте от 5 до 73 лет. Всем больным проводили клинические, микробиологические и молекулярно-генетические исследования на определение метициллин устойчивого *S. aureus (MRSA).*

Результаты исследования. По клиническим формам пациенты с аллергическим дерматитом были распределены следующим образом: у

28 (52,8 %) пациентов диагностирован атопический дерматит; у 11 (20,7 %) – различные клинические формы аллергодерматозов; у 14 (26,4 %) – себорейный дерматит.

С целью изучения микробиологического статуса кожи у больных с различными клиническими формами аллергодерматозов были проведены бактериологические исследования кожи в очагах поражения и молекулярно-генетический анализ генотипов метициллинрезистентного *Staphylococcus aureus.* Результаты микробиологического исследования видовой идентификации микроорганизмов показали высокую частоту высеваемости *S. aureus* – у 38 (71,7 %) больных АлД, тогда как *S. epidermidis* был определен у 10 (18,8 %) и *S. haemolyticus* у 5 (9,4 %) больных. Контаминанты штаммов *St.* aureus были обнаружены у 40 больных АлД (75,4 %). Такие контаминанты, как *MRSA,* были выявлены в 55 % случаев, *MSSA* – в 25 % и *MRCoNS* – в 20 % случаев АлД.

Все носители метициллин устойчивого *Staphylococcus spp.* были распределены в зависимости от степени тяжести заболевания. Наибольшее количество составили больные с тяжелой степенью тяжести заболевания контаминантов *MRSA* – 32,5 % случаев, пациенты со средней степенью тяжести – 17,5 % случаев.

Вывод. Результаты исследования показали, что состояние тяжести клинического процесса не зависит от микробиологического статуса кожно-патологического процесса. Результат данного исследования доказывает важность изучения оппортунистической инфекции при аллергических дерматитах.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ВУЛЬГАРНОГО ПЕМФИГУСА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Е.В. ЕСИОНОВА

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

Актуальность. Вульгарный пемфигус – тяжелый аутоиммунный буллезный дерматоз, характеризующийся поражением кожи и/или слизистых оболочек. Решающую роль в развитии заболевания играет процесс акантолиза, который сопровождается разрушением межклеточных контактов в шиповатом слое эпидермиса и приводит к образованию пузырей. Для объективного суждения о состоянии больного, эффективности лечебных мероприятий, а также сравнения результатов научных исследований при определении и сопоставлении эффективности различных методов терапии применяются индексы, основанные на комплексной оценке состояния больного.

Цель исследования. Определение степени тяжести течения вульгарного пемфигуса.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 7 больных с вульгарным пемфигусом в возрасте от 25 до 65 лет (средний возраст – 44,8±6,5 лет), из них мужчин – 5 (71,4 %), женщин – 2 (28,6 %). Давность заболевания составила от 5 месяцев до 22 лет. Причину заболевания больные указать не смогли. Наследственность по данному заболевания не отягощена. Всем больным были проведены оценка степени тяжести заболевания при помощи критериев Mahajan (Mahajan's scoring system, 2005), оценка активности вульгарной пузырчатки (PVAS, Pemphigus Vulgaris Activity Score, 2013), а также забор для исследования клеток Тцанка методом световой микроскопии.

Результаты исследования. Согласно критериям Mahajan степень тяжести была оценена от легкой – поражение 10 % поверхности тела до тяжелой – поражение 25–50 % поверхности тела с поражением слизистой полости рта. При этом у больных с легкой степенью тяжести клетки Тцанка были обнаружены в единичном количестве и/или не превышали 2–3 в поле зрения. При нарастании степени тяжести было отмечено увеличение клеток Тцанка с отделяемого пузырей: при тяжелой степени акантолические клетки составили 7–8 в поле зрения.

Наряду с этим, больным был определен индекс PVAS, который зависит от типа поражения кожных покровов, количества, распространенности элементов поражения на коже и слизистых оболочках, а также от наличия симптома Никольского. PVAS колебался от 5,5 до 10 баллов. При этом также была отмечена зависимость межу увеличением количества клеток Тцанка и степенью тяжести согласно PVAS.

Выводы. Вследствие вариабельности клинического течения вульгарного пемфигуса не существует единой системы оценки тяжести заболевания, что затрудняет оценку тяжести течения и эффективность лечения дерматоза.

Многообразная клиническая картина дерматоза диктует необходимость разработки новых критериев диагностики степени тяжести вульгарного пемфигуса. Валидация индексов оценки тяжести аутоиммунных буллезных дерматозов в сочетании с лабораторными показателями представляется целесообразной в практическом и научном мире дерматовенерологии.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Г.Р. РАЗИКОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА, И.С. РАЗИКОВА

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

Актуальность. Лечение атопического дерматита (АД) до сих пор остается актуальной проблемой для дерматологов, аллергологов и педиатров. В основе возникновения АД стоит сложный иммунный механизм, сопровождающийся нарушением в кодировке генов гистосовместимости (HLA-система), мутацией генов, ответственных за атопию, дисбалансом внутриклеточных регуляторных механизмов, дисфункцией иммунной системы и неимунных механизмов аллергических реакций (нарушение мембранной рецепции), активацией механизмов высвобождения медиаторов аллергии липидной природы (простаноиды, эйкозаноиды, гидропероксикислоты), нарушением нейровегетативной и периферической циркуляции гиперпродукцией общего иммуноглобулина Е и выработкой про- и противовоспалительных цитокинов, которые усугубляют течение дерматоза.

Поиск научно обоснованных подходов к коррекции иммунных нарушений у больных АД и другими атопическими состояниями предусматривает активное воздействие на иммунную систему в зависимости от нарушений в том или ином ее звене с использованием как иммуносупрессирующих, так и иммуномодулирующих средств.

Цель исследования. Оценка антиаллергического свойства растительного средства «Гепапрот-нео» при терапии больных атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Обследованы 30 больных АД в возрасте от 18 до 49 лет, мужского пола – 17, женского – 13. Всем больным проводились обще-клинические, иммунологические, ИФА-исследования общего иммуноглобулина Е до и после лечения. Всем больным в комплексное лечение был включен препарат «Гепапрот-нео», 0,5 г, отечественного производства ООО «Navkar group» – по 2 табл. 3 р/д после еды в течение 10 дней. В составе препарата имеется экстракт корневища куркумы сухой – 0,3 г и обогащенный экстракт корней солодки сухой – 0,15 г и др.

Результаты исследования. Иммунологические исследования показали, что у больных АД отмечается значительное повышение концентрации провоспалительного цитокина ИЛ-2 – в 4,8 раза по сравнению с показателями здоровых лиц, что в среднем составляет $17,39 \pm 2,63$ пг/мл ($P < 0,05$). Уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-10 также был повышен в 1,8 раза по сравнению с показателями здоровых лиц, однако не носил статистически достоверный характер ($P > 0,05$). Уровень общего иммуноглобулина Е составил в среднем $187,6 \pm 4,7$ МЕ/мл, что в 2,7 раза превысило показатели контрольных лиц ($P < 0,05$).

Клинико-иммунологические исследования, проведенные через 30 дней после лечения, показали снижение уровня провосполительного цитокина ИЛ-2 и общего Ig E в 3,2 и 1,7 раза соответственно ($P < 0,05$). Снижение концентрации данных показателей, возможно, связано с составляющими компонентами препарата, в частности, сухого корня солодки, обладающего противоаллергическим свойством.

Вывод. Препарат «Гепапрот-нео» обладает противоаллергическим свойством и может быть рекомендован в комплексной терапии больных атопическим дерматитом.

К ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ГЕНОТИПОВ STAPHYLOCOCCUS SPP. У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ В НЕКОТОРЫХ РЕГИОНАХ УЗБЕКИСТАНА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, С.Р. МУМИНОВА, Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА, Н.Я. МАДРАХИМОВА, К.М. ЕРКУЛОВ, М.К. ИШЧАНОВ

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

В последние время особое внимание уделяется условно-патогенным микроорганизмам, заселяющим биосубстраты кожи и слизистых оболочек в организме человека. Одной из ключевых ролей в механизме развития заболевания отводится золотистому стафилококку s. aureus. Исследованиями установлено, что развитие обострений АлД и тяжелое его течение в ряде

случаев объясняется колонизацией на коже s. aureus, секретирующих токсины – суперантигены, которые вызывают поликлональную активацию Т-лимфоцитов и макрофагов, продуцирующих провоспалительные цитокины и модулирующих развитие иммунного ответа.

Цель исследования. Оценка выявляемости генотипов стафилококков в очаге поражения у больных аллергическими дерматозами.

Материал и методы исследования. Обследован 151 больной АлД в возрасте от года до 67 лет. Клинический материал был собран в ходе командировочных работ согласно инновационному гранту ФЗ-202004116 на базе клиники КВД в Андижанской области и республики Каракалпакистан. Всем больным проводили клинические, микробиологические и молекулярно-генетические исследования на определение метициллин устойчивого *S. aureus (MRSA).*

Результаты исследования. По клинической форме среди всех больных атопический дерматит диагностирован у 75 (49,6 %), аллергодерматиты – у 51 (33,7 %), себорейный дерматит – у 25 больных (16,5 %). По степени тяжести с учетом индекса ДИШС у 28 (18,5 %) больных выявлена легкая степень тяжести – у 51 (33,7 %) – и средняя у 66 – тяжелая (43,8 %).

Для изучения микробиологического статуса кожи у больных с различными клиническими формами аллергодерматозов были проведены бактериологические исследования кожи в очагах поражения и молекулярно-генетический анализ генотипов метициллинрезистентного *Staphylococcus aureus.* Результаты микробиологического исследования видовой идентификации микроорганизмов показали высокую частоту высеваемости *S. aureus* – у 38 (71,7 %) больных, *S. epidermidis* – у 10 (18,8 %) и *S. haemolyticus* – у 5 (9,4 %) больных АлД, проживающих Андижанской области.

У больных, проживающих в Каракалпакстане микробиологическое исследования видовой идентификации микроорганизмов показали высокую частоту высеваемости *S. aureus* – у 47 (47,9 %) больных, *S. epidermidis* – у 15 (15,3 %), *S. haemolyticus* – у 25 (25,5 %) и *Enterobacter spp.* – у 11 (11,2 %) больных АлД.

Анализ ПЦР-исследования показал, что у больных, проживающих в Андижанской области, контаминанты штаммов *St.* aureus были обнаружены у 40 больных АлД (75,4 %). Такие контаминанты, как *MRSA,* были выявлены в 55 % случаев, *MSSA* в 25 % и *MRCoNS* – в 20 % случаев. Все носители метициллин устойчивого *Staphylococcus spp.* были распределены в зависимости от степени тяжести заболевания. Наибольшее количество составили больные с тяжелой степенью тяжести заболевания контаминантов *MRSA* – в 32,5 % случаев, пациенты со средней степенью тяжести составили 17,5 % случаев.

У больных, проживающих в условиях жаркого климата Каракалпакстана, такие контаминанты, как *MRSA* были выявлены в 43,3 %, *MSSA* – в 36,1 % и *MRCoNS* – в 19,1 % случаев АлД. В зависимости от степени тяжести заболевания наибольшее количество носителей метициллин устойчивого *Staphylococcus spp.* составили больные с тяжелой степенью тяжести заболевания контаминантов *MRSA* – в 23,5 % случаев, пациенты со средней степенью тяжести составили – 13,5 % случаев.

Вывод. Полученные результаты представляют важное клиническое значение, обусловливающее развитие метициллинрезистентных форм аллергических дерматозов, что требует нового подхода к наружной терапии.

ОЦЕНКА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ШКАЛЫ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УВЛАЖНЯЮЩЕГО КРЕМА (ДИСДЕРМ)

Ш.З. МАВЛЯНОВА, С.Р. МУМИНОВА, Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ, Ш.Н. МИРЗАКУЛОВА Н.Я. МАДРАХИМОВА

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

Актуальность. С целью изыскания новых терапевтических возможностей наружного действия нами апробирован косметический увлажняющий крем. «Дисдерм», приготовленный на основе природного кремния (оксид кремния) Узбекистана у больных атопическим дерматитом, в составе которого входят ланолин, вазелин, кремний кристаллический, активизированная кремнистая вода с лечебными минералами и REE-элементами и растительное масло.

Цель исследования. Оценка терапевтической эффективности наружного действия увлажняющего кремнистого крема «Дисдерм» у больных атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Обследованы 77 больных аллергодерматозами в возрасте от 10 лет до 31 года. Среди них лица мужского пола – 27, женского – 50. Всем больным проведены клинические (определение индекса ДИШС) и микробиологические исследования до

и после лечения. Крем «Дисдерм» наносили на кожу два раза в день в течение 20 дней.

Результаты исследования. Клиническая оценка наружной терапии проводиласьо по состоянию общего статуса, кожно-патологического процесса и данных микробиологических и патоморфологических исследований.

Результаты исследования показали, что показатели степени тяжести ДИШС у больных 1-ой – группы в среднем составили 26,9±0,1 балла, тогда как у больных 2-ой – группы в среднем 27,1±0,1 баллов. Использование кремнистого крема способствовало снижению индекса ДИШС в 1-ой – в 4,3 раза, во 2-ой группе – 2,9 раза (P<0,05).

Динамика кожно-патологического процесса на фоне применения кремнистого крема характеризовалась уменьшением эритемы на 67,5 %, отечности – на 84 % (P<0,05), шелушения – на 73,5 %, рассасыванием лихенификации и папулезных элементов – на 78,6 % (P<0,05).

На фоне рассасывания кожно-патологического процесса отмечалось значительное снижение субъективных ощущений, в частности, зуда на 86,8 %, что составило 0,5±0,1 (P<0,05).

Микробиологические исследования кожи в очагах поражения показали повышенный рост условно-патогенных микроорганизмов – staphylococcus spp. в среднем от 1 132 до 2 803 КОЕ в 1 см. Среди стафилакокковой флоры чаще высевались st.aureus с метицилленрезистентными генотипами MRSA – в 33,3 % случаев, что свидетельствовало о персистирующей форме стафилакокковой инфекции у больных атопическим дерматитом. Использование кремнистого крема «Дисдерм» способствовало снижению степени колонизации стафилакокков в среднем до 52 КОЕ, т. е. в 53,9 раза (P<0,05).

Гистологические исследования биоптатов кожи с очагов поражения у больных атопическим дерматитом после лечения показали незначительный гиперкератоз, сглаженность эпидермальных отростков, уменьшение межклеточного отека клеток шиповатого слоя эпидермиса и лимфогистиоцитарного инфильтрата.

Вывод. Клинико-морфологические и микробиологические исследования показали, что кремнистый крем «Дисдерм» обладает противовоспалительным, регенерирующим, увлажняющим действием и может рекомендован для широкого использования в качестве наружной терапии больных атопическим дерматитом.

ЗНАЧЕНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ С АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

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

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

Актуальность. Изучение С-реактивного белка (СРБ) в медицинской практике представляет важное значение ввиду того, что он является неспецифическим вторичным медиатором воспалительного процесса в организме больных. СРБ стимулирует фагоцитоз, участвует во взаимодействии Т- и В-лимфоцитов, активирует классическую систему комплемента. Исследованиями доказано, что увеличение концентрации СРБ является самым ранним признаком инфекции, а также отмечено, что он имеет высокую корреляцию с активностью воспалительного процесса. В связи с этим оценка состояния С-реактивного белка у больных акантолитической пузырчаткой представляет важное значение в плане мониторинга проводимой терапии.

Цель исследования. Оценка состояния С-реактивного белка в клиническом течении заболеваемости у больных акантолитической пузырчаткой.

Материал и методы исследования. Обследованы 37 больных с акантолитической пузырчаткой в возрасте от 19 до 67 лет. Всем больным проводились клинические, цитологические, биохимические, и статистические и корреляционные исследования. Уровень С-реактивного белка в сыворотке крови определяли методом твердофазного ИФА-исследования (фирма «Вектор-Бест»).

Результаты исследования. По клинической форме из 37 больных вульгарной пузырчаткой страдали 34 больных (91,9 %), себорейной – 4 (10,8 %), первичные признаки были у 3, повторные – в 34 больных. Результаты цитологического исследования очагов поражения слизистой полости рта и кожи у всех больных показали наличие акантолитических клеток. Тцанка в среднем от 2–8 клеток в поле зрения.

Результаты ИФА-исследования показали повышения уровня СРБ в сыворотке крови у 36 больных, что составило 97,3 % случаев.

Анализ количественной характеристики СРБ в сыворотке крови у больных пузырчаткой выявил увеличение концентрации в 1,9 раза по сравнению с показателями у здоровых лиц, что в среднем составило 13,6±0,7 мг/мл (P<0,05).

Полученные результаты свидетельствуют об активности воспалительного процесса.

Для уточнения значения СРБ у больных был проведен корреляционный анализ между уровнем СРБ и клинико-инструментальными и лабораторными данными АП, который показал следующее: положительную корреляцию (r=0,48) между СРБ и ААТ класса G к нативной двухцепочечной ДНК; статистически достоверную обратную корреляцию (r=–0,41) между СРБ и ААТ класса G к нативной одноцепочечной ДНК; положительную корреляцию (r=0,42) между СРБ и снижением массы тела; положительную корреляцию (r=0,33) между СРБ и количеством лейкоцитов в периферической крови.

Выводы. Результаты представленного корреляционного анализа свидетельствуют, что СРБ отражает степень тяжести, степень активности и остроту воспалительного процесса.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АКНЕ

[1]Н.Н. МАЛИКОВА, [2]С.С. АРИФОВ

Ташкентский государственный стоматологический институт[1], Ташкентский институт усовершенствования врачей[2]

Актуальность. Несмотря на достаточную изученность клинического течения акне (вульгарные угри), некоторые заболевания аспекты в частности, частота встречаемости клиничеких форм и определение степени тяжести течения неоднозначны.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости клинических форм и тяжести течения акне.

Материал и методы исследования. Под нашим клиническим наблюдением находились 64 больных в возрасте от 13 до 30 лет, мужского пола – 33 (51,6 %), женского – 31 (48,4 %). При анализе возраста больных отмечено, что в юношеском возрасте (до 18 лет) было 28 (43,8 %), в возрасте 19–24 лет – 23 (35,9 %), с 25 до 30 лет – 13 (20,3 %) больных. У подавляющего большинства больных (37,5 %) давность заболевания составила от 3 лет до 5 лет.

При анализе клинической картины акне согласно классификации Plewig G., Kligman A.M., Jansen J.J. (1994, 2000) выявлено, что комедоновая форма встречалась у 32,8 %, папуло-пустулезная – у 43,8 % и конглобатная – у 23,4 % больных. Мы проанализировали данный показатель, учитывая, что степень тяжести течения заболевания определяет клиническое течение, исход лечения и развитие симптомокомплекса постакне у больных.

В нашей выборке легкая степень тяжести заболевания была диагностирована у 24 (37,5 %), средняя – у 28 (43,75 %), тяжелая – у 12 (18,75 %) пациентов. При этом из 12 больных с тяжелой степенью течения преобладали мужчины (66,7 %).

Вывод. Таким образом, вульгарными угрями мужчины и женщины болеют приблизительно одинаково, заболевание чаще встречается в возрасте от 11 до 18 лет, у большинства больных диагностируются папуло-пустулезная форма и средняя степень тяжести течения.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

А.М. МАННАНОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Клиническое течение псориаза в детском возрасте, в отличие от взрослых, имеет свои особенности. Он протекает намного тяжелее, так как нервная система взрослого человека стремится локализовать очаги воспаления, а организм ребенка, напротив, дает широкий неорганизованный ответ, в результате у детей в псориатическом очаге чаще наблюдаются отечность, экссудация, быстрое распространение воспаления по всему кожному покрову. В связи с чем, изучение особенностей клинического течения псориаза у детей с учетом их возраста позволяет выявить механизм формирования болезни в каждом конкретном возрастном периоде.

Цель исследования. Оценка особенностей клинического течения у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 6 детей с псориазом в возрасте от 7 месяцев до 3 лет со средней степенью тяжести процесса и стационарной стадией. Мальчиков было 4 (66,7 %), девочек 2 (33,4 %). Первоначальные симптомы псориаза у детей были нетипичными, они начинались с появления эритематозных мацерированных очагов с резкими границами и бордюром отслоившегося рогового слоя по периферии, локализующихся в складках кожи. Позднее развивалась инфильтрация и образовалась папулезная сыпь. Чаще псо-

риатический процесс носил распространенный, реже ограниченный характер.

Результаты исследования. Клиническая картина болезни у всех детей носила распространенный характер, элементы высыпаний располагались на волосистой части головы (3), лице (5), туловище (6), верхних и нижних конечностях (6). Очаги поражения были симметричными у 4 (66,6 %) больных, асимметричными – у 2 (33,3 %). Каплевидная форма отмечалась у 4 (66,6 %) больных, нумуллярная – у 2 (33,3 %). Процесс сопровождался в основном умеренной (2) и сильной степенью (3) интенсивности зуда.

Вывод. Псориатический процесс у детей до 3 лет носит распространенный характер, в основном очаги располагаются на волосистой части головы, лице, туловище, верхних и нижних конечностях, высыпания имеют каплевидную (66,6 %) и нумуллярную формы (33,3 %).

ХАРАКТЕР НАЧАЛА И ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

А.М. МАННАНОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Известно, что атопический дерматит у детей характеризуется ранним началом болезни, а в дальнейшем выражается возрастной стадийностью единого патологического процесса. Выделение на основании их учета различных клинических форм, а также степени тяжести, активности кожного процесса и тяжести течения заболевания позволяет более полно характеризовать атопический дерматита и динамику его развития.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 110 детей, больных атопическим дерматитом, из них у 101 (93,7 %) ребенка заболевание началось на первом году жизни, в том числе у 80 % детей – в первом полугодии. Средней возраст пациентов составлял 7,5 месяца. Очаги поражения, возникщие на первом году жизни, располагались на лице у 77 (77,0 %), шее – у 9 (11,0 %), руках – у 13 (11,8 %), ягодицах, бедрах, голени, стопах – у 18 (16,4 %) детей. Процесс на коже характеризовался эритемой, сухостью и шелушением у 59 (53,6 %) больных, экссудацией и мокнутием – у 51 (46,4 %).

Результаты исследования. В анамнезе родителей и родственников 66 (60,0 %) больных установлена наследственная отягощенность. Аллергические заболевания выявлены преимущественно по материнской линии. Почти у половины детей атопический дерматит возник на грудном вскармливании, у 51 (45,6 %) – при переходе на смешанное питание. У 62 (55,8 %) больных отмечены следующие сопутствующие аллергические заболевания: вазомоторный ринит – у 40 (36,0 %); астмоидный бронхит – у 19 (17,3 %); бронхиальная астма – у 2 (1,8 %) и отек Квинке – у 1 (0,9 %) больного. Также наблюдались другие сопутствующие заболевания: ангина – у 17 (15,5 %); пневмония – у 5 (4,5 %); аденоиды – у 30 (27,0 %); дисбактериоз, гастроэнтерит – у 8 (7,2 %); гепатити, холецистит – у 4 (3,6 %); пиодермия – у 11 (9,9 %) больных. Простудные и респираторные аллергические заболевания обычно возникали в первые 3 года жизни, заболевания желудочно-кишечного тракта и печени – в младшем школьном возрасте. Указанные анте, пери- и постнатальные факторы предрасполагали к развитию заболевания, отягощали и провоцировали течение атопического дерматита.

Вывод. Анализ причин, способствующих началу атопического дерматита, и динамика развития патологического процесса дают основание полагать, что в патогенезе возникновения заболевания важное значание имеют наследственная предрасположенность и воздействие внутренних и внешних триггерных факторов, а клиническая картина у детей имеет возрастные особенности, зависящие от анатомофизиологических особенностей кожи и состояния иммунной системы ребенка.

СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПОПОВА

Ж.С. МЕДЕТОВА, А.Б. РАХМАТОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз,
Каракалпакский республиканский кожно-венерологический диспансер

Проводимые исследования по изучению распространенности ихтиоза в различных регионах Узбекистана позволяют выделять синдромальные и несиндромальные его формы, отличающиеся выраженным клиническим полиморфизмом. Примером является клинический случай синдрома Попова, зарегистрированный у жителя Каракалпакстана, который включен в Национальный регистр больных ихтиозом.

Следует указать, что литературные данные по данному синдрому весьма скудны. Отмечается, что синдром Попова (syndromus Popoff) редкое генетические заболевание, причем тип наследования неизвестен. Кроме типичных проявлений врожденного ихтиоза, могут наблюдаться соматические нарушения в виде карликового роста, слабоумия, множественного остеопороза.

Приводим клиническое наблюдение

Больной Ж.А., 22 лет, является жителем Республики Каракалпакия. Жалобы предъявляет на появление сухости и генерализованного шелушения кожи.

Anamnesis morbi: со слов родителей болеет с рождения, когда патологический процесс был представлен эритродермией, которая практически сохраняется, только в меньшей степени, до настоящего времени. Диагноз (вульгарный ихтиоз) был впервые выставлен в детские годы, по поводу которого неоднократно получал лечение витамином А. Пациент очень медленно рос, отставал от своих сверстников не только в физическом, но и умственном развитии, так как не мог посещать среднюю школу. Находится на учете по поводу ихтиоза в Республиканском кожно-венерологическом диспансере (г. Нукус).

Anamnesis vitae: родился 7-месячным, долгое время находился в перинатальном центре, где получал соответствующее лечение. Рос и развивался в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Имелось отставание в развитии от своих сверстников, обучался на дому. В семье вульгарным ихтиозом страдает старший брат пациента. Аллергические заболеваний не наблюдаются. Имеет рост 144 см, вес 41 кг. Вредных привычек нет.

Status localis: кожно-патологический процесс представлен эритродермическим состоянием, повсеместно отмечается мелко-пластинчатое шелушение. Пото- и салоотделение нарушено. Периферические лимфатические узле не увеличены и не пальпируются. Все ногтевые пластинки изменены в виде онихогрифоза. Отмечаются диффузное поражение кожи ладоней и подошв, незначительные изменения со стороны век (эктропион).

Клинический диагноз: «Врожденный синдромальный ихтиоз (вариант Попова)».

В настоящее время имеются реальные возможности улучшения качества жизни пациентов, страдающих ихтиозом. Разработаны стандартизированные методы наружной терапии ихтиоза, основанные на патогенетических механизмах развития данного генодерматоза.

ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ

А.В. МУН

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Ограниченная склеродермия (ОС) гистологически характеризуется образованием фиброза, атрофией и поражением сосудов. При дерматоскопическом исследовании главным условием является идентификация отдельных элементов дерматоскопической картины очага поражения кожи, каждый из которых соответствует определенной морфологической характеристике заболевания.

Цель исследования. Изучить частоту определения дерматоскопических проявлений при ограниченной склеродермии у детей.

Материал и методы исследования. Для исследования использовался дерматоскоп Micro DERM Luminis (Германия) с применением поляризованного света с системой фильтров с использованием иммерсионной среды в виде геля на водной основе или 70° этилового спирта. В исследовании были проанализированны дерматоскопические изображения 76 очагов склеродермии на различных стадиях.

Результаты исследования. Проведенное дерматоскопическое исследование выявило 115

симптомов: в стадии эритемы и отека чаще наблюдались бесструктурная зона гиперемии – в 11 случаях из 115 выявленных симптомов (9,57 %) и фиброзные тяжи – у 7 пациентов (6,1 %); в стадии уплотнения фиброзные тяжи наблюдались в 12 случаях (10,4 %), гомогенная бесструктурная зона фиброза – у 31 (27 %), кератотические фолликулярные пробки – 9 (7,8 %) больных; в стадии атрофии линейные ветвящиеся сосуды обнаружены в 17 случаях (14,8 %) и отсутствие волос в очагах – в 28 (24,3 %) случаях.

Вывод. Дерматоскопия является неинвазивным методом диагностики ОС, с помощью которой можно оценить активность и стадию патологического процесса, а также проследить динамику проводимой терапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ

А.В. МУН

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Ограниченная склеродермия (ОС) у детей в последние годы имеет тенденцию к более агрессивному течению. Заболевание протекает длительно, в связи с чем необходима оценка тяжести и степени поражения кожи на фоне проводимой терапии. В этом помогает клинический индекс LoScAT (Localized Scleroderma Assessment Tool) – инструмент оценки ограниченной склеродермии (ИООС), включающий в себя mLoSSI (Modified Localized Skin Severity Index) – модифицированный индекс тяжести ограниченной склеродермии (мИТОС) и LoSDI (Localized Scleroderma Damaged Index) – индекс поражения ограниченной склеродермии.

Цель исследования. Изучить эффективность терапии с помощью клинических индексов оценки тяжести и распространения ОС у детей.

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили 68 детей с ОС, разделенные на две группы. 1-я группа получала базисную терапию, во 2-й группе назначалась терапия такролимусом и кукумазимом. Исследования проводились на клинических базах кафедры кожных и венерических болезней ТашПМИ.

Результаты исследования. Оценка индексов тяжести и поражения после проведенного курса базисной терапии у пациентов 1-й группы показала уменьшение интенсивности отека, эритемы, а также выраженности уплотнения очагов.

Уменьшение явлений отека и эритемы на фоне проводимой базисной терапии ОС 1-й группы с сохранением иммунных показателей воспаления и наличием ободка воспаления вокруг отдельных очагов свидетельствует о недостаточной эффективности традиционной терапии. Очаги поражения приобретали белесый оттенок, окруженные розовато-сиреневым венчиком, хотя интенсивность окраски несколько уменьшилась. Подтверждением является снижение ИЭ в 1,3 раза ($P < 0,05$) относительно исходных значений. Во 2-й группе испытуемых эритема уменьшилась в 2,1 раза соответственно.

Вывод. Использование клинического индекса LoScAT позволяет объективно оценить динамику ОС у детей на фоне терапии. Наружное применение ингибитора кальциневрина «Такролимус» и ферментного препарата «Кукумазим» показало свою эффективность в лечении ОС у детей разных возрастных групп.

РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ВУЛЬГАРНЫЙ ПСОРИАЗ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ, г. ТАШКЕНТА

О.Ю. ОЛИСОВА,[1] Н.И. МЕЛИКОВА,[1] У.А. ТАШКЕНБАЕВА,[2] А.Ш. АЛИЕВ[2]

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), г. Москва[1]; Ташкентская медицинская академия[2]

Цель исследования. Изучение историй болезни пациентов с вульгарным псориазом в Республике Узбекистан за период с 2015 г. по 2019 г. по данным РКВКБ.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни, за период 2015–2019 гг. на клинической базе кафедры дерматовенерологии Ташкентской медицинской академии «РКВКБ», г. Ташкент.

Результаты исследования. Изучив архивные данные, установлено, что за 2015–2019 гг. общее количество пролеченных больных в кли-

нике составило 7 654, из них больных псориазом –970 (12,5 %) пациентов, из них 600 (61,8 %) – мужчин и 370 (38,2 %) – женщин. У 756,2 (78 %) больных была средняя степень тяжести (PASI 10–20), у 145,5 (15 %) – тяжелая степень. Возраст участников исследования, по данным ретроспективного исследования, в среднем составил 39,8±5,7 лет. Наиболее часто псориаз регистрировался у лиц в возрастных категориях от 18 до 35 лет (40,2 %) и от 36 до 48 лет (34,2 %), несколько реже у лиц старше 49 лет (25,6 %). У 66 (8,5 %) пациентов псориаз носил семейный характер, отмечалась отягощенность по первой линии родства. Отрицали наличие псориаза среди родственников 887,5 (91,5 %) пациентов. При изучении причин возникновения псориаза провоцирующим моментом развития заболевания 765 (80 %) пациентов не смогли назвать причину возникновения дерматоза, остальные 20 % приходились на стресс, перенесенную инфекцию, чаще стрептококковую, наличие очагов хронической инфекции и др. Длительность заболевания дерматозом у больных варьировала в пределах от 1 до 43 лет, в среднем составив 8 лет. Все пациенты получали в стационаре стандартную терапию с наружными ГКС, кератолитиками и ПУВА-терапию. Пациенты с тяжелыми формами псориаза также получали системную ГКС-терапию. Метотрексат использовался в единичных случаях – 32 (4,1 %).

Вывод. Таким образом, в стационаре среди всех пролеченных больных за 2015–2019 гг. получали лечение 970 (12,5 %) пациентов с псориазом средней и тяжелой степенью тяжести. В основном пациенты получали ПУВА – терапию и местные средства. В связи с этим возникает необходимость изучения эффективности метотрексата у больных псориазом и его влияния на течение и дальнейший прогноз псориаза в условиях жаркого климата в Республике Узбекистан.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ КЕРАТОДЕРМИИ С ПРОСВЕЧИВАЮЩИМИ ПАПУЛАМИ

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

Андижанский государственный медицинский институт

Кератодермия – группа дерматозов с нарушением ороговения преимущественно в области ладоней и подошв. Выделяют две основные подгруппы кератодермий: диффузные, для которых характерно сплошное поражение кожи ладоней и подошв; очаговые, при которых участки избыточного ороговения располагаются островками, линейно, точечно, но не захватывают диффузно кожу ладоней и подошв.

Ладонно-подошвенные кератодермии могут быть наследственными или приобретенными. Приобретенные ЛПК образуются в результате длительного течения хронических кожных заболеваний: псориаз, экзема, красный плоский лишай. Наследственные кератодермии являются группой редких заболеваний, могут встречаться изолированно или ассоциироваться с другими системными аномалиями, такими как кардиомиопатия, нарушение слуха, невропатии. Механизмы генетически обусловленных кератодермий связаны с дефектами в структуре кератиноцитов, десмосомальных белков, коннексинах (белках щелевого контакта).

Приводим клиническое наблюдение

Больная А., 54 лет, обратилась в клинику с жалобами на высыпания на коже ладоней и подошв в течение 2 лет, самостоятельно не лечилась. Из сопутствующих заболеваний: гипотиреоз, постоянно принимает L-тироксин по 50 мкг/сут. Наследственность не отягощена.

Status.localis: патологический процесс носит хронический характер. На коже ладоней и подошв множественные папулы диаметром от 2 до 4 мм с гладкой просвечивающей поверхностью, в центре гиперкератотические пробки с некоторым западением в центре. Потоотделение не нарушено. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дермографизм смешанный.

Обследования: РМП – антитела к Tr. pallidum не обнаружены. ОАК, ОАМ – показатели в норме.

Диагноз: «Кератодермия с просвечивающими папулами».

Рекомендовано: 5 % крем борной и гормональная мазь – 2 раза в день, длительно.

Представленный случай демонстрирует редкое заболевание, на которое следует обратить внимание практикующим врачам.

АНДИЖОН ВИЛОЯТИДА ҚИШЛОҚ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ЧИН ПЎРСИЛДОҚ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ДАРАЖАСИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. ҚЎЧҚАРОВ, Н.Б. НАСРИТДИНОВА, Ф.А. ФОЗИЛОВ

Андижон давлат тиббиёт институти

Андижон вилоятида 2020 йилда қишлоқ аҳолиси орасида чин пўрсилдоқ касаллиги билан хасталаниш даражасини ўрганиб чиқишни мақсад қилдик. Бунинг учун Андижон вилоят тери-таносил касалликлари шифохонасида даволанган беморларнинг касаллик тарихлари, поликлиника бўлимидаги амбулатория карталарини ўрганиб чиқдик. 2020 йили қишлоқ аҳолиси орасидан ҳаммаси бўлиб 59 нафар чин пўрсилдоқ билан хасталанган бемор қайд қилинган бўлиб, уларнинг 26 нафари эркак, 33 нафари эса аёллардир. Беморлар ёшлари бўйича қуйидагича тақсимланганлар: 20–30 ёшли 3 нафар эркак ва 7 нафар аёл бемор рўйхатга олинган; 31–40 ёшли 2 нафар эркак ва 8 нафар аёл бемор қайд қилинган; 41–50 ёшли 8 нафар эркак ва 6 нафар аёл бемор аниқланган; 50 ёшдан катталар орасида 13 нафар эркак ва 12 нафар аёл бемор рўйхатга олинган. Демақ аёллар орасида касаллик 20–30 ёшда эркаклардагига нисбатан 2 баробар кўп учраши юқоридаги рақамлардан кўриниб турибди, 31–40 ёшлилар орасида эса аёлларда касаллик эркакларга нисбатан 4 баробар кўп учрамокда. Ундан кейинги ёшлар орасидаги касалланиш даражасидаги тафовут сезиларли эмас.

Касалликнинг клиник турлари бўйича қуйидаги натижа олинди: вульгар тури – 31 беморда аниқланди (15 нафар эркак, 16 нафар аёлда), вегетацияловчи тури – 15 нафар беморда (6 нафар эркакда, 9 нафар аёлда), себореяли тури 8 – беморда (3 нафар эркак, 5 нафар аёлда), баргсимон тури 5 нафар беморда (2 нафар эркак, 3 нафар аёлда). Олинган натижага мувофиқ, аёллар орасида чин пўрсилдоқ касаллигининг огир шакллари, яъни вегетацияловчи тури ҳамда себореяли тури эркакларга нисбатан кўпроқ учраши кўриниб турибди.

Шундай қилиб, қишлоқ аҳолиси орасида чин пўрсилдоқ касаллиги аёлларда 20–40 ёш даврида кўпроқ учраса, эркакларда 40 ёшдан кейин кўпрок учрайди. Аёлларда касалликнинг оғир турлари (вегетацияловчи ва себореяли турлари) эркакларга нисбатан кўпрок учрайди.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АКНЕ В СОЧЕТАНИИ С НУММУЛЯРНОЙ ЭКЗЕМОЙ

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

Андижанский государственный медицинский институт

Под нашим наблюдением находились 11 больных с акне и нуммулярной экземой (5 – мужчин, 6 – женщин) в возрасте от 18 до 25 лет. Длительность заболевания акне составляла в среднем 3,4±0,3 года, а нуммулярной экземой – 1,9±0,1 года. Полиморфные высыпные элементы при акне локализовались в основном на коже лица и в меньшей степени на коже верхней половины спины. Наблюдались многочисленные закрытые (невоспалительные узелки белого цвета) и открытые комедоны, с черной выступающей над поверхностью кожи верхушкой, папулезные угри – плотной эффлоресценции размером до горошины красновато-синюшного цвета и болезненные небольшие (до 5 мм в диаметре) пустулезные угри. Клиническая картина нуммулярной экземы у наблюдавшихся нами больных, как правило, носила манифестный характер. У 5 (62,5 %) пациентов очаги поражения располагались на коже дистальных отделов верхних и нижних конечностей (тыльной стороне кистей, стоп, предплечий и голеней). У 3 больных (37,5 %) патологический процесс носил более обширный характер, захватывая кожу верхних и нижних конечностей, спины, плеч и боковых поверхностей туловища и живота. Отдельные экзематозные очаги достигали 1–5 см в диаметре, а в ряде случаев сливались в более обширные высыпания. Первыми проявлениями экземы были зудящие небольшие четко отграниченные от здоровой кожи монетовидные слегка приподнятые над поверхностью кожи очаги эритематозного характера, миллиарные папулы, папуловезикулы, а также корки и чешуйки. Относительно редко (у 3 больных) отмечалось появление микровезикул, мокнутия и серозных «колодцев».

Нами был разработан следующий алгоритм лечебных мероприятий у больных с сочетанной патологией (акне и нуммулярная экзема): на фоне терапии акне топическими ретиноидами (0,05 % мазь изотретиноина или 0,1 % крем «Эрол») или комбинированными препаратами

(гель «Клензит С» или «Изотрексин») были назначены антигистаминные препараты (на протяжении 12–14 дней) и L-изолейцил-L-глутамил-L-триптофана натриевая соль (количество активного вещества приведено в пересчете на сухое вещество – 0,25 г; вспомогательные вещества: 9 г натрия хлорида; 0,1 г бензалкония хлорида; до 1 л вода для инъекций). Препарат применяли по 2,0 мл внутримышечно ежедневно, курсом 10 инъекций.

Уже с первых дней комплексной терапии у больных наблюдалась положительная динамика в течение патологического процесса. Регрессировали неприятные субъективные ощущения (зуд, жжение, чувство стянутой кожи в области пораженной кожи), прекратилось появление папулезных и пустулезных элементов на коже лица и спины. К 8–10 дню лечения у большинства пациентов наблюдалось значительное снижение остроты воспалительных явлений (эритемы, микровезикул, мокнутия), уменьшалась инфильтрация и прекращалось шелушение в области очагов поражения. На 10–14 день терапии отмечались эпителизация эрозивных дефектов, поверхностных трещин, уменьшение площади пораженной кожи, а затем полное разрешение клинических проявлений нуммулярной экземы. Параллельно отмечался регресс папулезных и пустулезных угрей. На коже лица у больных, получавших комплексную терапию, сохранилось лишь небольшое количество закрытых комедонов. В результате проведенной терапии удалось оптимизировать состояние цитокиновой системы: стистически достоверно уменьшился уровень в периферической крови провоспалительных цитокинов (IL17, FNO-α), увеличилась, приблизившись к референтным значениям, концентрация в сосудистом русле иммунорегуляторных интерлейкинов (IL-10 и IL-12).

Вывод. Проведенные исследования показали высокую терапевтическую эффективность и безопасность L-изолейцил-L-глутамил-L-триптофана натриевой соли в комплексном лечении больных с сочетанной патологией (акне и нуммулярной экземой). Результаты исследований свидетельствуют о существовании общих патогенетических механизмов иммуногенеза акне и нуммулярной экземы.

ОЦЕНКА СУБЭПИДЕРМАЛЬНОЙ ГИПОЭХОГЕННОЙ ПОЛОСЫ (SLEB) НА СКАНОГРАММАХ КОЖИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

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

Новосибирский государственный университет[1];
ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет[2]

Актуальность. Ультразвуковой параметр SLEB отражает отек и инфильтрацию в очагах активного воспаления.

Цель исследования. Оценить возможность использования SLEB для оценки тяжести течения псориаза.

Материал и методы исследования. Простая последовательная выборка 21 пациента (16 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 18 до 61 года (среднее – 35 ± 9,4 лет) с диагнозом бляшечного псориаза (17 – с легкой, 4 – со средней степенью тяжести). Ультразвуковое сканирование кожи проводили с использованием системы DUB®SkinScanner (TPM, Германия) датчиком с частотой 75 МГц. Тяжесть псориаза оценивали с помощью индексов PASI и BSA. Сканограммы ($n = 226$) проанализировали с измерением толщины SLEB. Для учета распространенности процесса среднюю и максимальную толщину SLEB (мкм) (макс. – 949; среднее – 258 ± 150) умножили на BSA (%) (макс. – 42; среднее – 12,5 ± 13) (далее – показатели толщины) и провели корреляционный анализ с индексом PASI (макс. – 17,2; среднее – 6,7 ± 3,9).

Результаты исследования. Коэффициент корреляции Пирсона индекса PASI с показателями средней толщины SLEB составил 0,835 ($p < 0,01$), максимальной толщины – 0,767 ($p < 0,01$). У всех пациентов было отмечено уменьшение значений показателей толщины SLEB пропорционально индексу PASI. Показатели толщины SLEB также коррелировали с индексом PASI у пациентов с одинаковыми значениями BSA.

Вывод. Положительная корреляция между толщиной SLEB и PASI отражает потенциальные возможности использования параметра SLEB в оценке степени тяжести псориаза как одного из объективных критериев и требует дальнейшего изучения.

СЛУЧАЙ ИЗОТОПИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ВУЛЬФА

Д.Т. РАВШАНОВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

Клинические наблюдения показывают, что в некоторых случаях на типичное течение конкретного дерматоза могут наслаиваться проявления другого кожного заболевания, например, у больных витилиго появляются псориатические элементы, причем именно в границах депигментированной кожи, т. е. иммунокомпроментированные участки кожи являются основой развития другого дерматоза.

Данное положение иллюстрируем **клиническим наблюдением** больного, проконсультированного 10.06.2021 г. в Самаркандском областном кожно-венерологическом диспансере. Пациент Р.С., 1977 г.р., житель Бухарской области, обратился в поликлинику Самаркандского ОКВД (амб. карта № 2897) с жалобами на наличие резко болезненных высыпаний, располагающихся на правой половине туловища.

Из *анамнеза* было установлено, что пациент в течение последних 12 лет страдает вульгарной формой пузырчатки, по поводу которой неоднократно получал амбулаторное и стационарное лечение в Бухарском областном КВД. Последнее стационарное лечение больной получал в ноябре 2020 г., когда была назначена системная кортикостероидная терапия в суточной дозе 80 мг преднизолона. После стабилизации кожно-патологического процесса поддерживающая доза преднизолона составляла 40 мг, которую пациент принимает по сегодняшний день. За 7 дней до обращения пациент переохладился от кондиционера и внезапно на правой боковой поверхности туловища у него появилось покраснение кожи и множество мелких пузырьковых элементов, которые сопровождались интенсивной болезненностью и жжением кожи, по поводу чего больной обратился в Самаркандский областной КВД.

На момент осмотра выделялась стойкая эритема и сгруппированные пузырьковые элементы, располагающиеся на правой боковой поверхности туловища по ходу межреберных нервов, причем очаг поражения по своим контурам соответствовал прежним высыпаниям пузырчатки.

На основании анамнестических и клинических данных пациенту был выставлен диагноз опоясывающего лишая по типу изотопической реакции Вульфа, так как локализация герпетического поражения полностью соответствовала очагу поражения вульгарной пузырчатки.

Наличие иммунокомпроментированных участков кожи позволяет в дальнейшем проявляться любому кожному заболеванию, в конкретном случае – проявлением вирусного дерматоза.

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ARG753GLN (RS5743708) ГЕНА TLR2 В РАЗВИТИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Г.Р. РАЗИКОВА, Ш.З. МАВЛЯНОВА, К.Т. БОБОЕВ

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

Цель исследования. Оценка выявляемости полиморфизма Arg753Gln (rs5743708) гена TLR2 в развитии атопического дерматита.

Материал и методы исследования. Объектом и предметом исследования явились больные атопическим дерматитом (АД), образцы ДНК больных и здоровых доноров, Arg753Gln (rs5743708) гена. В исследование включены 100 пациентов с АтД в возрасте от 7 до 67 лет, наблюдавшихся на базе клиники РСНПМЦ ДВиК и РСНПЦА МЗ РУз. Из них 45 – женского пола, 55 – мужского. Диагноз у больных подтвержден результатами клинического обследования (СКОРАД, ДИШС) и лабораторными исследованиями. Молекулярно-генетическое обследование биоматериалов (ДНК) выполняли на базе отдела молекулярной медицины и клеточных технологий НИИ гематологии и переливания крови МЗ РУз.

Результаты исследования. По клинической форме из 100 больных у 53 диагностирован атопический дерматит, у 30 – атопический дерматит + аллергический ринит, у 17 – атопический дерматит + бронхиальная астма.

Проведенное исследование частоты распределения аллелей полиморфизма rs5743708 гена TLR2 (2258G/A или Arg753Gln) в выборке больных основной группы и в популяционной выборке (контроль) показало, что мутантный аллель «А» недостоверно чаще встречался у больных с атопией, чем в контроле (7,0 % и 3,6 %, соответственно; $\chi^2 = 2,32$; $p < 0,2$; OR = 2,03; 95 % CI 0,816–5,065); частота «дикого» аллеля «G» имела по-

казатели без значимого преобладания группы контроля над группой больных (96,4 % и 93,0 %; $\chi^2 = 3,32$; $p < 0,2$; OR = 0,49; 95 % CI 1,226–0,198). Данные, полученные в нашем исследовании, несмотря на высокое значение отношения шансов (OR=2,03), указывают на отсутствие ассоциации между аллелем «А» полиморфизма rs5743708 (Arg753Gln) гена TLR2 и атопической патологией.

Вывод. Анализ результатов исследования показал, что у больных АД с сопутствующей бронхиальной астмой обнаружена тенденция увеличения наблюдаемой гетерозиготности.

ЛИМФОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ЙЕССНЕРА-КАНОФА

А.Б. РАХМАТОВ, Т.П. РАХМАТОВ

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

Лимфоцитарная инфильтрация Йесснера-Канофа (ЛИИК) относится к псевдолимфомам кожи и образуется из Т-лимфоцитов, которые образуют инфильтраты с риском возникновения эстетических дефектов и озлокачествления. Данное заболевание впервые было описано в 1953 г. M. Jessner и B. Kanof и характеризовалось образованием эритематозных папул и бляшек, располагающихся на голове, шее, верхней части груди и спины. Высыпания могут существовать годами, причем спонтанно разрешаются даже без видимого лечения. Этиология ЛИИК мало изучена, хотя имеются сведения о роли B. burgdorferi в развитии данного дерматоза. Триггерными факторами ЛИИК являются сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта, прием медикаментов, иммунотерапия и инсоляция. Трудности диагностики и лечения послужили основанием для описания данного клинического случая ЛИИК.

Приводим клиническое наблюдение

Больная К.Р., 20 лет, жительница г. Ташкента, обратилась в консультативную поликлинику РСНПМЦ ДВиК МЗ РУз с жалобами на наличие высыпаний, располагающихся в области верхней губы слева и подбородка, сопровождающихся умеренными субъективными ощущениями (чувство жжения кожи).

Anamnesis morbi: считает себя больной в течение последних 1,5 лет, когда впервые на коже лица появилось одиночное образование округлой формы, представляющее собой инфильтрированную бляшку. Появление данного образования ни с чем не связано. Аллергологический и семейный анамнез – без особенностей. Отсутствуют какие-либо соматические заболевания. При обращении в КВД по месту жительства был выставлен диагноз дискоидной формы красной волчанки (хотя анализ на LE-клетки был отрицательный). Через 3–4 месяца на коже верхней губы появилось аналогичное образование размером 3×5 см без шелушения и выраженной инфильтрации кожи. Отсутствие эффекта от проводимого лечения в КВД явилось основанием обращения больной в РСНПМЦ ДВиК МЗ РУз.

Anamnesis vitae: родилась в срок доношенным ребенком. В детстве перенесла корь, краснуху и другие простудные вирусные заболевания. Mensis с 12 лет, регулярные, болезненные. Имеет среднее образование. Работает в швейном цеху. Не замужем, детей нет. Вредные привычки отрицает.

Status localis: кожно-патологический процесс носит ограниченный характер и располагается в области верхней губы и подбородка. Заболевание представлено инфильтрированными очагами (бляшками) округлой и продолговатой формы, синюшно-розового цвета, плотноватой консистенции без шелушения. Телеангиэктазии на коже лица отсутствуют.

В консультативной поликлинике были проведены общеклинические исследования, которые не выявили значимых отклонений от нормы. Иммунологические тесты на lupus erythematosus отрицательные. Иммуногистохимические исследования с повторным забором материала из центральной части очага поражения выявили выраженную лимфоцитарную инфильтрацию с преобладанием клеток CD4 (clone 4D12) и CD8 (clone C8/144B), характерную для Т-клеточных псевдолимфом.

Выявленные иммуногистохимические маркеры и особенности клинического течения заболевания легли в основу диагноз «Лимфоцитарная инфильтрация Йесснера-Канофа». Пациентке было проведено однократное введение в очаг поражения триамцинолона, назначен прием внутрь делагила в течение 2 месяцев и наружное применение пимекролимуса. В результате проведенного лечения была достигнута стойкая ремиссия заболевания, сохраняющаяся в течение одного года.

СЛУЧАЙ УЗЕЛКОВОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА КОЖИ

А.Б. РАХМАТОВ, Н.Д. ТАШПУЛАТОВ

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

Аллергические васкулиты кожи являются полиэтиологическим заболеванием и не носят специфического характера. Основная патогенетическая роль отводится возникающим аллергическим реакциям и образованию иммунных комплексов. Триггерными факторами заболевания являются переохлаждение, эндокринопатии, микроциркуляторные нарушения, различные интоксикации. Заболевание отличается полиморфизмом клинических проявлений, примером которого является приводимый **клинический случай.**

Больная С.В., 29 лет, жительница Сырдарьинской области, обратилась в областной КВД 7 апреля 2021 г. с жалобами на наличие мелких язвенных образований, располагающихся симметрично на коже обеих голеней и сопровождающихся умеренными болевыми ощущениями.

Anamnesis morbi: считает себя больной в течение последних 10 лет, когда после простудного заболевания на коже обеих голеней появились небольшие узловатые образования, в последствии трансформированные в небольшие язвочки. Заболевание носило сезонный характер, так как новые элементы образовывались в весенне-осенний период года. Больная часто в этот период обращалась в областной КВД, где ей был установлен диагноз хронической язвенной пиодермии и проводилось соответствующее лечение, которое не оказывало особого эффекта. С годами заболевание прогрессирует, занимая новые участки на коже нижних конечностей, и в конечном счете – с образованием рубцов.

Anamnesis vitae: родилась в срок, находилась на искусственном вскармливании. Физических и психических отклонений нет. Имеет среднее образование. Наследственность не отягощена, аллергических состояний не бывает. Вредные привычки отсутствуют. Часто страдает различными простудными заболеваниями (грипп, ангина, ОРЗ). Mensis с 13 лет, регулярные, болезненные. Замужем, имеет 2 детей.

Status localis: кожно-патологический процесс носит распространенный характер и располагается симметрично на коже нижних конечностей. Элементы высыпаний представлены узловатыми образованиями, плотноэластической консистенции, с последующим расплавлением и образованием небольших язвочек размером 0,3–0,5 см воспалительного характера. Данные язвочки имеют практически одинаковый размер, обширные язвенные образования отсутствуют. Высыпания располагаются изолированно друг от друга. Периферические лимфатические узлы не увеличены и не пальпируются.

На основании анамнестических и клинических данных больной был выставлен диагноз «Узелковый некротический васкулит кожи». Рекомендованы дополнительные исследования (допплерография сосудов нижних конечностей, рентгенография трубчатых костей голеней, консультация сосудистого хирурга и т. д.), согласно «Стандартам диагностики и лечения больных кожными и венерическими заболевания.

Пациентке было проведено следующее лечение: системная кортикостероидная терапия (30 мг преднизолона в сутки), системная энзимотерапия (вобэнзим), антибиотики (цефалоспорины), вазопротекторы (трентал), наружно – антибактериальные мази (2 % мазь мупиробан).

Через 1 месяц примерно 30 % высыпаний разрешились, новые элементы не появляются.

Вывод. Необходимо указать, что проявления аллергического васкулита кожи весьма многообразны, необходимо адекватное комплексное обследование для выявления сосудистого компонента данного хронического дерматоза.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, Р.Х. МАХМУТОВ, И.Б. НУРМАТОВА

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

Актуальность. Среди больных псориазом часто выявляются признаки преморбидных состояний (ожирение, сахарный диабет и др.), в том числе психосоматические нарушения, которые осложняют течение псориатического процесса и значительно ухудшают качество жизни самих пациентов.

Цель исследования. Проведение психологического тестирования среди больных псориазом и разработка корригирующей терапии дерматоза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 136 больных псориазом (мужчин – 82, женщин – 54) в возрасте от 20 до 55 лет. Давность заболевания составляла

в среднем 10,6±0,8 лет. В большинстве случаев (72–52,9 %) кожно-патологический процесс был представлен типичными мелко- и крупнобляшечными элементами, экссудативные проявления отмечались у 12 пациентов (8,8 %), явления псориатического артрита выявлены по системе Caspar у 52 (38,2 %) пациентов. У больных псориазом были применены различные психологические тесты типа Айзенка, Спилберга, MMPI, а также анкеты, отображающие качество жизни пациентов (ДИКЖ и др.). С целью коррекции психосоматических нарушений в комплексной терапии использован препарат «Централ-Б», являющийся растительным (валериана, боярышник и др.) седативным средством. «Централ-Б» назначался по одной капсуле в день (на ночь) в течение 45 дней. Базисная терапия больных псориазом в зависимости от клинической формы дерматоза проводилась согласно разработанным Стандартам по диагностике и лечению кожных и венерических заболеваний (Ташкент, 2021).

Результаты исследования. Проведение психологического тестирования показало, что наличие депрессивного синдрома и нарушения когнитивных функций выявлены у 106 из 136 больных (77,9 %), причем выраженность нарушений находилась в прямой зависимости от клинической формы дерматоза. Больные нуждаются в постоянной психологической коррекции, так как с длительностью заболевания выявляемые нарушения только усугубляются. Наиболее показательным у больных псориазом явился Миннесотский многофазный личностный тест (MMPI), применяемый для выявления минимальных проявлений психосоматических нарушений, что позволяет еще на ранних стадиях применять корригирующие средства.

Вывод. Больным псориазом необходимо проводить психологическое тестирование, позволяющее на ранних этапах преморбидных состояний выбрать психокоррекцию, что обязательно положительно скажется на общем течении псориатического процесса и уменьшит вероятность развития осложненных форм дерматоза.

СЕКУКИНУМАБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

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

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

Актуальность. В терапии больных псориазом используются разнообразные биологические препараты, которые способны блокировать отдельные цитокины (ФНО-α, ИЛ-12/23, ИЛ-17 и др.) и, тем самым, оказывать противовоспалительный эффект, являющийся основным патогенетическим механизмом развития системного воспаления.

Цель настоящего исследования. Оценка эффективности применения секукинумаба у больных псориатическим артритом (ПА).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 10 больных с ПА, которым проводилась монотерапия секукинамабом. Для подтверждения ПА были использованы клинические, биохимические, ИФА, МРТ-исследования, индекс Caspar. Общую тяжесть псориатического процесса оценивали по индексу PASI. У всех наблюдаемых больных ПА были выявлены клинические признаки псориатической ониходистрофии (симптомы «масляного пятна», «наперстка», субунгвальный гиперкератоз и др.). Оценку тяжести псориатической ониходистрофии проводили с использованием индекса NAPSI. Для лечения больных ПА был использован препарат «СКАФО» (секукинумаб), являющийся селективным ингибитором ИЛ-17А, который вводился подкожно в дозе 300 мг по определенной схеме в течение от 3 до 6 месяцев. Ни в одном случае не было зарегистрировано каких-либо побочных явлений или осложнений от проводимой терапии.

Результаты исследования. Первые признаки положительной динамики ПА были получены уже после 5 дозы (300 мг) препарата, что выражалось в исчезновении болевого синдрома, скованности и тугоподвижности мелких межфаланговых суставов кистей и стоп. Исчезновение энтезитов отмечалось после 6–7 дозы препарата и имело стойкий характер. На 2-м месяце лечения отмечалось появление нормальной полулунной вырезки ногтевой пластинки, что указывало на улучшение трофики матрикса ногтя, а в последующем на отрастание нормальной ногтевой пластинки.

Применение секукинумаба имеет свои показания при лечении больных ПА и ПО, что дает стойкий клинический эффект и предупреждает дальнейшее развитие ПА и образование инвалидизирующих форм ПА.

Вывод. При лечении больных ПА необходимо использовать селективные ингибиторы ИЛ-17А, которые непосредственно связаны с воспалительной реакцией мягких тканей суставного аппарата у больных псориазом.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ИХТИОЗА

А.Б. РАХМАТОВ, О.П. ХИДИРОВ

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

Ихтиозы являются большой группой генетически детерминированных заболеваний кожи с нарушением процессов ороговения, что приводит к появлению на коже чешуек. По всей республике проводится первичная работа по регистрации больных с различными формами ихтиоза с целью разработки методов патогенетической терапии данного генодерматоза.

По Сурхандарьинской области на 1 июня 2021 г. зарегистрированы 304 больных ихтиозом от 3-дневного возраста до 44 лет. В большинстве случаев (%) заболевание представлено вульгарным ихтиозом, реже ламеллярной (15,5 %) и иглистой (2,6 %) формами дерматоза. При вульгарном ихтиозе первые проявления заболевания появились в возрасте 3–6 месяцев. Основным клиническим проявлением вульгарного ихтиоза являлось развитие различной степени выраженности диффузного шелушения в виде наслоений от белесоватых до серо-черных чешуек разных размеров и цвета. Наиболее часто высыпания локализовались на разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, туловище, причем нередко отмечалось отрубевидное шелушение. Более чем у 90 % больных вульгарным ихтиозом были выявлены признаки фолликулярного кератоза в виде мелких суховатых узелков с локализацией в устьях волосяных фолликулов и, особенно, на коже плеч и бедер. Кожа ладоней и подошв поражается преимущественно у больных с несиндромальным ихтиозом, когда на указанных участках выражен кожный рисунок, повышается складчатость и огрубление кожи, что придает им старческий вид. Почти в 100 % случаев у больных вульгарным ихтиозом развивались явления ониходистрофии и изменения волос (истончение, поредение и др.). Проявления ламеллярного ихтиоза установлены у 47 из 304 больных (15,5 %), причем при данной форме анамнестически устанавливалось рождение в виде коллоидного плода. Наиболее характерной клинической особенностью данной разновидности ихтиоза является различной степени выраженности воспалительный эритематозный фон, который был установлен у всех 47 больных. Обращает на себя внимание гипердермотрофия (ускоренный рост волос и ногтей), часто выявляемая при ламеллярном ихтиозе. Только у 8 пациентов был установлен иглистый ихтиоз, причем у 3 из них первичные проявления регистрировались уже при рождении ребенка, когда вначале появлялась диффузная эритема, а затем заменялась шелушением. В конечном счете у всех пациентов развивались как локальные, так и генерализованные гиперкератотические очаги. Образующиеся конические шиповидные выросты локализовались на сгибательных и разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей. Среди больных с иглистым ихтиозом был выделен клинический случай по типу Ламберта, который характеризовался ранним развитием веррукозных изменений начиная с 5-недельного возраста, отсутствовало поражение кожи лица, ладоней и подошв.

Вывод. Клиническая картина ихтиоза весьма многообразна и для выделения конкретной формы или типа дерматоза необходимо учитывать многочисленные клинические, анамнестические и лабораторные данные. Случаи синдромального ихтиоза будут сочетаться с поражением ЦНС, органов зрения, слуха и других жизненно важных систем организма наряду с кожной симптоматикой.

ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

А.Б. РАХМАТОВ, Р.С. ХИКМАТОВ

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

Актуальность. До настоящего времени лечение больных кожным лейшманиозом остается весьма проблематичной, ввиду чего проводится ряд исследований, включая и применение наружных средств.

Цель исследования. Оценка наружной терапии лейшманиозной язвы с использованием специальной повязки.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 12 больных с зоонозным кожным лейшманиозом, у которых заболевание было представлено лейшманиозными язвами различного размера и количества без осложнений. В виде наружного средства была использована трансформирующаяся порошковая повязка «Altrazeal» фирмы «ULURU» Техас (США), которая состоит из 85 % гидроксиэтилметакрилата и 15 % гидроксипропилметакрилата, представленная в блистерных упаковках, что создает удобство при ее применении. Порошковую повязку наносили на лейшманиозную язву один раз в 7 дней, в среднем в течение одного месяца. Для оценки клинической эффективности используемой порошковой повязки у больных кожным лейшманиозом выделяли такие признаки, как покраснение, отечность, начало эпителизации и др.

Результаты исследования. Динамическое наблюдение за пациентами, применявшими порошковую повязку, показало, что основные признаки воспалительной реакции (отечность, эритема и др.) исчезали примерно в 2 раза быстрее, чем при традиционных методах терапии. Обработка лейшманиозных язв один раз в неделю также является весьма эффективной, так как позволяет развиваться грануляционной ткани и приводить к эпителизации основных проявлений кожного лейшманиоза. Важным моментом является и тот факт, что ни у одного пациента не возникли осложнения лейшманиозных язв, т. е. развитие лимфангитов и лимфаденитов.

Вывод. Предлагаемая порошковая повязка «ULURU» является эффективной и удобной при лечении лейшманиозных язв, отличается высокой комплаентностью, что улучшает качество жизни пациентов и способствует образованию более поверхностного рубца на местах имевшихся язв.

СЛУЧАЙ МЕТАЛЕЙШМАНИОЗА КОЖИ

А.Б. РАХМАТОВ, Д.А. ИНОЯТОВ

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

В последние годы отмечается учащение осложненных форм кожного лейшманиоза, в частности, развитие металейшманиоза, приводящего к выраженным дефектам кожи. В связи с редкой встречаемостью данной формы кожного лейшманиоза у детского контингента.

Приводим клиническое наблюдение

Родители больного Э.М., 2018 г. р., обратились в консультативную поликлинику РСНПМЦ ДВиК МЗ РУз 11.06.2021 г. (амб. карта № 24076) с жалобами на наличие у ребенка язвенного образования на коже правой щеки. Со слов матери заболевание началось в октябре 2020 г., когда после укуса насекомого образовалось небольшое уплотнение кожи размером с горошину, безболезненное и без воспалительной реакции по периферии очага поражения. При обращении в Сурхандарьинский областной КВД были назначены только наружные средства, которые практически не дали эффекта. Язва на месте уплотнения появилась только в феврале 2021 г. При повторном обращении в КВД вновь были назначены только наружные средства. Из-за неэффективности проводимого лечения родители ребенка, стали использовать средства народной медицины. Характер язвенного образования изменился, появился выраженный инфильтрат в основании патологического очага. Неоднократные исследования на лейшмании не дали положительного результата, ввиду чего больной был выставлен диагноз хронической пиодермии. Отсутствие положительной динамики со стороны кожно-пато-

логического процесса способствовало обращению родителей в РСНПМЦ ДВиК МЗ РУз.

Со стороны обследованных клинических, микробиологических и инструментальных исследований патологических изменений не выявлено. Только проведение ПЦР-диагностики позволило подтвердить диагноз кожного лейшманиоза городского типа (металейшманиоз).

Ребенку было назначено применение инновационного порошка «Altrazeal» на очаг поражения сроком на 10 дней с последующей обработкой указанным средством.

Подобная тактика лечения, как показали ранее проведенные клинические исследования, позволяет до минимума сократить необходимость применения других лекарственных средств и почти в 2 раза ускоряет заживление лейшманиозной язвы.

СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ ПАХИОНИХИИ

А.Б. РАХМАТОВ, А.У. ШАРИПОВ, А.А. КОВАЛЕНКО, Д.С. ДЖАЛИЛОВ

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

Врожденная пахионихия (синдром Ядассона-Левандовского, врожденный поликератоз Турена) является редким генодерматозом, клинически проявляется онихогрифозом, ладонно-подошвенным кератозом, гипергидрозом, лейкоплакией и умственной отсталостью. Причина заболевания заключается мутациями в генах кератина, когда нарушается стабильность промежуточных филаментов кератина. Возможна аутосомно-доминантная и аутосомно-рецессивная передача заболевания.

Приводим клиническое наблюдение

Случай выявлен при проведении Школы подологии 30.06.2021 г. в Ферганском филиале РСНПМЦ ДВиК МЗ РУз. Пациентка С.А., 19 лет, жительница г. Маргелана, обратилась с жалобами на резкое утолщение ногтевых пластинок на всех пальцах кистей и стоп, гиперкератотические наслоения на коже ладоней и подошв с выраженным гипергидрозом, изменение роста волос и высыпания на слизистой языка. Со слов родителей, болеет с рождения, когда первые проявления генодерматоза располагались на коже ладоней и подошв, а затем стали меняться ногтевые пластинки, которые помутнели, появились поверхностная исчерченность и подногтевой гиперкератоз. При обращении к дерматологу проявления были расценены как вариант ладонно-подошвенной кератодермии, длительное время пациентка получала витамин А и различные смягчающие мази и кремы. Проводимое лечение особого эффекта не оказывало, ввиду чего обращение к врачам прекратилось. К 4–5-летнему возрасту родители обратили внимание на признаки умственной отсталости, пациентка не училась в школе, так как резко отличалась от своих сверстников. Явления гипергидроза появились примерно с 6–7-летнего возраста. Больная была активно привлечена для коррекции ногтевых пластинок в кабинет подологии, где и были выявлены различные признаки существующего генодерматоза.

Из анамнеза жизни были установлены следующие факторы: близкородственный брак, наличие аналогичного заболевания у одного из членов семьи (младший брат), отягощенность по аллергическим заболеваниям (бронхиальная астма, атопический дерматит), аллергия к белку коровьего молока, частые простудные заболевания, тотальный кариес зубов в семье.

Описание основного заболевания: ониходистрофия по гипертрофическому типу на всех ногтевых пластинках; ногти имеют желтовато-коричневатый цвет; отдельные ногтевые пластинки искривлены, что затрудняет ношение обуви; выражен субунгвальный гиперкератоз. На коже ладоней и подошв отмечаются явления гиперкератоза диффузного характера, желтоватого оттенка, гипергидроз с выраженным фетром. Отмечаются явления диффузной алопеции. При осмотре слизистой полости рта обращают внимание очаги лейкоплакии, располагающиеся симметрично по боковой поверхности языка, размером 2×4 см. При первом общении с пациенткой сразу обращает на себя внимание умственная отсталость и некоторый инфантилизм.

Других видимых изменений со стороны органов и систем не выявлено.

Больной выставлен диагноз: «Врожденная пахионихия».

Пациентка взята на учет по генодерматозам, ей назначено симптоматическое лечение, включая методы подологии (аппаратная чистка всех ногтевых пластинок и использование специально приготовленных индивидуальных ортезов).

Вывод. Приведенный случай врожденной пахионихии указывает на все клиническое многообразие генодерматозов, в основе которых имеются мутации в различных белках кератина (примером являются больные ихтиозом), что требует своей регистрации с целью последующего выбора адекватной терапии.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, И.Б. НУРМАТОВА

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

В последние годы дерматологи накапливают опыт использования биологических препаратов, способных осуществлять блокировку отдельных цитокинов (ФНО-α, ИЛ-12/23, ИЛ-17 и др.), что приводит к подавлению гиперпролиферации кератиноцитов и воспалительной реакции в коже. Следует указать, что биологические препараты применяются при лечении определенных форм псориатической болезни (псориатический артрит, псориатическая ониходитрофия и др.), что позволяет стабилизировать патологический процесс и вызывать длительную клиническую ремиссию дерматоза. В основе ихтиоза лежат нарушения процессов транскрипции, а это, в свою очередь, влияет на экспрессию профилагрина, не исключая вовлечение в патогенез генодерматоза других маркеров кератинизации (цитокератины и др.). Подобная общность патогенеза гиперпролиферации, озволяет использовать биологические препараты, в частности, блокиратор ИЛ-17А, секукинумаб при определенных формах ихтиоза (ламеллярный, иглистый и др.). Опыт показывает, что применение высоких доз витамина А не во всех случаях позволяет получать терапевтический эффект при тяжелых формах ихтиоза, ввиду чего должны разрабатываться новые, инновационные подходы в лечении таких больных. Схема терапии и дозировка секукинумаба должны быть идентичны таковым у больных псориазом, так как это исходит от фармакокинетических свойств указанного препарата и сроках подавления гиперпролиферации кератиноцитов. При проведении лечения больных ихтиозом секукинамабом необходимо в динамике терапии изучать показатели клеточного и гуморального иммунитета, а также цитокиновый статус, начиная с одного из показательных цитокинов, в частности, ФНО-α. Накопленный опыт позволит расширить возможности лечения больных ихтиозом и конкретно рекомендовать использование секукинумаба (курсовые дозировки препарата).

Таким образом, проводимая в республике работа по составлению Национального регистра по больным ихтиозом (насчитывается уже около 2 000 пациентов), выделение тяжелых форм данного генодерматоза с целью последующего применения в терапии биологических препаратов. Дает возможность с перспективой рассматривать проблему генодерматозов, в частности, ихтиоза.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

А.Б. РАХМАТОВ, М.К. ХАЛДАРБЕКОВ

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

Актуальность. Клиническая картина врожденного буллезного эпидермолиза (ВБЭ) отличается полиморфизмом не только кожных, но и внекожных проявлений, что создает определенные трудности в постановке конкретной формы генодерматоза.

Цель исследования. Внедрение иммуногистохимических исследований в диагностику клинических форм врожденного буллезного эпидермолиза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 11 пациентов с различными формами ВБЭ: простая – у 4, пограничная – у 2, дистрофическая – у 5 пациентов. Метод иммуногистохимии используется для обнаружения антигенов (структурные белки) в срезах кожи, что позволяет определить уровень образования пузырей: внутри эпидермиса, на границе эпидермиса и дермы (внутри светлой пластинки базальной мембраны) или внутри дермы. Для исследования у больного ВБЭ забиралась ткань длиной 3–4 мм в результате резекционной биопсии. Готовились замороженные срезы больного толщиной 4–6 мкм и контрольные образцы здорового человека. Число окрашиваемых препаратов зависело от количества исследуемых антигенов (коллаген IV типа, коллаген VII типа, антиген буллезного пемфигоида).

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что при простой форме ВБЭ, когда пузыри располагаются внутри эпидермиса, указанные антигены обнаруживаются в основании полостных элементов, при пограничной форме антигены коллагены IV и VII типов располагаются под пузырями, при дистрофической форме ВБЭ все указанные антигены располагаются над пузырями. Непрямая иммунофлюоресценция позволяла проводить анализ распреде-

ления и интенсивность экспрессии различных структурных белков эпидермиса и базальной мембраны. Для данного метода биопсия производилась с неповрежденной кожи больного ВБЭ. Были использованы антигены (кератин – 14, плектин, ламинин – 332, коллаген XVII типа, коллаген VII типа), производимые биотехнологическими компаниями, которые и давали специфическое свечение на определенном уровне, позволяя уточнять разновидность формы или подтипа ВБЭ, например коллаген VII типа в коже больного с рецессивным дистрофическим ВБЭ подтипом Аллопо-Сименса.

Вывод. Проведение иммуногистохимических исследований является важным атрибутом правильной диагностики любой формы ВБЭ.

СЛУЧАЙ ИГЛИСТОГО ИХТИОЗА

А.Б. РАХМАТОВ, М.М. ЭШНИЯЗОВ, А.К. САМАНДАРОВ

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

Иглистый ихтиоз развивается в результате дефекта экспрессии кератина 1 клетками шиповидного слоя эпидермиса, связанного с мутациями гена KRT1. Начальные признаки заболевания обнаруживаются при рождении в виде очаговой или диффузной эритемы, которая постепенно сменяется шелушением. Дальнейшая эволюция может занимать различные временные промежутки и характеризуется формированием гиперкератотических очагов. Рассматривается как редкое наследственное заболевание и один из вариантов ихтиоза, вследствие чего.

Приводим клиническое наблюдение

Больной М.О., 2011 г. р., находится под наблюдением дерматолога в течение 4 последних лет. Со слов матери, болеет с рождения. Родился переношенным, от первой беременности, плацента содержала множество кальцинатов. У матери во время беременности наблюдались гипохромная анемия, ранний токсикоз, угроза преждевременных родов. При рождении у ребенка наблюдалась сухость кожных покровов, которая дерматологом была расценена как себорейный дерматит. Начиная с 6-месячного возраста появились унилатерально расположенные гиперкератотические высыпания. Заболевание медленно прогрессировало, т. е. усиливались явления гиперкератоза и интенсивность окраски высыпаний. Окончательный диагноз иглистого ихтиоза был выставлен в 2017 г. Больной ежегодно два раза в год проходит комплексное обследование и получает лечение в лечебных учреждениях дерматологического профиля, в том числе медико-генетическое переосвидетельствование по поводу группы инвалидности. Пациент является инвалидом детства по иглистому ихтиозу в связи с выраженной распространенностью кожно-патологического процесса, нарушающего двигательную активность и создающего серьезные косметические дефекты.

Status localis: кожно-патологический процесс носит распространенный, симметричный, не островоспалительных характер с локализацией на коже передней и задней поверхности конечностей, тыле кистей, шее, туловище, лобной части лица. Представлен ассоциациями грубых роговых чешуек и пластинок толщиной от 0,1 до 0,5 см, местами разделенных неглубокими трещинами. На отдельных участках в области крупных суставов и складок кожи (локтевые, подколенные и др.) образуются конические, жесткие, гиперкератотические образования буровато-коричневого цвета, располагающиеся как линейно, так и диффузно. Кожа ладоней и подошв свободна от высыпаний. Придатки кожи не изменены.

При изучении генеалогической карты подобного заболевания среди членов данной семьи не выявлено. Заключение врача-генетика: «иглистый ихтиоз (мутация de novo)».

При проведении *гистологических исследований* было выявлено: в эпидермисе отмечается выраженный диффузный и фолликулярный гиперкератоз, акантоз, папилломатоз сосочков дермы; очаговая вакуольная дистрофия клеток мальпигиева слоя; внутриэпидермально выявлялись фокальные зоны спонгиоза с единичными акантолитическими клетками («зернистая дистрофия»); в верхних отделах дермы обнаружены периваскулярные, мелкофокусные, круглоклеточные инфильтраты.

Вывод. Уникальность представленного клинического случая заключается в трудностях постановки диагноза. В отличие от веррукозной эпидермодисплазии Левандовского-Лютца, наличие типичного блашко-линеарного расположения гиперкератотических шиповидных разрастаний указало на иглистый ихтиоз. Установленный тип Ламберта подтверждается развитием веррукозных изменений с периода новорожденности, отсутствием поражения лица, ладоней и подошв. Следует отметить важность своевременного выявления таких пациентов, их полноценного обследования, последующего динамического наблюдения, а также медико-генетического консультирования семей со случаями ихтиозиформных дерматозов.

СЛУЧАЙ БУЛЛЕЗНОЙ ВРОЖДЕННОЙ ИХТИОЗИФОРМНОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ

А.Б. РАХМАТОВ, М.М. ЭШНИЯЗОВ, А.К. САМАНДАРОВ, К. АБДУЛЛАХОДЖАЕВ

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

При буллезной ихтиозиформной эритродермии может встречаться патологический симптомокомплекс – эпидермолитический гиперкератоз, основными проявлениями которого являются нарушения интеграции клеточных рядов базального слоя эпидермиса и разрыв межклеточных соединений зернистого слоя, а также развитие гиперкератоза рогового слоя. Группа ихтиозов отличается клиническим полиморфизмом, особенно иглистый ихтиоз и ихтиозиформная эритродермия, когда присоединяются гиперкератотические наслоения с явлениями паракератоза, что указывает на возможность присоединения эпидермолитического гиперкератоза (ЭГ).

Приводим клиническое наблюдение

Больной С.В., 14 лет, житель Хорезмской области, обратился с жалобами на распространенные высыпания по всему кожному покрову, сопровождающиеся зудом кожи. В родильном доме был установлен «колодийный плод». После устранения «пленки» отмечались явления ихтиозиформной эритродермии с характерными клиническими признаками заболевания. Начиная с 3-летнего возраста стали выявляться распространенные гиперкератотические проявления, отмечалась ладонно-подошвенная кератодермия.

При осмотре: гиперкератотические наслоения локализованы на разгибательной поверхности шеи, в аксиллярных, паховых и ягодичных складках, на коже в проекции крыльев подвздошных костей, нижних третях предплечий и голеней, на кистях и стопах. Роговые массы серого цвета, в крупных складках туловища собираются в своеобразные «гребешки», причем высыпания располагаются на эритематозном фоне. На ладонях и подошвах наблюдаются проявления буллезной кератодермии без застойно-гиперемического венчика по периферии. На боковых поверхностях туловища выделяются розовые эрозии неровных очертаний.

Таким образом, установление тонофиламентов в супрабазальном слое эпидермиса при буллезной ихтиозиформной эритродермии и образование полинуклеарной оболочки из тонофиламентов в этой же зоне указывают на клинический фенотип маркеров генетической гетерогенности в группе дерматозов, объединяемых симптомокомплексом эпидермолитического гиперкератоза.

СЛУЧАЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО КАЛЬЦИНОЗА КОЖИ

А.Б. РАХМАТОВ, З.Ф. АШИРОВ, К.А. АБДУЛЛАХОДЖАЕВ, Т.П. РАХМАТОВ

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

Кальциноз кожи (липоидокальциноз, болезнь Профише и др.) является довольно редким дерматозом, который впервые был описан еще в 1900 г. До настоящего времени считается, что заболевание может возникать метастатическими и метаболическими путями, при которых происходит отложение кальция в коже и подкожной клетчатке. Выявляемую гиперкальциемию связывают с нарушениями функции паращитовидных желез, щитовидной железы и гипервитаминозом Д. В тканях развивается ацидоз, приводящий к снижению растворимости кальция, и, как результат, его отложение в коже, подкожной клетчатке, мышцах и сухожильных влагалищах.

Приводим клиническое наблюдение

Больной Н.С., 2013 г. р., житель Самаркандской области, впервые обратился в консультативную поликлинику РСНПМЦ ДВиК МЗ РУз 18 марта 2021 г., куда был направлен после консультации в Самаркандском областном КВД. Пациент (со слов отца) предъявлял жалобы на наличие множественных узловатых образований по всему кожному покрову с выраженными рубцами, местами сливного характера. Каких-либо субъективных ощущений в очагах поражения не наблюдается. Со слов отца, заболевание возникло в 4-летнем возрасте, когда без видимой причины на коже локтей и голеней образовалось несколько узловатых элементов с «земляной орех», кожа над узлами была без изменений. Через 1,5–2 месяца узлы вскрылись с выделением крошкоподобной массы белесоватого цвета. Больной был проконсультирован хирургом на предмет фурункулеза кожи. С тех пор временами без видимой причины стали появляться аналогичные образования на различных участках кожного покрова,

за исключением кожи лица. В семье трое детей, заболевание имеется только у старшего сына. Наследственность не отягощена. Брак родителей не близкородственный. Ранее ребенок болел только детскими инфекциями. В школу не ходит из-за высыпаний и мышечной слабости. Повышения температуры не бывает. Аппетит сохранен, физиологические функции кишечника и мочевого пузыря не нарушены.

Status localis: кожно-патологический процесс носит распространенный характер и представлен множественными узловатыми элементами без воспалительной реакции, кожа над узлами не изменена, имеется множество рубцов линейной и звездчатой формы. Кальцинаты имеют размеры от горошины до лесного ореха, округлой или овальной формы, плотные на ощупь (каменистая плотность) и располагаются в глубоких слоях кожи или подкожной клетчатки. Кожа спаяна с узловатыми элементами и поэтому слегка втянута. Имеются несколько элементов, особенно в области ягодиц, при надавливании из которых выделяется крошковатая масса. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

В консультативной поликлинике были проведены соответствующее обследование и гистологическое исследование узловатого образования (№2407 от 18 марта 2021 г.). Больному был установлен диагноз «кальциноза кожи».

Было назначено дополнительное обследование на гормоны щитовидной и паращитовидной желез, рентгенография трубчатых костей и определение в крови уровня витамина Д и других биохимических показателей, способных охарактеризовать обмен кальция в организме.

Вывод. Приведенный клинический случай интересен в плане наличия узловатых элементов без воспалительной реакции, что сразу исключает варианты стафилодермий и указывает на возможность грибковых (актиномикоз кожи и другие варианты глубоких микозов) и туберкулезных поражений кожи и подкожной клетчатки. Проведение гистологического исследования является заключительным этапом обследования таких пациентов, в дальнейшем требующих исключительно оперативного вмешательства.

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

А.Б. РАХМАТОВ, Н.А. РАСУЛОВА, И.Б. НУРМАТОВА

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

Несмотря на многочисленные схемы и методы терапии, лечение больных псориазом не всегда бывает положительным или возникающие ремиссии дерматоза весьма незначительны. Все это требует разработки и внедрения новых технологий, имеющих этиопатогенетическую направленность. Одним из таких направлений является использование биологических препаратов, блокираторов специфических для псориаза интерлейкинов, в частности, интерлейкина 17А.

Ранее проведенные нами исследования показали, что у больных псориазом в зависимости от клинической формы (значения индекса PASI > 20 баллов) отмечается повышение содержания провоспалительных цитокинов, таких как ФНО-α и др., а также ИЛ-17, что доказывает их причастность к процессам гиперпролиферации и возникновению воспалительной реакции в дерме, что обозначается как аутоиммунный процесс. Эти исследования были проведены на репрезентативной выборке больных псориазом, где выделялись следующие формы дерматоза: экссудативная, артропатическая и эритродермическая. Отдельно проведен анализ по прогностической значимости псориатической ониходистрофии, имеющей непосредственное отношение к развитию суставного синдрома.

Биологическим препаратом, позволяющим осуществлять блокировку ИЛ-17А, является секукинумаб (Скафо), который был применен на тысячах пациентах по всему миру, с высоким рейтингом безопасности и эффективности. Метод лечения отличается простотой и надежностью, исключающей нежелательные побочные эффекты, возникающие от других биологических препаратов, особенно имеющих комбинированные моноклональные антитела (человеческие и мышиные).

Препарат вводили по 150 мг лиофилизированного порошка разбавленного в 1 мл физиологического раствора в область плеча (с обеих сторон), т. е. суммарная доза препарата составляла 300 мг секукинумаба. В последующем каждую неделю вновь вводили 300 мг препарата в течение одного месяца. В зависимости от клинического эффекта последующие инъекции препарата вводили ежемесячно в течение 6–10 месяцев. Ни в одном случае не было зафиксировано каких-либо побочных эффектов, а значения индекса PASI после лечения уменьшались в 10–20 раз, что является доказательством высокой эффективности секукинумаба у больных псориазом.

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННАЯ САРКОМА КАПОШИ

А.Б. РАХМАТОВ, М.М. ЭШНИЯЗОВ, А.К. САМАНДАРОВ

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

ВИЧ-инфекция способна изменять течение любого заболевания, приводя к появлению тяжелых и атипичных форм, включая и дерматологические. Приводимый клинический случай является весьма показательным, так как показывает скоротечность заболевания и появления серьезных осложнений, угрожающих жизни пациента.

Больной К.Б., 1987 г.р., житель Хорезмской области, был впервые проконсультирован в Хорезмском областном КВД 10 марта 2021 г.

Больной предъявлял жалобы на болезненные опухолевидные образования на коже нижних конечностей, их отечность и трудность передвижения. Кроме того, на отдельных участках больного беспокоят одиночные опухолевидные образования, особенно на пальцах правой кисти.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течение 3 месяцев и свое заболевание ни с чем не связывает. Без видимой причины на пальцах ног и тыльной поверхности стопы появились уплотнения темно-коричневого цвета. Пациент в данный момент находился в Турции. Было установлено, что с 2014 года пациент находится на учете по поводу ВИЧ-инфицирования. Ранее получал лечение, но названия препаратов не помнит. В 2018 году пациент работал в Турции, будучи ВИЧ-инфицированным. Ввиду ухудшения общего состояния организма 27 февраля 2021 года по возвращении из Турции обратился в областной кожно-венерологический диспансер.

Anamnesis vitae: родился третьим ребенком, рос и развивался в удовлетворительных условиях. Окончил среднюю школу, работал в фермерском хозяйстве. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания. Наследственность не отягощена. Курит, употребляет алкоголь. Выезжал на работу в Российскую Федерацию. Последние годы работал в Турции разнорабочим.

Status localis: кожно-патологический процесс носит распространенный характер и располагается на коже нижних и верхних конечностей в виде диффузных очагов опухолевидного и местами сливного характера, с фетром, отмечается некоторая слоновость нижних конечностей. Элементы имеют темно-коричневую окраску. Аналогичные элементы располагаются и на тыльной поверхности кистей. Движение пальцев кистей ограничено. На коже голени имеется одиночное узловатое образование размером с «вишню» ярко-красного цвета, округлой формы. Аналогичное узловатое образование, значительно выступающее над поверхностью кожи, отмечается на тыльной поверхности безымянного пальца правой руки остро-воспалительного характера. Отмечается увеличение региональных лимфатических узлов. Они подвижны, кожа над ними не изменена.

Больному проведено клинико-лабораторное обследование (анализ кровь на м/р показал отрицательный результат). Больной был направлен на обследование и дальнейшее лечение (антиретровирусное) в областной СПИД-центр.

Следует указать, что ВИЧ-инфицирование не является спорадическим случаем, тем более, что у данного пациента возникли проявления саркомы Капоши довольно быстро и, тем более, отдельные опухолевидные образования, гистологическое исследование которых подтвердило одну из форм злокачественного образования с вытекающими последствиями. Приведенный случай еще раз доказывает, что ВИЧ-инфицирование не должно оставаться без внимания, пациенты нуждаются в обязательном специфическом лечении для предотвращения описанных осложнений.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ У ДЕТЕЙ

У.Ш. РИХСИЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Практикующие врачи нашей республики зачастую сталкиваются с наиболее распространенной формой вирусной пузырчатки, вызываемой энтеровирусом Коксаки (Coxsackie A16). Но несмотря на частоту встречаемости, эта патология вызывает трудности в ранней диагностике и адекватном лечении, что является причиной развития дальнейших осложнений.

Цель исследования. Разработка адекватного комбинированного метода терапии вирусной пу-

зырчатки с учетом особенностей детского организма и сведение к минимуму возможных осложнений.

Материал и методы исследования. В консультативно-диагностическую поликлинку клиники ТашПМИ и городского детского диагностического центра г. Ташкента за весенне-летний период 2021 г. обратились 88 детей в возрасте от 6 месяцев до 11 лет. Всем детям в комплексной терапии в качестве основного препарата был использован интерферон-α2b в виде ректальных суппозиториев в комбинации с энтерособентом «Полисорб» и пребиотиком «Энтерол», обладающих выраженными сорбционными и детоксикационным свойствами.

Результаты исследования. В процессе проведенной комбинированной терапии уже на 2-е сутки у большинства детей наблюдалось заметное снижение явлений общей интоксикации, на 5–6-е сутки подавляющая часть высыпаний рассасалась.

Вывод. Проведенные клинические наблюдения и полученные результаты показали, что использование в комплексном лечении детей, больных вирусной экзантемой, ректальных суппозиториев интерферона – α2b как современного противовирусного и иммуномодулирующего препарата в комбинации с эффективными энтерособентом «Полисорб» и пребиотиком «Энтерол» дает более выраженный терапевтический эффект, сводя к минимуму возможные осложнения.

МОНОТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ «НАНО-МЕЛАНИН»ОГРАНИЧЕННЫХ ФОРМ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ

У.Ш. РИХСИЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Существующие методы местной терапии витилиго не всегда подходят для детской кожи и часто вызывают осложнения, усугубляющие течение заболевания. Недавно в нашей республике стал использоваться новый препарат «Нано-меланин» в форме спрея, геля и крема, обладающий антиоксидантным, реконструирующим и меланогенез стимулирующим действием.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности топического использования геля «Нано-меланин», как наиболее удобной и безопасной формы препарата в лечении детей, больных витилиго.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 38 детей (девочек – 21, мальчиков – 17) в возрасте от 4 до 18 лет с давностью заболевания от 3 месяцев до 5 лет. В наблюдаемой группе находились дети только с ограниченными формами витилиго: фокальная – у 18, сегментарная – у 15, галаневус – у 5 пациентов.

До начала лечения дети полностью обследовались совместно с педиатрами и проводилась терапия сопутствующей выявленной патологии. Лечение больных заключалось в наружной монотерапии гелем «Нано-меланин», который втирался в очаги поражения 2 раза в день.

Результаты исследования. Первые признаки положительной динамики витилигинозных очагов появлялись примерно у 20–25 % пациентов к концу 2-го началу 3-го месяца лечения в виде краевой или фолликулярной репигментации. Через 6 месяцев от начала монотерапии заметный регресс витилигинозных очагов наблюдался почти у 40 % больных, у остальных детей патологические очаги стабилизировались. Следовательно, увеличение длительности местного применения геля «Нано-меланин» способствовало повышению терапевтической эффективности и заметной стабилизации кожно-патологического процесса. Следует отметить, что в начале использования указанного средства только у 3 больных появились незначительная эритема и жжение кожи на месте нанесения препарата, но эти явления через несколько дней исчезли и при дальнейшем использовании больше не беспокоили больных.

Вывод. Гель «Нано-меланин» оказался эффективным препаратом для местного применения при лечении детей больных витилиго. Важной особенностью геля «Нано-меланин», является отсутствие побочных явлений при использовании также и на чувствительных зонах (веки, половые органы, невусы и т. д.), что открывает широкие перспективы для практикующих врачей при его длительном использовании у детей, больных витилиго, не только в условиях стационара, но и амбулаторно.

РОЗУВАСТАТИН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

У.Ю. САБИРОВ, А.Б. РАХМАТОВ, Д.В. РАХМАТОВА

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

Актуальность. До настоящего времени проблема лечения больных псориазом остается актуальной, несмотря на многочисленные исследования по изучению этиопатогенеза дерматоза и использование многочисленных лекарственных средств, включая и биологические препараты.

Цель исследования. Оценка эффективности розувастатина при лечении больных псориазом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 104 больных (мужчин – 69, женщин – 35) в возрасте от 18 до 55 лет и давностью заболевания 22,7±2,3 лет. Были выделены следующие клинические формы псориаза: вульгарная – у 61 (58,6 %), экссудативная – у 13 (12,5 %), артропатическая – у 27 (26,0 %), эритродермическая – у 3 (2,9 %) больных. Следует указать, что метаболический синдром был выявлен у 75 из 104 (72,1 %) больных псориазом, причем при тяжелых формах дерматоза данный синдром регистрировался в 100 % случаев. Из клинических проявлений метаболического синдрома у больных псориазом выявлялись дислипидемия, ожирение, латентный сахарный диабет и др. Для коррекции метаболического синдрома был выбран препарат «Розувастатин» (суточная дозировка 20 мг), который способен оказывать не только гиполипидемический, но и противовоспалительный эффект. Для оценки клинико-лабораторной эффективности розувастатина в динамике лечения были изучены показатели индекса PASI, липидного обмена и цитокинового статуса пациентов.

Результаты исследования. Все больные с выявленным метаболическим синдромом были разделены на две группы: 1-я группа (39 больных) получала стандартное лечение в сочетании с розувастатином; 2-я группа (36 больных) получала только стандартное лечение.

У больных 1-й группы было отмечено снижение индекса PASI с 33,5±1,2 до 6,1±0,7 балла (при $p<0,001$), во 2-й группе – с 32,9±2,2 до 18,1±3,3 балла (при $p<0,05$). Динамика иммунологических и биохимических показателей была наиболее выражена у больных 1-й группы, получавших розувастатин, в то время как у больных 2-й группы показатели липидного обмена и уровня про- и противовоспалительных цитокинов оставались практически без изменений ($p>0,05$). Полученные данные свидетельствуют о необходимости назначения гиполипидемических средств (розувастатин) в комплексной терапии больных псориазом, особенно с наличием метаболического синдрома, что будет способствовать не только регрессу псориатических элементов, но и сохранению длительной клинической ремиссии заболевания.

Вывод. Применение розувастатина позволяет снижать выраженность метаболического синдрома и тем самым улучшать течение псориатического процесса, оказывая не только гиполипидемический, но и противовоспалительный эффект за счет влияния на цитокиновый статус больных псориазом.

ПСОРИАЗ И ОЖИРЕНИЕ

У.Ю. САБИРОВ, А.Б. РАХМАТОВ, Д.В. РАХМАТОВА

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

У больных псориазом часто выявляются признаки метаболического синдрома, в частности, абдоминального ожирения, которое увеличивает выраженность системного воспаления, осложняя течение дерматоза, обусловливает ухудшение дерматологического индекса качества жизни пациентов и частые обострения псориаза, что является причиной неэффективности стандартных методов терапии.

Цель исследования. Определение эффективности использования розувастатина в комплексной терапии больных псориазом с сопутствующим алиментарным ожирением I–II степени.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 80 больных псориазом (мужчин – 52, женщин – 28) в возрасте от 40 до 65 лет. Индекс PASI составлял 24,5±1,25 балла; индекс массы тела – 30–40 кг/м^2. Всем больным проведены ИФА-исследования – содержание ИЛ-6 и С-реактивного белка (СРБ). Больные псориазом в зависимости от методики лечения были разделены на две группы: 1-я группа (40 больных) получала стандартное лечение, 2-я группа

(40 больных) дополнительно принимала розувастатин.

У больных 1-й группы индекс PASI снизился с 25,1±1,1 балла до 15,3±1,5 балла (p<0,05), в то время как у больных 2-й группы его показатели уменьшились значительно больше – 23,7±1,9 балла (до лечения) и 7,2±0,9 балла (после лечения) при p<0,001. В процессе проводимой терапии отмечались достоверное снижение уровня ИЛ-6 (до лечения – 12,2±1,5 пг/мл, после лечения – 6,65±1,1 пг/мл при p<0,001) у больных псориазом, получавших розувастатин, и достоверное снижение уровня СРБ (13,7±1,2 МО/л против 5,7±0,5 МО/л при p<0,001), в то время как у больных 1-й группы понижение показателей ИЛ-6 и СРБ имели недостоверный характер (p>0,05).

Вывод. Препарат «Розувастатин» при лечении больных псориазом имеет противовоспалительный характер и способен подавлять хроническое системное воспаление, что отображается на положительной динамике псориатического процесса.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСАНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

У.Ю. САБИРОВ, Д.В. РАХМАТОВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

Актуальность. Сложность лечения больных псориазом заключается в наличие метаболического синдрома (ожирение, дислипидемия, сахарный диабет и др.).

Цель исследования. Оценить эффективность препарата «Эксант» у больных псориазом с наличием метаболического синдрома.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 24 больных (мужчин – 17, женщин – 7) псориазом в возрасте 30–50 лет. У всех пациентов был установлен диагноз распространенного, вульгарного псориаза в прогрессирующей стадии заболевания. Из анамнеза установлено, что клинические проявления беспокоили пациентов от года до 15 лет, в среднем 8,2±1,7 года. Пациенты были разделены на две группы по 12 больных: 1-я основная группа получала стандартное лечение в сочетании с эксаном; 2-я группа сравнения – стандартное лечение.

Результаты исследования. Клинические наблюдения показали, что включение в комплексную терапию препарата «Эксан» позволяет увеличивать терапевтическую эффективность на 22,7 %. Отмечена положительная динамика со стороны интерлейкина ФНО-α (достоверное его снижение) и нормализация показателей липидного обмена (ХСТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП и др.). Для коррекции метаболических нарушений у больных псориазом препарат «Эксан» назначался по 1 капсуле (50 мг) 3 раза в день после еды в течение 2 месяцев. Использование данного препарата было основано на его гепатотропных свойствах природного происхождения (корень солодки). Благодаря широкому спектру действия на организм (антиоксидантные свойства, влияние на обмен жиров, белков, углеводов, систему оксида азота) препарат способен оказывать противовоспалительный эффект за счет способности противоапоптического действия путем супрессии ФНО-α.

Вывод. При лечении больных псориазом с наличием метаболического синдрома, клинически проявляющегося наличием субъективных ощущений, торпидностью в отношении проводимого лечения, экссудативного компонента и др., рекомендовано использование препарата «Эксан» в течение 1–2 месяцев, что позволит устранить и уменьшить выраженность воспалительной реакции дерматоза.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

У.Ю. САБИРОВ, Р.С. ХИКМАТОВ

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

Актуальность. До настоящего времени лечение больных кожным лейшманиозом представляет определенные сложности, так как в большинстве случаев применяемые лекарственные препараты устраняют сопутствующий бактериальный фон, но не оказывают должного антилейшмицидного эффекта.

Цель исследования. Разработка эффективного метода терапии больных зоонозным кожным лейшманиозом с использованием энзимных препаратов.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 120 больных с различными клиническими формами зоонозно-

го кожного лейшманиоза (ЗКЛ), диагноз которых был подтвержден микробиологическими исследованиями (выявлением лейшманий в очагах поражения). В отдельных случаях диагноз ЗКЛ был выставлен только на основании эпидемиологических данных и клинических проявлений дерматоза.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что у больных ЗКЛ в зависимости от клинической формы дерматоза отмечаются значительные изменения иммунного и цитокинового статуса, приводящие к развитию эндогенной интоксикации, которая является одной из причин развития осложненных форм ЗКЛ и металейшманиоза кожи. На основании этих данных в комплексную терапию больных ЗКЛ был включен препарат «Вобэнзим», являющийся представителем системной энзимотерапии, которая может воздействовать на иммунную систему, оказывать противовоспалительное действие (влиять на уровень про- и противовоспалительных цитокинов) и усиливать антибактериальный и антилейшмицидный эффект используемых антибиотиков. Лечение вобэнзимом проводилось в суточной дозировке 9 таблеток в течение 20 дней. В сопоставлении с группой контроля (пациенты с аналогичными проявлениями, получавшие только стандартное лечение) было получено повышение клинико-микробиологического излечения на 29,7 %, что являлось доказательством целесообразности системной энзимотерапии у больных ЗКЛ.

Вывод. При лечении больных ЗКЛ необходимо включать в комплексную терапию препараты системной энзимотерапии, что повысит эффективность стандартного лечения дерматоза.

ПОСТКОВИДНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

У.Ю. САБИРОВ, Ф.В. АЗИМОВА, Ш.Ш. ШОРАХМЕДОВ

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

Актуальность. COVID-19 представляет собой заболевание, поражающее нижние дыхательные пути. При вскрытии трупов людей, болевших COVID-19, обнаружены массивные поражения легких с фиброзными и экссудативными изменениями. Если иммунная система не в состоянии справиться с SARS-CoV-2, то вирус активно реплицируется с использованием внутриклеточного ACE2 и затем при выходе во внеклеточное пространство разрушает клетку-хозяина. ACE2 представляет собой трансмембранный белок I типа, имеющий внеклеточный N-гликозилированный N-концевой участок, на котором находится карбоксипептидазный сайт, а также короткий внутриклеточный С-концевой цитоплазматический хвост. N-концевой пептидазный домен является местом связи ACE2 с SARS-CoV. Также выделяют две формы белка ACE2: клеточную (связанную с мембраной) и циркулирующую (растворимую). Клеточная форма – это полноценный белок, синтезируемый в больших количествах пневмоцитами или энтероцитами тонкой кишки. Как следствие, метаболический путь ангиотензина не ингибируется. Это обстоятельство только усугубляет инфекционный процесс и развитие воспаления, а цитокиновый шторм нарушает функционирование не только респираторного тракта, но и сердечно-сосудистой и иных систем организма. Исследования показали, что связывание вируса с ACE2 не обязательно влияет на ферментативную активность последнего. И растворимый ACE2, и связанный с мембраной ACE2 обладают одинаковыми ферментативными и вирусными связывающими функциями. Однако только связанный с мембраной ACE2 может способствовать проникновению вируса и последующей инфекционности. Принимая во внимание эти важные предпосылки, представляется возможным использовать ACE2 в качестве альтернативного варианта терапии COVID-19. Важной непептидазной функцией ACE2 является участие в транспорте аминокислот через стенку тонкого кишечника. Применение аминокислот образует отвлекающий маневр в отношении ACE2, увеличивая его сывороточную активность и при этом уменьшая мембранную.

Применяя аминокислоты при телогеновой диффузной алопеции, возможен не только отвлекающий эффект ангиотезина 2 в качестве расщепления аминокислот в кишечнике, но и как субстрат волос в качестве синтеза белка. После перенесенного COVID-19 телогеновое выпадение волос может быть достаточно сильным, даже при легком течении заболевания. Возможно, это связано с васкулитом, который в патогенезе новой коронавирусной инфекции играет огромную роль и определяет возникновение осложнений.

Цель исследования. Определить диагностические критерии и изучить эффективность применения комплекса аминокислот при телогеновой диффузной алопеции после перенесенной инфекции COVID-19.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением были 35 пациентов с диффузной телогеновой алопецией в возрасте от 18 лет до 71 года, лиц мужского пола – 29, женского – 6.

Клинически у всех отмечалось выпадение волос как в теменной, так и в затылочной области, при этом волосы на других участках кожи были сохранены. Видеотриходерматоскопия констатировала множество «юных» волос, перифолликулярное воспаление и шелушение. Патологических волос и атрофированных волосяных фолликулов выявлено не было.

Всем пациентам была назначена биологическая добавка к пище –комплекс аминокислот и витаминов «Динамин форте». Каждая капсула содержит: L-гидрохлорид лизина – 25,0 мг; DL-метионин – 18,4 мг; L-лейцин – 18,3 мг; L-валин – 6,7 мг; L-изолейцин – 5,9 мг; L-триптофан – 5,0 мг; L-фенилаланин – 5,0 мг; L-треонин – 4,2 мг; 5-гидрокси антраниловая кислота – 0,2 мг; витамин С (аскорбиновая кислота) – 40,0 мг; витамин РР (никотинамид) – 25,0 мг; витамин Е (DL-альфатокоферола ацетат) – 7,5 МЕ, витамин В1 (тиамина нитрат) – 5,0 мг; витамин B_5 (кальция пантотенат) – 5,0 мг, витамин B_2 (рибофлавин) – 3,0 мг; витамин B_6 (пиридоксина гидрохлорид) – 1,5 мг; витамин А (ретинола пальмитат) – 2500 МЕ, витамин B_9 (фолиевая кислота) – 0,75 мг, витамин $Д_3$ (холекальциферол) – 200 МЕ, витамин В12 (цианокобаламин) – 2,5 мкг.

Все пациенты принимали «Динамин форте» по одной таблетке 1 р/д в течение трех месяцев.

Результаты исследования. У 92 % пациентов с диффузной телогеновой алопецией отмечалось уменьшение выпадения волос уже на 7–8 сутки, а рост терминальных волос на 20–25 сутки терапии. У 8 % пациентов эффекта от лечения не было. При видеотриходерматоскопии отмечалось разрешение перифолликулярного воспаления и шелушения. В контрольной группе наблюдался рост волос на 35–40 сутки лечения и в течение 3 месяцев сохранялось перифолликулярное воспаление и шелушение.

L-форма аминокислот «Динамин форте» обладает лучшей усвояемостью и более пригодна для биохимических процессов в организме. Аминокислоты лизин, метионин, лейцин, валин, изолейцин, триптофан, фенилаланин, треонин – жизненно необходимые вещества для синтеза белков, построения клеток, восстановления разрушенных тканей, обмена веществ в организме. Они являются источниками энергии для клеток организма, участвуют в передаче нервных импульсов, поддерживают биосинтез многих гормонов.

Витамины С, РР, Е, B_1, B_5, B_2, B_6, А, B_9, $Д_3$, B_{12}, каждый в отдельности, а также в совокупности способствуют нормальному функционированию как отдельных органов, так и всего организма в целом. Наиболее важной их функцией является участие в обменных процессах, они выступают в качестве катализаторов в разных химических реакциях, протекающих в организме.

Применение аминокислот при диффузной телогеновой алопеции, связанной с COVID-19, образует отвлекающий маневр в отношении ACE2, увеличивая его сывороточную активность и при этом уменьшая мембранную. Уменьшение мембранной концентрации ACE2 затормаживает внедрение в клетку человека вируса SARS-CoV, следовательно, снижает активность заболевания и предупреждает развитие постковидного синдрома.

Вывод. Применение комплекса аминокислот «Динамин форте» пациентам с SARS-CoV не только эффективно в терапии диффузной телогеновой алопеции, но и уменьшает активность воспалительного аутоиммунного процесса, предотвращает возможные осложнения вирусной инфекции.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

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

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

Актуальность. Как известно, очаговая алопеция является мультифакториальным заболеванием придатков кожи, ее развитие котрого не зависит от расы, пола и возраста, частота встречаемости в мире составляет 1–4 %. По данным современной научной литературы, этиология и многие аспекты патогенеза очаговой алопеции до сих пор неясны. Развитие заболевания подразумевает иммунологическую теорию нарушения. На сегодняшний день в РСНПМЦ ДВиК достигнуты определенные успехи в разработке усовершенствованных методов лечения таких аутоиммунных дерматологических заболеваний, как витилиго и очаговая алопеция. Успешно применяются методы лечения с помощью современных лазерных технологий, в частности, эрбиевого лазера Er:YAG с длиной волны 1550 нм. Наблюдения показывают, лазеротерапия в комплексном лечении очаговой алопеции значительно ускоряет клиническую эффективность, обеспечивая наиболее быструю репигментацию, отличается удобством применения в плане экономии времени пациентов, так как, на курс в среднем приходится 6–8 процедур.

Цель исследования. Оценка эффективности лазернотерапии у пациентов с очаговой алопецией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 47 больных очаговой алопецией в возрасте от 14 до 45 лет, лиц мужского пола – 32, женского – 15. Всем пациентам были проведены лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Результаты исследования. Первичным результатом было процентное изменение степени тяжести алопеции по шкале Tool (SALT), определяемой с помощью фотографической оценки отрастания волос. «Полное» восстановление роста было определено как 90 %-ное улучшение исходного уровня Tool (SALT). Пациентов также попросили оценить удовлетворенность лазерным лечением по 5-балльной шкале, приэтом выставленные пациентами баллы указывали на их высокую удовлетворенность. Средняя скорость отрастания через 1 месяц составила 17,4 ± 3,5 %. Среди пациентов с поражением кожи головы ($n = 16$) средний рост составил 27,8 ± 31,3 %, из них у одного был полный рост (SALT90), у 3 – частичный рост (SALT50–SALT90), у 6 – минимальный рост (≤SALT50) и у 6 не было роста (≤SALT20).

Вывод. Исследование показало, что фракционный 1550 нм Er:YAG-лазер может быть хорошей терапевтической альтернативой для пациентов с очаговой алопецией.

ЛЕЧЕНИЕ ВИТИЛИГО С ПОМОЩЬЮ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА

У.Ю. САБИРОВ, Ф.В. АЗИМОВА, Б.А. ТОИРОВ, М.З. НАЗАРОВА, Е.В. КАЛЕНДАРЁВА

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

Актуальность. Среди дерматологических заболеваний, приводящих к выраженным косметическим недостаткам и существенному снижению личной самооценки, особое место занимает витилиго.

Витилиго представляет собой нарушение меланиновой пигментации, которое, несмотря на многочисленные научные исследования, определяющие, каким же образом происходит гибель меланоцитов, до сих пор остается заболеванием требующим дальнейшего углубленного изучения механизма патогенеза. Для лечения витилиго доступны разные варианты лечения, однако лазерные технологии показали, что они дают более приемлемые результаты.

Эрбиевый лазер Harmony XL PRO (Alma lazer, Израиль) с длиной волны 2940 нм – одна из самых эффективных методик для лечения витилиго, а также для улучшения тонуса кожи, ее цвета, эластичности и разглаживания мелких морщин.

Цель исследования. Изучить эффективность применения лазерной терапии при витилиго под действием эрбиевого лазера.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 60 пациентов с витилиго в возрасте от 12 до 60 лет, которые были разделены на две группы. Первой группе, состоящей из 30 человек (50 %), помимо традиционной терапии проводилось лечение эрбиевым лазером. После процедуры на область депигментных пятен наносили крем «Клобетазол» (куразол). Процедура проводилась на всех депигментных участках кожи в две недели один раз, на курс – 6 процедур.

Результаты исследования. От проведенной терапии эффект наблюдался сразу в виде фолликулярной репигментации кожи, местами депигментные очаги были полностью закрыты, улучшился цвет кожи. Побочных эффектов и непереносимости лазеротерапии не было отмечено ни в одном случае.

Вывод. Лечение витилиго с помощи эрбиевого лазера дает положительный результат в виде стойкой репигментации в очагах поражения. Эффект от лазеротерапии продолжителен.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И КРЕМНИЙ СОДЕРЖАЩИХ НАРУЖНЫХ СРЕДСТВ

У.Ю. САБИРОВ, Ш.З. МАВЛЯНОВА, С.Р. МУМИНОВА, Б.А. ТОИРОВ, Г.С. БАБАКУЛОВА

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

Актуальность. Розацеа (лат. acne rosacea – розовые угри) – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся поражением кожи в виде папуло-пустулезных элементов, эритемой, телеангиоэктазией, в основном поражается кожа лица. Заболевание встречается чаще у женщин, выявляется у всех рас, но преимущественно страдают светлокожие люди (I и II фототип). У мужчин заболевание протекает тяжелее и встречается в 2–3 раза меньше. Высыпания локализуется на коже лица – нос, середина лба, носощечные складки, подбородок. Существуют различные методы лечения розацеа, в том числе и применение лазерных технологий.

Цель исследование. Оценка эффективности комплексного лечения больных розацеа с применением лазеро терапии PDL 595 нм и препаратов для наружного применения «Фатидерм+».

Материал и методы исследования. Были обследованы 67 больных с различными клиническими формами розацеа в возрасте от 33 до 68 лет, лица мужского пола – 28, женского – 39. По клинической картина у 18 больных наблюдалась эритематозно-телеангиэктатическая, у 32 – папулезно-пустулезная, у 17 – инфильтративно-узловатая форма розацеа. Всем больным проводились лабораторные исследования: общий анализ крови, микробиологические исследования и трехмерное фотосканирование кожи лица на мультиспектральном анализаторе Antera 3D (Miravex Limited, Дублин, Ирландия). Antera 3D® – это цифровое устройство для неинвазивной, надежной и воспроизводимой оценки текстуры, цвета и характеристик у пациентов с различными дерматологическими заболеваниями и эстетическими нарушениями кожи лица. С помощью мультиспектрального анализа определяли среднюю концентрацию и однородность концентраций гемоглобина для определения покраснения. Все пациенты получали комплексное лечение согласно стандартам МЗ РУз в сочетании с лазеротерапией, импульсным лазером на красителе (PDL) с длиной волны 595 нм каждые 3–4 недели. Курс лечения в среднем составил 6–7 сеансов. Также для наружного применения использовался кремнистый лосьон «Фатидерм+» – 2 раза в день ежедневно в течение 5–6 месяцев.

Результаты исследования. Анализ клинико-лабораторных исследований у больных розацеа на фоне комплексного лечения с применением кремниевого лосьона«Фатидерм+» и импульсного лазера на красителях PDL 595 нм показал положительную динамику. Было отмечено уменьшение эритемы и количества телеангиэктазий, значительное разрешение инфильтрации и папулезных элементов. Побочных эффектов не наблюдалось. Дерматологический индекс шкалы симптомов в среднем снизился в 1,8 раза по сравнению с исходным показателем, такие клинические проявления, как эритема и поствоспалительная дисхромия, уменьшились на 79 %.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМНИЙСОДЕРЖАЩИХ СРЕДСТВ И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

У.Ю. САБИРОВ, Ш.З. МАВЛЯНОВА, С.Р. МУМИНОВА, Б.А. ТОИРОВ, Г.С. БАБАКУЛОВА

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

Актуальность. Акне (acne) – полиэтиологическое хроническое воспалительное заболевание сально-волосяного аппарата кожи, проявляющееся открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями в виде папул, пустул, узлов. Наиболее эффективным методом лечения считается комплексное лечение с применением наружных средств и лазерного воздействия. Приблизительно 85 % населения на определенном этапе их жизни (препубертатный и пубертатный периоды) страдают этим заболеванием.

Цель исследования. Оценка эффективности пелоидотерапии и лазерного лечения у пациентов с угревой болезнью.

Материал и методы исследования. Было обследованы 49 больных с различными клиническими формами угревой болезни в возрасте от

14 до 32 лет, лица мужского пола – 21, женского – 28. По клинической картине 11 больных страдали с комедональной 23 – папулезно-пустулезной 15 – абсцедирующей формой акне. У всех больных проводилось трехмерное фотосканирование кожи лица на мультиспектральном анализаторе Antera 3D. Для обеспечения согласованности в позиционировании прибора всем пациентам были проведены профилометрические измерения на одной и той же стороне лица. Впоследствии идентичная область была автоматически идентифицирована и сопоставлена на последующих изображениях и значениях, рассчитанных программным обеспечением Antera 3D ®. Всем исследуемым пациентам было проведено лечение согласно стандартам МЗ РУз, которое включало по показаниям: системные антибактериальные, синтетические ретиноиды, наружные противовоспалительные средста и т. д. После проведенного лечения для устранения таких проявлений постакне, как поствоспалительные застойные пятна и инфильтрация, пациентам была назначена топическая терапия с помощью грязевой маски «Фатидерм-М» 2 раза в день в течение 1–2 месяцев и лечение импульсным лазером на красителях длиной волны 595нм (PDL).

Результаты исследования. Результаты Antera 3D фотосканирования кожи показали уменьшение эритемы на 15,7 % по сравнению с исходными показателями кожи пациентов с угревой болезнью ($P<0,05$). Так, было отмечено, что средние показатели концентрации гемоглобина, в областях, где применялась грязевая маска «Фатидерм-М», были статистически значимо снижены по сравнению с исходным уровнем. Значительное уменьшение эритемы кожи лица отмечалось у 23 пациентов, удовлетворительное уменьшение – у 17 пациентов и у 3 пациентов изменений не наблюдалось.

Результаты микробиологических исследований с очагов поражения кожи после лечения показали уменьшение обсемененности патогенной флоры st. aureus в 5,2 раза ($P<0,05$), индекс степени тяжести угревой болезни снизился в 2,4 раза ($P<0,05$). Следует отметить, что наружное применение грязевой маски «Фатидерм-М») способствовало повышению терапевтической эффективности в комплексной терапии пациентов с угревой болезнью.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ТЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА

У.Ю. САБИРОВ, А.А. ЯКУБОВ

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

Актуальность. Розацеа – хронически рецидивирующее воспалительное заболевание, поражающее преимущественно центральную часть лица. Этиологические и патогенетические аспекты розацеа до конца не изучены.

Цель исследования. Изучить клинические проявления и течение розацеа.

Материал и методы исследования. Под клиническим наблюдением находились 56 больных розацеа в возрасте от 22 до 75 лет, средний возраст составил 49 ± 2,1 лет, мужчин было 13 (23,2 %), женщин – 43 (76,8 %), соотношение мужчин к женщинам – 1:3,3. Большинство больных были в возрасте от 51 года до 60 лет – 19 (33,9 %).

Результаты исследования. Клиническое обследование показало, что эритематозно-телеангиэктатической стадией 14 (25 %), папуло-пустулезной – 27 (48,2 %), пустулезно-узловатой – 12 (21,4 %), ринофимой – 1 (1,8 %) и стероидной розацеа – 2 (3,6 %) больных. Тяжесть течения розацеа определяли с помощью шкалы диагностической оценки розацеа (ШДОР). В группе больных с эритематозно-телеангиэктотической стадии показатель ШДОР составил 5,1 ± 0,39, при папуло-пустулезной – 9,1 ± 0,39, при пустулезно-узлавотой – 11,1 ± 1,4 балла. Наличие розацеа в семье и у ближайших родственников отмечалось в 33,3 случаев. При этом мать страдала розацеа у 9 (11,5 %), отец – у 4 (5,1 %), сестра – у 4 (5,1 %), тетя со стороны матери – у 3 (3,8 %), бабушка, со стороны матери – у 2 (2,5 %), тетя со стороны отца – у 3 (3,8 %) и бабушка со стороны отца – у 1 (1,3 %) больного.

Вывод. Розацеа часто встречалась у женщин (76,8 %), наличие розацеа в семье и у ближайших родственников отмечалось в 33,3 % случаев, чаще диагностировалась папуло-пустулезная стадия (48,2 %) и показатели ШДОР был высокими у больных с пустулезно-узловатой формой (11,1 ± 1,4 балла).

ЗНАЧЕНИЕ DEMODEX FOLLICULORUM В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА

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, в основе которого лежит ангионевроз, характеризуется прогредиентным течением и рефрактерностью к проводимому лечению. Этиология и патогенез, особенно роль микробных факторов, при розацеа до конца не изучены.

Цель исследования. Изучение роли Demodex folliculorum в клиническом течении розацеа.

Материал и методы исследования. Под клиническим наблюдением находились 52 больных розацеа в возрасте от 22 до 70 года, мужчины – 12 (23,1 %), женщин – 40 (76,9 %). Соотношение мужчин к женщинам было 1:3,3. Большинство больных были в возрасте от 51 до 60 лет – 18 (34,6 %). В зависимости от клинических проявлений эритематозно-телеангиэктатическая стадия выявлена у 13 (25 %), папуло-пустулезная – у 27 (51,9 %) и пустулезно-узловатая – у 12 (23,1 %) пациентов. Содержание Demodex folliculorum в очагах поражения определяли с помощью микробиологического метода.

Результаты исследования. При анализе выявляемости клеща с учетом тяжести процесса установлено, что из 12 больных, страдающих эритематозно-телеангиэктатической стадией, у 7 (58,3 %), из 27 больных с папуло-пустулезной стадией у 21 (77,7 %) и из 12 больных с пустулезно-узловатой стадией у 10 (91,6 %) больных найден Demodex folliculorum.

Вывод. Как видно из представленных данных, Demodex folliculorum играет патогенетическую роль в возникновении розацеа, его встречаемость возрастает по мерее утяжеления кожно-патологического процесса. Выраженность патологического процесса, скорее всего, создает почву для жизнедеятельности и размножения клеща.

БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ – ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ТАШКЕНТА

М.Н. СОЛМЕТОВА[1], М.А. ГАФУР-АХУНОВ[2], А.Ш. ВАИСОВ[3]

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница[1];
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз[2];
Ташкентская медицинская академия[3]

Актуальность. Базальноклеточный рак кожи (БКРК) составляет 70–75 % всех раковых заболеваний кожи. БКРК является самой часто встречающейся злокачественной опухолью, опережающей такие грозные формы заболевания, как рак легкого, молочной железы и желудка. По определению Комитета ВОЗ по гистологическому типированию опухолей кожи «БКРК – это местно деструирующая, медленно распространяющаяся опухоль, которая крайне редко метастазирует и возникает из эпидермиса или волосяных фолликулов, в которых периферические клетки похожи на клетки базального слоя эпидермиса». Базальноклеточная карцинома (БКК) (син.: базально-клеточный рак кожи, базалиома) характеризуется широким фенотипическим разнообразием и различными гистопатологическими подтипами, составляя до 75 % от всех эпителиальных немеланоцитарных новообразований кожи.

Проблема БКРК завуалирована низкими показателями заболеваемости официальной статистики в регионах нашей страны.

Цель исследования. Изучить динамику поражения населения БКРК на основании данных статистических и патогистологических исследований, проведенных в 2015–2019 гг. в ТГФ РСНПМЦОиР, зарегистрированных в Канцер-регистре г. Ташкента.

Материалом для исследования послужили данные ретроспективного обсервационного некомбинированного когортного исследования (современный дизайн медицинского исследования – 2019), полученные данные из Канцер-Регистра г. Ташкента, включавшие паспортные данные онкологических больных, жителей г. Ташкента, зарегистрированных в 2015–2019 гг. на основе гистологически подтвержденного диагноза БКРК.

Результаты исследования. По результатам исследования базы данных онкологических больных установлено, что за 5 исследуемых лет зарегистрированы 1 587 злокачественных заболеваний кожи, из них 1 250 случаев БКРК: 1 215 – первично единичные случаи и 35 – первично-множественные. Существующее мнение о преобладании БКРК в общем объеме злокачественных

патологий кожи нашло свое подтверждение и составило в нашем исследовании 76,6 %, намного опережая частоту встречаемости плоскоклеточного рака (10,0 %), меланомы (9,7 %), саркомы Капоши (2,1 %) и дерматофибросаркомы (1,6 %).

Таким образом, БКРК встречается в основном на участках тела, подвергающихся воздействию солнечных лучей, особенно в области головы и шеи (80 % случаев), чаще диагностируется в возрасте старше 50 лет.

Это серьезная проблема общественного здравоохранения во всем мире, связанная с инвазивным характером роста, поскольку может вызвать обширные разрушения тканей, и при поздней первичной диагностике может привести к значительному росту инвалидности. Этот вопрос подчеркивает важность осведомленности общества и медицинских работников об эпидемиологической и клинической характеристики опухоли, поскольку раннее ее обнаружение и своевременное лечение имеет решающее значение для снижения косметического и экономического ущерба.

НОВЫЙ МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОДЕРМИИ

А.А. СЫДИКОВ, Г.Б. ПЯГАЙ, Н.С. ИБРАГИМОВА, М.Д. АЛЛАЕВА

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ранняя диагностика ограниченной склеродермии (ОС) позволяет избежать нежелательных тяжелых осложнений, однако она довольна сложна, так как заболевание в дебюте проявляется единичными или множественными эритематозными пятнами, зачастую напоминающими воспалительные или лимфопролиферативные заболевания. Обычно очаги поражения в своем развитии проходят три стадии – эритемы/отека, склероза (индурации) и атрофии кожи. Лечебные мероприятия при ОС имеют наибольший терапевтический эффект при первых двух стадиях заболевания, следовательно, необходимо применение новых и наиболее информативных методов диагностики, разработка неинвазивных методов диагностики при этом имеет особый приоритет. В связи с этим, для дифференциальной диагностики ограниченной склеродермии были изучены показатели транскутанной оксиметрии у больных с разными заболеваниями, сходными по клиническим признакам с ОС.

В группе 40 исследуемых с ОС наблюдался самый высокий процент пациентов с выраженным снижением тканевой кислородной перфузии ($tcpO_2$) в пределах очага поражения. При этом обратимое отклонение от нормы наблюдалось у 60 %, критическое – у 22,5 % исследуемых.

Во второй группе, состоящей из больных с кольцевидной гранулемой, у 75 % наблюдались нормальные значения $tcpO_2$, у 25 % – незначительное обратимое снижение насыщения тканей кислородом.

В третьей группе, в которую вошли больные с парапсориазом, патологических изменений $tcpO_2$ зарегистрировано не было ни у одного из обследуемых. Следовательно, проведенное исследование свидетельствует о том, что чрескожная оксиметрия является доступным, неинвазивным методом обследования, имеющим достаточную информативность, результаты которой могут применяться в качестве одного из дифференциально-диагностических критериев в ранней диагностике ограниченной склеродермии.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСЛЕ COVID-19

У.А. ТАШКЕНБАЕВА[1], Г.Д. КЛЕБЛЕЕВА[2]

Ташкентская медицинская академия[2],
Самаркандский государственный медицинский институт[2]

Актуальность. Нутрициальный статус пациентов, зависящий как от макро-, так и от микронутриентов, имеет жизненно важное значение для здоровья кожи и состояния иммунитета.

Материал и методы исследования. Для изучения особенностей течения дерматологических проявлений нами были обследованы 108 больных после перенесенной коронавирусной инфекции, обратившихся в Самаркандский областной кожно-венерологический диспансер с июля 2020 г. по июль 2021 г. Из них 48 (43,5 %) больных страдали такими кожными заболеваниями, как псориаз (13,9 %), витилиго (11,1 %), другими кожными патологиями (18,5 %) и 60 (56,5 %) пациентов, обратились с жалобами на кожные изменения впервые. Забор материала для спектрометрического исследования производили в момент обследования и госпитализации (или начала амбулаторного лечения). Спектрометрический анализ волос для изучения микроэлемент-

ного статуса был проведен на ядерном реакторе ВВР-СМ в ИЯФ АН РУз.

Результаты исследования. По результатам исследования было отмечено уменьшение количества иммуномодулирующих эссенциальных микроэлементов, таких как цинк (110±25 мкг/г), селен (0,25±0,18 мкг/г), железо (18±5 мкг/г), а также повышение таких токсичных для иммунитета элементов, как хлор (2100±200 мкг/г) и бром (3,6±0,7 мкг/г) в организме исследуемых больных. При этом лучшие показатели по всем представленным микроэлементам были отмечены у больных с изначально интактной кожей по сравнению с пациентами, ранее имевшими дерматологические патологии ($p<0,05$).

Вывод. При консервативном лечении дерматологической патологии и кожных изменений после коронавирусной инфекции необходимо использовать, кроме цинка, также применять, содержащие селен и железо, а также использовать дезинтоксикационную терапию в целях уменьшения количества хлора и брома.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСЛЕ COVID-19

У.А. ТАШКЕНБАЕВА[1], Г.Д. КЛЕБЛЕЕВА[2]

Ташкентская медицинская академия[2];
Самаркандский государственный медицинский институт[2]

Актуальность. Несмотря на множество проводимых исследований в области изучения изменений иммунитета при COVID-19, данная проблема до сих пор остается недостаточно изученной. Также остается неизученным влияние изменений гуморального звена иммунитета на дерматологические проявления после коронавирусной инфекции.

Цель исследования. Изучение особенностей иммунного статуса у пациентов с дерматологическими проявлениями после COVID-19.

Материал и методы исследования. Для изучения особенностей течения дерматологических проявлений у больных нами были выявлены и изучены кожные проявления у 108 больных после перенесенной коронавирусной инфекции, обратившихся в Самаркандский областной кожно-венерологический диспансер с июля 2020 г. по июль 2021 г. Для определения роли цитокинов в развитии и выраженности кожных проявлений после коронавирусной инфекции, были изучены показатели цитокинов ИЛ-1α, ИЛ-1β, ИЛ-2, ИЛ-6.

Результаты исследования. Показатели цитокинов у больных с дерматологическими проявлениями коронавирусной инфекцией умеренно повышены. Уровень интерлейкина 1 составил 1,8±0,04 (норма – 1,61±0,05), интерлейкина 2–9,6±0,72 (норма 9,13±0,67), интерлейкина 6–1,0±0,18 (норма – 0,94±0,13), ФНО – 5,5±1,18 (норма 5,3±1,29). Повышение уровня цитокинов наблюдалось при ИЛ-1 – на 10 %, ИЛ-2 – на 34,7 %, ИЛ-6 на 10,3 % и ФНО – на 1,4 % выше верхней границы нормы, что и обусловливало общие и кожные проявления после перенесенной коронавирусной инфекции.

Вывод. У большинства пациентов с дерматологическими проявлениями после коронавирусной инфекции наблюдалось относительное повышение уровня цитокинов ($p<0,05$), которое может служить показанием к назначению глюкокортикоидов.

SARS-COV-2 КЕЛТИРИБ ЧИҚАРГАН ЯНГИ COVID-19 КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДА ТЕРИГА ХОС ЎЗГАРИШЛАРНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

У.А. ТАШКЕНБАЕВА, Х.А. ТОЖИМУРОДОВ

Тошкент тиббиёт академияси, Дерматовенерология кафедраси

Ҳозирги вақтда SARS-CoV-2 келтириб чиқарган янги COVID-19 коронавирус инфекциясининг эпидемиологияси, клиник хусусиятлари, олдини олиш ва даволаш ҳақидаги маълумотлар доимий равишда тўлдирилиб ва янгиланиб бормоқда. Янги коронавирус SARS-CoV-2 бу Coronaviridae оиласининг битта занжирли РНК вируси, Beta-CoV B авлоди. SARS-CoV-2 авлоди ушбу оиланинг бошқа вируслари билан бирга II патогенлик гуруҳига киради. Терининг шикастланиши билан тавсифланадиган COVID-19 нинг клиник белгилари касалликнинг биринчи белгилари бўлиши мумкин.

Ўтказилаётган тадқиқотимиз натижаларига кўра, 2021 йил январь ойидан 2021 йил июль ойига қадар Тошкент вилояти 2-сонли Зангиота юқумли касалликлар шифохонасида коронавирус билан даволанган беморлар сони ўртача 3700 тани ташкил этади. Шулардан ушбу касаллик билан касалланган беморларда терига хос ўзгаришлар

128 нафар беморда аниқланди. Адабиётларда тўпланган COVID-19 инфекцияли беморларда тери тошмаларининг клиник кузатувларининг тавсифлари таҳлили, шунингдек, ушбу вирусли касалликдан азият чекаётган беморларни доимий кузатиб бориш натижасида терининг шикастланиши мумкин, деган хулосага келишимизга имкон беради. Теридаги ўзига хос ўзгаришлар коронавирус инфекцияси бошланишининг биринчи белгилари бўлиши ҳам мумкин. Бундан ташқари, 3700 бемордан 128 тасида терига хос ўзгаришлар хилма-хиллигини этиологияси ва ривожланиш механизмига қараб қуйидаги гуруҳларга бўлишимиз мумкин:

1-гуруҳ – тери ангиити (васкулит) 37 нафар;

2-гуруҳ – папуло-сквамоз тошмалар 23 нафар;

3-гуруҳ – папуло-везикуляр тошмалар (турлари бўйича) 19 нафар;

4-гуруҳ – эритематоз тошмалар 20 нафар;

5-гуруҳ – уртикар тошмалар 25 нафар;

6-гуруҳ – юз тўқималарида трофик ўзгаришлар 4 нафар беморларда кузатилган.

Хулоса қилиб айтганда, SARS-CoV-2 келтириб чиқарган янги COVID-19 коронавирус инфекциясида терига хос ўзгаришларнинг клиник хусусиятлари юқоридагича тавсифлаб ўрганилди ва кечинчалик чуқурроқ ўрганиш мақсад қилиб олинди.

ДЕРМАТОСКОПИЯ КОЖИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

К.Н. ХАИТОВ, Х.А. АБИДОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Дерматоскопия (греч. derma (кожа) + skopeo (рассматривать, исследовать)) – неинвазивный инструментальный метод визуальной оценки поверхности кожи с использованием оптических приборов (дерматоскопа).

Цель исследования. Изучение перспектив и возможностей применения дерматоскопии как метода объективной оценки состояния кожи при атопическом дерматите (АД) у детей.

Материал и методы исследования. Комплексно были обследованы 128 детей, больных АД, в возрасте от года до 18 лет. Всем детям были проведены дерматоскопия кожи на пораженных участках, а также сравнение с неповрежденными участками кожи.

Результаты исследования. В результате дерматоскопии были выявлены следующие кожные симптомы и морфологические элементы сыпи: эритема (гиперемия) – у 125 пациентов, отек (папула) – у 69, микровезикуляция – у 19, экссудация (мокнутие) – у 82, пастулы – у 15, корки – у 84, гнойные корки – у 22, экскориации (расчесы) – у 116, лихенизация (лихенификация) – у 99, чешуйки (сухость кожи) – у 88, ксероз – у 31, гиперкератоз – у 24, фолликулярный гиперкератоз – у 54, трещины – у 29, вторичная гиперпигментация – у 19, истинный полиморфизм высыпаний – у 71, воспаление сальноволосяных фолликулов – у 76, перифолликулярная гиперемия – у 101, атрофия сальноволосяных фолликулов – у 35, сосудистый рисунок: однотипные сосуды – у 27, расширение сосудов вокруг сальноволосяных фолликулов – у 77, единичные пунктирные сосуды – у 29 детей, больных АД.

Вывод. Результаты исследования показали диагностическую ценность дерматоскопии кожи при АД у детей. Эти объективные методики исследования кожи позволяют изучить строение кожи in vivo в режиме «реального времени».

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА У ДЕТЕЙ

К.Н. ХАИТОВ[1], З.М. АБИДОВА[2], Х.А. АБИДОВ[1]

Ташкентский педиатрический медицинский институт[1];
Многопрофильный медицинский центр «AKFA Medline»[1], г. Ташкент

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения кожного лейшманиоза у детей.

Материал и методы исследования. Были обследованы 32 больных с кожным лейшманиозом в возрасте от 3 до 18 лет. У 28 (87,5 %) больных диагностирована зоонозная (ЗКЛ), у 4 (12,5 %) – антропонозная (АКЛ) форма. Диагноз был установлен на основании анамнеза, клинических проявлений и результатов лабораторных исследований.

Результаты исследования. Клиника заболевания почти у всех больных ЗКЛ характеризовалась наличием язв на поверхности кожного покрова. Язвенные лейшманиомы в сочетании с бугорковыми обнаружены лишь у одного (3,5 %) больного. У 9 (32,1 %) больных язвенные лейшманиомы сопровождались осложнениями в виде

лимфангитов, у 4 из них наблюдались и лимфадениты. У 20 (71,4 %) больных очаги поражения локализовались на открытых участках кожи – лице, шее, ушных раковинах, руке, тыле стопы, у 8 (28,5 %) – на открытых и закрытых участках – лице, верхних и нижних конечностях, груди и туловище. Из 4 больных АКЛ у одного были бугорковые, у 3 – язвенные высыпания. Количество язв у больных ЗКЛ колебалось от 1 до 12. У 9 (32,1 %) больных наблюдалась одна язва, у 7 (25,0 %) – 2–3, у 5 (17,8 %) – 4–6, у 4 (14,2 %) – 7–8, у одного (3,5 %) – 9–12. Одиночные язвы были крупнее, чем множественные. Размеры язв колебались от 1×1 см до 10×9 см. У 9 (32,1 %) больных ЗКЛ наблюдался симптом «чёток». У 4 больных наблюдался лимфаденит: были увеличены лимфоузлы вокруг язв и в небольшом отдалении от них. У 26 (92,8 %) больных при микроскопии в материале из бугорков и инфильтратов вокруг язв были обнаружены тельца Боровского, у 2 (7,0 %) результат анализа на возбудитель был отрицательным.

Вывод. Результаты исследований показали, что девочки болеют чаще мальчиков (64,2 % против 35,8 %). Уровень заболевания более высок среди сельского населения по сравнению с городским (85,7 % против 12,5 %). Подавляющее число больных были в возрасте от 3 до 10 лет (42,8 %).

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО ПРЕПАРАТОМ «ПРОТОПИК» НА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Б.Ш. АБДУВАЛИЕВ

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить влияние препарата «Протопик» на дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) у больных витилиго.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением были 36 больных витилиго в возрасте 18–56 лет (22 женщины, 14 мужчин). У всех больных диагноз витилиго был поставлен после стандартного исследования. Больные витилиго получили комплексное лечение мазью «Протопик». Дерматологический индекс качества жизни определялся до и после лечения, в крови – кортизол.

Результаты исследования. Анализ исследования показали, что до патогенетической терапии у больных витилиго показатели ДИКЖ были значительно выше по сравнению с контрольной группой (28,23 ± 0,12 и 8,23 ± 0,13 балла соответственно). Показатели кортизола до комплексного лечения были ниже, чем у лиц контрольной группы (121,2 ± 0,9 нг/мл и 143,3 ± 0,5 нг/мл соответственно). После проведенного комплексного лечения препаратом «Протопик» показатели ДИКЖ изменилтмь незначительно (23,33 ± 0,22 и 8,23 ± 0,13 балла соответственно).

Вывод. Из 36 больных витилиго, получивших комплексное лечение с препаратом «Протопик», положительный терапевтический эффект получен у 16 пациентов, из них у 6 отмечено значительное улучшение, у 10 – улучшение, у двух больных эффекта не было. Побочные эффекты не наблюдались. Также выявлено, что терапевтический эффект при лечении больных зависит от сроков давности заболевания.

МАЗЬ «МУПИРОЦИН» В ЛЕЧЕНИИ БУЛЛЕЗНОГО ИМПЕТИГО

Ф.Ш. ХАМИДОВ, М.Т. ТУРСУНБОЕВА

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить эффективность мази «Мупироцин» у детей, больных буллезным импетиго.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 11 детей буллезным импетиго, из них 5 мальчиков и 6 девочек в возрасте от 3 до 10 лет. После бактериологического исследования у всех больных было обнаружено Streptococcus pyogenes. В очагах поражения были отмечены фликтены и пузыри с воспалительным венчиком, эрозии, корки. Очаги поражения локализовались на лице у 4, на конечностях – у 7, на теле – у 10) больных. В качестве терапии больных 2 раза в день местно применяли экстракт «Метровит» и мазь «Мупироцин», оказывающую бактерицидное действие на возбудителя буллезного импетиго.

Результаты исследования. Полное клиническое выздоровление у больных наступало в среднем на 7–8 день лечения. Одновременно до и после лечения для родителей больных детей было проведено анкетирование с определением дерматологического индекса качества жизни. У всех родителей до специфического лечения по-

казатели ДИКЖ были высокими и составила в среднем 21,1±1,2 балла. После специфического лечения ДИКЖ снизился до 7,4±0,4 балла.

Вывод. На основании результатов лечения мазь «Мупироцин» можно рекомендовать для широкого применения в терапии пиодермий, в том числе с поражениями стрептококковой инфекцией.

МЕТОТРЕКСАТ ВА МЕЛОКСИКАМ ПРЕПАРАТЛАРИНИ ЎЧОҚЛИ АЛОПЕЦИЯДГИ САМАРАДОРЛИГИ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Ш.Қ. ЗОКИРОВ

Андижон давлат тиббиёт институти

Ўчоқли алопецияни даволаш замонавий дерматологиянинг долзарб муаммоси ҳисобланади. Ҳозирги вақтда сочларнинг муваффақиятли ўсишини таъминлайдиган терапия мавжуд эмас.

Тадқиқотнинг мақсади: ўчоқли алопеция билан оғриган беморларда метотрексат ва мелоксикам препаратининг комплекс терапиядаги самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари. Назоратимизда 10 нафар бемор (4 нафар эркак, 6 нафар аёл) бўлиб, уларнинг ёши 23 дан 35 ёшгача эди. Барчасида стандарт текшириш усуллари ўтказилгач, ўчоқли алопеция (ЎА) диагнози қўйилди. Беморлар метотрексат препаратининг комплекс терапия таркибида 8 мг дан ҳафтасига бир мартадан қабул қилишди. Мелоксикам препарати кунига 2 маҳалдан жароҳат ўчоғларига 6 ой давомида сурилди. Беморларнинг барчасида ҲСДИ кўрсаткичлари комплекс даволашдан олдин ва кейин ўрганилди.

Тадқиқот натижалари. Беморларда ҲСДИ индекси комплекс даводан ўрганилганида ўртача кўрсаткич 25,34±2,31 баллни кўрсатди. 6 ойдан кейин эса ҲСДИ индекси кўрсаткичи 11,35±1,33 балл бўлгани аниқланди. 2 нафар беморда метотрексат ва мелоксикам препаратлари комплекс қўлланилганидан сўнг ножўя таъсирлар бўлгани сабабли тўхтатилди, 2 нафарида эса самара кузатилмаганлиги туфайли комплекс терапияни тўхтатишга тўғри келди. 2 нафар беморда ножўя таъсирлардан кўнгил айниши ва қайд қилиш кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, 10 нафар метотрексат ва мелоксикам препаратларини комплекс терапия таркибида олган беморларнинг 60 % да ижобий ўзгаришлар кузатилган бўлса, 20 % да препаратларнинг ножўя таъсири натижасида даволаш тўхтатилган. 20 % беморларда эса самара бўлмагани учун даволаш тўхтатилди. ҲСДИ кўрсатикичлари қолган 6 нафар беморларда 2 баробардан ортиқ камайганлиги комплекс давони самара берганидан далолат берди.

ЭЗМИТОП КРЕМИНИНГ НЕЙРОДЕРМИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДАГИ САМАРАДОРЛИГИ

Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади. Эзмитоп кремининг нейродермит билан оғриган беморларда самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқотнинг материал ва услублари. Назоратимиздаги беморларнинг 10 нафари (4 нафар аёл, 6 нафар эркак) нейродермитнинг чегараланган шакли билан касалланган пациентлар бўлиб, уларнинг ёши 20–46 ёшни ташкил қилди. Барча беморларга диагноз стандарт текшириш усуллари ўтказилгач қўйилди. Эзмитоп креми барча беморларгада комплекс даво (антигистамин, сенсибилизацияга қарши, гепатопротектор ва б. препаратлар) таркибида 1 ой давомида қўлланилди. Беморларда комплекс даводан олдин ва кейин ҳаёт сифати дерматологик индекси (ҲСДИ) ўрганилди.

Тадқиқот натижалари. 10 нафар нейродермитнинг чегараланган шакли билан оғриётган беморларга Эзмитоп креми комплекс даволаниш таркибида кунига 1 маҳалдан суртиш тавсия этилди. Беморларда жароҳат ўчоқлари бўйин атрофида, тирсаклар ва тиззаларнинг букилувчи соҳаларида жойлашган бўлиб, 3 зонадан иборат бўлди. Марказида лихенификация, сўнг унинг атрофида папулёз инфильтрация ва ташқи зонада гиперпигментация кузатилди. Лихенфикация юзаларида кепакланиш, қуруқ тери (ксероз) кузатилгани аниқланди.

Натижалар. Барча беморларда патологик ўчоқларда қаттиқ қичишиш кузатилди. Даводан сўнг жароҳат ўчоғидаги лихенификация, папулёз инфильтрациялар сўрилиб, кепакланиш анча ка-

майганлиги аниқланди. Қичишиш 3-кунга келиб етарлича пасайганлиги кузатилди.

Даводан олдин ҲСДИ индекси ўрганилганида, унинг кўрсаткичлари 23,24±1,30 баллни ташкил қилди. Комплекс даводан сўнг ҲСДИ кўрсаткичлари 8,11±0,07 баллга пасайгани кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, 10 нафар чегараланган нейродермит билан оғриган пациентларда Эзмитоп креми билан комплекс даволаш ўтказилиши натижасида жароҳат ўчоғидаги тошмаларнинг сўрилиши, кепакланишнинг йўқолиши, қичишиш камайишининг кузатилиши, бу усулнинг етарлича самарадор эканлигини кўрсатди. ҲСДИ индекси кўрсаткичларининг пасайиши эса буни тасдиқлади. Демак, Эзмитоп кремини нейродермитнинг чегараланган шакллари ва ксероз билан оғриган беморларда қўллаш етарлича самара беради.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ

Ф.Ф. ХАШИМОВ

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Актуальность. Озонотерапия является новым немедикаментозным методом лечения, который заслуженно получает все большее распространение во всем мире. Лечение озонокислородными смесями представляет качественно новое решение актуальных проблем лечения многих заболеваний. Это связано со свойствами озона оказывать влияние на транспортировку и высвобождение кислорода в ткани, а также с его дезинфицирующим действием. Указанное обстоятельство обусловливает широкий диапазон применения озонотерапии. Впервые озон обнаружил в 1785 г. голландский физик М. ван Марум по характерному запаху (свежести) и окислительным свойствам, которые приобретает воздух после пропускания через него электрических искр. Однако как новое вещество он описан не был, ван Марум считал, что образуется особая «электрическая материя». Термин «озон», предложенный немецким химиком Х.Ф. Шенбейном в 1840 г., вошел в словари в конце XIX века. Многие источники именно ему отдают приоритет открытия озона в 1839 г. Озон отерапия оказывает иммуномодулирующее, антибактериальное, противовоспалительное, антивирусное, фунгицидное, аналгезирующее действие, усиливает микроциркуляцию, обмен веществ, повышает активность системы антиоксидантной защиты.

В дерматологии и косметологии озонотерапия применяется при лечении зудящих дерматозов (нейродермит, экзема, крапивница и др.) псориаза, красного плоского лишая, грибковых отрубевидный лишай, микроспория, трихофития, кандидоз и вирусных (герпетические поражения кожи и слизистых, остроконечные кондиломы, бородавки) заболеваний, пиодермии, фурункулез, угревая болезнь, алопеция, язвенные пораже ния кожи различной этиологии, в комплексном лечении венерических заболеваний (сифилис, гонорея и др.) в качестве иммуномодулирующего средства и др. Озонотерапия также успешно применяется практически во всех областях медицины: в неотложной и гнойной хирургии, общей и инфекционной терапии, гинекологии, урологии, дерматологии, гепатологии, гастроэнтерологии, стоматологии, косметологии и др. Также применяется озонированное оливковое масло в виде масок и для массажа. Озонированное оливковое масло обладает выраженными фунгицидными свойствами, применяется при онихомикозах, вызванных Tr. rubrum и дрожжевыми грибами. Озонированное оливковое масло используется также для лечения трофических язв, микробной экземы, хронической язвенной пиодермии, герпеса.

Цель исследования. Оценка применения озонотерапии в лечении больных экземой.

Материал и методы. В клинике РККВБ применяли озонотерапию больным экземой. Использовано внутривенное введение озонированного физиологического раствора (ОФР). Стерильный физиологический раствор предварительно озонируется до достижения концентрации озона в жидкости 4–5 мкг/мл, после чего вводится внутривенно со скоростью 5 мл в минуту. Количество процедур 3–5, через день.

Результаты исследования. У больных, получавших в комплексной терапии кислородно-озоновую смесь, положительная динамика дерматологического статуса в виде уменьшения зуда, эритемы, инфильтрации наблюдалась через 4–5 дней. Значительное улучшение состояния кожного процесса отмечалось через 10–12 дней. Процедуры озонотерапии переносились большинством пациентов хорошо. Озонотерапия сократила сроки лечения больных экземой.

Вывод. Озонотерапия, как лечебный метод, может быть использована в клинической практике в изолированном виде. В то же время ее не следует противопоставлять существующим традиционным методам. Напротив, в большинстве случаев необходимо и целесообразно ее сочетание с другими физическими факторами или лекарственными препаратами, что будет способствовать уменьшению дозировок последних и повышению эффективности проводимого лечения. Частота проведения повторных курсов озонотерапии зависит от характера заболевания, наличия сопутствующей патологии и может составлять 1–3 цикла в год.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНОВ ГРУППЫ А, D_2 И ФОЛАТОВ В ПИЩЕ НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ АКНЕ У ДЕТЕЙ И ЮНОШЕЙ

Н.О. ЦОЙ

НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Казахстан

Цель исследования. Доказать влияние дефицита в пище витаминов А, D_2 и фолатов на тяжесть течения акне у детей старшего возраста и юношей.

Материал и методы исследования. В исследовании принимали участие 180 респондентов в возрасте от 15 до 25 лет, которые были разделены на две равные сопоставимые группы: исследуемая группа «А», в которую вошли 90 пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами акне, и контрольная группа «В», в составе которой были 90 субъектов без каких-либо даже единичных проявлений невоспалительных или воспалительных акне-элементов.

Изучение фактического потребления пищевых продуктов осуществлялось методом 24-часового воспроизведения питания или методом «суточного воспроизведения питания». Использовался корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции рангов (r_s) и оценкой его достоверности. Возможная коррелятивная связь устанавливалась между конкретным изучаемым витамином и тяжестью акне. Для установления возможных причинно-следственных отношений использовался метод дисперсионного анализа – однофакторных неравномерных комплексов.

Результаты исследования. Дефицит витамина А (ретинола) и его провитамина (каротина) статистически значимо влияет на тяжесть акне (сила влияния у юношей – 0,44 и 0,42 соответственно; у девушек – 0,46 и 0,31 соответственно). У молодых мужчин с тяжелыми формами акне дефицит витамина D_2 с силой 0,3 статистически значимо способствует прогрессированию акне. Недостаток в пище фолатов у юношей также достоверно влияет на тяжесть названной патологии с силой влияния 0,19.

ЎЗБЕКИСТОНДА ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ – ЭТИОЛОГИЯСИ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА КАСАЛЛИК МАНБАИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

Э.Х. ЭШБОЕВ, А.С. НЕЪМАТОВ, Ж.А. МУСТАНОВ

РИД ва КИАТМ, ТТА

Тери лейшманиози **–** инвазив протозой этиологияли трансмиссив механизм йўли билан ўтувчи касаллик ҳисобланиб, клиник жиҳатидан тери ва унинг териости тўқимасининг баъзан, ҳатто тери билан биргаликда шиллиқ қаватларнинг ҳам зарарланиши билан кечадиган хасталик ҳисобланиб, пировардида зарарланган ўчоқларда ўзига хос чандиқ қолади.

Халқаро касалликлар таснифига асосан (МКБ-10) тери лейшманиози – B55.1 коди билан белгиланган. Касалликни содда жониворлар уруғига мансуб Leishmaniалар қўзғатади. Хасталик лейшманиялар билан зарарланаган москитлар чақиш йўли билан (қон сўриш пайтида) одамларга юқтиради. Ўзбекистонда тери лейшманиозининг зооноз ва антрапоноз типлари мавжуд.

Биз олдимизга республикамизда учрайдиган зооноз ва антрапоноз типларнинг асл қўзғатувчилари, касаллик манбалари ва эпидемиологиясини қисқа тарзда баён қилишни мақсад қилиб қўйдик.

Этиологияси – бу кичкина қон сўрувчи икки қанотли москит (искабтопар) бўлиб, унинг ранги оч сариқдан оч жигаррангача бўлади. Узунлиги 1,3–1,5 мл, калласи, танаси, қанотлари ва 3 жуфт ингичка оёқлари, одатда, майда сариқ рангсимон туклар билан қопланган. Москитнинг калласи унчалик катта бўлмай, унинг олд қисмида бир жуфт қора рангдаги кўзлари бор. Мўйловлари 16 та бўғимдан ташкил топиб, калласининг олд қисмида санчувчи узун нинаси мавжуд. Москитнинг қорин қисми 10 та бўғимдан ташкил топган.

Ўзбекистонда 2 уруғга мансуб (Phlehotomus ва Serrgentomiya) москитлар мавжуд бўлиб, улар ўз ичига 12 та хили (рус.вид)ни олади: 1. Ph.papatasi 2. Ph. caucasicus 3. Ph.Andrejevi 4. Ph.mongolensis 5. Ph.sergenti 6. Ph.alexandri 7. Ph. chinensis 8. Ph.smirnovi 9. S.arpaklensis 10. S.grecovi 11. S.sogdiana 12. S.clydei. (Сувонқулов. У.Т ва б. 2020). Булар орасида эпидемиологик жиҳатдан асосий қўзғатувчиларни ташувчиси Ph.papatasi, Ph. caucasicus ҳисобланади. Москитларнинг турга хос хусусиятлари эркакларининг жинсий аппаратларининг ташқи тузилиши, сперматекилари, урғочиларининг эса оғиз бўшлиғи ҳамда ҳиқилдоғининг тузилиши асосида тавсифланади.

Урғочи москитлар уруғ қўйганларида ҳар сафар юздан ортиқ тухум ҳужайрасини ажратади. Бундай вазият учун улар органик маҳсулотларга бой бўлган қоронғи ва нам жойларни танлаша-

ди. Кейинчалик тухумлардан чувалчангсимон личинкалар ажраб чиқади. Личинкаларнинг ташқи қисми қалин туклар билан қопланган бўлиб, улар ривожланиш даврида 4 хил кўринишга (I, II, III, IV). Личинкалари 4-чи кўринишдан ўтгандан сўнг ғумбакка айланади ва кейинчалик улардан 2 қанотли москитлар дунёга келади. Личинкаларнинг меъёрида ривожланиши учун 30 % гача бўлган намлик ва 26–30 градусли ҳаво температураси ҳамда органик маҳсулотга бой бўлган муҳит талаб қилинади. Хуллас, тухум давридан то етилган москитгача бўлган даврга 2 ой ва ундан сал кўпроқ вақт талаб қилинади. Аммо ҳаво ҳарорати +18 градусдан паст бўлса, тухумларнинг ривожланиши мутлақо тўхтайди. Одатда, 0 градусда москит тухум ҳужайраси 4–5 кунда, 2 градусда 1–2 кунда. Эслатиб ўтиш керакки, тухумлар бир пайтда қўйилишига қарамасдан уларнинг генерацияси (етилиб ташқарига чиқиши) ҳар хил вақтда, яъни 10–12 кун интервал оралиғида юз беради.

Урғочи москитларнинг ривожланиши учун уларга доимо янги қон талаб қилинади. Шунинг учун ҳам одамларга, уй ва ёввойи ҳайвонларга қон сўрувчи москитлар ўзининг ҳаёт цикли давриda 1–2 маротаба ҳужум қилади. Табиатда ёввойи ҳолатда яшовчи ҳайвонларнинг инларига кириш қисмида яшовчи москитлар одатда қумсичқон, юмронқозиқлар, тулки, чиябўрилар қазиган уяларида яшашга мослашади. Ундан ташқари, аҳоли атроф-муҳитнинг тозалигига риоя қилмайдиган бўлса, ахлат қутилари, ахлатхоналар, хом ғиштдан қилинган молхоналар тирқишларида ҳамда органик маҳсулотлар билан ахлатхонага айлантирилган ташландиқ хонадонларда, шу билан биргаликда сичқон ва каламушларнинг инларида ҳаёт кечиради ва кўпаяди.

Ўзбекистонда зооноз тери лейшманиозининг табиий ўчоқларида москитлар ўз ҳаёт фаолиятини йилнинг апрель ойида бошлаб, октябр ойида ниҳоясига етади. Кун давомида уларнинг энг фаол пайти қуёш ботишидан олдинги вақтларга тўғри келади. Москитлар 10–15 метргача учиб бориши мумкин. Лекин уларнинг учиш узоқлиги ҳаво ҳарорати ҳамда шамолнинг йўналишига ҳам боғлиқ.

Зооноз тери лейшманиозининг тарқалиши тўғридан-тўғри мавсумийликка боғлиқ бўлиб, аксарият ёзнинг иссиқ кунларига тўғри келади. Сабаби худди шу пайтда зарарланган москитларнинг фаолияти кучаяди. Аввал касалланмаган аҳоли қатламиннинг барчаси москитлар чақиши оқибатида касалланиши мумкин ва улар умрбод тери лейшманиозига қарши ностерил иммунитетга эга бўлади. Одатда, эндемик ўчоқларда болалар тери лейшманиозига кўп чалинади. Сабаби, бу касалликка қарши иммунитетга эга бўлмаган болалар бошқа ҳудудлардан келиб қолиши мумкин. Туб аҳоли вакиллари зооноз тери лейшманиозини ёш болалигида бошидан кечиради ва уларнинг терисида ўзига хос чандиқлар бир умрга сақланб қолади. Мабодо, бу ҳудудларда эпидемияга қарши режали чора-тадбирлар ўтказилмаса, йиллар ўтиб касаллик кескин кўпайиб кетиши мумкин.

Зооноз тери лейшманиозининг табиатда асосий манбаи бўлиб, чўл ва яримчўл ҳудудларда доимий равишда яшовчи катта қумсичқонлар (Rhombomysopimus) ҳисобланади. Улар ушбу ҳудудларда катта колониялар ҳосил қилиб, минг ва ундан ортиқ квадрат метрни эгаллаб олишади. Ундан ташқари, қизил думли қумсичқонлар, юмронқозиқлар ва бошқа кемирувчи ҳайвонлар ҳам касаллик манбаи бўлиши мумкин. Кейинги йилларда типратиканлар, тошбақалар, ҳатто ёввойи қуёнлар ҳам касалланиши тадқиқотларда кўрсатилган.

Катта қумсичқонлар (Rhombomysopimus) юмшоқ тупроқли ва қумли ҳудудларни хуш кўради. Уларнинг узунлиги 140–225 мл. Ташқи томони қалин туклар билан қопланган бўлиб, уларнинг ён қисми сариқ қизғимтир тусга эга. Қорин соҳаси оқимтир, думларининг ранги эса зангсимон бўлиб, охирги қисмида қора рангли супургисимон туклар мавжуд. Катта қумсичқонлар бир неча метр узунликдаги ерости тунелларини юзага келтирган ҳолда жуда мураккаб инлар қуради. Уларнинг чуқурлиги ҳатто 3–4 метргача ҳам етиб бориши мумкин. Қумсичқонлар инларининг узунлиги 100–150 мл гача етади. Кўчиш даврида улар 5 км дан то 10–12 км гача масофани босиб ўтади. Қумсичқонлар баҳор ва куз ойларида 2–3 маротаба насл қолдиради. Ҳар сафар 1–12 тача бола туғади. Уларнинг табиий шароитда умр кўриши 2,5–3 йилни ташкил қилади.

Табиатда зооноз тери лейшманиозининг иккинчи асосий манбаларидан бўлиб, қизилдумли қумсичқонлар (Merioneslibycus) ҳисобланади. Катта қумсичқонлардан фарқли равишда қизил думли қумсичқонлар чўл ҳудудларининг қаттиқ тупроқли массивларини хуш кўради. Унинг катталиги 135–177 мм бўлиб, дум соҳаси жигарангнамо туклар билан қопланган. Сичқонлар ўсимликлар билан озиқланади. Кўпинча ёлғиз ҳолатда ҳаёт кечиради. Уларнинг инлари катта қумсичқонникига қаранда унчалик мураккаб тузилмаган. Йил давомида 2–3 маротаба 5–6 тадан бола кўради. Қизил думли қумсичқонлар 3–4, 5 йил умр кўради, холос.

Юқорида таъкидлаган асосий касаллик манбаларидан (катта қумсичқонлар ва қизил думли қумсичқонлар) ташқари зооноз тери лейшманиозининг баъзан типратиканлар, қўшоёқлар, юмронқозиқлар уй сичқонлари ва каламушлар ҳам иккинчи даражали касаллик манбалари бўлиши мумкинлигини унутмаслигимиз керак.

СЛУЧАЙ СТОЙКОЙ ВОЗВЫШАЮЩЕЙСЯ ЭРИТЕМЫ

А.Б. РАХМАТОВ, М.К. ИШЖАНОВ, Ж.С. МЕДЕТОВА

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

Стойкая возвышающаяся эритема (Erythema elevatum diutinum) была описана Crocher и Willams в 1894 г. Данное заболевание рассматривается как вариант аллергического васкулита кожи, вызываемого медикаментами и токсико-инфекционными факторами. Чаще всего выставляется диагноз кольцевидной эритемы, так как отмечается западание центральной части очагов поражения. При локализации бляшек в области суставов могут появляться артралгии, что симулирует псориатический артрит. Заболевание встречается довольно редко, в связи с чем и приводится данное наблюдение.

Больной А.С., 22 лет, житель г. Нукуса, обратился в Республиканский клиническое КВД с жалобами на появление высыпаний, располагающихся на тыльной поверхности обеих кистей, сопровождающихся умеренным зудом кожи.

Anamnesis morbi: считает себя больным в течение последних 1,5 лет, когда впервые без видимой причины на тыльной поверхности обеих кистей образовались мелкие папулы ярко-красного цвета, которые затем превратились в плотные бляшки синюшно-красного цвета. Через 5–6 месяцев аналогичные высыпания образовались на тыльной поверхности пальцев обеих стоп. Высыпания сопровождались парестезиями. Вначале заболевания указанные проявления расценивались как псориатические, но проводимое лечение особого эффекта не оказывало. Была проведена диагностическая биопсия с очагов поражения.

Anamnesis vitae: родился доношенным ребенком, родители не находятся в близкородственном браке. Рос и развивался в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Перенес детские инфекционные заболеваниями. Часто страдает простудными заболевания, включая хронический лакулярный тонзиллит. Аллергических состояний не имеет. В течение 3 лет работает парикмахером и имеет длительный и тесный контакт с химическими веществами для покраски волос.

Status localis: кожно-патологический процесс носит распространенный характер, располагается симметрично на тыльной поверхности пальцев кистей и стоп и представлен резко-очерченными бляшками синюшно-красного местами буровато-коричневотого цвета, располагающимися непосредственно над межфаланговыми суставами кистей и стоп. Поверхность бляшек и отдельных папул блестящая, шелушения нет. На поверхности отдельных бляшек заметно центральное западение, что придает данному элементу кольцевидный характер. Дермографизм – розовый.

При обследовании со стороны общеклинических анализов патологических изменений не выявлено. *Результат гистологического исследования:* отмечается удлинение эпидермальных отростков, выявляются пара- и гиперкератоз. Во всех слоях дермы отмечаются узелковые образования, состоящие из сосудов с нарушением структуры стенок и обширных клеточных инфильтратов, содержащих нейтрофильные лейкоциты с признаками кариорексиса, и единичные эозинофилы.

На основании анамнестических, клинических и гистологических данных больному выставлен диагноз: «Стойкая возвышающаяся эритема».

Больному было проведено следующее *лечение*: преднизолон в суточной дозировке 30 мг в течение 2 месяцев; трентал – по 100 мг 2 раза в день в течение одного месяца, препараты калия и эубиотики. Наружно применяли сильный кортикостероид (мометазона фуроат) и увлажняющее средство в виде мази «Бепантен» 2 раза в день в течение 2–3 месяцев.

В процессе проводимого лечения у больного отмечалось значительное улучшение кожно-патологического процесса (рассасывание бляшечных элементов), а через 2 месяца – развитие вторичной гиперпигментации кожи на местах высыпаний.

ПРОБЛЕМЫ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

А.И. ЯКУБОВИЧ, А.С. ЛАРИОНЕНКО

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет», Россия

Актуальность. Появление и распространение коронавирусной инфекции не оставило в стороне и врачей-дерматологов, которые все чаще встречаются в той или иной степени с этой проблемой.

Цель исследования. Представление клинического случая токсико-аллергического дерматита, буллезной формы, тяжести его клинического течения после перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилась пациентка, 62 лет, поступившая в дерматологическое отделение ГБУЗ ОКВД г. Иркутска в феврале 2021 г. с диагнозом «токсико-аллергический дерматит, буллезная форма, тяжелая степень тяжести». Высыпания возникли во время стационарного лечения по поводу коронавирусной инфекции, осложненной внебольничной вирусной двусторонней пневмонией. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет II типа, гипертоническая болезнь и ожирение III степени. При обследовании в крови выявлены признаки острого воспалительного процесса, а также почечной и печеночной недостаточности. Проводилась общая инфузионная и наружная терапия.

Результаты исследования. На фоне лечения отмечалось значительное улучшение кожного процесса. Однако на 6-е сутки без видимых причин общее состояние пациентки резко ухудшилось, возникла гипертермия до 39°С, появились боли и отеки верхних конечностей, одышка, снизилась сатурация кислорода до 92 %. Пациентка была экстренно переведена в ГБУЗ ИОКБ с подозрением на тромбоз подключичной вены, пневмонию, сепсис.

Вывод. Представленный клинический случай свидетельствует, что токсико-аллергический дерматит протекал в виде буллезной формы тяжелой степени тяжести, что обусловлено сопутствующими заболеваниями и состоянием после перенесенной инфекции COVID-19, а также возможными побочными эффектами лекарственных препаратов, применяемых при ее лечении. Подобное сочетание тяжелой соматической патологии, дерматоза и наличия постковидного синдрома, требует детального коллегиального анализа ситуации с участием различных специалистов для определения тактики ведения и минимизации рисков осложнений с предпочтительной госпитализацией таких пациентов в стационары многопрофильных учреждений.

ПЛАЗМЕННАЯ МЕДИЦИНА КАК ОДНО ИЗ ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

А.И. ЯКУБОВИЧ[1], Ф.М. МЕНГ[2], А.А. МЕНГ[1,2]

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»[1];
ООО «Клиника эстетической медицины»[2], г. Иркутск, Россия

Актуальность. Плазменная медицина – это новая междисциплинарная область исследований, которая включает физику, химию, биологию и медицину. В 2005 г. FDA (США) лицензировала PSR-технологию (plasma skin regeneration technology). В настоящее время имеется международный опыт применения плазмы (Potter 2007, Cui et al. 2017 и др.).

Цель исследования. Оценить эффективность процедур низкотемпературной атмосферной плазмы при некоторых дерматозах.

Материал и методы исследования. Процедуры проводились низкотемпературной атмосферной плазмой, генерируемой прибором «Гелиос» (производство НПЦ «Плазма» Россия), в среде инертного газа гелия по типу плазменного факела, получаемого при выходе гелия из баллона со скоростью 1,5 л/мин. по шкале ротаметра со средней интенсивностью струи. Экспозиция составляла от 5 до 20 минут в зависимости от нозологии. Курс состоял из 3–10 процедур, проводимых ежедневно или через день. Под наблюдением находилось 40 пациентов от 18 до 65 лет, женщин – 80 % и 20 %, мужчин. По нозологиям распределение было следующим: акнэ (L70) – 13 пациентов; инфекции, вызванные вирусом герпеса (B00) – 7; псориаз (L40) – 5; себорейный дерматит (L21) – 5; старческая атрофия (вялость) кожи (L57.4) – 10 больных.

Результаты исследования. Полученные результаты показали высокую терапевтическую эффективность метода при отсутствии восстановительного периода и нежелательных побочных явлений, совместимость с другими методами лечения и нарастание эффекта во время всего периода терапии, пролонгированный эффект.

Вывод. Использование низкотемпературной плазмы является перспективным направлением и нуждается в дальнейшей разработке.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

М.Ф. ЯХШИЕВА, Ш.З. МАВЛЯНОВА, И.Б. ШУКУРОВ

Бухарский Государственный медицинский институт;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

Актуальность. В последнее время среди аллергических заболеваний кожи отмечается рост себорейного дерматита, в этипатогенезе которого важную роль играют липофильные грибы рода Malassezia. Malassezia – это представитель кожного комменсала, его взаимодействие с организмом происходит через иммунную систему кожи, т. е. он сапрофитирует на коже на фоне гормонального, иммунного дисбаланса, обменных нарушений и др.

Цель исследования. Изучение состояния микробиомы кожи с учетом оценки показателей цитокинового профиля: – IL4 и TNF-α у больных себорейным дерматитом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились – 57 больных в возрасте от 14 до 65 лет, лица мужского пола – 35, женского – 22. Всем больных проводились клинические, микробиологические и иммунологические исследования.

Результаты исследования. Результаты ИФА показали, что у больных в сыворотке крови отмечается достоверное снижение уровня ИЛ-4 и ФНО-α ($p < 0,05$) по сравнению с показателями контрольной здоровой группы, среднем составляя $1,7 \pm 0,2$ пг/мл и $2,6 \pm 0,3$ пг/мл соответственно при $2,5 \pm 0,08$ пг/мл и $4,01 \pm 0,31$ пг/мл соответственно в контроле.

Концентрация ИЛ-4 с давностью заболевания до года находилась в среднем впределах $2,3 \pm 0,5$ пг/мл, что соответствовало показателям контрольной здоровой группы. С увеличением давности заболевания (1–5 лет) концентрация ИЛ-4 была снижена в 1,5 раза по сравнению с контрольной группой и в 1,3 раза по сравнению с давностью до года, что носило статистически достоверный характер ($P < 0,05$).

Так, микробиологические исследования кожи волосистой части головы с очагов поражения у 57 больных себорейным дерматитом показали, что рост M. furfur отмечался – у 17 из 57 (29,8 %), st. aureus – у 24 (42,1 %), st. Haemolyticus – у 12 (21,1 %), st. saprophyticus – у 19 (33,3 %). Тогда как на коже туловища рост M. furur отметили – у 9 (15,8 %), st. aureus – у 21 (36,8 %), st. Haemolyticus – у 7 (12,3 %) и st. saprophyticus – у 13 (22,8 %) больных.

Анализ результатов исследования показал, что у больных себорейным дерматитом отмечается функциональная деятельность клеточной реакции, характеризующаяся уменьшением выработки провоспалительных цитокинов ИЛ-4 и ФНО-α, что способствует нарушению барьерной функции кожи.

Вывод. Полученные данные свидетельствует, что одним из патогенетических механизмов клинического течения хронической формы заболевания является несостоятельность системы клеточной реактивности организма, характеризующаяся снижением про (ФНО-α) и противовоспалительных (ИЛ-4) цитокинов, что способствует развитию микробной контаминации на коже у больныхсеборейным дерматитом.

ВЕНЕРОЛОГИЯ

К ВОПРОСУ ОШИБОК В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА

А.М. АБИДОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Представляем описание ошибки в диагностике раннего периода сифилиса **на клиническом примере**

Пациент, 18 лет, обратился с жалобами на распространенные высыпания без субъективных ощущений.

Из анамнеза: около 4 месяцев назад в области венечной борозды полового члена (ВБПЧ) появился безболезненный дефект. В течение недели мужчина обратился к урологу в частный центр, где был обнаружен язвенный дефект на ВБПЧ, поставлен диагноз «баланопостит» и рекомендовано проведение МР. В связи с отрицательным результатом МР врач назначил левофлоксацин, 500 мг (10 дней), наружно − мазь «Левомеколь». Через 3 месяца пациент отметил появление распространенных высыпаний на теле и слизистой оболочке полости рта, которые врач расценил как аллергическую реакцию. Прием цетиризина не оказал положительной динамики. Через 4 месяца от момента появления дефекта больной обратился к дерматовенерологу в частную клинику «Davr Fayz Medical», где было рекомендовано проведение ИФА, РПГА, РИФ и МР.

Для постановки диагноза были проведены подробный сбор анамнеза, оценка клинической картины, специфические серологические реакции (РИФ, ИФА, РПГА) и микрореакция (МР).

На основании анамнеза, клинической картины в виде розеолезной сыпи на коже туловища и конечностей и «опаловых» папул на языке, положительных серологических реакций пациенту выставлен диагноз «вторичный сифилис». Больной направлен для дообследования и лечения в Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер.

Вывод. Наличие безболезненных высыпаний в области гениталий требует исключения сифилиса с использованием трех серологических тестов. Ошибки диагностики раннего сифилиса возникают по причине недостаточных знаний о клинике и иммунологии данной инфекции. В связи с несвоевременной постановкой диагноза пролонгируются сроки течения сифилиса, что приводит к возникновению поздних форм данной инфекции.

ҚОНДАГИ «СОҲТА МУСБАТ» БИОЛОГИК СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАРИНИНГ (СМБСР) КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ

Ж.Т. НУРАЕВ, К.А. ЮЛДАШЕВ

Тошкент шаҳар тери-таносил касалликлари диспансери;
«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК

Венерология амалиётида бир ибора бор – «соҳта мусбат серологик биологик реакциялар» бор. Бу амалиётда баъзан учраб турадиган ҳолат бўлиб, захмнинг бор ёки йўқлигини таққосий аниқлашни тақозо қилади.

Мақсад: тадқиқотни «соҳта мусбат серологик реакциялар»ни келиб чиқарувчи сабабларини аниқлаш ва талқин қилиш.

Материал ва текширувлар: СМБСР кузатилган 38 нафар текширилувчилар қонини РВ, м/р, ОТИР, ИФР 200, ИФР абсларда текширилди. Уларнинг ёшлари 4 ойликдан 73 ёшгача бўлиб, 23 нафари эркаклардан ва 13 таси аёллардан иборат бўлди.

Беморлар функционал текширувдан ўтказилди – ЭКГ, РЭГ, ЭЭГ, ЭхоКГ ва УТТ (ички аьзолар) ва терапевт, невролог, офтальмолог, ЛОР шифокори ва рентгенолог мутахассислари билан маслаҳат уюштирилди ва ташхислаш шу тариқада тасдиқланди.

Олинган натижалар: Текширилувчиларнинг қонида серологик реакцияларнинг позитивлиги қуйидагича кузатилди: Вассерман реакцияси (Вр) трепонемал антигени мусбатлиги – (+) дан (4+) гача – 10 нафарда, Вр кардиолипин антигени билан – 10 тада, микрореакция эса – 20 нафарда (+) дан (4+) гача.

Реагинлар титри 1:5 дан 1:80 гача позитивлик 4 нафар текширилувчиларда кузатилди.

ОТИР 22 нафар текширилувчиларда гумонли (0 % дан 30 % гача) бўлди. ИФР – 200 – 2 % текширилувчиларда – манфий, (2+) – 1 нафарда, (2/3) – 2 нафарда, (3+) – 3 нафарда, (4+), – 1 нафарда кузатилди.

ИФР – абс – 20 нафарида манфий, 11 нафарида (+), 4 нафарида (3+), 6 нафарида (4+) кузатилди.

Натижада қуйидаги сабаблар аниқланди: анемия – 46,5 % ида, токсоплозмоз – 13 % ида, ревматизм – 10 % ида, сурункали холецистит – 3 % ида, сурункали пиелонефрит – 3 % ида, сурункали простатит – 3 % ида, қондаги диабет – 3 % ида, токсик буқоқ – 3 % ида, сил касаллиги – 3 % ида, бруцеллез – 3 % ида, кўрув томонидан – астигматизм – 3 % ида, ангиопатия тур пардада – 3 % ида аниқланди ва сабаблар ҳисобига интерпретация қилинди. 5 % текширилувчиларда касалликлар аниқланмади.

Хулоса: венерология амалиётида СМБСР қонда кузатилиши ўзига хос бўлиб, турли сезгирликда бўлишади, уларни кўриб чиқишда турли хил касалликлар ҳисобланадики, улар пухта текширувлар натижасида аниқланади.

ҚОНДАГИ «СОҲТА МУСБАТ» СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАР (СМСР) ҲАҚИДА

Ж.Т. НУРАЕВ, К.А. ЮЛДАШЕВ

Тошкент шаҳар тери-таносил касалликлари диспансери;
«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК

Венерология амалиётида серологик реакциялар қонда захмни аниқлаш учун энг асосий тестлардан ҳисобланади.

Ҳозирда юртимизда қуйидаги сероreакциялар захм диагностикасида кенг қўлланилади: Вассерман реакцияси трепонемал ва кардиолипин антигенлари билан микрореакция, специфик реакциялардан – ОТИР, ИФР – 200, ИФР –абс.

Бу реакциялардан тест – диагностикум бўлиб, ҳозирда м/р, МПР кенг қўлланилади. Турли даволаш муассасаларида – аёллар маслаҳатхоналарида, оилавий поликлинакаларда, стационарларда, қон қуйиш станцияларида, қишлоқ даволовчи муассасаларида ва бошка жойларда юқоридаги сероreакциялар «мусбат» натижаси кузатилгач, бу шахслар кейин туман, шаҳар касалхоналари, стационар ва вилоят ТТКД ларига ёки РЦНАТДВК марказларига йўналтирилади.

У жойларда барча текширилувчилар юқорида санаб ўтилган серологик реакцияларнинг мажмуасида (ВР, м/р, ОТИР, ИФР – 200, ИФР – абс) текшириладилар. У ерларда СМБСР лар кузатилганлар ҳар томонлама чуқур текшириладилар, бунда: ЭКГ, РЭГ, ЭЭГ ва бошқа керакли текширувлар (умумий қон, сийдик тахлиллари), ультратовуш текшируви (УТТ). Шулардан кейин таҳлиллардан сўнг, мутахассислардан – терапевт, невролог, офтальмолог, ЛОР шифокори, рентгенологлар томонидан кўрикдан ўтказилади. Булар натижасида текширилувчиларда турли хилдаги йўлдош касалликлар аниқланади.

Қондаги серологик реакциялар тўлиқ таҳлил қилингач, текширилувчилар тақдири ҳал қилинади. Агар захм касаллиги аниқланса, даволашга жалб қилинади. Агар СМБСР кузатилса, бунда қайта текширилади ва диспансер ҳисобидан ўчирилади.

Бундай ҳолатда текширилувчиларга ушбу СМБСР ҳақида тўлиқ тушунтириб, ваҳима қилмасдан, оиладаги тинчлик, тотувликни сақлаш борасида ишлар олиб борилиши ўринли бўлади.

НЕКОТОРЫЕ КРИТЕРИИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, С.Н. РАХМАТУЛЛАЕВА, Х.Р. ХАЛИДОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Актуальность. Как известно, дистрофические заболевания вульвы (ДЗВ) принято относить к фоновым заболеваниям, в результате которых может развиться злокачественный процесс женских наружных половых органов. Однако вероятность риска озлокачествления ДЗВ имеет значительную вариабельность (4–49 %), что указывает на недостаточную изученность данной проблемы. В связи с этим, изучение состояний и причин, в результате которых развивается неблагоприятный прогноз, представляет особый интерес.

Цель исследования. Изучение микробиологического фона урогенитального тракта, а также

некоторых иммунологических характеристик у группы пациенток с ДЗВ, у которых заболевание характеризовалось длительным, прогрессирующим течением, стойкостью к проводимой терапии и признаками вульварной эпителиальной дисплазии I–II степени.

Материал и методы исследования. Наблюдение проводилось у 15 пациенток в возрасте от 36 до 60 лет с неблагоприятным течением ДЗВ, у которых заболевание характеризовалось длительным, прогрессирующим течением, стойкостью к проводимой терапии и признаками вульварной эпителиальной дисплазии I–II степени. Группу сравнения составили пациентки с ДЗВ аналогичного возраста, у которых процесс характеризовался периодическими беспокойствами в виде зуда и чувства жжения, удовлетворительным эффектом на лечение и отсутствием гистологических признаков начинающейся дисплазии (18 пациенток). Контрольную группу составили 20 здоровых женщин аналогичного возраста. Всем пациенткам были проведены микробиологические и ПЦР – исследования отделяемого и соскобов со слизистой урогенитального тракта на присутствие бактериальных и вирусных возбудителей. Также было проведено определение цитокинов (ИЛ-2, 4, 6, 10, ФНО-α) и концентрации аутоиммунных антител класса G к двухцепочечной (dsДНК) и к одноцепочечной (ssДНК) ДНК в сыворотке крови человека с помощью набора реагентов Векто-dsДНК-IgG и Векто-ssДНК-IgG АО «Вектор-Бест» (Россия).

Результаты исследования. В результате проведенных клинико-микробиологических и иммунологических исследований нами были выявлены определенные различия в группах с благоприятным и неблагоприятным течением ДЗВ. В обеих группах выявлялось присутствие инфекций из группы наиболее распространенных ИППП «нового поколения», а также сопутствующих инфекций. Однако различия заключались в том, что в группе с неблагоприятным течением ДЗВ на 30–35 % чаще встречались такие возбудители, как Ur. urealyticum, вирус простого герпеса II типа (ВПГ II), цитомегаловирус (ЦМВ), вирус папилломы человека 16/18 (ВПЧ 16/18), ВПЧ 31/33. В то время как в группе с относительно благоприятным течением ДЗВ чаще встречались такие возбудители, как Myc. genitalium, Candida albicans, Gardnerella vaginalis, Enterobacter, Staphylococcus epidermidis. Изучение уровня цитокинов у больных с неблагоприятным течением ДЗВ показало, что у больных данной группы в сыворотке крови наблюдалось достоверное повышение концентрации ИЛ-2, ИЛ-6 и ФНО-α ($p < 0,001$) по отношению к показателям здоровых лиц и группы сравнения. Содержание ИЛ-4 имело тенденцию к снижению ($p > 0,05$), а уровень ИЛ-10 ($p < 0,001$) был статистически достоверно снижен.

Вывод. Полученные данные могут указывать на возможную пусковую роль онкогенных типов ВПЧ на ДНК эпителиоцитов, в результате которого запускается Th1 иммунный ответ и сопровождающий его каскад цитокиновых реакций, что указывает на важность диагностики и лечения ВПЧ и некоторых других возбудителей онкогенных типов при неблагоприятном течении ДЗВ.

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМУ ТЕЧЕНИЮ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ГЕНИТАЛИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, М.Л. РОССТАЛЬНАЯ, Х.Р. ХАЛИДОВА

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

Актуальность. Остроконечные кондиломы (ОК) гениталий, или аногенитальные бородавки, представляют собой одну из наиболее важных проблем современной венерологии в силу высокой распространенности, контагиозности и способности усиливать онкогенный потенциал тканей гениталий. Особо важно эта проблема стоит в случае с беременными женщинами, поскольку необходимо учитывать ряд физиологических трансформаций, особенностей и ограничений в лечении. В то же время недолеченный вирусный процесс у беременных создает основу для возможных последующих осложнений со стороны репродуктивной сферы и для организма женщины в целом.

Цель исследования. Выявление факторов, способствующих рецидивирующему течению остроконечных кондилом гениталий у беременных.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 44 беременных в возрасте от 18 до 36 лет с диагнозом «остроконечные кондиломы гениталий». Из них у 36 женщин отмечалось рецидивирующее течение ОК. Для комплексного обследования применялись микробиологические, молекулярно-генетические (ПЦР) и ИФА методы диагностики инфекций урогенитального тракта. Для лечения пациенток применялась CO2 лазерная вапоризация кондилом.

Результаты исследования. При изучении клинико-анамнестических особенностей бере-

менных выявлено, что из 36 больных 19 (52,8 %) получали в первом триместре дюфастон (дидрогестерон) для сохранения беременности, 8 (22,2 %) – антибиотикотерапию по причине ОРЗ или ВЗОМТ, у 17 (47,2 %) отмечалась анемия, у 12 (33,3 %) имел место токсикоз и связанное с ним нарушение рационального питания. Только 13 (36,1 %) пациенток отмечали наличие ОК или мелких папиллом у полового партнера, у 14 (38,9 %) имелись дополнительные экстрагенитальные очаги ВПЧ (бородавки, кератомы, невусы). Предшествующая терапия ОК была проведена всем 36 женщинам: применение Эпиген-спрея – 12 (33,3 %), диатермокоагуляция – 5 (13,9 %), панавир – 5 (13,9 %), ректальные суппозитории Виферон – 6 (16,7 %), криодеструкция – 8 (22,2 %). Лазеротерапия CO2 лазером не применялась до обращения к нам ни в одном случае. При микробиологическом, ПЦР и ИФА обследовании на присутствие инфекций урогенитального тракта наиболее часто выявляемыми возбудителями у пациенток с рецидивирующим течением ОК были такие инфекции, как Ur. urealyticum, Gardnerella vaginalis, Candida albicans, вирус простого герпеса II типа (ВПГ II), цитомегаловирус (ЦМВ), вирус папилломы человека 16/18(ВПЧ 16/18).

Вывод. При лечении ОК у беременных следует обращать внимание на такие факторы, как прием гормональной и антибиотикотерапии, наличие очагов ВПЧ у партнера и экстрагенитальных очагов ВПЧ у самих пациенток, наличие сопутствующих инфекций урогенитального тракта (уреаплазмоз, герпесвирусные и папилломавирусные инфекции), которые могут способствовать осложненному и рецидивирующему течению ОК у беременных. Такие факторы, как анемия и нарушение рационального питания, связанное с токсикозом, также способствуют снижению иммунологической реактивности, которая может усугублять физиологическую иммуносупрессию, имеющую место у беременных.

ИНТЕРЛЕЙКИН-2 В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Ташкентский межрайонный кожно-венерологический диспансер №4

Актуальность. В венерологии при серорезистентности цистокиновый статус изучен мало. Для этого нами впервые было обращено внимание на интерлейкин-2 в крови лольных с серорезистентностью при сифилисе.

Цель исследования. Изучение содержания ИЛ-2 в крови больных с серорезистентностью при сифилисе до и после специфического лечения.

Материал и методы исследований. Исследование ИЛ-2 в крови проводилось у 125 больных (мужчин – 56 %, женщин – 44 %) с серорезистентностью до и после дополнительного лечения. Серологические реакции в крови были позитивными от 2 до 10 лет, что подтверждало серорезистентность. Возраст обследованных колебался от 19 до 74 лет.

Больные по полученным дополнительным лечениям распределялись так: 1-я группа – 59 (47,2 %) больных, пролеченных инфузионным методом; 2-я группа – 35 (28 %) больных, леченных бензилпенициллином по 1 млн ЕД каждые 6 часов, всего 120 млн ЕД; 3-я группа – 31 (24,8 %) больной, получившие цефтриаксон непрямым лимфотропным методом (НЛТ), №16. Кровь до и после дополнительного лечения исследована в комплекте серореакции (РВ, МР, РИБТ, $РИФ_{200}$, $РИФ_{абс.}$).

Результаты исследований. У всех 125 больных с серорезистентностью при сифилисе показатель уровня ИЛ-2 до начала дополнительного лечения в среднем составил 18,4±0,96 пг/мл (контроль – 4,2±03 пг/мл), после лечения снизился.

В 1-й группе до дополнительного лечения уровень ИЛ-2 был завышен и составил 19,69±0,95 пг/мл, после лечения снизился до 11,2±0,62 пг/мл. Из этой группы 20 больных сняты с диспансерного учета.

У больных 2-й группы, пролеченных бензилпенциллином, ИЛ-2 до лечения составил 19,2±0,98 пг/мл. (контроль – 4,2±0,3 пг/мл), после терапии снизился до 12,1±0,74 пг/мл. В этой группе из 35 человек 9 были сняты с диспансерного учета.

3-й группе больных, пролеченых цефтриоксоном путем непрямой лимфотропной терапии, до начала лечения уровень содержания ИЛ-2 составил 16,7±0,89 пг/мл (контроль – 4,2±0,3 пг/мл), после лечения снизился до 11,4±0,54 пг/мл.

Вывод. Изучение содержания ИЛ-2 у больных с серорезистентностью при сифилисе до и после лечения показало, что иммунный статус до лечения значительно изменяется, после лечения данные изучения свидетельствуют об эффективно проведенной терапии.

ГОНОРЕЯ В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА ПЕРИОД С 1946 ГОДА ПО 2020 ГОД

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ

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

Гонорея, как древнее заболевание среди различных ИППП занимает особое место.

Заболеваемость гонореей в Узбекистане за период с 1946 г. по 2020 г. значительно колебалась.

В послевоенные годы заболеваемость гонореей начала подниматься. В 1946 г. интенсивный показатель составил 13,4, в 1947 г. – 15,0, в 1948 г. – 20,0, в 1949 г. – 24,1 на 100 тыс. населения. Рост отмечался до 1954 года. Так в 1950 г. интенсивный показатель был равен – 26,4, в 1951 г. – 30,0, в 1952 г. – 34,1, в 1953 г. – 37,2 в 1954 г. отмечен максимальный рост до 42,0 на 100 тыс. населения.

Показатель по гонореи начал снижаться в 1955 г. и составил 34,2, в 1956 г. – 27,2, в 1957 г. – 21,3, в 1958 г. – 21,2, в 1959 г. снизился до 18,2 на 100 тыс. населения. Затем отмечено зигзагообразное течение гонореи и в 1960 г. составил – 24,1, в 1961 г.– 23,1, в 1962 г. – 20,0, в 1963 г. – 22,2, в 1964 г. – 22,7, в 1965 г. – 27,5 на 100 тыс. населения.

В 1966 г. снизился до 21,2, затем в 1967 г. эта цифра увеличилась до 37,2, в 1966 г. до 40,2, в 1969 г. – 43,1, в 1970 г. – 43,2. Самый высокий показатель отмечен в 1971 г. – 44,2 на 100 тыс. населения.

Начиная с 1972 г. снижение составило 39,8, в 1973 г. – 37,2, в 1974 г. – 40,0, в 1975 г. – 40,2, в 1976 г. – 40,0, в 1977 г. – 37,5, в 1978 г. – 37,4, в 1979 г. – 38,0, в 1980 г. – 37,0 на 100 тыс. населения.

Зигзагообразное течение гонореи продолжалось и в 1981 г. составило – 37,8, в 1982 г. – 38,0, в 1983 г. – 36,1, в 1984 г. – 36,2, в 1985 г. – 28,8, в 1986 г. – 27,0, в 1987 г. – 23,2, в 1988 г. – 22,5 на 100 тыс. населения.

К 1989 г. гонорея возросла до 24,7, в 1990 г. составила 25,5, 1991 г. – 18,8, в 1992 г. – 23,8, в 1993 г. – 22,5, в 1994 г. – 25,4, в 1995 г. – 25,6, в 1996 г. – 26,3, в 1997 г. – 26,7, в 1998 г. – 27,0, в 1999 г. – 30,0 на то 100 тыс. населения.

Снижение отмечено в 2000 г. – 28,9, в 2001 г. – 29,7, в 2002 г. – 28,4, 2003 г. – 28,4, в 2004 г. – 25,0, в 2005 г. – 24,0, в 2006 г. – 23,1, в 2007 г. – 22,6, в 2008 г. – 22,0.

В последующие годы также отмечено зигзагообразное течение гонореи: в 2009 г. – 15,0, в 2010 г. – 19,0, в 2011 г. – 17,5, в 2012 г. – 16,3, в 2013 г. – 16,1, в 2014 г. – 14,1, в 2015 г. – 13,0 и в 2016 г. –13,2 на 100 тыс. населения.

За последние годы, начиная с 2017 г. интенсивный показатель составил – 13,0, в 2018 г. – 11,4, в 2019 г. – 10,9 в 2020 г. – 7,8 на 100 тыс. населения.

Вывод. Необходимо отметить, что заболеваемость гонореи, как социальная проблема, в зависимости от различных ситуаций в обществе может снижаться или повышаться.

СИФИЛИС В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА ПЕРИОД С 1946 ГОДА ПО 2020 ГОД

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ

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

В венерологии изучение эпидемиологической ситуации имеет важное значение.

Цель исследования. Изучение эпидемиологической ситуации по сифилису в Республике Узбекистан за период 1946–2020 гг.

Материал и методы исследования. Нами ретроспективно проанализирована заболеваемость сифилисом за 74 года на основании Республиканских годовых «9 SSV» отчетных форм.

Результаты исследования. За 74-летний период заболеваемость сифилисом четыре раза возрастала. С 1946 г. по 1954 г. сифилис снизился до 1,2 на 100 тыс. населения, что связано с послевоенным периодом.

Резкий рост отмечен в 1955 г. и дошел до 12,2, а в 1956 г. – 12,5 на 100 тыс. населения. Начиная с 1957 г. сифилис начал снижаться и в 1966 г. составил 2,9.

В 1967 г. заболеваемость сифилиса составила 6,1, в 1968 г. – 24,2, а в 1969 г. отмечен «пик» до 32,1. С 1970 г. сифилис снизился до 30,0, а в 1971 г. снижение отмечено до 9,1. В 1972 г. сифилис составил – 13,8, в 1973 г. – 9,1, а в 1974 г. – 6,8.

С 1975 г. по 1978 г. заболеваемость составила 5,2 до 7,5 на 100 тыс. населения. Начиная с 1979 г. сифилис дошел до 8,2, в 1980 г. – 10,2, в 1981 г. – 12,4, в 1982 г. также отмечен «пик» – 17,2 на 100 тыс. населения.

С 1983 г. заболеваемость сифилисом составила 15,0. Снижение отмечено до 1990 г. – 2,3, в 1991 и 1992 гг. – 2,4 и 2,5 на 100 тыс. населения.

Сифилис начал расти в 1993 г. – 4,8, а в 1997 г. дошел до максимума за 74 года, составив 47,3 на 100 тыс. населения. До этого в 1994 г. сифилис составил – 12,1, в 1995 г. – 25,1, в 1996 г. – 28,2.

С примененнием новых методов профилактики заболеваемость сифилиса начала снижаться и в 1998 г. составила 45,5, в 1999 г. – 37,6, в 2000 г. – 25,9, 2001 г. – 27,5, а в 2002 г. – 25,9, в 2003 г. – 21,8, в 2004 г. – 19,2 в 2005 г. – 16,2, 2006 г. – 14,2, в 2007 г. – 12,2, в 2008 г. – 10,3, в 2009 г. – 10,1, в 2010 г. – 9,0, в 2011 г. – 8,8, в 2012 г. – 6,9, в 2013 г. – 7,0, в 2014 – 7,1, в 2015 г. – 7,2, в 2016 г. – 6,9 на 100 тыс. населения.

Начиная с 2017 г. интенсивный показатель составил – 7,4, в 2018 г. – 8,6, в 2019 г. – 9,0, в 2020 г. – 6,1 на 100 тыс. населения.

Вывод. Заболеваемость сифилисом в Узбекистане за 74 годаода в зависимости от социальных ситуаций в стране колебалась. Это связано с сохранением диспансерного принципа работы.

ПЛАЦЕНТАРНЫЙ БАРЬЕР У БЕРЕМЕННЫХ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ, И.Б. НУРМАТОВА

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

Актуальность. В венерологии изучение состояния здоровья беременных женщин, страдающих сифилисом, имеет большое значение. В этом немаловажно изучение состояния плаценты у таких пациенток.

Цель исследования. Изучение состояния плаценты у беременных, страдающих сифилисом.

Материал и методы исследования. У 53 беременных, больных сифилисом, после родов изучено состояние плаценты. По диагнозу больные распределялись так: у 29 (54,7 %) выявлен скрытый ранний, у 24 (45,3 %) – вторичный рецедивный сифилис. В крови больных серологические реакции соответствовали общему течению заболевания. Возраст обследованных колебался от 18 до 39 лет.

Результаты исследования. При морфологическом изучении плаценты после родов установлено, что плацентарная поверхность была уменьшена и составила 297,7 ± 42,1 см^2 (в контроле – 331,4 ± 23,4 см^2).

Объем плаценты равнялся 680,2 ± 85,1 см^3 (в контроле – 776,9 ± 82,1 см^3).

Масса плацентарной ткани была больше – 589,1 ± 32,7 г. (в контроле 550,1 ± 35,7 г). Поверхность плаценты была дряблой и неровной.

Масса родившихся детей от больных сифилисом женщин в среднем составила 3646,4 ± 21,7 г (в контроле – 3560,7 ± 100,1 г).

Плодово-плацентарный коэффициент отмечен заниженным – 5,86 ± 0,21 (в контроле – 6,89 ± 0,48).

При гистологическом исследовании плаценты отмечался продуктивный васкулит с облитеризацией просвета сосудов, наличием аваскулизацированных терминальных ворсин, что указывало на плацентарную недостаточность у беременных женщин, страдающих сифилисом.

Вывод. У беременных женщин с сифилисом после родов плацента притерпевает серьезные морфологические и гистологические изменения.

ПОКАЗАТЕЛИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Ташкентский межрайонный кожно-венерологический диспансер №4

Актуальность. В венерологии при сифилисе, особенно при серорезистентности, изучение различных показателей имеет большое значение. Исходя из этого, нами впервые изучена эндогенная интоксикация.

Цель исследования. Изучение показателей эндогенной интоксикации у больных с серорезистентностью при сифилисе.

Материал и методы исследования. Состояние эндотоксикоза изучено у 121 больного с се-

рорезистентностью сроком от 2 до 15 лет. Из них их женщин – 52,8 %, мужчин – 47,2 %, возрасте от 19 до 64 лет. Серологические реакции в динамике соответствовали диагнозу.

Среднемолекулярные петиты (СМП), сорбционная способность эритроцитов (ССЭ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) и гематологический индекс интоксикации (ГИИ) определены по общепринятым методикам. Дополнительное лечение 1-я группа (33,9 %) больных получала бензилпенницилин каждые 6 часов (120 млн ЕД); 2-я группа (26,3 %) – цефтриаксон по 1 ЕД внутримышечно, № 16; 3-я группа (39,8 %) – цефтриаксон, 1,0, по непрямой лимфотропной терапии (НЛТ), ежедневно по одному, № 16.

Результаты исследования. До начала дополнительной терапии у больных с серорезистентностью при сифилисе показатели эндогенной интоксикации были повышен, после терапии снизились.

ССЭ до лечения была повышенна в 1,6 раза и составила –51,6±0,7 (контроль – 31,7±0,64), после лечения снизилась до 30,43±0,62.

СМП до дополнительного лечения были увеличены в 1,66 раза и составило 0,38±0,0002 (контроль 0,229±0,001), после лечения составили 0,3±0,0001, но были ниже контроля.

ЛИИ до начала дополнительного лечения был высокий –1,91±0,12 (контроль – 1,215±0,004, а после лечения снизился до 1,75±0,16, но остался выше контроля.

ГПИ до дополнительного лечения составил 1,97±0,08, после лечения снизился до 1,61±0,06 контроль – 1,239±0,04).

Вывод. У больных с серорезистентностью при сифилисе до дополнительного лечения все показатели синдрома эндогенной интоксикации были повышенными, после лечения снизились, но были выше контроля. По этим показателям можно судить об эффективности проведенной терапии.

СОСТОЯНИЕ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ СИСТЕМЫ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ, БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ, И.Б. НУРМАТОВА

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

Актуальность. В венерологии изучение различных показателей здоровья у беременных женщин с сифилисом имеет важное значение.

Цель исследования. Изучение состояния МОС печени у беременных, больных сифилисом, до и после специфического лечения.

Материал и методы исследования. МОС печени изучена у 53 беременных с сифилисом. Вторичный сифилис выявлен – у 24, ранний скрытый – у 29 больных до и после специфического лечения. Возраст больных колебался от 18 до 39 лет. Контрольную группу составили 10 здоровых беременных женщин. Данные серологических реакций крови соответствовали диагнозам. МОС печени в крови изучена по общепринятой методике.

Результаты исследования. До начала специфического лечения период полувыведения изониазида был равен в среднем 10,2±0,73 час. (контроле – 7,3±0,15), при этом у больных вторичным сифилисом – 9,9±0,45 час., скрытым ранним – 10,7±0,64 час.

Клиренс-тест препарата у беременных, больных вторичным сифилисом, до начала специфического лечения снизился до 62,9±3,8 мл/кг/час., при скрытом раннем сифилисе снижение отмечено до 54,7±3,5 мл/кг/час (контроле – 76,1±0,6 мл/кг/час).

После проведенного противосифилитического лечения период полувыведения составил 10,2±0,73 час. (контроле – 7,3±0,15), а клиренстест был равен 64,7±2,5 мл/кг/час. Различия после специфического лечения отмечены незначительно.

Вывод. Изучение состояния МОС печени у беременных женщин, больных с сифилисом, до и после специфического лечения показало, что эта система претерпевает под влиянием сифилитической инфекции серьезные изменения и под влиянием проведенного лечения изменяется в положительную сторону, и что имеет важное значение для интерпретации качества проведенного противосифилитического лечения.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ ПО ДАННЫМ ЭКГ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ, И.Б. НУРМАТОВА

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

Актуальность. В венерологии изучение изменений со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) имеет важное значение, так как при этой инфекции данная система поражается часто.

Цель исследования. Изучения состояния электрокардиографических (ЭКГ) данных у больных сифилисом до начала специфического лечения.

Материал и методы исследования. ЭКГ проведена у 60 больных сифилисом, из них первичный сифилис выявлен у 7, вторичный – у 43, скрытый – у 10 больных. Мужчин было 52 %, женщин – 48 %, возраст колебался от 20 до 50 лет. Контрольная группа состояла из 18 здоровых лиц в возрасте от 16 до 50 лет. Серологическая картина крови соответствовала общему течению. ЭКГ осуществлена на стандартном 6-канальном аппарате.

Результаты исследования. Изменения ЭКГ выявлены у 58,2 % больных, возрастали от первичного сифилиса к раннему скрытому и зависели от длительности существования сифилитической инфекции в макроорганизме. При этом по данным ЭКГ отмечены, нарушения автоматизма, возбудимости и проводимости сердца. Нарушения автоматизма сердца выявлены в 20 %, проводимости – в 17 % и функции возбудимости – в 7,2 % случаев. Признаки перегрузки предсердий выявлены у 2 % больных, гипертрофия левого желудочка наблюдалась у 12 % обследованных.

В контроле у 0,6 % больных обнаружены нарушения со стороны автоматизма сердца и гипертрофии левого желудочка.

Вывод. Выявленные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы по данным ЭКГ должны учитываться при проведении специфического лечения с целью профилактики развития грубых нарушений. Для этого лечение должно проводиться с подключением кардиопротекторов.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ, БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ

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

Актуальность. В венерологии изучение различных показателей здоровья у беременных, больных сифилисом, имеет важное значение. При этом эндогенная интоксикация, у таких больных имеет двойную значимость – сифилис, как инфекция, и беременность.

Цель исследования. Изучение состояния эндогенной интоксикации в крови у беременных, больных сифилисом, до и после специфического лечения.

Материал и методы исследования. Эндогенная интоксикация изучена у 53 беременных с сифилисом до и после специфического лечения. Вторичный сифилис выявлен у – 24, ранний скрытый – у 29 больных. Возраст больных колебался от 18 до 39 лет. Контрольную группу составили 10 здоровых беременных женщин. Серологические реакции крови соответствовали установленным диагнозам.

Результаты исследования. Средние молекулярные пептиды (СМП) до начала специфического лечения составили 0,43 ± 0,02 (при контроле – 0,23 ± 0,001), после проведенной терапии значительно снизились до 0,34 ± 0,02. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) до начала специфического лечения был равен 49,5 ± 0,08 ($p \leq 0,05$), после терапии снизился до 1,76 ± 0,09.

Гемолитический индекс интоксикации (ГИИ) до начала специфического лечения был равен 2,30 ± 0,012, после терапии, снизился в 1,5 раза (при контроле 1,24 ± 0,16).

Сорбционная способность эритроцитов (ССЭ) до начала специфического лечения была повышена по сравнению с контролем 2 раза а соста-

вила 63,9±2,6 (при контроле 31,7±0,64), после терапии – ССЭ снизилась до 51,1±2,32.

Вывод. У беременных, больных сифилисом, до специфического лечения изучение эндогенной интоксикации показало повышенное состояние показателей СМП, ЛИИ, ГИИ, ССЭ за счет сифилитической инфекции и снижение их после лечения, что свидетельствует об эффективности терапии.

γ–ИНТЕРФЕРОН В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Ташкентский межрайонный кожно-венерологический диспансер № 4

Актуальность. В венерологии цитокиновый статус у больных с серорезистентностью при сифилисе малоизучен. Исследования комплекса цитокинов помогает лучше понять звенья патогенеза, улучшить лабораторную диагностику и оптимизировать лечение больных.

Цель исследования. Изучение содержания γ-интерферона (γ-IFN), в крови больных с серорезистентностью при сифилисе до и после специфического лечения.

Материал и методы исследования. Исследование γ-IFN в крови проводилось у 125 больных с серорезистентностью при сифилисе (56 % – мужчин, 44 % – женщин). Исследование проведено до и после дополнительного специфического лечения. Серорезистентность у больных имела продолжительность от 2 до 10 лет. Возраст обследованных колебался от 19 до 74 лет. Серологические реакции имели позитивность различной интенсивности и соответствовали диагнозам.

В зависимости от дополнительного лечения больные были разделены на три группы: 1-я группа из 59 (47,2 %) больных получала лечение инфузионно – 10 млн ед пенициллина в день, всего 100 млн ед); 2-я группа из 35 (28 %) больных пролечена дополнительно бензилпенициллином – по 1 млн ед каждые 6 часов, всего 120 млн ед; 3-я группа из 31 (24,8 %) больного получили лечение непрямым лимфотропным методом (НЛТ) цефтраксоном – по 1,0 в течение 14 дней.

Уровень γ-IFN определялся на трехфазном иммуноферментном анализе, при этом использована тест-система ООО «Вектор-Бест» (Новосибирск).

Результаты исследования. В 1-й группе больных уровень γ-IFN до начала лечения составлял 20,9±0,86 пг/мл, превышая контрольные показатели в 6–7 раз (контроль 3,1±0,10), после дополнительного лечения снизился до 12,2±0,68 пг/мл.

В 2-й группе больных до лечения уровень γ-IFN составлял 21,2±0,90 пг/мл, после дополнительного лечения снизился до 12,2±0,64 пг/мл (контроль 3,1±0,10 пг/мл).

В 3-й группе показатель γ-IFN до дополнительного лечения составлял 22,0±0,92 пг/мл, после лечения снизился до 14,5±0,62 пг/мл (контроль – 3,1±0,10 пг/мл).

Однако полученные данные после окончания лечения оставались завышенными по сравнению с группой контроля.

Вывод. Уровень цитокинового статуса (γ-IFN) больных с серорезистентностью при сифилисе до специфического лечения был очень высоким, после лечения значительно снизились, но превысил контрольные данные.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ, БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ, И.Б. НУРМАТОВА

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

Актуальность. В венерологии изучение ИППП у беременных, больных сифилисом, имеет важное значение, так как эти инфекции усугубляют течение сифилиса. Помимо того, урогенитальные инфекции требует особого внимания, так как могут способствовать развитию различных репродуктивных осложнений.

Цель исследования. Изучить у беременных, страдающих сифилисом, сочетания с урогенитальными инфекциями (УГИ).

Материал и методы исследования. У 53 беременных, больных сифилисом (у 24 выявлен, у 29 – ранний скрытый сифилис), в возрасте от 19 до 38 лет, кроме серологических исследований крови, произведены бактериологические и бактериоскопические исследования из вагины.

Результаты исследования. Серологическая картина (РВ, МР, $РИФ_{200}$, $РИФ_{абс}$, РИБТ) у беременных, с вторичным сифилисом была более выражена, чем у больных со скрытым ранним сифилисом в специфических реакциях – $РИФ_{200}$, $РИФ_{абс}$, РИБТ.

Поражения сифилисом в сочетании со стафилококками выявлены у 25, кандидами – у 23, трихомонадами – у 8, уреаплазмами – у 15, гонококками – у 8, хламидиями – у 4 обследованных.

Сочетание сифилиса с одной УГИ отмечено в 28,3 %, с двумями –в 39,6 %, с тремя – в 22,6 %, по четыре УГИ выявлены у 3,8 %, по 5 УГИ – у 5,7 % беременных.

Вывод. Беременных, больных сифилисом, необходимо тщательно обследовать на предмет обнаружения УГИ. При этом сначала необходимо пролечивать УГИ для предупреждения осложнений, чтобы улучшить репродуктивное здоровье женщин.

IMPROVEMENT OF THERAPY FOR ZOOANTHROPONOSIS TRICHOPHYTOSIS

O.S. IMAMOV, I.N. ABDUVAKHITOVA, G.Sh. TOXTAYEV

Tashkent regional department of dermatology and venerology, Tashkent, Uzbekistan

Relevance. In Uzbekistan, trichophytia dominates the structure of mycoses of the scalp and smooth skin and is an urgent medical and social problem. There is an uneven ratio of morbidity rates in different regions of the republic, which depends on the regional conditions of the natural environment, the climate of the arid zone, and is also aggravated by the influence of environmental factors of a man-made nature. In Uzbekistan, trichophytia is more common, caused by zoophilic fungi, the role of which increases during periods of epidemiological outbreaks of mycoses. Zoophilic trichophytia, caused by pathogenic fungi of the genus Trichophyton, is one of the mycotic diseases of the skin and appendages, common mainly in rural areas and affecting both children and adults. In the etiological structure of zooanthroponous trichophytia, there are two pathogens-Trichophyton verrucosum, Trichophyton mentagrofites, var.gypseum, having different natural reservoirs, which determines the features of the epidemiology of trichophytia. When infected with T. verrucosum, the source of infection is most often cattle, when infected with T. verrucosum. mentagrophytes – mouse-like rodents. Seasonality is expressed, but there are differences related to the peculiarities of agricultural activities.

Purpose of the study. Study of the features of the concomitant microflora in the foci of infiltrative-suppurative trichophytia complex treatment of complicated forms of zooanthroponous trichophytia.

Material and research methods. Microbiological studies on concomitant microflora were carried out in the bacteriological laboratory of the Tashkent regional dispensary. For the qualitative and quantitative analysis of the skin microflora, the methods of flushing according to Willamsonet Kligman were used using sterile cotton swabs soaked in nutritious broth. Highly selective culture media were used for sowing: blood agar, yolk – salt agar, Saburo, Endo, etc. Washes were made from 1 cm^2 of the skin surface.

Research results. The age structure was dominated by children of preschool and primary school age 46 (47,92 %), teenagers were 23 (23,96 %), adults – 27 (28,13 %). Microscopic examination of the hair from the lesion foci revealed Tr. Ectotrix in all cases. The growth of fungi in bacteriological culture was obtained in 46 (47,92 %) patients with this form, of which Tr. verrucosum (syn. Tr. faviforme) was determined in 32 patients, and Tr. Mentagrophytes var. gypseum – in 14 patients. There were 92 rural residents. Sources of infection were identified in 76 (30,4 %); the infection occurred from cattle kept in a private farmstead, as well as due to domestic contact with sick family members, acquaintances. In 5 (5,2 % %) patients with localization of the lesion in the pubic region, infection occurred during sexual contact with partners. The majority of patients – 29 (30,2 %), were involved in treatment in the first 7–14 days after the detection of signs of the disease in the period from 15 to 30 days – 41 (42,7 %), after 1–2 months – 8 (8,3 %), over 2 months – 8 (8,3 %).

Conclusion. The infiltrative-suppurative form of zooanthroponous trichophytia is often complicated by intoxication, lymphadenitis, a violation of the general condition of patients and has a progressive course against the background of traditional therapy with systemic and topical antimycotic drugs. In most cases, patients have secondary infection of the foci due to the activation of the skin microflora, increased colonization by staphylococci and opportunistic microorganisms of the intestinal group. The use of the combined antibacterial drug mupiroban in combination with systemic and topical fungicidal therapy contributes to a more successful dynamics of the inflammatory process and is not inferior in effectiveness to standard treatment methods.

TERI LEYSHMANIOZINI DAVOLASHDA MAHALLIY IMMUNOMODULATOR – GOZALIDON PREPARATINING KLINIK SAMARADORLIGI

F.F. UMUROV, G.A. ISMOILOVA, Z.M. ABIDOVA

Toshkent tibbiyot akademiyasi;
Buxoro viloyati teri-taxosil kasalliklari dispanseri

Muammoning dolzarbligi. Teri leyshmaniozi – issiq va iliq iqlimi bo'lgan mamlakatlarda keng tarqalgan endemik va transmissiv kasallik bo'lib, asosan teri zararlnishi bilan kechadi. Teri leyshmaniozi mahalliy, surunkali retsidivlanuvchi, tarqoq va o'tkir shakllarda namoyon bo'lishi mumkin. Mahalliy shaklida chivin chaqqan joyda paydo bo'ladigan papulalar yoki tugunlar bilan namoyon bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan ular binafsharangli chegaralari aniq, og'riqsiz yaralarga aylanadi. Yaralar chandiqlar paydo qilib bitadi, bu esa bemor uchun jiddiy psixologik muammolarga olib kelishi mumkin. Kasallikni tashxislash uchun quyidagilar qo'llaniladi: dermatoskopiya, yaradan olingan qirindi mikroskopiyasi, ozuqa muhitida ekish, PZR, serologik diagnostika.

Ma'lumki, kasallik rivojlanishining patogenezida organizmning immunitet tizimi muhim o'rin egallaydi. Kasallik rivojlanishida qo'zg'atuvchilar miqdori, leyshmaniya shtammlari va inson tanasining immunitetiga bog'liq. Ma'lumki, Th1 ning infeksiyaga IL-2 va IFN-*y* ishlab chiqarilishi bilan kechadigan tez javob reksiyasida infeksiya zararsizlantirilishiga olib keladi, Th1 zaif bo'lsa yoki IL-4 va IL-10 ishlab chiqarilishi bilan kechadigan Th2 javobida esa infeksiya rivojlanishda davom etadi. Teri leyshmaniozini davolash juda qiyin jarayondir. Amaldagi davolash usullarining hech biri 100 % natija bermaydi. U yoki bu davolash usullarining samaradorligi haqidagi ma'lumotlar bir-biriga qarama-qarshi munozarali. Hozirgi kunda dermatologiyaning muhim muammolaridan biri teri leyshmaniozining past toksik ta'sirli va samarali davolash usullarini izlashdan iborat.

Kuzatuv natijalari. Kuzatuvimizda 2018-yilda Buxoro viloyati teri-tanosil kasalliklari dispanserida davolangan 79 nafar teri leyshmaniozi bilan kasallangan bemorlar bo'lgan. Ulardan 46 nafari erkak va 33 nafari ayol tashkil etadi. Bemorlarning asosiy qismi (85 %) 1 yoshdan 51 yoshgacha bo'lganlar bo'lib, kasallikning davomiyligi 1 haftadan 1 yilgacha. Bemorlarning aksariyati Qorako'l (18), Romitan (15), Jondor (7) va Olot (7) tumanlaridan bo'lganlardir. Klinik shakliga ko'ra 2 ta shahar va 77 ta qishloq tipi uchragan. Teri leyshmaniozi bilan og'rigan 77 nafar bemorda immunitet tizimining CD+3, CD+4, CD+8, CD19+, ЦИК, zardob immunoglobulinlari A, M, G kabi ko'rsatkichlarini o'rganib chiqdik. Aniqlanishicha, zoonoz teri leyshmaniozi bilan og'rigan bemorlarda (bemorlarning umumiy namunasi) CD19+ limfotsitlar miqdori nazorat guruhi ko'rsatkichlariga nisbatan sezilarli darajada oshgan ($p<0,001$). Zoonoz teri leyshmaniozi bilan og'rigan bemorlarda umumiy CD3+ limfotsitlar miqdori sezilarli darajada kamayganligi aniqlandi ($p<0,001$). T-limfotsitlar subpopulatsiyasining holatiga kelsak, CD4+ hujayralari darajasining nazorat guruhi ma'lumotlari bilan taqqoslanganda ($p<0,001$) va aksincha, T-supressorlar hujayralarining ko'payganligi aniqlandi ($p<0,05$). Aniqlangan o'zgarishlar, o'z navbatida, zoonoz teri leyshmaniozi bilan og'rigan bemorlarda nazoratdagi guruhga nisbati $2,03\pm0,03$ ga $1,47\pm0,01$ bo'lgan immunoregulatsion indeksning (IRI) pasayishiga olib keldi. Bu zoonoz teri leyshmaniozi bilan kasallangan bemorlarning immunitet tizimining sezilarli darajada pasayganligidan dalolat beradi. Immunitetning gumoral boshqaruv tizimi qiymatlari ham har xil bo'lgan va IgA ning ko'payishi ($p<0,005$), IgG ning ko'rsatkichlari sezilarli o'sishi ($p<0,001$) bilan ifodalangan. IgM indeksiga kelsak, ZTL bilan og'rigan bemorlarda va nazorat guruhidagi qiymatlardagi farqlar shubhali edi ($P>0,05$). Olingan natijalar zoonoz teri leyshmaniozi bilan og'rigan bemorlarning umumiy guruhida immunitetning hujayra va gumoral bo'g'inlari ko'rsatkichlarining jiddiy buzilganligini ko'rsatadi. Bemorlarning ko'pchiligida (32 bemor) 42 nafar bemorda a-IFN darajasini o'rganayotganda, bu sitokinning tarkibi o'rtacha ko'rsatkichlardan oshmadi va faqat 10 nafar bemorda a-IFN darajasi 8 martaga ko'tarildi. Bemorlarning ko'pchiligida (39 bemor) γ-IFN darajasi tekshiriganda, bu sitokinning tarkibi aniqlanmagan va faqat 3 nafar bemorda γ-IFN darajasi 2,2 barobar oshgan. Keyinchalik, IL-2 va IL-4 kabi ko›rsatkichlar o›rganildi. Tadqiqotlar shuni ko›rsatdiki, bu sitokinlar sezilarli darajada ko›paygan. IL-2 darajasi 2 dan 46 gacha bo›lgan diapazonda o'rtacha $13,7\pm1,03$ pg/ml ni, nazoratdagi qiymatlari $1,7\pm0,68$ pg/ml ni tashkil qildi. Bundan tashqari, 0 dan 18 gacha bo›lgan diapazonda 22 bemorda o›sish yaqqolroq bo›lgan ($20,01\pm1,02$ pg/ml), va 20 nafar bemorda u 2 barobar darajadan oshmagan ($6,7\pm0,57$ pg/ml). IL-4 darajasi o›rtacha $9,64\pm0,68$ pg/ml ni, nazoratdagi qiymatlari $1,7\pm0,68$ pg/ml ni tashkil qildi. ($12,6\pm0,28$ pg/ml) va 11 – bemor nazoratdagi qiymat darajasidan oshmagan ($1,27\pm0,33$ pg/ml). O'rganilgan bemorlar guruhida aniqlangan FNO-*a* tarkibini o'rganish uning tebranishlari keng diapazonda – 0 dan 143 gacha. Bu bemorlarning 2 guruhini tashkil qilish imkonini berdi – o'rtacha qiymatdan yuqori (16 bemorlar) va shunga mos ravishda o'rtacha ko'rsatkichdan past (26 bemor).

Davolash teri leyshmaniozi bilan kasallangan 68 nafar bemorda o'tkazildi. Qabul qilingan terapiya usuliga qarab bemorlar 2 guruhga bo'lingan. Guruhlar yoshi, klinik shakllari, kasallik davomiyligi bo'yicha kuzatilgan, bu esa obyektiv va ishonchli natijalarni olish imkonini berdi.

1-guruh (35 nafar bemor, nazorat guruhi) – antibiotiklar (kanamitsin, seftriakson, doksatsiklin, furazolidon) mushak ichiga infeksiya shaklida yoki og'iz orqali 7–10 kun davomida tegishli dozalarda qabul qildi.

2-guruh (33 nafar bemor) – asosiy terapiya fonida limfotrop kanamitsin, ferment preparatlaridan lidaza va gozalidon 0,1 nafar 2 ta tabletkadan 3 mahal qabul qildi. 3 kunlik siklda va 3 kunlik tanaffus bilan 3 marta. Davolash kursi 21 kunni tashkil qildi.

An'anaviy terapiya vitaminlarni o'z ichiga oladi (neyroton 2,0, i/m N10, nikotin kislotasi 1 % 1,0, i/m N10, askorbin kislotasi 2 % 2,0, i/m N10, ayevit 1 ta tabletkadan kuniga 3 marta). Sirtga dezinfeksiyalovchi vositalar va epitelizatsiyani tezlashtiruvchi vositalar ishlatilgan: 5 % dermatol malhami, levamikol malhami, 20 % li ixtiol malhami, anilinli bo'yoqlar, uch xil ta'sirli malhamlar (Sanakut, Kandiderm, Kandid B). Tashqi terapiyada dezinfeksiyalovchi va yallig'lanishga qarshi malhamlar ishlatilgan.

Terapiya samaradorligining mezonlari quyidagilardan iborat edi: infiltratsiyaning so'rilish davri, leyshmaniomaning nekrotik massalardan toza bolishi, o'choqlardan qo'zg'atuvchining eliminatsiyasi va limfadenitning to'liq tuzalishi. Natijalar shuni ko'rsatdiki, leyshmaniozning klinik regressiyasi boshlanish vaqti, murakkab etiopatogenetik terapiya, ya'ni kanamitsinni limfotrop yuborish, ferment preparatlardan lidaza, interferon induktori va immunomodulator bo'lgan gozalidon buyurilganda tezroq boshlandi (<0,001).

Davolash dinamikasidagi nazorat tahlilida Borovskiy tanachasi teri leyshmaniozi yaralari bo'lgan 2-guruhning 85,5 % ida topilmadi, nazorat guruhidagi bemorlarda esa bu ko'rsatkich 80,7 % ni tashkil etdi.

Xulosa. Shunday qilib, teri leyshmaniozining kompleks terapiyasida gozalidonni antibiotiklar va ferment preparatlarini endolimfatik yo'l bilan yuborish bilan, ayniqsa, teri leyshmaniozining murakkab shakllarida, terapevtik samaradorlikni oshirishga, yaralarning 6–7 kun oldin tuzalishiga, yallig'lanish infiltratlarining tez so'rilishiga, shuningdek, leyshmaniyalarni yaralardan erta yo'q qilishga yordam beradi.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАХОВОЙ ЭПИДЕРМОФИТИЕЙ

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

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу али ибн Сино», г. Душанбе

Актуальность. Паховая эпидермофития является распространенным микозом. В отечественной дерматологии epidermophytia inguinalis, или eczema marginatum, выделена в отдельное заболевание, причиной которого является инфицирование паразитарным грибом Epidermophyton floccosum. Поражение паховых и других складок тела могут вызывать другие патогенные грибы, такие как Trichophyton rubrum, Trichophyton tonsurans и Trichophyton mentagrophytes. Далеко не все противогрибковые средства обладают широким спектром антимикотической активности и воздействуют на сопутствующие осложнения грибковой инфекции.

Цель исследования. Изучение эффективности препарата «Прикладер» в терапии паховой эпидермофитии.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 28 пациентов с паховой дерматофитией, мужчин – 19 (68 %), женщин – 9 (32 %). Возбудителями дерматофитии в 16 случаях был Epidermophyton floccosum (57,1 %), в 10 случаях – Trichophyton rubrum (35,7 %), в 2 – Trichophyton mentagrophytes (7,2 %). У 18 человек (64,3 %) высыпания в паховой области были типичны и представляли собой симметрично расположенные розово-красные пятна до 10–15 см в диаметре, резко ограниченные от здоровой кожи, кольцевидной и гирляндообразной формы с периферическим сливным отечным валиком. В очагах поражения определялись папуло-везикулезные элементы, чешуйки, корки, местами отмечались зоны с видимо здоровой кожей. У 5 пациентов (17,9 %) имелись островоспалительные явления с яркой гиперемией и инфильтрацией, фолликулярно-узелковые элементы со вторичным инфицированием бактериальной флорой, пустулами и гнойными корками. В 5 случаях (17,9 %) у больных, страдающих атопическим дерматитом, кроме характерных высыпаний, в очагах развилась лихенификация. Для лечения пациентов с типичными проявлениями паховой дерматофитии применялись местные противогрибковые средства. При осложнённых вариантах в качестве топической терапии применялся крем «Прикладер» (комбинированный препарат, состоящий из офлоксацина, орнидазола, тербинафина гидрохлорида и клобетазола пропионата) утром и вечером. Крем оказывает противовоспалительное, противоаллергическое, противогрибковое и антибактериальное действие.

Результаты исследования. За 3–5 дней уменьшались островоспалительные явления, терапия проводилась в течение 2 недель. При обширных очагах поражения и при наличии дерматомикидов к местной терапии добавлялся системный препарат широкого спектра действия «Итраспор» по 100 мг в день в течение 14 дней, или по 200 мг в день в течение 7 дней.

Вывод. Этиологически паховую дерматофитию вызывают не только Epidermophyton floccosum, но и другие возбудители (42,9 %). В последнее время нередки случаи нетипичного течения данного микоза. При осложненных формах эпидермофитии и генерализации процесса рекомендуется применение крема «Прекладер» в сочетании с системными антимикотиками.

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЕПРЫ

Э.Н. БИЛАЛОВ, Э.Х. ЭШБОЕВ, Я.М. САЛИЕВ

Ташкентская медицинская академия;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Региональный филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра микрохирургии глаза в Республике Каракалпакстан, г. Нукус

Актуальность. Лепра представляет собой хроническую гранулематозную инфекцию, вызываемую палочкой Mycobacterium leprae, которая в первую очередь поражает кожу, периферические нервы, верхние дыхательные пути, слизистую носа, глаза, ступни, руки.

Цель исследования. Изучение состояния органа зрения и его придатков у больных лепрой, находящихся на диспансерном наблюдении и получавших комбинированное лекарственное лечение в лепрозории Республики Каракалпакстан.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 90 пациентов из них у 66 были обнаружены изменения со стороны органа зрения и его вспомогательных органов. Возраст больных колебался от 35 до 80 лет, в среднем 57,5 лет. Мужчин было 49 (74,2 %), женщин – 17 (25,8 %). Продолжительность комбинированного лечения составила от 6 до 18 месяцев. Всем больным проводили наружный осмотр глаза и его придатков визиометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию.

Результаты исследования. Анализ исследования показал, что наиболее частыми поражениями были мадароз – у 45 (68,2 %) и лагофтальм – у 19 (28,7 %) больных. Осложнения со стороны роговицы наблюдались у 23 (34,8 %) больных, конъюнктивит установлен у 9 (13,6 %), трихиаз – у 7 (10,6 %) и эктропион – у 6 (9,1 %) больных, 8 (12,1 %) пациентов были слепыми (Vis≤0,05) у 11 (16,6 %) пациентов была диагностирована катаракта.

Вывод. У больных лепрой часто наблюдаются глазные осложнения, угрожающие зрению. Следовательно, они нуждаются в регулярном офтальмологическом скрининге. При обнаружении осложнений со стороны органа зрения и его придатков необходимо оказывать специализированную помощь для реабилитации и предотвращения грозных осложнений.

НОВЫЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ

А.С. ГИЛЬДИЕВА, А.А. КОВАЛЕНКО, Б.С. ИНОЯТОВ

Межрайонный Кожно-венерологический диспансер №3;
частная клиника «Perfect hear», г. Ташкент

Учитывая сложность терапии онихомикоза, возникает потребность в новых дополнительных методах его лечения. Среди таких методик важное место занимает аппаратный медицинский педикюр. Он проводится с использованием подологического аппарата. Данный метод может применяться как монотерапия, а также в комплексе с медикаментозным лечением. В настоящее время в мировой практике широко используются наружные и системные антимикотические препараты. Одним из наружных средств является раствор «Клотринем флюид». Благодаря входящим в его состав клотримазолу, разрушающему клеточные мембраны грибка и нарушая процесс его размножения, салициловой кислоте, обладающей кератолитическими и кератопластическими свойствами, токоферолу и экстракту мелии индийской, которые стимулируют рост ногтя, это средство применяется для ухода за ногтями, пораженными грибковым процессом.

Раствор «Клотринем флюид» наносится по 1 капле 2 раза в день на обработанный фрезой ноготь и тщательно втирается. В комплексе с механической обработкой данное средство в 1,5 раза укорачивает время лечения онихомикоза.

Таким образом, раствор «Клотринем флюид» совместно с аппаратным медицинским педикюром представляется обоснованным средством выбора терапии онихомикоза.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП

Н.Д. ИКРАМОВА, И.Р. РАХИМОВ

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

Одним из важных задач на сегодняшний день является изучение современных клинико-эпидемиологических особенностей микоза стоп, что позволит улучшить диагностику дерматомикозов, назначать рациональную терапию с учетом особенностей возбудителя и сократить сроки лечения.

Материал и методы исследования. Обследование проводили у 145 больных микозом стоп в возрасте от 14 до 89 лет, находившихс в клинике РСНПМЦ ДиВ МЗ РУз. Мужчин было 107 (73,8 %), женщин – 38 (26,2 %), городских жителей – 91 (62,8 %), сельских – 54 (37,2 %).

Результаты исследования. Больных в возрасте до 18 лет было 3 (2,1 %), 18–30 лет – 19 (13,1 %), 31–50 лет – 79 (54,5 %), старше 50 лет – 44 (30,3 %). Подавляющее большинство больных (67,6 %) были в возрасте от 18 до 50 лет, преобладали городские жители (62,8 %). Давность заболевания в среднем составила от 7 дней до 34 лет, в том числе до года – у 21 (14,5 %), от года до 5 лет – у 46 (31,7 %), от 6 до 10 лет – у 20 (13,8 %) и свыше 10 лет – у 58 (40,0 %) больных.

По клиническим формам микоза стоп сквамозная форма была диагностирована у 74 (51,0 %), интертригинозная – у 48 (33,1 %) и дисгидротическая – у 23 (15,9 %) больных. Среди больных со сквамозной формой у 36 (24,8 %) был выявлен генерализованный рубромикоз, у 16,5 % отмечалось присоединение вторичной инфекции, Следует отметить, что у 70 (49,0 %) больных микоз стоп сочетался с онихомикозом ногтей стоп или рук.

Из факторов, провоцирующих начало заболевания, 60 (41,4 %) больных указали на ношение чужой обуви, 6 (4,1 %) – посещение сауны и один (0,7 %) – на работу в сауне. Остальные 78 (53,8 %) больных указать причину возникновения болезни не смогли.

При изучении анамнестических данных больных выявлено, что 13 (9,0 %) страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями, 12 (8,3 %) – неврологическими заболеваниями, 7 (4,8 %) – заболеваниями эндокринной системы (сахарный диабет, зоб различной степени тяжести), 7 (4,8 %) – имели заболевания почек и мочеполовой системы, 39 (26,9 %) – болезнями печени и желчного пузыря, 8 (5,5 %) – заболеваниями желудочно-кишечного тракта, 17 (11,7 %) имели железодефицитную анемию и 9 (6,2 %) перенесли острые респираторные вирусные инфекции.

Сопутствующая кожная патология выявлена у 24 (16,5 %) больных: у 3 (2,1 %) больных обнаружен псориаз, у 5 (3,4 %) – разноцветный лишай, у 14 (9,6 %) – экзема, по одному (0,7 %) случаю выявлены витилиго, полиморфный фотодерматоз и алопеция.

Всем 145 больным были проведены микроскопические и культуральные исследования. При микроскопическом исследовании чешуек с очагов поражения и частичек ногтей грибы были обнаружены у всех больных.

При посеве патологического материала на твердую питательную среду Сабуро при положительных результатах микроскопического исследования выделены культуры грибов в 74 (51,0 %) из 145 случаев. Рост дерматофитов наблюдался во всех случаях, основным возбудителем были Tr. rubrum.

Вывод. Результаты исследования свидетельствуют, что у больных в большинстве случаев микоз стоп протекает в виде сквамозной формы (51,0 %), преимущественное превалирование дерматофитной флоры имеет возбудитель Tr. rubrum, основным контингентом больных являются лица мужского пола (73,8 %).

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Н.Д. ИКРАМОВА, И.Р. РАХИМОВ, З.М. АБИДОВА

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

Актуальность. Известно, что у большинства больных микозами стоп значительно ослаблены неспецифические факторы естественной защиты: барьерная функция эпителия, выработка медиаторов воспаления (цитокинов), функциональная активность клеток крови, системы комплемента и др. Наряду с дефицитом факторов естественной защиты отмечается также выраженная недостаточность клеточных и гуморальных факторов иммунитета. Как известно, изменения в иммунной и цитокиновой системе зависят не только от клинической формы, но и от давности течения заболевания.

Цель исследования. Изучение зависимости напряженности иммунной и цитокиновой систем от длительности существования патологического процесса.

Материал и методы исследования. Больные в зависимости от давности дерматоза были разделены на 4 группы. 1-я группа состояла из 16 больных с давностью заболевания до одного года; 2-я группа – 30 больных с давностью болезни от года до 5 лет; 3-я группа – 14 больных с давностью патологического процесса от 6 до 10 лет; 4-я группа – 32 больных с давностью заболевания более 10 лет.

Результаты исследования. Во всех группах наблюдалось достоверное снижение относительного количества CD3-клеток ($p<0,001$). При этом абсолютное содержание CD3-клеток у больных 1-й и 2-й групп по сравнению с данными здоровых лиц особо не изменялось, у больных 3-й и 4-й групп этот показатель был достоверно ниже, чем в контроле ($p<0,02$ и $p<0,01$ соответственно).

При изучении уровня CD4- и CD8-клеток во всех обследованных группах отмечается достоверное снижение относительного количества CD4-клеток ($p<0,001$), а уровень CD8-клеток оставался на уровне контрольных значений ($p>0,05$).

При исследовании абсолютного числа CD4-клеток и CD8-клеток выявлено, что у больных 1-й и 2-й групп количества CD4-клеток было склонно к снижению, у больных 3-й и 4-й групп этот показатель был достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p<0,02$ и $p<0,01$ соответственно), при этом абсолютное содержание CD8-клеток во всех обследованных группах по сравнению с данными здоровых лиц особо не изменялось ($p>0,05$). ИРИ во всех группах был достоверно снижен ($p<0,001$).

Содержание CD16-клеток во всех обследованных группах было достоверно повышено по сравнению с контрольной группой ($p<0,01$ и $p<0,001$ соответственно).

Анализ состояния гуморального звена иммунитета показал достоверное повышение как относительного, так и абсолютного содержания CD20-клеток ($p<0,001$), а также снижение концентрации IgA, IgM и IgG ($p<0,001$).

Наиболее выраженные изменения были выявлены при исследовании в сыворотке крови концентрации ЦИК: во всех группах отмечалась 1,9–2-кратное увеличение по сравнению с группой контроля ($p<0,001$).

Поглотительная способность нейтрофилов фагоцитарных частиц и фагоцитарный индекс были достоверно снижены во всех группах больных по сравнению с группой контроля ($p<0,01$ и $p<0,001$ соответственно).

При изучении цитокинового статуса в зависимости от давности заболевания было выявлено, что у больных во всех группах при поступлении в сыворотке крови концентрация цитокина ИЛ-4 ($1,71\pm0,18$ пг/мл, $1,58\pm0,08$ пг/мл, $1,46\pm0,17$ пг/мл и $1,44\pm0,11$ пг/мл соответственно) и ИНФ-γ ($18,50\pm0,60$ пг/мл, $17,37\pm0,64$ пг/мл, $16,86\pm1,02$ пг/мл и $15,19\pm0,58$ пг/мл соответственно) была снижена, а содержание ИЛ-2 ($14,50\pm0,28$ пг/мл, $15,22\pm0,23$ пг/мл, $16,31\pm0,23$ пг/мл и $17,53\pm0,27$ пг/мл соответственно) и ФНО-α ($29,64\pm2,11$ пг/мл, $30,48\pm1,92$ пг/мл, $26,41\pm2,72$ пг/мл и $39,68\pm2,24$ пг/мл соответственно) статистически достоверно увеличено по сравнению с данными группы контроля ($2,12\pm0,07$ пг/мл, $21,67\pm0,69$ пг/мл, $11,52\pm0,42$ пг/мл и $14,74\pm0,49$ пг/мл соответственно, $p<0,01$). Однако выявленные изменения были зависимы от давности существования патологического процесса; наименьшее нарушение цитокинового статуса выявлено у больных с давностью заболевания до года, а наибольшее – с давностью заболевания свыше 10 лет.

Вывод. Вышеизложенное свидетельствует, что при микозе стоп выявляются нарушения в работе иммунной системы, выражающиеся дефицитом клеточного и активацией гуморального звеньев иммунной системы, а также сни-

жением функции неспецифической защиты организма. Заболевание протекает на фоне нарушения цитокинового статуса – повышения уровня цитокинов ИЛ-2, ФНО-α и снижения содержания ИЛ-4, ИНФ-γ. Выявленные изменения состояния иммунитета, а также цитокинового статуса напрямую зависят от давности патологического процесса.

В этой связи для восстановления выявленных нарушений в иммунной и цитокиновой системах у больных микозом стоп целесообразно проводить соответствующую иммуннокорекцию.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ТРИХОФИТИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

Ш.И. ҚУРБОНОВ, Ш.Қ. АХМЕДОВ

Самарқанд тери ва таносил касалликлари диспансери

Ишнинг мақсади: Самарқанд вилояти аҳолиси орасида тери трихофитияси касалланишининг тарқалиши ва унинг клиник тавсифига баҳо бериш.

Материаллар ва услублар: 2016–2020 йилларда СамВТТКД да трихофития ташхиси билан даволанган 418 та беморнинг касаллик тарихига ретроспектив таҳлил ҳамда Республика Санитария-эпидемиология осойишталик агентлигининг расмий ҳисобот маълумотларидан статистик маълумотларирини тиббий – илмий-тадқиқот ишларини олиб боришдан иборат.

Натижалар ва муҳокамалар. Самарқанд вилояти бўйича 2016 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда вилоят тери-таносил касалликлари диспансерида 418 та трихофития ташхиси тасдиқланган беморлар рўйхатга олинган. Беморларнинг ёши 3 ёшдан 82 ёшгача бўлиб, уларнинг ўртача ёши 26 ёш бўлган. Самарқанд шаҳрининг ўзида эса 2016–2020 йилларда 89 та трихофития ташхиси тасдиқланган беморлар рўйхатга олинган бўлиб, шундан 62 нафари беморлардан, мос равишда 27 нафари йирик шохли қорамоллардан касалликни юқтирган. Шулардан 41 нафари эркак ва 48 нафари аёл, шу жумладан 8 нафари бола. Беморларнинг ўртача ёши 36 ёш эди. Яшаш шароитига кўра, беморлар бўлиниши қуйидагича эди: 21 нафар беморнинг моддий турмуш шароитларини қониқарли, 44 нафар беморнинг моддий турмуш шароити ўртача қониқарли ва 25 нафар беморнинг моддий ҳаёт шароити оғир. Теридаги патологик жараён майдони ўртача 5–10 см^2 ни ташкил этди, ўчоқлар сони 1 дан 3 тагача, жараённинг давомийлиги ўртача 1–2 ҳафтага тўғри келди.

Каттақўрғон шаҳрида 2016–2020 йилларда 38 та трихофития ташхиси тасдиқланган беморлар рўйхатга олинган бўлиб, шундан 29 нафари беморлардан, мос равишда 9 нафари йирик шохли қорамоллардан касалликни юқтирган. 16 нафари эркак ва 22 нафари аёл, шу жумладан 5 нафари бола. Беморларнинг ўртача ёши 29 ёш эди. Яшаш шароитига кўра, беморлар бўлиниши қуйидагича эди: 16 нафар беморнинг моддий турмуш шароити қониқарли, 10 нафар беморнинг моддий турмуш шароити ўртача қониқарли ва 3 нафар беморнинг моддий ҳаёт шароити оғир. Теридаги патологик жараён майдони ўртача 3–7 см^2 ни ташкил этди, ўчоқлар сони 1 дан 3 тагача, жараённинг давомийлиги ўртача 1–3 хафтага тўғри келди.

Булунғур туманида 2016–2020 йилларда 151 та трихофития ташхиси тасдиқланган беморлар рўйхатга олинган бўлиб, шундан 36 нафари беморлардан, мос равишда 115 нафари йирик шохли қорамоллардан касалликни юқтирган. 37 нафари эркак ва 112 нафари аёл, шу жумладан 41 нафари бола. Беморларнинг ўртача ёши 21 ёш эди. Яшаш шароитига кўра, беморлар бўлиниши қуйидагича эди: 11 нафар беморнинг моддий турмуш шароити қониқарли, 44 нафар беморнинг моддий турмуш шароити ўртача қониқарли ва 104 нафар беморнинг моддий ҳаёт шароити оғир. Теридаги патологик жараён майдони ўртача 15–20 см^2 ни ташкил этди, ўчоқлар сони 9 дан 13 тагача, жараённинг давомийлиги ўртача 1–3 ойга тўғри келди.

Жомбой туманида 2016–2020 йилларда 140 та трихофития ташхиси тасдиқланган бемор рўйхатга олинган бўлиб, шулардан: 19 нафари беморлардан, мос равишда 121 нафари йирик шохли қорамоллардан касалликни юқтирган. 21 нафари эркак ва 119 нафари аёл, шу жумладан 52 нафари бола. Беморларнинг ўртача ёши 22 ёш эди. Яшаш шароитига кўра, беморлар бўлиниши қуйидагича эди: 5 нафар беморнинг моддий турмуш шароити қониқарли, 51 нафар беморнинг моддий турмуш шароити ўртача қониқарли ва 84 нафар беморнинг моддий ҳаёт шароити оғир. Теридаги патологик жараён майдони ўртача 13–18 см^2 ни ташкил этди, ўчоқлар сони 10 дан 20 тагача, жараённинг давомийлиги ўртача 2–3 ойга тўғри келди. Беморларнинг 127 нафари эркак, 291 нафари аёл киши эди. 418 та тасдиқланган ҳолатнинг 127 нафари шаҳар аҳолиси эди, 291 нафари эса вилоятнинг туман марказлари ва уларга яқин ҳудудлар бўйича нотекис яшаётганлар орасида тарқалган эди. Қишлоқ жойлардан беморлар-

нинг кўп аниқланиши маҳаллий аҳоли ҳовлилари биноларининг ўзига хос хусусиятлари, хусусан, тупроқдан қурилган деворли кенг ҳовлили уйлар, йирик шохли қорамол ва майда чорва моллар учун қурилган биноларнинг асосий биноларга қўшилганлиги, суғориш ариқлари мавжуд экин майдонлари, баъзи ҳовлиларда сув захираси бўлиб хизмат қиладиган ҳовузлар мавжудлиги билан тушунтирилади. Беш йил давомида фақат 4 та оилавий ҳолат кузатилган бўлиб, улардан иккитасида барча оила аъзолари касалланган эди (3–5 киши). Самарқанд вилоят тери-таносил касалликлари диспансерига қилинган мурожаатлар таҳлил қилинганда: 52 % беморлар Самарқанд вилояти ҳудудидан дастлабки ташхисни тасдиқлаш учун жўнатилганлиги, 34 % беморлар бошқа сабабларга кўра олдин диспансерга мурожаат қилганлиги, 6 % беморлар ўзлари мурожаат қилганлиги ва беморларнинг фақат 8 % қайта мурожаат қилганлиги аниқланди.

Хулоса: Самарқанд вилоятида сўнгги 5 йилда қишлоқ жойларда касалликнинг оғир кечиши ва кўпроқ тарқалганлиги, шаҳар ҳудудларида касаллик енгил кечиши кузатилади. Шунингдек, олиб борган ишимизда анамнезга оид маълумотларни таҳлил қилиш натижасида қишлоқларда трихофития билан касалланган беморларнинг ўртача ёши шаҳарга нисбатан ёшроқ эканлиги аниқланди. Булардан ташкари, 2020 йилда беморлар сонининг пасайиш тенденцияси мавжуд.

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ДРОЖЖЕВЫМИ ГРИБАМИ РОДА MALASSEZIA

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА, М. ЯХШИЕВА

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

Микроскопические дрожжевые грибы рода Malassezia могут существовать как в дрожжевой, так и в мицеллярной форме. В культуре, как правило, доминирует дрожжевая форма, мицеллярная форма ассоциирована с инвазивной фазой роста гриба. Malassezia относят к труднокультивируемым микроорганизмам, требовательным к условиям культивирования, что значительно затрудняет их изучение и диагностику. Дрожжи рода Malassezia являются липофильными представителями нормальной микрофлоры кожного покрова теплокровных животных и человека, которые при соответствующих условиях могут переходить в мицеллярную форму, вызывая поверхностную инфекцию кожи или инвазивные поражения. Плотность колонизации этих микроорганизмов коррелирует с количеством выделяемого сального секрета, поэтому их много в области волосистой части головы (особенно около ушей), на лице, посередине груди и спины, а также в области гениталий. К благоприятным факторам, способствующим размножению грибов рода Malassezia, относят возраст от 20 до 40 лет, повышенное потоотделение, иммуносупрессивные состояния, прием лекарственных препаратов (кортикостероидных, антибактериальных), повышенное содержание кортизола в крови, теплый влажный климат и т. д. С точки зрения эпидемиологии и патогенеза микозов этиологическая роль грибов рода Malassezia доказана при пестром лишае, себорейном и атопическом дерматите, фолликулите, псориазе и других кожных заболеваниях.

Существует прямая зависимость между сроками начала лекарственной терапии противогрибковыми средствами и уровнем летальности: назначение противогрибковой терапии спустя 12 часов после начала инфекционного процесса увеличивает смертность более чем в 2 раза. Задержка до 48-ми часов и более, увеличивает летальность почти в 3 раза в сравнении с ранним началом (до 12 часов) терапевтических мероприятий. Таким образом, актуальным становится выявление этиологического фактора в кратчайшие сроки. Однако «золотой стандарт» – культуральная диагностика не дает такой возможности, поэтому перспективным признана разработка молекулярно-генетических методов, в том числе метода ПЦР, который сократит время исследования до 3–4 часов, позволив увеличить количество благоприятных исходов инфекционного процесса.

Корректная и своевременная видовая идентификация и количественная оценка грибов – важная задача для постановки диагноза. В зависимости от видовой принадлежности и количества возбудителя тактика лечения больных с инвазивными микозами может существенно отличаться. Одним из наиболее перспективных подходов, которые можно использовать для решения этой задачи, являются молекулярно-генетические методы с использованием полимеразной цепной реакции (ПЦР). В сравнении с фенотипическими микробиологическими методами такой подход наиболее быстрый (классическая диагностика занимает более 48 часов), требует меньшего количества биологического материала. По сравнению с методами, связанными с таргетным секвенированием видоспецифических генов, ПЦР-методики существенно дешевле, гораздо более доступны в клинической практике и занимают меньше времени.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ПО АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2020 ГОД

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

Андижанский государственный медицинский институт

Проанализирована заболеваемость зоофильной (инфильтративно-нагноительной) трихофитией по Андижанской области за 2020 год. За данный период зарегистрированы 262 больных этой разновидностью дерматомикоза, из них 178 больные мужского пола, 84 – женского. Детей до 14 лет было 117 (44,7 %) из них 87 мальчиков, 30 девочек.

Очаг поражения располагался на волосистой части головы у 26 больных, из них 21 – мужского пола, в том числе 2 – взрослых и 19 – мальчиков до 14 лет, остальные 5 больных – девочки до 14 лет. У 228 больных очаг поражения располагался на гладкой коже, из них 84 – мужчины, 68 – мальчики до 14 лет, 50 – женщины, 26 – девочки до 14 лет. Трихофития лобковой локализации выявлена у 8 больных, из них 5 – мужчины, 3 – женщины.

Наибольшее количество больных зоофильной трихофитией было зарегистрировано в марте–августе, т. е. в весеннее–летнее время года, в сентябре–феврале зарегистрированы единичные случаи заболеваемости.

При локализации очага поражения на волосистой части головы преобладали инфильтрация и гнойничковые элементы, преимущественно глубокие и поражающие волосяные фолликулы, воспалительный процесс носил бурный характер. Когда процесс локализовался на гладкой коже, преимущественно наблюдалась эритема с незначительным инфильтратом и шелушением, гнойничковые элементы были в небольшом количестве и носили поверхностный характер. При поражении лобковой области встречались и поверхностные эритематозные формы заболевания, и глубокие формы с преобладанием инфильтрации, наличием глубоких пустулезных элементов.

Таким образом, анализ статистических данных по Андижанской области за 2020 год показал, что основную массу больных зоофильной трихофитией составляют больные с поражением гладкой кожи, поражение волосистой части головы наблюдается в основном у детей до 14 лет, у взрослых иногда встречается поражение лобковой области, пик заболеваемости приходится на весенне-летнее время года.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ

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

Андижанский государственный медицинский институт

Изучены эпидемиология и клинические особенности зоофильной трихофитии по Андижанской области за 2020 год путем ознакомления историй болезни пациентов, лечившихся в грибковом отделении Андижанского областного КВД. За данный период зарегистрированы 412 больных эиз них 247 – мужского пола, 165 – женского. Детей до 14 лет было 204 (49,5 %) взрослые – 208 (50,5 %).

Очаг поражения располагался на волосистой части головы у 5 (1,2 %) взрослых и 52 (12,6 %) детей, на гладкой коже – у 114 (27,7 %) взрослых и 117 (28,4 %) детей. Сочетанное поражение гладкой кожи и волосистой части головы выявлено у 35 (8,5 %) больных детей. У 89 (21,6 %) взрослых выявлено поражение лобковой области. Из приведенных статистических данных видно, что на современном этапе заболевание с одинаковой частотой встречается и у детей, и у взрослых. У взрослых процесс главным образом локализуется на гладкой коже и лобковой области.

При локализации очага поражения на волосистой части головы преобладали инфильтрация и гнойничковые элементы, преимущественно глубокие и поражающие волосяные фолликулы, воспалительный процесс носил бурный характер. Когда процесс локализовался на гладкой коже, преимущественно наблюдалась эритема с незначительным инфильтратом и шелушением, гнойничковые элементы были в небольшом количестве и носили поверхностный характер. При поражении лобковой области встречались и поверхностные эритематозные формы заболевания, и глубокие формы с преобладанием инфильтрации, наличием глубоких пустулезных элементов.

Изучение эпидемиологии показало, что у 82 (92,1 %) взрослых больных с локализацией очага поражения в лобковой области заражение произошло при половых контактах с незнакомыми женщинами, в остальных случаях в бане, в результате ношения чужой одежды, при уходе

за животными и при других неизвестных обстоятельствах. Взрослые с поражением гладкой кожи заразились в основном при уходе за животными. Дети также в основном заразились от животных – в 156 (76,5 %) случаях либо от сверстников.

Таким образом, изучение эпидемиологии и клиники зоофильной трихофитии по Андижанской области за 2020 год показало, что поражение взрослого и детского населения данным микозом встречается одинаково часто. У взрослых растет число больных с локализацией процесса в лобковой области, поражение волосистой части головы встречается редко. При локализации процесса на волосистой части головы превалируют инфильтрация и глубокие пустулы, на гладкой коже процесс в основном проявляется эритемой и незначительной инфильтрацией, а также поверхностными пустулами.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РУМИКОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМЫ ТРИХОФИТИИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БОТИРОВ, Н.Б. НАСРИТДИНОВА, Б. АРАПОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема лечения микозов кожи всегда актуальна, так как они имеют тенденцию к широкому распространению и занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии кожи.

Цель исследования. Изучить клинико-бактериологической эффективности препарата «Румикоз» у больных с инфильтративно-нагноительной формой трихофитии.

Материал и методы исследования. Были изучены истории болезни 78 больных в возрасте от 6 до 42 лет (47 – мужского пола, 31 – женского пола), лечившихся в грибковом отделении Андижанского областного КВД по поводу инфильтративно-нагноительной трихофитии. У 58 больных процесс локализовался на гладкой коже, в том числе у 12 взрослых в лобковой области, у 14 – на волосистой части головы, у 6 наблюдалось поражение сочетанное (волосистой части головы и гладкой кожи). Всем больным проведено бактериоскопическое исследование на грибки; 37 больным – бактериологическое исследование (посев патологического материала среде Сабуро).

Больным детям в возрасте от 6 до 14 лет препарат «Румикоз» (производство ОАО «Отечественные лекарства», (РФ) назначали по 100 мг один раз в сутки, остальным больным – по 200 мг (2 капсулы) один раз в сутки в течение 15 дней. Одновременно проводилось наружное лечение: обработка и санация гнойничковых элементов в очаге поражения с последующим наложением фунгицидных средств: кремы «Дермазол», «Экалин», мази «Тербизил», «Бинафин», «Микосист» и др.

Результаты исследования. У всех больных при бактериоскопическом исследовании обнаружены грибки (при исследовании волос они располагались снаружи), а при бактериологическом исследовании у 37 больных получен рост Tr. Mentagraphytes v. gipseum. На 3–4 день лечения воспалительные явления в очагах поражения заметно уменьшились, инфильтрация начала уплощаться. На 6–7 день гнойнички и инфильтрация значительно уменьшились. На 10–12 день эритема практически исчезла, очаги очистились от гнойничковых элементов, инфильтрация осталась незначительная. На 14–15 день лечения в очагах поражения практически все клинические проявления разрешились. При трехкратном бактериоскопическом исследовании с интервалом в 2 дня после окончания лечения грибки не обнаружены.

Вывод. Полученные результаты показали высокую клинико-бактериологическую эффективность препарат «Румикоз» у больных с инфильтративно-нагноительной формой трихофитии.

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ РОДА CANDIDA МЕТОДОМ ПЦР В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ

И.Р. РАХИМОВ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Инфекции, обусловленные дрожжевыми грибами, имеют широкий спектр клинических проявлений: от локального поражения кожи, слизистых оболочек урогенитальной, дыхательной систем и желудочно-кишечного тракта до фунгемии и полиорганного поражения. Являясь представителями условно-патогенной микробиоты макроорганизма, при определенных условиях дрожжевые грибы могут вызывать инфекционно-воспалительные поражения кожи и слизистых,

а также тяжелые патологические состояния, вплоть до летального исхода. Основными представителями дрожжевых грибов являются грибы родов Candida, Saccharomyces, Debaryomyces и Malassezia. Род Candida включает более 100 видов, из них клиническое значение имеют около 20. Патогенными для человека являются C. albicans, C. tropicalis, C. krusei, C. lusitaniae, C. kefyr, C. glabrata, C. guilliermondii, C. parapsilosis, C. famata и др. Самым распространенным видом рода Candida является вид C. albicans. Сравнительно недавно, в 2009 году, был зарегистрирован новый вид Candida – Candida auris, являющийся причиной инвазивных инфекций с высоким уровнем смертности, достигающим 60 %. C. auris обладает множественной лекарственной устойчивостью к противогрибковым препаратам, некоторые штаммы могут быть устойчивы ко всем трем основным противогрибковым классам: азолы, полиены и эхинокандины. Клиническая диагностика данного вида кандидоза затруднена ввиду отсутствия патогномоничной симптоматики, а его идентификация возможна только физико-химическими (например, MALDI-TOF) или молекулярно-биологическими (например, ПЦР) методами. Из грибов, относящихся к роду Saccharomyces, инфекционную патологию вызывает вид cerevisiae. Сахаромицеты являются условно-патогенными микроорганизмами, в норме их выделяют со слизистой оболочки ротовой полости, влагалища, обнаруживают в кале, мокроте и т. д. Грибы рода Malassezia принимают непосредственное участие в патогенезе таких заболеваний, как атопический дерматит, псориаз, микробная экзема, нейродермит и т. д., оказывая усугубляющее влияние на их течение. Для подтверждения наличия кандидозной инфекции необходима не только качественная, но и количественная оценка дрожжевых грибов, проводимая в сопоставлении с клинической симптоматикой, с учетом наличия фоновых заболеваний, микст-инфекции.

Существует прямая зависимость между сроками начала лекарственной терапии противогрибковыми средствами и уровнем летальности: назначение противогрибковой терапии спустя 12 часов после начала инфекционного процесса увеличивает смертность более чем в 2 раза. Задержка до 48-ми часов и более увеличивает летальность почти в 3 раза в сравнении с ранним началом (до 12 часов) терапевтических мероприятий. Таким образом, актуальным становится выявление этиологического фактора в кратчайшие сроки. Однако «золотой стандарт» – культуральная диагностика не дает такой возможности, поэтому перспективным признана разработка молекулярно-генетических методов, в том числе метода ПЦР, который сокращает время исследования до 3–4 часов, позволив увеличить количество благоприятных исходов инфекционного процесса.

Корректная и своевременная видовая идентификация и количественная оценка грибов – важная задача для постановки диагноза. В зависимости от видовой принадлежности и количества возбудителя тактика лечения больных с инвазивными микозами может существенно отличаться. Одним из наиболее перспективных подходов, которые можно использовать для решения этой задачи, являются молекулярно-генетические методы с использованием полимеразной-цепной реакции (ПЦР). В сравнении с фенотипическими микробиологическими методами такой подход наиболее быстрый (классическая диагностика занимает более 48 часов), требует меньшего количества биологического материала. По сравнению с методами, связанными с таргетным секвенированием видоспецифических генов, ПЦР существенно дешевле, гораздо более доступ в клинической практике и занимает меньше времени.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ДИФФУЗНОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

М.Н. СОЛМЕТОВА[1], А.Ш. ВАИСОВ[2], М.Д. АЛЛАЕВА[3], О.Д. ИБРАГИМОВ[1], Б.И. МУХАМЕДОВ[1]

[1]Республиканская кожно-венерологическая клиника МЗ РУз;
[2]Ташкентская медицинская академия;
[3]Ташкентский государственный стоматологический институт

В последние годы за рубежом появились публикации о диффузном кожном лейшманиозе у больных с ВИЧ-инфекцией и у людей с другими формами иммуносупрессии (например, у реципиентов-трансплантатов). Лейшманиоз все еще остается одной из самых игнорируемых в мире болезней, предполагается, что 350 млн человек подвержены риску инфицирования лейшманиозом и ежегодно выявляются около 2 млн новых случаев заболевания. За прошедшие 10 лет был совершен очень важный научный прорыв в лечении, диагностике и профилактике лейшманиоза. (Control of Leishmaniases, Geneva, 22–26 March 2010). Первое точное описание возбудителя заболевания (L. tropica) в срезах кожных язв было опубликовано Ташкентским хирургом военного госпиталя Боровским П.Ф. в «Военно-медицинском журнале» в 1898 г. в статье «О сартовской

язве». Боровский П.Ф. верно описал структуру паразитов и их отношение к тканям хозяина. Наблюдения Боровского подтвердил его коллега по Ташкентскому военному госпиталю Шульгин К.Л. в журнале «Русский врач» в 1902 г. В 1903 г. в разных городах Индии английские ученые Лейшман и Донован опрделили возбудителя висцерального лейшманиоза. В нашей Республике благодаря работам ученых и специалистов были ликвидированы висцеральный лейшманиоз (1960-е годы) и городской тип кожного лейшманиоза (1970-е годы), однако на сегодняшний день отмечается новая волна сельского типа кожного лейшманиоза, связанного с нашествием тонкопалого суслика и краснохвостой песчанка, являющихся резервуаром возбудителя сельского типа кожного лейшманиоза.

Приводим клинический случай

Пациент, 2006 г.р., обратился в РКВКБ с тотальным поражением кожного покрова лица, туловища и конечностей из района являющегося эндемическим очагом для лейшманиоза, (Джиззакская область), с морфологически установленным диагнозом «зернистоклеточная гистиоцитома». Основанием для установления данного диагноза стало прежнее заключение общего морфолога по данным предварительно полученной биопсии. Клинически: кожно-патологический процесс носит распространенный не островоспалительный характер, элементами поражения являются широко диссеминированные пятна, папулы, бугорки, бляшки, диффузная инфильтрация кожи, особенно на поверхности экстензоров конечностей, и на лице, в области бровей и ушных мочек; чувствительность в очагах сохранена. Субъективно жалоб нет. Нами была проведена повторная биопсия с глубоким забором кожного материала с последующей окраской гематоксилин-эозином. В препарате отмечались кожная инфильтрация вакуолизированных, нагруженных паразитами макрофагов («пенистые клетки»), недостаточность лимфоцитов и отсутствие некроза и изъязвления. Паразиты в изобилии обнаружены на гистопатологических срезах тканей. При соскобе с очага поражения в большом количестве обнаружены тельца Боровского.

На основании клинических, патоморфологических исследований больному был установлен диагноз «диффузная форма кожного лейшманиоза». Тяжесть течения заболевания обусловлена сочетанием с ВИЧ-инфекцией.

Вывод. Лейшманиоз относится к природно-очаговым, трансмиссивным заболеваниям, проявляет себя в необычно тяжелых формах при сочетании с ВИЧ-инфекцией и требует особой настороженности при столкновении с необычными кожными поражениями, симулирующими неопластические процессы, как дерматологов, так и онкологов.

ПРЕПАРАТЫ «ИВЕРМЕКТИН» И «ПЕРМЕТРИН» В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННОЙ ЧЕСОТКОЙ И ДЕМОДЕКОЗОМ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Ф. ФОЗИЛОВ, Б. ТОШПУЛАТОВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. АБДУРАХМОНОВ, А.А. КУЧКАРОВ, М.Т. ТУРСУНБОЕВА

Андижанский государственный медицинский институт

Лечение больных чесоткой и демодекозом направлено на уничтожение возбудителя с помощью акарицидных препаратов, немногие из которых оказывают одинаково эффективное воздействие на клещей и их личинок и лечебный эффект некоторых из них поставлен под сомнение. Кроме того, они обладают рядом нежелательных свойств: имеют непрятный запах, пачкают одежду и белье, оказывают неблагоприятное воздействие на кожные покровы.

В последние годы в лечении осложненной чесотки и демодекоза применяют новый более эффективный акарицидный препарат «Ивермектин».

Цель исследования. Сравнить эффективность разовой дозы ивермектина (per os) с мазью «перметрин» у больных осложненной чесоткой и демодекозом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 32 больных осложненной чесоткой и демодекозом (18 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 23 до 64 лет. Клинический и эпидемиологический диагноз «чесотка, осложненная пиодермией» и «демодекоза» был подтвержден лабораторными методами обнаружения *Sarcoptes scabiei* и *Demodex folliculorum*.

Больные чесоткой, осложненной пиодермией, и демодекозом в составе комплексной терапии получали препарат «Ивермектин» по 200 мкг/кг перорально (25 больных, 1-я группа) или лечились перметриновой мазью (27 больных, 2-я группа). После одного курса лечения больные находились под наблюдением в течение 4 недель. Эффективность лечения оценивалась визуально по состоянию очага поражения, интенсивности ночного зуда, реакции кожи на лечение и др.

Результаты исследования. При исследовании существенных различий между этими препаратами и методами лечения выявлено было. Из

15 больных, получавших ивермектин, у 10 наблюдалось клиническое выздоровление. Из 17 пациентов, применявших перметриновую мазь положительный эффект отмечен у 11. Интенсивность зуда у всех больных с осложненной чесоткой снизилась на 2,7±0,5 день лечения. Стихание клинических проявлений демодекоза наблюдалось только у 10 больных 1-й группы и у 10 пациентов 2-й группы. Серьезных побочных эффектов от применения этих препаратов в комплексной терапии не отмечено.

Вывод. «Ивермектин» и перметриновая мазь являются эффективными в комплексной терапии больных чесоткой, осложненной пиодермией, и демодекозом, имеют минимальную токсичность и удобны в применении.

МИКОЗЫ СТОП И ОНИХОМИКОЗЫ У РАБОТНИКОВ АЛМАЛЫКСКОГО ГОРНО-МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО КОМБИНАТА

С.Х. ШАМАТОВ, А.Б. РАХМАТОВ

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

Онихомикозы часто диагностируются у лиц с преморбидными заболеваниями и профессиональными вредностями, в связи с чем и было проведено настоящее исследование.

Под нашим наблюдением находились 14 956 работников отрасли, среди которых при диспансеризации были выявлены 672 (4,5 %) больных с онихомикозами (мужчин – 655, женщин – 17). Следует указать, что в общей выборке больных наблюдались пациенты, работающие на Алмалыкском цинковом заводе, в рудоуправлениях «Кальмакыр» и «Чадак», на медеплавильном и известковом заводах, для которых были выделены особые триггерные факторы, связанные с особенностями конкретного предприятия.

При тщательном изучении клинических проявлений онихомикоза и расчета индекса КИОТОС было установлено следующее: проксимальная форма онихомикоза была установлена у 187 (27,8 %) больных, дистальная – у 455 (67,7 %), поверхностная – у 30 (4,5 %) больных; индекс КИОТОС в среднем составлял 19,5±0,88 балла. Согласно полученным данным была определена тактика лечения указанных пациентов. При поверхностной форме онихомикоза (30 больных) назначалась только топическая терапия с использованием противогрибковых средств широкого спектра действия (нафтифин) в течение 2 месяцев с последующим контрольным микроскопированием на патогенные грибы. Остальным пациентам назначалась системная пульс-терапия итраконазолом (текназол) по 200 мг 2 раза в день (после еды) в течение 7 дней, а в перерывах использовалась системная энзимотерапия по 3 таблетке 3 раза в день в течение 20 дней, которая позволяла усиливать этиотропную активность применяемого антимикотика и оказывала противовоспалительное и иммуномодулирующее действие. При онихомикозе кистей пациенты получали 3 пульса-терапии, при онихомикозе стоп – 4 пульса-терапии. Клинико-микологическое излечение оценивалось в сроки 3-, 6-, 9-месяцев после окончания лечения. В конечном счете выздоровление было достигнуто у 95,2 % пациентов. В случаях поверхностного онихомикоза наружные антимикотики позволяли получать выздоровление в 100 % случаев.

Для исключения рецидивов онихомикозов необходимо проведение ряда лечебно-профилактических мероприятий на предприятиях отрасли через имеющуюся систему медицинских пунктов.

МОХОВ (ЛЕПРА) КАСАЛЛИГИДА ТЕРИ, НЕРВ ТИЗИМИ ВА КЎРИШ ОРГАНЛАРИНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, Я.М. САЛИЕВ

РИД ва КИАТМ, ТТА,
Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон Республикаси минтақавий филиали

Мохов касаллиги микобактериялар (M. leprae) келтириб чиқарадиган асосан тери, периферик нервлар, юқори нафас йўллари ва кўриш органлари зарарланадиган сурункали касаллик ҳисобланади. Касалликнинг қўзғатувчиси ҳаво томчи йўли билан юқишига қарамасдан, мабодо бемор даволанмайдиган бўлса, кейинчалик унинг бутун организми зарарланади, охир-оқибатда бемор бутунлай ногирон бўлиб қолади. Расмий маълумотларга қараганда, дунёнинг 6 минтақасига кирувчи 159 дан ортиқ мамлакатларда мохов касаллиги ҳанузгача қайд қилинмоқда

ва уни ўрганиш долзарб ҳисобланади. Айтиш жоизки, республикамизда ҳам спорадик ҳолатда, айниқса, Қорақалпоғистон ҳудудида ҳанузгача қайд қилинмоқда. Ҳозирги кунда мохов касаллиги бўйича бу мамлакатда 200 дан ортиқ бемор рўйхатда туради. Дарҳақиқат, ҳанузгача мохов касаллиги учрар экан, биз унинг терида, периферик нерв тизими ва кўриш аъзоларида пайдо қиладиган клиник белгиларни билишимиз зарур. Қуйида биз ҳозирги кун талаби асосида тайёрланган ва ўрганилган касалликнинг клиник белгиларини баён қилишни мақсад қилиб қўйдик. Аввало, касалликнинг теридаги дастлабки клиник белгиларини тубдан ўрганиш учун бутун танани табиий қуёш нури тушган ёруғ ва кенг хонада текширган маъқул.

Мохов касаллигида терининг зарарланиши қуйидагича кечади:

– битта ёки бир нечта;
– аниқ ёки ноаниқ кўринувчи;
– ўлчами ўзгарувчан;
– макулалар (ясси зарарланишлар);
– папулалар (кучли зарарланишлар);
– тугунли;
– инфильтратив;
– гипопигментли (атрофидаги теридан оқишроқ);
– эритематоз, қизғиш;
– сезувчанликнинг бузилиши (ҳарорат, тегиниш ёки оғриқни ҳис қилишнинг пасайиши);
– терлашнинг йўқолиши билан қуруқ тери ва соч тўкилиши бўлиши мумкин.

Теридаги зарарланишлар тананинг исталган жойида пайдо бўлиши мумкин, лекин одатда, қўлтиқ ости ва чов соҳаси зарарланмайди.

Периферик нервларнинг зарарланиши

Периферик нервларни текшириш клиник баҳолашнинг муҳим қисми бўлиб, нервларнинг кенгайиши моховнинг туб белгиларидан бири ҳисобланади. M. leprae тананинг паст ҳароратли жойларида яхши кўпаяди ва шу боис юзароқ жойдаги нервларни зарарлайди.

Кўпинча қуйидаги периферик нервлар зарарланади:

– тирсак нерви;
– тиззаости ён нерви;
– орқа катта болдир нерви;
– ўрта нерв;
– юз нерви.

Эслатма: Периферик нерв тизимининг зарарланиши беморларда ногиронликни келтириб чиқарадиган етакчи этиопатогенетик омилдир.

Кўришни текшириш

Мохов касаллиги олдини олиш мумкин бўлган кўр бўлиб қолиш ва кўриш қобилияти бузилишининг асосий сабабларидан бири бўлиб қолмоқда. Сўнгги тадқиқотларнинг кўрсатишича, мохов билан боғлиқ потенциал хавфли кўз патологиялари даражаси 11 % дан 48 % гача ва кўрликнинг тарқалиши эса – 2,8 % дан 3,2 % гачани ташкил этади. Мохов билан боғлиқ кўриш асоратлари медикаментоз муолажагача, унинг давомида ва кейин ҳам ривожланиши мумкин. Шу боис ҳам мохов касаллигига шубҳа уйғонганда, хасталик ривожланиши ҳамда хавфли омиллар кузатилган касалларда муолажа даврида ва даволаш якунлангандан сўнг ҳам кўзларни синчковлик билан кўрикдан ўтказиш муҳим ҳисобланади.

Кўп бактерияли мохов шакллари ва кўриш қобилиятида патологиялар бўлган беморлар қўшимча равишда ташхис қўйиш вақтида, ҳар йили муолажа пайтида ва даволаниш тугагандан сўнг камида беш йил давомида офтальмолог томонидан текширилиши керак.

Мохов билан боғлиқ потенциал хавфли кўз асоратлари:

– катаракта;
– глаукома;
– лагофтальм;
– мугуз парда сезувчанлигининг пасайиши;
– мугуз пардасининг яраси;
– иридоциклит/увеит;
– склерит.

Ушбу маълумотлардан кўриниб турибдики, мохов касаллигида кўриш органларининг зарарланиши энг кўп тарқалган патологиялардан ҳисобланади. Адабиётлардан маълумки, мохов касаллигида провардида ҳар учта бемордан биттаси ҳаётини кўрлик билан якунлайди. Шу борада бизнинг ҳам Қорақалпоғистон Республикаси лепрозорияси ҳамда Республика Ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон Республикаси минтақавий филиали ходимлари билан олиб борган изланишларимиздан маълум бўлдики, ҳудудда аниқланган жами беморларнинг 30–40 % да кўриш органларининг зарарланиши мавжуд экан. Ушбу ҳолатларни тўлиқ ўрганиш учун ҳозирги пайтда барча беморларнинг кўриш органларининг зарарланишини аниқлаш ва уларни жарроҳлик усулида даволаш амалиётга татбиқ этилди.

МОХОВ КАСАЛЛИГИДА КЎРИШ ҚОБИЛИЯТИНИНГ ЗАРАРАЛАНИШИ ТЎҒРИСИДА

Э.Х. ЭШБОЕВ, Э.Н. БИЛАЛОВ, Я.М. САЛИЕВ

РИДваКИАТМ, ТТА,
Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси илмий-амалий тиббиёт маркази
Қорақалпоғистон Республикаси минтақавий маркази

Мохов касаллиги – сурункали умумлашган гранулематоз бактериал инфекциядир. Мохов касаллигининг қўзғатувиси Mycobacterium leprae бўлиб, сунъий озиқ муҳитда ўсмайдиган, берилган рангни сақлаб қолувчи ва рангсизланмайдиган, облигат, ҳужайра ичидаги ҳамда кислотага чидамли микобактерия ҳисобланади. Ушбу касалликда асосан, тери ва периферик нерв тизими зарарланади, аммо патологик жараёнга бошқа аъзолар ва тизимлар ҳам қўшилади, кўриш аъзолари, нафас олиш тизими, лимфа тугунлари ва бўғимлар шулар жумласидандир.

Мохов касаллиги олдини олиш мумкин бўлган кўр бўлиб қолиш ва кўриш қобилияти бузилишининг асосий сабабларидан бири бўлиб қолмоқда, сўнгги тадқиқотларнинг кўрсатишича, мохов билан боғлиқ потенциал хавфли кўз патологиялари даражаси 11 % дан 48 % гача ва кўрликнинг тарқалиши эса – 2,8 % дан 3,2 % гачани ташкил этмоқда. Собиқ Иттифоқ даврида 12 000–13 000 дан ортиқ моховга чалинган беморлар аниқланган бўлиб, уларнинг 20–25 % Қорақалпоғистон ҳудудига тўғри келади. Таъкидлаш керакки, ушбу беморларнинг 30–40 % да турли хил даражадаги кўз патологияси қайд қилинган.

Мохов билан боғлиқ бўлган кўриш асоратлари медикаментоз муолажагача, унинг даволаниши давомида ва ундан сўнг ҳам ривожланиши мумкин. Шунинг учун ҳам бу борада қилинадиган ҳар қанақа илмий изланишлар долзарб ҳисобланади.

Шу боис ҳам мохов касаллигига шубҳа уйғонганда, хасталик ривожланиши ҳамда хавфли омиллар кузатилган касалларда муолажа даврида ва даволаш якунлангандан сўнг ҳам кўзларни синчковлик билан кўрикдан ўтказиш муҳим ҳисобланади.

Кўпбактерияли мохов шакллари ва кўриш қобилиятида патологияси бўлган беморлар қўшимча равишда ташхис қўйиш вақтида, ҳар йили муолажа пайтида ва даволаниш тугагандан сўнг камида беш йил давомида офтальмолог томонидан текширилиши керак.

Мохов билан боғлиқ потенциал хавфли кўз асоратлари бўлиб катаракта, глаукома, лагофтальм, мугуз парда сезувчанлигининг пасайиши, мугуз пардасининг яраси, иридоциклит/увеит, склерит ҳисобланади. Ушбу асоратларни ўз вақтида аниқлаш, ташхис қўйиш, махсус давосини ишлаб чиқиш мақсадида биз Республика Ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси илмий-амалий тиббиёт маркази, Қорақалпоғистон Республикаси минтақавий маркази қошида Қорақалпоғистон Республикасида аниқланган моховга чалинган барча беморларнинг кўз патологиясини ўрганиш ва аниқлашни йўлга қўйдик. Ҳозирги пайтда назоратимизда 220 нафар мохов бемор бўлиб, уларни кузатиш давом этмоқда.

МОХОВ КАСАЛЛИГИНИГ ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКАСИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, Х.Р. БАБАЖАНОВ, Э.Н. БИЛАЛОВ, Я.М. САЛИЕВ

РИДваКИАТМ, ТТА,
Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси илмий-амалий тиббиёт маркази
Қорақалпоғистон Республикаси минтақавий маркази

Мохов одамнинг сурункали касаллиги бўлиб, уни Mycobacterium leprae қўзғатади. M. Leprae жуда секин бўлиниб кўпаяди. Шунинг учун ҳам касалликнинг инкубацион даври ўртача 5–6 йил, айрим пайтлари клиник аломатлари бир йил давомида пайдо бўлса, баъзан эса 10–20 йилга чўзилиб кетади. Бу ҳолат беморларга ўз пайтида ташхис қўйиш имконини бермайди. Шу тариқа эпидемиологик жараённи ўрганиш қийинлашиб бораверади. Касаллик кўпинча терининг зарарланиши билан кечса-да, лекин аксарият холларда периферик нерв тизими, юқори нафас йўлларининг шиллиқ қисми ва кўриш органлари зарарланади. Мохов ҳаво томчи йўли билан юқади ва шунинг учун ҳам дастлабки йиллари беморлар бурун, томоқ соҳасига шикоят қилишади. Айниқса, касаллик ниҳоясида ҳар учта беморнинг кўр бўлиб қолиши жуда кўп мутахассисларни, шу жумладан офтальмологларни ҳам ташвишга солмоқда.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг берган маълумотларига қараганда XXI асрнинг дастлабки йилларидаёқ мохов касаллигининг эллиминацияси (10 000 аҳолига битта ҳолат) режалаштирилган эди, аммо бундай бўлмади. Айрим давлатлардаги нотинчликлар (масалан, Афғонистон, Сурия, Ироқ ва айрим Африка давлатларидаги) ҳамда табиий

офатлар бу нуфузли режани тўлиқ амалга ошириш имконини бермаяпти. Шунинг учун ҳам йилданйилга ички ва ташқи миграция ҳаддан зиёд кучайиб бораётган бир пайтда мохов касаллигига эрта ташхис қўйишни билиш унинг олдини олишда ҳамда беморларнинг чуқур ногирон бўлиб қолишини тўхтатишда катта аҳамият касб этади.

Касалликнинг клиник кўриниши. Моховнинг клиник кўринишлари кучли ўзгариб туради ва патогенга иммунитетнинг жавоби, шунингдек, инфекциянинг таъсир қилиши давомийлигига боғлиқ.

Моховнинг асосий кўринишларига қуйидагилар киради:

терининг ўзига хос зарарланиши;

зарарланган периферик нервларнинг қалинлашиши (қулоқ, юз, тирсак, ўрта ва кичик болдирлар ва бошқалар);

– юзаки сезувчанликнинг бузилиши (оғриқ, тактил, ҳарорат);

– тери тўқимасидан ва бурун шиллиқ қаватидан олинган юпқа;

– суртма, шунингдек, зарарланган тери биоптатининг тўқима;

– кесмаларида кислотага чидамли микобактерияларнинг;

– мавжудлиги.

Тез-тез учрайдиган аломатлар ва белгилари терида қуйидаги ўзгаришларни ўз ичига олади:

– рангсиз (гипопигментли) ёки қизғиш (эритематоз) доғлар;

– ялтироқ қалинлашган юз териси (шер юзи);

– юз ва қулоқ солинчакларидаги шишлар ёки тугунлар;

– тери зарарланишлари ёки уларсиз сезувчанликнинг йўқолиши;

– тери зарарланишида терлашнинг йўқолиши;

– қўл-оёқлар увушиши ёки санчиб оғриши;

– қўллар, қовоқлар ва оёқлар заифлиги;

– иннервациянинг бузилиши натижасида иккиламчи жароҳатланиш;

– қўл-оёқ ва кўзларнинг кўринарли деформацияси;

– нервлардаги оғриқ, ўткир нерв фалажи, тери қопламсаи яллиғланиши, кўз оғриғи ёки иситма.

Гумон қилинса ёки ташхис тасдиқланса, тери ва периферик нервларни синчковлик билан (энг кўп зарарланадиган нервларнинг сезувчанлик ва ҳаракат функцияларини) текшириш амалга оширилиши лозим.

МОХОВ (ЛЕПРА) КАСАЛЛИГИНИНГ ТАКОМИЛЛАШТИРИЛГАН ПРОФИЛАКТИКАСИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, Э.Н. БИЛАЛОВ, Я.М. САЛИЕВ, Х.Р. БАБАЖАНОВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК; ТТА,
Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси илмий-амалий тиббиёт маркази Қорақалпоғистон Республикаси минтақавий маркази

Одамлар орасида учрайдиган юқумли касалликларнинг профилактикаси ҳар доим инсоният олдида жуда кўп муаммоларни келтириб чиқарган. Худди шу касалликлар тоифасига мохов хасталиги ҳам киритилган. Касаллик қўзғатувчисининг топилганига салкам 150 йил вақт бўлганлигига қарамасдан ҳанузгача хасталикнинг махсус профилактикаси ишлаб чиқилмаган. Аниқроғи касалликка қарши вакцина йўқ. Шунинг учун ҳам аввалари беморларни бутунлай изоляция қилиш, уларни моховхоналарда 20–30 йиллаб тутқунликда ушлаш оддий ҳол бўлган.

Эндиликда беморларни даволаш учун комбинацияланган даво терапияси амалиётга татбиқ қилинди ва унинг самараси жуда юқори бўлди. Лекин беморларни эрта аниқлаб, уларга зудлик билан даво қўлланилсагина натижа юқори бўлади. Айтиш жоизки, аниқланаётган янги асосий беморлар аслида эскидан касалланиб юрган моховнинг оиласи аъзолари орасидан (ака-ука, опа-синглиси, болалари ва бошқалар) топилиши эпедимиологик нуқтаи назардан эътиборга олинади албатта. Аммо бу борада ҳам мунозаралар ҳали жуда кўп.

Биз ўз олдимизга моховга чалинган беморларнинг маиший контактлари (мулоқотдагилар) ичида келажакда мохов касаллиги чиқмаслигининг профилактикасини, яъни олдини олишни ишлаб чиқишни мақсад қилиб қўйдик.

Тадқиқотимизда 1997, 2005, 2006, 2007 йилларда моховнинг лепроматоз лепра типи билан касалланган 5 нафар бемор ва уларнинг яқин туғишган қондош 107 та маиший контактлари бўлди. Текширишларнинг 59 нафарини эркаклар (ўғил болалар), 48 нафарини аёллар (қиз болалар) ташкил қилди. 3–5 ёшгача бўлганлар 15 нафар, 6–9 ёшдагилар 16 нафар, 10–14 ёшгача – 9 нафар ва ниҳоят 15 ёшдан катталар эса 75 нафардан иборат. Беморларнинг ёши Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти томонидан тавсия қилинган кўрсатма асосида тақсимланди.

Профилактик чора-тадбирларни белгилашдан олдин лепроматоз лепра билан касалланган беморларнинг маиший контактларининг барчасидан M. lepraega бактериоскопик текширувлар умум қабул қилинган услубда олиб борилди. Айтиш жоизки, ўша пайтда текширилган маиший контактдагилардан биронтасидан ҳам M. lepraе аниқланмади. Шундай бўлишига қарамасдан, асосий беморлар эндемик ўчоқдаги маиший контактлари орасидан аниқланиши энди бизга сир

эмас. Чунки касалликнинг инкубацион даври 6–8 ойдан 10–20 йилгача чўзилиб кетиши мумкин. Препаратнинг дозаси ва давомийлигини белгилашда биз беморларнинг ёшини ва уларнинг маиший контактда бўлган муддатини ҳисобга олдик.

Дарҳақиқат, даволаш қуйидагича олиб борилди: 3–5 ёшгача бўлган болаларга (уларнинг сони 15 нафар) рифампицин 150 мг дан 1 ойда бир маротаба 6 ой, 6 ёшдан 9 ёшгача (уларнинг сони 16 нафар) бўлган болаларга рифампицин 300 мг дан 1 ойда бир марта 6 ой давомида, 10 ёшдан 14 ёшгача (уларнинг сони 9 нафар) бўлган болаларга 1 ойда бир маротаба рифампицин 450 мг дан 6 ой муддатга ва ниҳоят 15 ёшдан юқори бўлган барча маиший контактдагиларга 1 ойда бир мартадан 6 ой давомида рифампицин ичишга буюрилди. Маҳаллий шифокорларни жалб қилган ҳолда текширувимиздаги ҳамма маиший контактлар бир йилда 2 маротаба 10 йил давомида тиббий кўрикдан ўтказилди ва назоратимизда бўлди.

Дастлабки бемор 1997 йил аниқланган (орадан 24 йил вақт ўтди) кейинги беморлар 2005, 2006 ва 2007 йилларда қайд қилинган бўлса-да, орадан 14–16 йил ўтганига қарамасдан ушбу маиший контактлар орасидан бирорнта ҳам янги беморлар аниқланмади.

Шундай қилиб, республикамизнинг лепрология тарихида биринчи бор амалиётга тақдим қилинган ва узоқ йиллар давомида назоратда бўлган мохов касаллигининг рифампицинни қўллаб, такомиллаштирилган янги самарали профилактика услуби ишлаб чиқилди. Беморлар билан узоқ вақт маиший контактда ва яқин оилавий мулоқотда бўлганлар орасидан кейинги 14–24 йил давомида янги беморларнинг қайд қилинмаслиги катта ютуқ деб тушунилади. Шу билан биргаликда таъкидлаб ўтиш жоизки, ушбу таклиф қилинган профилактик услуб эвазига беморлар ва уларнинг маиший контактлари орасида турли хил кўз касалликларининг ҳам олди олинади.

ТОШКЕНТ ВИЛОЯТИДА ҚЎТИР (ЧЕСОТКА)НИНГ АНИҚЛАНИШ ДАРАЖАСИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, О.С. ИМАМОВ, А.А. ТАСТАНОВ

РИД ва КИАТМ Тошкент вилояти филиали

Қўтир (чесотка) терининг паразитар касаллиги бўлиб, қўзғатувчисининг аниқланганлигига салкам икки аср бўлишига қарамасдан ҳанузгача юқумли касалликлар орасида одамлар учун муаммо туғдириб келмоқда. Қўтир азалдан инсониятнинг яшаш тарзи, яъни ижтимоий-иқтисодий омиллар, шу билан биргаликда аҳолининг тиббий маданияти билан жуда боғлиқ. Хасталик доимо қирғинбарот урушлар пайтида, одамларнинг оммавий миграцияси кучайганда, сув тошқини, ер қимирлаши каби талафотлар юз бергандан сўнг авж олади.

Касалликнинг қўзғатувчиси қўтир канаси ҳисобланиб, улар фақат одамларда паразитлик қилади. Шу турдаги баъзи каналар жониворларда (қўй, буғу, мусича, тўти) ҳам бўлиши мумкин. Лекин улар одамлар учун хавфли ҳисобланмайди. Демак, қўтир касаллигида касалликнинг манбаи бирдан-бир бемор одам ҳисобланади. Паразит каналарнинг тарқалиши фаслий ҳисобланиб, аксарият йилнинг салқин кунларида, жумладан, куз ойининг охири, қиш ва баҳор ойларининг дастлабки кунларида кенг тарқалади. Бемордан соғлом одамларга қўзғатувчи тўғридан-тўғри маиший алоқа пайтида бир оилада бирга истиқомат қилганда битта ўрин-кўрпадан фойдаланганда юқиб қолади. Қисқа инкубацион даврдан сўнг касалликнинг дастлабки белгилари бошланади. Яъни беморнинг териси асосан кечаси қаттиқ қичийди. Хасталик оилада, жамоада, боғча ва мактаб ёшидаги болалар орасида кенг тарқалиб кетиши мумкин. Беморлар ва уларнинг маиший контактлари, вақтида аниқланиб, давога жалб қилинмаса, бир неча ойда катта ҳудудларни эгаллайди.

Ушбу фикрларни амалиётда тўлиқ ўрганиш учун биз 2019–2020 йилларда Тошкент вилояти аҳолиси орасида қўтир касаллигининг тарқалиш даражасини ўрганишни мақсад қилиб қўйдик.

Олиб борган таҳлилларимиздан маълум бўлдики, 2019 йил давомида вилоятда 1174 та қўтир касаллигига чалинган беморлар қайд қилинган. 100 000 аҳолига интенсив кўрсаткич 40,5 бўлиб, булар орасидан 14 ёшгача бўлган болалар 519 нафар бўлиб, жами беморларнинг 41,5 ни ташкил қилган. Айни COVID-19 авж олган 2020 йилда эса вилоятда 889 нафар бемор аниқланган бўлиб, интенсив кўрсаткич 30,6 иборат бўлган. Таъкидлаш жоизки, касаллар сони 285 нафарга камайган. Жами аниқланган беморларнинг 430 таси 14 ёшгача бўлган болалар бўлиб, улар умумий аниқланган беморларнинг 48,3 % ни ташкил қилган. Болалар орасида касалланиш ҳам абсолют рақамларда 89 нафарга камайган. Дарҳақиқат, карантин даврида асосий эътибор COVID-19 инфекциясига чалинган беморларга қаратилган бўлиб, ундан ташқари аҳоли орасида маиший контактлар сони кескин камайди. Лекин республика миқёсида қўтир касаллигига чалинган 6443 нафар (19,3) беморга нисбатан ҳисобкитоб қиладиган бўлсак, деярли ҳар олтита бемордан биттаси Тошкент вилоятига тўғри келади.

Аксинча, Самарқанд вилоятида 2020 йил давомида бор-йўғи 209 нафар (5,5), Жиззах вилоятида 77 нафар (5,7) миграция жуда кучли бўлган Тошкент шаҳрида 144 нафар (5,6), Хоразмда 95 нафар (5,1) беморнинг аниқланиши бу ҳудудларда қўтир касаллигининг қайд қилиниши жуда ҳам паст даражада эканлигига кўзимиз тушади. Дарҳақиқат, эпидемиологик жараённинг тўғри талқин қилинишига ушбу маълумотлар тўлиқ имкон бермайди.

Шундай қилиб, айтиш жоизки, Тошкент вилояти ҳудудида паразитар касалликлардан бўлмиш қўтир касаллигини аниқлаш уларни ўз пайтида тўлиқ рўйхатга олиш ва профилактик чора-тадбирларни ишлаб чиқиш билан касалликнинг лаборатория ташхисоти Соғлиқни сақлаш тизими томонидан белгиланган буйруқлар (№99, 510) асосида олиб борилмоқда.

ЎЗБЕКИСТОНДА БОЛАЛАР ОРАСИДА ҚЎТИР БИЛАН КАСАЛЛАНИШ (2020–2021 ЙИЛЛАРНИНГ ОЛТИ ОЙЛИК МАЪЛУМОТИ)

Э.Х. ЭШБОЕВ, В.А. ТАСТАНО

РИД ва КИАТМ

Қўтир (чесотка) терининг кенг тарқалган паразитар касаллиги бўлиб, у билан аҳоли қатламининг деярли барчаси касалланиши мумкин. Зарарланиш ижтимоий-иқтисодий имкониятларга қарамасдан ҳаммага бир хил тарқалади. Шунинг учун хасталик қайд қилинганда шифокор-дерматовенерологдан рўйхатга ўтиш шарт ҳисобланади. Узоқ йиллик олиб борган тажрибамиздан маълумки, касалликнинг тарқалиши битта давлатда бир-бири билан чегарадош ҳудудларда ҳам бир хил эмас.

Қўтир ҳамма ёшда учрашига қарамасдан вилоятлардан берилган маълумотлар ушбу кўрсаткичнинг бир-бирига қарама-қарши эканлигини кўрсатмоқда. Шу сабаб ҳам аниқ кўрсаткичларни белгилаш учун абсолют рақамларда ёки фоизларда бермасдан, балки интенсив кўрсаткичларга катта эътибор бериш лозим.

Касалликнинг клиник манзараси унинг энг асосий диагностик кўрсаткичларидан бўлиб, уни биз типик, асоратланган, изларсиз, «инкогнито», тери скабиоз лимфоплазияси ва норвегия қўтири кўринишида кузатишимиз мумкин. Яна айтиш керакки, қўтир инфекцион генездаги хасталик ҳисобланиб, унинг ташхиси албатта лаборатор текширишларда тасдиқланиши лозим. Касалликни даволашда турли хил фармацевтик гуруҳларга кирувчи скабицидлар (антиакарацид): бензилбензоат (эмульсия ёки малҳам), олтингугурт малҳами, спрегаль ва медифокс каби препаратлар кенг ишлатилади.

Биз қўтир касаллиги билан Ўзбекистонда 2020–2021 йиллардаги касалланишни таҳлил қилиб, улар орасида болаларнинг зарарланганлигини аниқлашни мақсад қилиб қўйдик.

2020 йилнинг 6 ойи мобайнида Ўзбекистонда қўтир билан касалланиш абсолют рақамларда 2930 тани ташкил қилган. Интенсив кўрсаткичларда эса бу маълумот 8,8 га тенг бўлган. Худди шу маълумотлар 2021 йилнинг 6 ойи давомида қуйидагича кузатилган, яъни йил давомида 3080 та бемор аниқланган бўлиб, бу маълумот 100 минг аҳолига 9,2 ни ташкил қилган. Болалар орасида касалланиш ҳам 1453 дан 1524 нафарга, яъни 150 нафарга кўпайган. Айниқса, Андижон вилоятида 14 ёшгача бўлган болалар орасида қўтир билан касалланиш 100 000 аҳолига 9,5 дан 14,2 га, Наманган вилоятида 14,4 нафардан 23,3 га, Сирдарё вилоятида 11,9 дан 20,9 га ишончли даражада ошган. Лекин Тошкент шаҳрида 2021 йил 6 ой давомида 28 нафар, Жиззах вилоятида 49 нафар, аҳолиси 3,5 млн. дан ортиқ бўлган Самарқанд вилоятида 40 нафар, Хоразм вилоятида болалар орасида 26 нафаргина қўтирга чалинган беморларнинг аниқланишига ишониш жуда қийин. Айтиш жоизки, ушбу вилоятларда скабицидлар (антиакарацид) препаратларининг дорихоналарда сотилиш миқдори бир неча баробар юқори эканлигини ҳисобга олсак, беморлар сони бўйича берилган маълумотлар ҳақиқатга тўғри келмаслигини биламиз.

Шундай қилиб, бизнинг 2020–2021 йиллардаги 6 ойлик қўтир касаллиги билан касалланиш ҳисоботларини таҳлил қилишимиздан маълум бўлдики, аҳоли миграцияси кучайиб бораётган бир даврда параллел равишда 14 ёшгача бўлган болалар орасида касалланиш 1453 дан 1524 гача кўпайган. Лекин айрим вилоятларда клиник ва лаборатор ташхислар аниқ йўлга қўйилмаганлиги учун қўтир касаллигининг ҳисоботларида катта хатоликларга йўл қўйилган.

Касалликни белгиланган тиббий қонун-қоидалар асосида аниқ рўйхатга олмаслик ёки касалликни аниқлашда хатоликларга йўл қўйиш лаборатор ташхисотини амалиётга тўлиқ татбиқ қилмаслик касалликнинг асоратланган клиник кўринишининг кўпайиб кетишига олиб келади. Ундан ташқари, хасталик оилада барча болалар орасида тарқалиб кетиб, кейинчалик бу ҳолат мактабгача тарбия масканларида, мактабларда, болалар касалхоналарида, болалар уйида, жамики умумлашган жамоаларда кўпайиб кетишига сабаб бўлади.

EFFICIENCY OF USE OF LASER RADIATION AT TERAPY OF POST-ACNE CICATRICES

F.F. KHASHIMOV

Tashkent medical academy;
Department of dermatovenerology

Eels (acne) – one of the most widespread skin diseases. It suffers to 80 % of aged people of 12–25 years and to 40 % of persons 25 years are more senior. Quite often reason of eels are bacteria steady against antibiotics. In such cases laser therapy is uncontested a treatment method. The main feature of this pathology is what even after favorable treatment there are quite deep hems on a visible surface of skin, in particular on a face. Sometimes emergence of keloids growths takes place even. So in treatment of acne rash prevention of formation of cicatricial changes of skin is important. It became one of main objectives of use of laser radiation of this pathology.

The Intra Vascular Laser Radiation of Blood (IVLRB) was carried out by means of the device «Matriks-VLOK»(IVLRB), by a radiating head of KL-VLOK (IVLRB), length of a wave of 0,63 microns, capacity at the exit of the light guide of 1,5–2 MWt supplied with special needles with a teflon covering. Local radiation of the pathological centers carried out by means of the device «Mustang 017-MCS-PC» with the magnetic nozzle creating intensity of a magnetic field in 50 млТ, an exposition for 5 min., the frequency of 1000 Hz; daily (only 8–10 sessions), and also out-of-focus bunch of the CO2-laser, 5 W device KD-65 (China).

Efficiency of complex treatment estimated visually, and also by means of light, scanning and transmission electronic microscopy (SEM and TEM) microbioptats from a zone of eels and post-acne hems, and also research of erythrocytes (Er) blood from a finger and from a zone of defeat of skin. For a form assessment Er used SEM and developed in laboratory in laboratory of a patanatomiya of RSTsH of V. Vakhidov the express method of a thick drop (EMTD).

The conducted researches showed that in blood from a finger and the defeat centers the share normal eritrotsit-diskotsit-significantly decreased and the share of pathological forms of erythrocytes, such as stomatsit and ehinotsit increased. It is one of certificates that the acne illness is system defeat of an organism and the basis for IVLRB use in treatment of eels and post-acne hems along with local laser therapy. Morphological researches of eels and post-acne hems allowed to reveal in a gleam of comedones, besides erythrocytes, macrophages and other cells of connecting fabric, the small roundish formations representing droplets of lipids, and also microorganisms. At edge of comedones SEM also reveals the phenomena hyperkeratosis, unevenness of a relief of a surface of skin with quite deep craters and furrows. Microorganisms especially distinctly come to light at research by means of TEM.

More often cocci meet, is frequent on division stages, and also sticks. At a wall of eels are present numerous fibroblasts which ultrastructural features indicate their high functional activity. In post-acne hems growth and an ogrubeniye connecting woven fibers are noted. On a surface of an epithelium characteristic crests are formed. The visual morphological assessment of results of treatment of eels and post-acne hems, and also assessment of a ratio of forms of erythrocytes, showed that the best results are yielded by the combined use of IVLRB and local laser radiation in a complex with medicamentous therapy.

ТЕРИ ТОМИРЛИ ҲОСИЛАЛАРИНИ ЛАЗЕР БИЛАН ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Ф.Х. АББОСХОНОВА, А.Ш. АЛИЕВ

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкнт ш.

Бугунги кунда купероз касаллиги тарқалиши кенг тарқалган дерматозлар қаторига киритилган бўлиб, узоқ йиллар давомида ушбу касаллик ўрганилган бўлишига қарамасдан, касаллик этиопатогенези ва даволаш замонавий дерматология учун муаммо бўлиб келмоқда. Охирги йиллар давомида бизнинг регионда касаллик учраш частотаси ортиб бормоқда. Касаллик оғирлик даражаси юздаги локализацияси сурункали прогредиент кечиши ва даволашга нисбатан рефрактерлиги билан аниқланади.

Тадқиқотнинг мақсади: Купероз (розацеанинг эритематоз-телеангиэктакик подтипи) касаллиги бўлган беморларни даволашда неодим лазер (Nd Yag) ва кенг тўлкинли нур терапия (BBL) самарадорлигини таққослаш ва баҳолаш.

Тадқиқот усул ва воситалари: Тадқиқотнинг клиник қисми 2018–2021 йилларда кафедра базаси Республика тери-таносил касалликлари клиник шифохонаси ва «Mshifo dermatology &laser» хусусий клиникасида олиб борилди. Кузатув остида 88 нафар бемор олинган бўлиб улардан 51 нафарида розацеанинг эритематоз моно подтипи ва 37 тасида розацеанинг пустулёз формаси клиник симптомлари бартараф этилгандан сўнг қолган турли яққоллик даражасидаги эритема ва телеангиоэктазия кузатилган. Тадқиқотда Sciton Joule платформасининг 2 хил системаси ClearScan YAG™ (неодим лазер) ва BBL (кенг тўлқинли нур)дан фойдаланилди. Касаллик кечишининг ўртача давомийлиги, ёндош паталогияларнинг, даволаниш самарадорлигини ўртача давомийлиги, IGA ва PGA бўйича клиник симптомлар бахоланиши ўрганилди.

Хулоса. Клиник текширув усулларни ҳисобга олган ҳолда биринчи гуруҳда IGA/PGA индекси клиник кўриниш ва анамнезга Қарамасдан неодим лазер кенг тўлқинли нурга нисбатан эффективлиги нисбати куйидагича: 91,4/87,5 % ва 82,9/76,9 %. Иккинчи гуруҳда ҳам кенг тўлқинли нур эффективлиги неодим лазерга нисбатан паст нисбатда: 81,1/73,2 % ва – 58,8/51,3 %

ФРАКЦИОННЫЙ ЛАЗЕРНЫЙ ФОТОТЕРМОЛИЗ КАК МЕТОД ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

И.А. ВАИСОВ, А.В. МУН

Частная клиника «Мшифо», г. Ташкент

Актуальность. Современная дерматология сталкивается с большим количеством терапевтических трудностей. Одной из них является преодоление лекарственным препаратом рогового слоя эпидермиса для оказания терапевтического эффекта при расстройствах пигментации. Меланоциты и меланосомы располагаются в базальном и шиповатом слоях эпидермиса и вышележащие слои клеток препятствуют воздействию наружных препаратов, направленных на угнетение синтеза меланина или его распад в меланосомах.

Цель исследования. Оценить эффективность введения транексамовой и аскорбиновой кислоты при гиперпигментации (хлоазма, мелазма).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 23 пациента с хлоазмой и мелазмой в возрасте от 18 до 45 лет. Все больные были разделены на две группы: 1-й группе (10 больных) назначались наружные препараты – 3 % транексамовая кислота и 20 % аскорбиновая кислота в виде кремов; 2-й группе (13 пациентов) проводилась процедура фракционного фототермолиза на аппарате eCO2 (Lutronic) с последующим нанесением раствора транексамовой и аскорбиновой кислоте частотой процедур каждые 2 недели. Результаты оценивались по степени пигментации через 6 недель на аппарате для диагностики лица Janus II.

Результаты исследования. В 1-й группе уменьшение выраженности пигментации через 3 месяца составило 14,2 %, в то время как во 2-й группе данный показатель составил 26,7 % по сравнению с изначальными данными.

Вывод. Фракционный фототермолиз может быть использован как вспомогательный метод для доставки лекарственных препаратов в кожу на необходимую глубину. Применение данного метода позволяет увеличить эффективность применения некоторых препаратов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГИПЕРМЕЛАНИЗАЦИЯХ

У.Ю. САБИРОВ, А.Ш. ИНОЯТОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, З.У. САБИРОВА

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

Актуальность. Мелазма – это доброкачественная пигментация кожи. Существуют дермальная, эпидермальная и смешанная формы гипермеланизации. Цвет пятен зависит от глубины отложения пигмента. При эпидермальном отложении пятна коричневые, при дермальном – серо-синие или серо-коричневые.

При лечении гиперпигметнации в РСНПМЦ ДВиК используют пикосекундный лазер, лазер Q-Switch.

Antera 3D – это компактный аппарат, позволяющий определить содержание и дисперсность распределения меланина в коже с помощью мультиспектрального анализа и выявить пигмент, расположенный на значительной глубине, и его концентрацию.

Цель исследования. Оценка эффективности лазерных процедур при гиперлиланизациях.

Материал и методы исследования. Зарегистрированные в РСНПМЦ ДВиК амбулаторные карты пациентов с мелазмами, метод использования 3D диагностики аппаратом Antera 3D.

Результаты исследования. Под нашим наблюдением находились 72 пациента с мелазмами, из них 40 дали согласие на лазерное лечение. До процедур по шкале интенсивности пятна у 32(0,78 %) пациентов были оценены на 0,6–0,7, у 9 – на 0,7–0,9 (0,22 %). У подавляющего большинства пациентов пигментные пятна располагались в области скул.

После процедур в течение последних месяцев пациенты получали лазерные процедуры:

пикосекундным лазером – 25 пациентов. За две процедуры у 14 пациентов интенсивность снизилась на 0,1, у 8 0,03–0,05, у 3 – на 0,01;

Q-Switch лазером – 10 пациентов. За две процедуры у 4 пациентов интенсивность снизилась на 0,07–0,08, у 4 – на 0,05, у 2 – 0,01;

IPL-терапию – 6 пациентов. За две процедуры у 3 пациентов интенсивность снизилась на 0,04, у одного пациента – на 0,02, у 2 пациентов интенсивность пятен неизменилась.

Вывод. В процессе лечения аппарат Antera 3D за счет точного совмещения изображений по рисунку линий на коже дал достоверную сравнительную картину до и после лечения, а также четкие документированные свидетельства эффективности проведенных процедур.

ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРА PDL 595 С УЧЕТОМ РЕЗУЛЬТАТОВ ФОТОСКАНИРОВАНИЯ КОЖИ

У.Ю. САБИРОВ, Б.А. ТОИРОВ, М.З. НАЗАРОВА, Е.В. КАЛЕНДАРЕВА

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

Актуальность. В настоящее время в современной дерматокосметологии при лечении угревой болезни применяются лазерные технологии в частности, – импульсный лазер на жидком красителе с длиной волны 595. Система динамического охлаждения практически устраняет болевые ощущения во время процедуры. Угревая болезнь относится к особой группе кожных заболеваний – психосоматическим дерматозам. Акне – полиморфное мультифакториальное, хроническое, часто рецидивирующее заболевание сально-фолликулярного аппарата, характеризуется сложностью его этиопатогенеза и необходимостью комплексного подхода к терапии. Выевляемость тяжелых форм составляет, по данным разных авторов, 5–14 % от общей заболеваемости акне.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности импульсного лазера Vbeam perfecta при лечении угревой болезни с учетом результатов фотосканирования кожи в 3D Antera до и поле лечения.

Материал и методы исследования. Обследованы 60 больных с различными клиническими формами угревой болезни в возрасте от 12 до 45 лет, из них лиц мужского пола – 22, женского – 38. Всем больным до лечения проводилось фотосканирование кожи в 3D Antera, после чего 30 пациентам была назначена патогенетическая терапия, остальным 30 – патогенетическая терапия в сочетании с лазерной терапией Vbeam perfecta (Candella). Процедуры проводились 5 раз с интервалом в 3–4 недели.

Результаты иследования. По клиническим показателям камедогенная форма выявлена у 21, папуло-пустулезная – у 32 и поздние акне – у 7 пациентов.

Результаты фотосканирования кожи в 3D Antera показали уменьшение эритемы в 81,7 %

случаев после лазерной терапии. Уменьшились эритема и папулы-пустулы на 40 %, поры сузились, улучшилась структура и цвет кожи, осветлились застойные эритематозные пятна у 19,2 % исследуемых.

В результате исследования кожи на аппарате Antera 3D нами было объективно оценено состояние и все особенности кожи на разных уровнях до и после лечения – текстура, степень выраженности красноты, дефекты, состояние пор, равномерное распределение меланина, содержание и распределение гемоглобина.

Вывод. Лазерная терапия продемонстрировала высокие результаты в лечении – уменьшилось количество высыпаний, осветлились застойные пятна, улучшилась структура и цвет кожи, сузились поры. Благодаря непрерывной подаче лазерных импульсов и новейшей системе динамического охлаждения световой импульс в несколько раз превысил аналогичный показатель у других аппаратов, продемонстрировав высокую результативность и безопасность терапии, не вызывая побочных эффектов.

Во время воздействия лазерных импульсов пациенты не испытывали боли и легко возвращались к своей привычной деятельности.

ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

У.Ю. САБИРОВ, А.Ш. ИНОЯТОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, З.У. САБИРОВА

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

Актуальность. Мелазма и, в частности, хлоазма – одни из распространенных заболеваний среди всех обращений пациентов с дисхромиями кожи. Причем наиболее подвержены данному заболеванию женщины репродуктивного возраста, а также беременные преимущественно в третьем триместре.

Так как наиболее значимым провоцирующим фактором является ультрафиолетовое излучение, население Узбекистана входит в число лиц, подверженных появлению гиперпигментных пятен.

Как известно, для эффективного лечения лубового рода дефекта важную роль играет точная диагностика. Antera 3D – это компактный и простой в управлении аппарат, позволяющий в считанные секунды проводить оценку поверхности кожи, создавать и сравнивать компьютерные трехмерные изображения кожи, полученные при помощи полиспектрального анализа. Antera 3D позволяет измерять глубину морщин, количество пор, объем рубцов и углублений, распределение в коже меланина и гемоглобина. На сегодняшний день визуализация Antera 3D – это один из наиболее объективных методов оценки эффективности косметологических процедур.

Принцип работы системы Antera 3D основан на взаимодействии между светом и биологическими тканями: падающий свет частично поглощается, а частично отражается различными структурами кожи, при этом данные процессы происходят с разной интенсивностью. Полученная в процессе фотосъемки информация преобразуется в трехмерное изображение на мониторе компьютера при помощи специального программного обеспечения. Для проведения подробного анализа и подготовки полного отчета системе требуется менее 90 секунд.

Цель исследования. Изучение факторов возникновения, локализации и интенсивности мелазм/хлоазм в Узбекистане.

Материал и методы исследования. Под нашим клиническим наблюдением находились 50 пациентов с мелазмой/хлоазмой, преимущественно с локализацией в области скул – 60 %, лба – 20 %, щек и подбородка – по 10 %.

Результаты исследования. По шкале интенсивности пятна у пациентов с мелазмой в 80 % случаев можно оценить как 0,6–0,7, в 20 % – 0,7–0,9. У пациентов с хлоазмой в 60 % случаев интенсивность пятен составила около 0,6–0,7, в остальных случаях около – 0,8.

Вывод. Ведущим фактором возникновения мелазм/хлоазм в нашем регионе является ультрафиолетовое излучение и его непосредственное интенсивное воздействие на кожу. Следующим фактором возникновения гиперпигментных пятен является беременность, преимущественно пятна появляются в период первого триместра. В основном пятна локализуются в области щек, лба и подбородка, средняя интенсивность отмечается как 0,6–0,8.

БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЯ В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ МЕЛАЗМЫ

У.Ю. САБИРОВ, А.Ш. ИНОЯТОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, З.У. САБИРОВА

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

Актуальность. Гиперпигментация – одна из самых распространенных причин обращения за дерматологической и косметологической помощью, особенно в условиях повышенной инсоляции кожи в странах с соответствующими климатическими воздействиями. Несмотря на то, что наиболее часто данные эстетические изменения не влияют на физическое здоровье, они становятся основной причиной психологического дискомфорта, особенно у лиц женского пола.

Биоревитализация кожи лица – одна из самых действенных мер для профилактики фотостарения, а также ускоренной регенерации кожи. Процедура представляет собой введение подкожных инъекций гиалуроновой кислоты, которая, в свою очередь, направляют свое действие на улучшение тонуса кожи, ее цвета и эластичности, а также разглаживание мелких морщин. Кроме глубочайшего увлажнения, данная методика предоставляет коже защиту, которая построена на действии антиоксидантов, а также создает оптимальные условия для функционирования фибробластов. Именно эти клетки синтезируют очень важные структуры – эластин, коллаген и гиалуроновую кислоту.

Цель исследования. Оценка эффективности биоревитализации с использованием препарата «HYALUAL» 1,8 у пациентов с мелазмой.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 20 пациенток с признаками мелазмы в возрасте от 30 до 45 лет. Данной группе пациентов была проведена процедура биоревитализации с препаратом «HYALUAL 1,8». Инъекции в технике «пикотаж» проводились на всех участках кожи, подверженных воздействию солнечных лучей (лицо, шея, декольте и кисти рук). В каждую зону вводилось по 0,5–0,6 мл препарата. Процедура проводилась 1 раз в 3 недели,на курс 3–4 процедуры. Для подержания результата процедура проводилась 1 раз в 3 месяца.

Результаты исследования. Эффект был виден сразу после первой процедуры. Все пациенты отмечали чувство «наполненности» кожи и эффект лифтинга, который нарастал к 3–4 процедуре. Улучшился цвет лица, разгладились мелкие морщинки, уменьшалась глубина крупных морщин. Случаев непереносимости препарата не отмечено.

Вывод. Биоревитализация препаратом «HYALUAL 1,8» улучшает цвет кожи, выравнивается ее рельеф, устраняются морщины и дряблость, кожа подтягивается, выглядит моложе, уменьшается пигментация. Эффект от процедуры сохраняется продолжительный период, поскольку она формирует запас активных компонентов в коже, который на протяжении последующего периода способствует восстановлению кожи и клеток, замедлению старения.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕАБЛЯТИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ О ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1550 НМ, И МИКРОИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ 595 НМ ПРИ ТЕРАПИИ ПОСТАКНЕ (ЭРИТЕМЫ)

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

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

Актуальность. Длительность течения воспалительного акне напрямую коррелирует с риском развития постэруптивных изменений кожи, которые формируются у 95 % пациентов, а при некоторых формах акне и в 100 % случаев.

Постакне (эритема) представляет собой наиболее часто встречающееся состояние, которое представлено застойными поствоспалительными пятнами, возникающими вследствие ухудшения микроциркуляции в очагах воспаления.

Цель исследования. Оценка эффективности применения неаблятивного лазерного воздействия с длиной волны 1550 нм и микроимпульсного лазерного воздействия (PDL) 595 нм при лечении постакне (эритемы).

Материал и методы исследования. Обследованы 45 пациентов с постакне (эритемой) в возрасте от 20 до 32 лет, лиц мужского пола – 19, женского – 26 пациентов со вторым, третьим и четвертым фототипом кожи по Фицпатрику. Всем больным проводилось трехмерное фотосканирование кожи лица на мультиспектральном анализаторе Antera 3D. Для обеспечения согласованности в позиционировании прибора всем па-

циентам были проведены профилометрические измерения на одной и той же стороне лица. Впоследствии идентичная область была автоматически идентифицирована и сопоставлена на последующих изображениях и значениях, рассчитанных программным обеспечением Antera 3D ®. Пациенты были поделены на две группы: в одной из них был применен неаблятивный лазер с длиной волны 1550 нм, в другой микроимпульсный лазер 595 нм. Процедуры проводились в течение 3–4 месяцев с кратностью одна процедура в месяц.

Результаты исследования. Результаты Antera 3D фотосканирования кожи показали статистически значимое улучшение исходной эритемы постакне и от воздействия PDL, так и от фракционного неаблятивного лазерного воздействия с длиной волны 1550 нм. Было отмечено, что средняя концентрация гемоглобина в областях, где применялось лазерное воздействие снизились на 1,2–1,4 %. Средний балл оценок исследования составил 3,42 ± 0,67 для участков, обработанных фракционным лазером, и 3,33 ± 0,65 – для участков, обработанных PDL. Пациенты оценили улучшение как «хорошее» или «отличное» в 91,7 % случаев на участках обработанных фракционным лазером, и 75 % на участках, обработанных PDL.

Вывод. Отмечена высокая эффективность и безопасность лазера PDL ни у одного пациента при лечении пост акне у пациентов с IV фототипом кожи по Фицпатрику. Синяков, отеков, гиперпигментации или рубцов не отмечено. По завершении исследования 77,8 % пациентов сообщили об общем удовлетворении результатом.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛАСТИЧНОСТИ И ГИДРАТАЦИИ КОЖИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БИОРЕВИТАЛИЗАНТОВ

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

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

Актуальность. Старение – неизбежный и естественный процесс, протекающий в любом живом организме. Многие века люди всеми возможными способами стараются отсрочить старость по вполне объяснимым причинам. Люди хотят выглядеть молодо, так как это ассоциируется с красотой и здоровьем. За последнее столетие медицина добилась больших успехов в лечении людей, что увеличило среднюю продолжительность жизни человека. Благосостояние людей повышается из года в год, что позволяет людям заботиться не только о своем здоровье, но также и о своей красоте с помощью разработок научной медицины. В частности, медицина выводит на новый уровень уход за кожей, который является показателем здоровья и молодости человека. Для улучшения состояния кожи используются препараты на основе гиалуроновой кислоты. «HYALUAL booster» – это готовый препарат для биоревитализации, разработанный специалистами компании «Юрия-Фарм» (Украина), содержащий 18 мг/мл нативной гиалуроновой кислоты идентична по структуре гиалуроновой кислоте кожи. Препарат зарегистрирован на территории Узбекистана как изделие медицинского назначения (ИМН).

Цель исследования. Открытая, перспективная клиническая оценка эффективности и безопасности использования препарата «HYALUAL booster».

Материал и методы исследования. Клиническое наблюдение, изучение влагометрических, эластометрических и профилометрических показателей кожи лица, анкетирование пациентов.

В исследовании были включены 35 пациентов, из них 10 мужского и 25 женского пола, в возрасте от 18 до 54 лет, не участвовавших в аналогичных исследованиях за последние месяцы, с неотягощенным анамнезом и отсутствием дерматологических патологий. Все исследуемые доли письменное информированное согласие и соблюдали режим согласно протоколам и рекомендациям апробации.

Пациентам проводили 4 сеанса эпидермальных инъекций «HYALUAL booster» по 1,1 мл с интервалом 14 дней (день 0, 14, 28, 42) иглами 30G.

Все пробанды оценивались при обращении к медицинскому косметологу (0), после 4-й процедуры и по истечении 14 дней после последней инъекции.

Критерии влагометрических, эластометрических и профилометрических показателей кожи (для всех пациентов) оценивались по визуально-цифровой шкале от 0 до 3, где «0» означает здоровая кожа, «1» – незначительная сухость кожи лица, «2» – сухость и шелушение кожи лица, «3» – сухость, шелушение, множественные мелкие морщины в периорбитальной зоне, на коже в области лба, щек и подбородка.

Результаты исследования. При оценке состояния кожи лица (0 день) клинического наблюдения были выявлены следующие показатели: у 8 пробандов (22 %) оценка составила «3», у 22 (63 %) «2», у 5 (15 %) – «1».

На 28-й день клинического наблюдения отмечались следующие показатели: у 2 пробандов оценка составила «3» (8 %), у 6 – «2» (17 %), у 18 – «1» (52 %), у 4 – «0» (23 %, что демонстрирует улучшения состояние кожи по сравнению с первичным осмотром.

На 42-й день клинического наблюдения у 3 пробандов оценка составила «4» (11 %), у 12 – «1» (34 %), у 24 – «0» (55 %).

По истечении 14 дней после последней инъекции препаратом «HYALUAL booster» всего у 3 пациентов оценка составила «1», т. е. 7,5 % от общего числа пробандов, а у 37 пациентов была равна «0». Данный показатель демонстрирует, что препарат «HYALUAL booster» обладает мощными гидратационными свойствами и может быть применен при лечении сухости кожи, профилактике и лечении признаков фото- и хроностарения.

Вывод. Учитывая влагометрические, эластометрические и профилометрические показатели кожи в процессе проведенного испытания, необходимо отметить, что препарат, «HYALUAL booster» является безопасным и эффективным средством и может быть рекомендован в использовании в практике медицинского косметолога.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАНИНОВЫМИ ДИСХРОМИЯМИ

У.Ю. САБИРОВ, А.Ш. ИНОЯТОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, З.У. САБИРОВА

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

Актуальность. Гиперпигментация – одна из самых распространенных причин обращения за дерматологической и косметологической помощью, особенно в условиях повышенной инсоляции кожи в странах с соответствующими климатическими воздействиями. Несмотря на то, что наиболее часто данные эстетические изменения не влияют на физическое здоровье, они становятся основной причиной психологического дискомфорта, особенно у лиц женского пола.

Цель исследования. Анализ клинико-анамнестических и лабораторных данных у пациентов с дисрегуляцией меланогенеза (мелазмой, хлоазмой и поствоспалительной гиперпигментацией).

Материал и методы исследования. Разработочные карты пациентов, обратившихся в РСНПМЦ ДВиК в первой половине 2021 года с данными амбулаторного наблюдения и фотодокументированием клинических проявлений.

Результаты исследования. За истекший период были выявлены 38 больных с дисрегуляцией меланогенеза, из них 32 (84 %) – с мелазмой и 6 (16 %) – с поствоспалительной гиперпигментацией. Женщин было 34 (90 %) мужчин – 4 (10 %). 16 (42 %) пациентов были в возрасте от 30 до 40 лет, 16 (42 %) от 20 до 30 лет и 6 (16 %) больных старше 40 лет. На основе клинических проявлений 17 (44 %) пациентов имели центрофациальную форму, 12 (32 %) – молярную форму и 9 (24 %) мандибулярную форму мелазмы.

Исследование цифровым дерматоскопом выявило 11 (29 %) пациентов с эпидермальным типом мелазмы, 9 (24 %) – с дермальным типом, 18 (47 %) пациентов имели смешанный тип мелазмы.

У больных отмечались следующие сопутствующие патологии 15 (40 %) больных имели болезни гепатобиллиарной системы (загиб желчного пузыря, хронический гепатит, хронический холецистит); 12 (32 %) больных страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта (язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, гастрит); 8 (21 %) больных имели болезни щитовидной железы (гиперплазия щитовидной железы, зоб); 3 (7 %) больных имели сочетанную патологию.

Большая часть пациентов – 20 (52 %) – отметили появление гиперпигментных пятен на лице в период 5–10 лет; 16 (42 %) пациентов – менее 5 лет, 2 (8 %) пациента имели пятна более 10 лет.

Из 34 женщин 20 пациенток связывали появление пятен с перенесенной беременностью или приемом оральных контрацептивов, 8 с повышенной инсоляцией (профессиональная деятельность, проживание в зонах с чрезмерной солнечной активностью), 6 пациенток затруднились ответить и связать появление элементов с каким-либо провоцирующим фактором. Мужчины связали появление пятен с профессиональной деятельностью (длительное пребывание под прямыми солнечными лучами).

Вывод. Дисрегуляция меланогенеза чаще встречается у лиц женского пола в возрасте до 40 лет с заболеваниями гепатобилиарной системы и проявляется в виде центрофациальной формы смешанного типа мелазмы.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «AQUASHINE BR» В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАЗМЫ

У.Ю. САБИРОВ, А.Ш. ИНОЯТОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, И.И. НАЗАРОВА

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

Актуальность. Мелазма – приобретенная гиперпигментация, которая характеризуется двусторонними неравномерными коричневыми пятнами на открытых участках (лицо и реже на предплечьях). Чаще всего встречается у темнокожих женщин – обычно азиатских или латиноамериканских с III–IV типами кожи по Фитцпатрику. На образование мелазмы влияют различные факторы, включая воздействие солнца, женских половых гормонов и генетические аспекты. Патогенез мелазмы сложен, хотя изначально предполагалось, что в нем участвуют только меланоциты. Однако проведенные исследования указывают на более гетерогенный патогенез, включающий взаимодействие кератиноцитов, тучных клеток, нарушения регуляции генов, усиление васкуляризации и разрушение базальной мембраны.

На сегодняшний день существуют различные методики лечения данного заболевания, одной из которых является применение биоревитализантов с отбеливающим эффектом.

«Aquashine BR» (от «brightness» – сияние) – препарат с видоизмененной формулой, которая помимо лифтингового и общего антивозрастного эффекта вызывает депигментацию кожи за счет уменьшения синтеза меланина. В состав каждого из препаратов Аквашайн (Aquashine HA, Aquashine BR) входят более 50 активных веществ: высокомолекулярная гиалуроновая кислота с плотностью 1,5 % выполняет транспортную функцию для остальных активных веществ, а также обеспечивает глубокое увлажнение кожи; аминокислоты (24 вида) выступают как строительный материал для фибробластов и белковых соединений; биомиметические пептиды (4 вида) – последовательные соединения аминокислот – оказывают на кожу воздействие, подобное естественным факторам роста; нуклеиновые кислоты – для синтеза обновленной ДНК; витамины (14 видов), в том числе A, C, E, K, I и группы B, – для антиоксидантной защиты, стимулирования роста и деления здоровых клеток кожи лица; минералы и коэнзимы (8 видов), улучшают метаболические процессы в клетках кожи. Препарат не содержит животных белков и не требует предварительного проведения аллерготеста на белки.

Цель исследования. Оценка эффективности биоревитализации с использованием препарата «Aquashine BR» у пациентов с мелазмой.

Материал и методы исследования. Под нашим налюдением находились 28 пациенток с признаками мелазмы в возрасте от 25 до 40 лет. Всем пациенткам была проведена процедура биоревитализации с препаратом «Aquashine BR». Инъекции в технике «пикотаж» проводились на всех участках кожи с гиперпигментными пятнами, подверженных воздействию солнечных лучей (лицо, шея, декольте и кисти рук). В каждую зону вводилось по 0,5–0,6 мл препарата. Процедура проводилась 1 раз в 2 недели, на курс 4 процедуры. Для поддержания результата процедура проводилась 1 раз в 3 месяца.

Результаты исследования. Эффект был виден сразу после первой процедуры. Все пациенты отмечали чувство «наполненности» кожи и эффект лифтинга, который нарастал к 3–4 процедуре. Улучшился цвет лица, разглаживались мелкие морщинки, уменьшалась глубина крупных морщин, а самое главное – отмечалось осветление гиперпигментных пятен. Случаев непереносимости препарата не было.

Вывод. Проведенные клинические наблюдения позволяют сделать вывод об эффективности применения препарата «Aquashine BR» в лечении и профилактике мелазмы. Процедура биоревитализации данным препаратом приводит к ряду положительных эффектов: кожа целевых зон выраженно подтягивается; сокращается количество кожных высыпаний; отмечается значительное увлажнение кожи; расширенные поры сужаются; нормализуется деятельность сальных желез; разглаживаются морщины и заломы; в тканях восстанавливаются собственные процессы синтеза эластиновых и коллагеновых волокон; овал лица становится более очерченным и подтянутым; уменьшаются рубцы и, что является основополагающим в применении данного препарата при мелазме, осуществляется осветление гиперпигментных пятен. Благодаря вышеуказанным свойствам и эффектам препарат «Aquashine BR» находит на сегодняшний день широкое применение в лечении и профилактике мелазмы и других гиперпигментаций.

ПРИМЕНЕНИЕ ПИКОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАЗМЫ

У.Ю. САБИРОВ, А.Ш. ИНОЯТОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, И.И. НАЗАРОВА

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

Мелазма (хлоазма) – один из самых распространенных типов пигментации кожи. Классифицируется как доброкачественное образование, представляет собой коричневые пятна различного тона – от светлых до почти черных, – небольшой площади, расположенные преимущественно в зоне переносицы, лба, щек и над верхней губой. Согласно медицинской статистике этому недугу больше всего подвержены женщины, и лишь 5 % от общего числа заболевших приходится на представителей сильного пола. Чаще всего пятна появляются в возрасте от 20 до 50 лет, при этом в особую зону риска попадают люди со смуглой кожей лица и хорошей реакцией на загар (под солнцем или в солярии). Самое неприятное для столкнувшихся с этой разновидностью гиперпигментации – тот факт, что она крайне трудно поддается лечению. Полностью избавиться от мелазмы удается лишь каждому третьему пациенту, в остальных случаях получается лишь временно осветлить пятно, после чего через несколько месяцев наступает неизбежный рецидив.

На современном этапе одной из самых эффективных технологий в лечении мелазмы являются лазерные процедуры, а именно, пикосекундный лазер. В РСНПМЦ ДВиК проводится работа по изучению инновационного пикосекундного лазера PicoWay с тремя длинами волн – 1064 нм, 785 нм и 532 нм, который позволяет удалять пигментные образования на любых фототипах кожи, а также проводить процедуры лазерного омоложения. Уникальный принцип работы лазера PicoWay основан на воздействии энергии ультракоротких пикосекундных импульсов на ткани, которая вызывает фотомеханический эффект, приводящий к распаду пигментного пятна или чернил татуировки на более мелкие, легко устраняемые частицы. По сравнению с другими пикосекундными или с обычными Q-switched лазерами ультракороткие импульсы PicoWay оптимизируют фотоакустическое давление на цель и разрушают частицы пигмента с наименьшим количеством выделяемого тепла. Это исключает травматизацию кожи, образование шрамов и рубцов после процедуры. Результат проводимого лечения оценивается на современном диагностическом 3Д-аппарате Антера, позволяющим определить содержание и дисперсность распределения меланина в коже, используя мультиспектральный анализ, который выявляет пигмент, расположенный на значительной глубине, и концентрацию пигмента.

Цель исследования. Оценка эффективности применения пикосекундного лазера у пациентов с мелазмой с применением современной 3D-диагностики.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 30 пациенток с мелазой в возрасте от 25 до 45 лет. Данной группе пациенток проводилась процедура лазерного лечения на аппарате PicoWay 1 раз в 3 недели. Курс лечения составлял 6–8 процедур. Лазерное воздействие с длиной волны 1064 нм осуществлялось на гиперпигментных зонах по следующим параметрам: 8 mm, 0,8 J/cm^2, 6 Hz – 1 проход, 7 mm, 1 J/cm^2, 6 Hz – 2 проход. Пациенткам с более светлой кожей с фототипами II и III по Фитцпатрику проводился 3 проход с параметрами: 6 mm, 1 J/cm^2, 6 Hz. Побочных эффектов после процедуры не наблюдалось, единственным нежелательным эффектом была эритема, устраняющаяся на 2–3 день после процедуры. Оценка эффективности проводилась с помощью 3D-диагностического аппарата «Antera».

Результаты исследования. Перед началом лазерной терапии все пациентки были обследованы на аппарате Antera. У 23 из них (76,6 %) наблюдался уровень пигментации 0,6–0,7, у 7 (23,3 %) – 0,7–0,9. По вышеуказанной схеме пациентки получили курс лазерной терапии, в ходе которого проводилось повторное обследование на аппарате Antera: после 2 процедур отмечалось снижение пигментации на 0,1; после 4 процедур еще на 0,2; к концу курса лечения у 25 пациенток (83,3 %) отмечалось устранение пигментации на 0,5–0,6 по шкале Antera, у 4 пациенток (13,3 %) отмечалось снижение на 0,3–0,4, и лишь у 1 (3,3 %) пациентки – на 0,2. После процедуры наблюдалась легкая эритема, других побочных эффектов не было.

Вывод. Проведенные клинические наблюдения позволяют сделать вывод об эффективности применения пикосекундного лазера в лечении мелазмы. Пациентки уже после 2 сеансов лечения отмечали осветление гиперпигментных пятен, а после 4 процедур – значительное выравнивание цвета лица, устранение мелких мор-

щин, повышение тургора кожи, эффект лифтинга, сужение расширенных пор, что подтверждалось регулярными диагностическими процедурами на аппарате Antera. Следовательно, лазерная технология, основанная на воздействии пикосекундного лазера с длиной волны 1064 нм, является самой безопасной, с наименьшим количеством побочных явлений, безболезненной и, главное, высокоэффективной в лечении гиперпигментных нарушений кожи.

ТЕРИ СОҒЛОМЛИГИ ИНСОН САЛОМАТЛИГИНИНГ МУҲИМ ОМИЛИ

Н.Б. ХОДЖАЕВА, З.У. ТОШМАТОВА

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК

Ўзбекистон Республикаси Президентининг «2017–2021 йилларда дерматовенерологик хизматни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикаси Президентининг 30.10.2017 йилдаги ПФ-5216-сонли қарори доирасида, шунингдек, бошқа норматив ҳужжатлардаги вазифаларни ҳал этишга қаратилган. Ушбу соҳада қабул қилинган ва Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сонли «2017–2020 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йуналиши бўйича ҳаракатлар стратегияси» бўйича қабул қилинган вазифалар ижросини таъминлашда дерматовенерология касалликни илмий нуқтаи назардан тадқиқ қилиш долзарб ҳисобланади. Бинобарин, мелазма тери касаллиги бугунги кунда кўп тарқалган касаллик бўлгани учун уни замонавий технологиялар асосида тадқиқ қилиб, инновацион ёндашув асосида касалликни даволаш механизмларини ишлаб чиқиш тиббиётнинг бугунги кун тартибидаги масалалардан биридир

Мелазма (хлоазма) терининг пигментациясининг энг кенг тарқалган касаллиги бўлиб, у аёлларда 95 % ҳолларда учрайди ва асосан ҳомиладорлик пайтида ривожланади, эркакларда 20–30 % ҳолларда аниқланади. Мелазма кўпинча осиёлик наслли одамларда учрайди, Фитцпатрик бўйича тўқ рангдаги инсонларда бу муаммо кўп учрайди ва бу Ўзбекистон Республикаси аҳолисида ушбу муаммонинг долзарблигини белгилайди. Ушбу пигментация бузилиши косметик муаммодир, кўпинча беморларда катта ҳиссий азобларни келтириб чиқаради.

Мелазмани даволашнинг ҳозирги усуллари паст самарага эга ёки касаллик маълум вақтдан кейин такрорланади. Мелазмани даволашдан олдин ғайритабиий пигментациянинг ривожланиши билан боғлиқ бўлган омилларни ҳисобга олиш керак. Мелазма ривожланишида, шубҳасиз, қуёш инсоляцияси, гормонал бузилишлар, ошқозон-ичак тракти касалликларининг мавжудлиги каби омиллар муҳим роль ўйнайди. Кўпгина маълумотлар нормал меланогенезни рағбатлантиришда эстроген ва прогестеронниng ролини исботлайди. Жинсий стероидлар допахром таутомераза (DTC) ва тирозиназа каби меланогенезда иштирок этувчи ферментларни кодловчи генларнинг транскрипциясини рағбатлантиради. Сўнгги йилларда мелазма патогенезини ўрганиш натижасида эстрогенлар терига ўз таъсирини бошқа тўқималарга таъсир этувчи худди шу молекуляр орқали ўтказади. Меланоцитларда эстроген рецепторлари мавжудлиги аниқланди, улар орқали ушбу гормон меланоцитларнинг гиперактивлигини рағбатлантиради (Grimes P., 2005). Эстроген рецепторлари – ER β-нинг иммуногистокимёвий ифодаси эпидермал ўчоқларда унинг сонини кўпайтириш тенденциясини кўрсатди. Ярим миқдорий анализда ва компютер тасвирини таҳлил қилишда таъсирланмаган дермага нисбатан, эпидермал ва дермал ўчокларда, айниқса, майда қон томирлари ва фибробластга ўхшаш ҳужайралардаги эстроген миқдори сезиларли даражада ошади (Y.H. Jang, J.Y. Lee, 2010). Бир ёки бир нечта хавф омилларининг таъсири меланоцитлар сонининг кўпайишига олиб келади, бу уларнинг гиперфункциясига олиб келади, бу одатий гиперпигментли доғлар билан намоён бўлади. Шундай қилиб, терининг турли хил гиперпигментациясига бир нечта патогенетик механизмлар жалб қилиниши мумкин деб тахмин қилиш мумкин.

Мелазма турли хил даволаш усулларига резистентлиги билан ажралиб туради. Шу муносабат билан янги юқори самарали ва замонавий даволаш усулларини ишлаб чиқиш зарур. Муҳим фойда келтириши мумкин бўлган турли хил терапевтик усуллар мавжуд. Косметологияда пигментацияни олиб ташлаш учун турли хил усуллар ва процедуралар қўлланилади ва биринчи навбатда, улар меланогенез жараёнини камайтиришга қаратилган.

Юқорида айтилганларга биноан, шунингдек, патоморфологик ва иммунологик тадқиқотлар натижалари асосида мелазма ташхиси ва даволашнинг янги технологияси ишлаб чиқилади. Ишлаб чиқилган диагностика ва даволаш алгоритмлари республикамиз аҳолиси орасида пигментация бузилишларини даволаш самарадорлигини оширишга ёрдам беради.

Бунинг учун албатта ушбу касаллик билан мурожаат қилган беморлар билан яқиндан ишлаш, касалликнинг пайдо бўлиши тарихи, унинг кечиши, намоён бўлиши ўрганилади. Албатта, аксарият ҳолларда инсон организмининг ўзига хослигини эътиборга олган ҳолда ушбу касалликни даволашда ҳам ўзига хос ёндашув талаб этилади. Таклиф этилаётган мелазманинг 3Д сканерлаш усулида ташхислаш ва лазер ёрдамида даволаш технологиясининг самарадолигини ўрганиш ушбу касалликни даволашнинг замонавий инновацион ечими ҳисобланади.

Терида меланиннинг жойлашишига қараб – 1064 нм ва 532 нм режимларда Picoway Candela платформаси ёрдамида мелазмани лазер терапиясига замонавий ёндашувларни оптималлаштириш бу борада жуда ўринли ҳисобланади. Меланин гиперпигментацияларининг ташхислаш ва даволаш усуллари РИДВ ва ВИАТМ дерматокосметология бўлими ҳамда Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг дерматовенерология ва косметология кафедрасида татбиқ қилиниши мумкин. Тадқиқотлар доирасида тизимли равишда клиник (MASI-melasma area severity index), патоморфологик ва иммунологик тадқиқотлар баҳоланади. Олинган натижалар асосида клиник протоколлар ва электрон ўқув-методик қўлланмалар ишлаб чиқилиб, ОТМ ларининг ўқув жараёнига татбиқ этилиши ўқув жараёнини янада қизиқарли ва асосли ўтишига ёрдам беради.

СОДЕРЖАНИЕ

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

ДЕРМАТОЛОГИ

F.Kh. Abbaskhanova, F.B. Mirodilova, A.Sh. Aliyev. MAIN TRIGGER FACTORS OF ROSACEA (COUPEROSIS) DEVELOPMENT 4

I.I. Latipov, B.C. Azizov, M.Q. Farmonova. VITILIGO PATOGENEZI VA KOMPLEKS TERAPIYASIDAGI KLINIK-IMMUNOLOGIK JIHATLAR 4

S. Liluashvili, T. Kituashvili, G. Galdava. TRIGGERS FOR PSORIASIS, WHAT'S NEW? 5

D.D. Nabiyeva. SKIN MANIFESTATION OF HIV INFECTION IN CHILDREN 5

U.Yu. Sabirov, Sh.Sh. Tashpulatov. TO DETERMINE THE POSSIBLE RELATIONSHIP OF POLYMORPHIC VARIANTS OF TNF-α AND TGF-SS GENES WITH THE RISK OF DEVELOPING VITILIGO 6

A.A. Sadikov, G.Sh. Toxtayev. EXPERIENCE OF APPLICATION OF PREPARATIONS OF THE FATIDERM LINE IN THE COMPLEX OF LENIA AND PREVENTION OF BACTERIAL-MYCOTIC SKIN INJURIES IN PROFESSIONAL ATHLETES 7

G.Sh. Toxtayev, Kh.Kh. Safarov, N.B. Ergasheva. ACNE TREATMENT: EXPERIENCE AND PROSPECTS 8

M.Sh. Tursunov, Y.J. Aytugdiyev, B.A. Elbobyev. STUDYING LABORATORY INDICATORS IN PATIENTS WITH PSORIASIS 9

Д.Х. Абдиева, М.С. Валиева, Н.И. Дырда. «БЕПАНТЕН» В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА И ЭКЗЕМЫ 9

Д.Х. Абдиева, Н.И. Дырда, М.С. Валиева. AKNETRENT В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИФОЛЛИКУЛИТА ГОФФМАНА 10

Д.Х. Абдиева, М.С. Валиева, Н.И. Дырда. ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ ФЕКСОФЕНАДИНОМ 11

Д.Х. Абдиева, Н.И. Дырда, М.С. Валиева. ПРИНЦИПЫ ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИХТИОЗА 11

Д.Х. Абдиева, М.С. Валиева, Н.И. Дырда. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАКРОЛИМУСА В ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА 12

С.Д. Абдуллаев. ТУҒМА ИХТИОЗ КАСАЛЛИГИДА ТЕРИ ТУЗИЛМАЛАРИДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ЁШГА ВА ИҚЛИМ ШАРИОТИГА БОҒЛИҚ ЖИҲАТЛАРИ 12

А.А. Абдурашидов. ТОМИР ИЧИДА ҚОННИ ЛАЗЕР БИЛАН НУРЛАНТИРИШ УСУЛИНИ АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ КЕЧИШИГА ТАЪСИРИ 14

А.А. Абдурашидов. COVID-19 БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРДА ГЕМОРРАГИК ВАСКУЛИТ ҲОЛАТИ 15

Х.А. Абидов, К.Н. Хаитов. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИНТЕРЛЕЙКИНЫ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 16

Х.А. Абидов. РОЛЬ ВИТАМИНА D В РАЗВИТИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 16

Ф.В. Азимова, Р.Р. Закиров. ПУТИ АКТИВАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АНДРОГЕНОВ ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ 17

Ф.В. Азимова, Ш.Ш. Шорахмедов. ПОСТКОВИДНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ 18

Ф.В. Азимова, Р.Р. Закиров. ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ 19

Ф.В. Азимова, З.Н. Мавлянова. К РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ С АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ 21

А.Ш. Алиев, У.А. Ташкенбаева. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ С ВУЛЬГАРНЫМИ УГРЯМИ 22

А.Ш. Алиев, Б.И. Мухамедов. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ САРКОИДОЗА КОЖИ С АТИПИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ 22

С.С. Арифов, О.А. Бабаджанов. ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА VEGFA В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА, АССОЦИИРОВАННОЙ С DEMODEX FOLLICULORUM 23

С.С. Арифов, Н.С. Иброхимова, И.Б. Нурматова. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ 23

С.С. Арифов, Н.С. Иброхимова. СЛУЧАЙ АКТИНИЧЕСКОГО ПОРОКЕРАТОЗА 24

З.Ф. Аширов, А.Б. Рахматов, Д.Т. Равшанова. СЛУЧАЙ ГЕРПЕТИФОРМНОЙ ЭКЗЕМЫ КАПОШИ 24

К.З. Ботиров, А.Б. Пакирдинов, Л.М. Алиев, Ф.А. Фозилов. ДИАГНОСТИКА ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ 25

К.З. Ботиров, А.Б. ПакирдиноВ, Л.М. Алиев, А.А. Кучкаров. ДЕМОДЕКОЗ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ 26

К.М. Гаджимурадова, М.А. Иванова, М.Н. Гаджимурадов, С.Н. Алиева. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ 27

А.В. Герлингер, Н.В. Деева, И.Г. Сергеева, А.И. Якубович. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМОЛЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С СУХОСТЬЮ КОЖИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОРНЕОМЕТРИИ 28

Д.С. Джалилов, А.Б. Рахматов. ЛАДОННО-ПОДОШВЕННАЯ КЕРАТОДЕРМИЯ ПАПИЙОНА-ЛЕФЕВРА 28

Д.С. Джалилов. РОЛЬ IgE У БОЛЬНЫХ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОЙ КЕРАТОДЕРМИЕЙ 29

Д.С. Джалилов. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ КЕРАТОДЕРМИЙ 30

А.А. Еремина, О.А. Макеенко, И.Г. СЕРГЕЕВА[1], А.И. ЯКУБОВИЧ. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С МУТАЦИЕЙ 2282DEL14 31

Ш.З. Мавлянова, С.Р. Муминова, Ж.Б. Муллаханов, Н.Я. Мадрахимова, Ю.А. Алимухамедова, К.М. Еркулов, Л.Р. Тожибоев. ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ MRSA У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ 31

Ш.З. Мавлянова, Е.В. Есионова. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ВУЛЬГАРНОГО ПЕМФИГУСА 32

Ш.З. Мавлянова, Г.Р. Разикова, Ю.А. Алимухамедова, И.С. Разиков. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 33

Ш.З. Мавлянова, С.Р. Муминова, Ж.Б. Муллаханов, Ю.А. Алимухамедова, Н.Я. Мадрахимова, К.М. Еркулов, М.К. Ишчанов. К ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ГЕНОТИПОВ STAPHYLOCOCCUS SPP. У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ В НЕКОТОРЫХ РЕГИОНАХ УЗБЕКИСТАНА 33

Ш.З. Мавлянова, С.Р. Муминова, Ж.Б. Муллаханов, Ш.Н. Мирзакулова, Н.Я. Мадрахимова. ОЦЕНКА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ШКАЛЫ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УВЛАЖНЯЮЩЕГО КРЕМА (ДИСДЕРМ) 34

Ш.З. Мавлянова, М.С. Мутавалиев, Ю.А. Алимухамедова, М.А. Кодирова. ЗНАЧЕНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ С АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ 35

Н.Н. Маликова, С.С. Арифов. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АКНЕ 36

А.М. Маннанов. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 36

А.М. Маннанов. ХАРАКТЕР НАЧАЛА И ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ 37

Ж.С. Медетова, А.Б. Рахматов. СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПОПОВА 38

А.В. Мун. ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ 38

А.В. Мун. КЛИНИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ 39

О.Ю. Олисова, Н.И. Меликова, У.А. Ташкенбаева, А.Ш. Алиев. РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ВУЛЬГАРНЫЙ ПСОРИАЗ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ, Г. ТАШКЕНТА 39

А.Б. Пакирдинов, К.З. Ботиров, Л.М. Алиев, А.А. Кучкаров, А.А. Абдурахмонов. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ КЕРАТОДЕРМИИ С ПРОСВЕЧИВАЮЩИМИ ПАПУЛАМИ 40

А.Б. Пакирдинов, К.З. Ботиров, А.А. Қўчқаров, Н.Б. Насритдинова, Ф.А. Фозилов. АНДИЖОН ВИЛОЯТИДА ҚИШЛОҚ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ЧИН ПЎРСИЛДОҚ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ДАРАЖАСИ 41

А.Б. Пакирдинов, К.З. Ботиров, Л.М. Алиев, А.А. Кучкаров, А.А. Абдурахманов. ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АКНЕ В СОЧЕТАНИИ С НУММУЛЯРНОЙ ЭКЗЕМОЙ 41

В.Н. Подчасов, И.Г. Сергеева, А.И. Якубович. ОЦЕНКА СУБЭПИДЕРМАЛЬНОЙ ГИПОЭХОГЕННОЙ ПОЛОСЫ (SLEB) НА СКАНОГРАММАХ КОЖИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ 42

Д.Т. Равшанова, А.Б. Рахматов. СЛУЧАЙ ИЗОТОПИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ВУЛЬФА 43

Г.Р. Разикова, Ш.З. Мавлянова, К.Т. Бобоев. ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ARG753GLN (RS5743708) ГЕНА TLR2 В РАЗВИТИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 43

А.Б. Рахматов, Т.П. Рахматов. ЛИМФОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ЙЕССНЕРА-КАНОФА 44

А.Б. Рахматов, Н.Д. Ташпулатов. СЛУЧАЙ УЗЕЛКОВОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА КОЖИ 45

А.Б. Рахматов, Р.Х. Махмутов, И.Б. Нурматова. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 45

А.Б. Рахматов, Н.А. Расулова, Х.Т. Мирахмедова. СЕКУКИНУМАБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ 46

А.Б. Рахматов, О.П. Хидиров. КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ИХТИОЗА 47

А.Б. Рахматов, Р.С. Хикматов. ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 48

А.Б. Рахматов, Д.А. Иноятов. СЛУЧАЙ МЕТАЛЕЙШМАНИОЗА КОЖИ 48

А.Б. Рахматов, А.У. Шарипов, А.А. Коваленко, Д.С. Джалилов. СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ ПАХИОНИХИИ 49

А.Б. Рахматов, И.Б. Нурматова. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ 50

А.Б. Рахматов, М.К. Халдарбеков. К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА 50

А.Б. Рахматов, М.М. Эшниязов, А.К. Самандаров. СЛУЧАЙ ИГЛИСТОГО ИХТИОЗА 51

А.Б. Рахматов, М.М. Эшниязов, А.К. Самандаров, К. Абдуллаходжаев. СЛУЧАЙ БУЛЛЕЗНОЙ ВРОЖДЕННОЙ ИХТИОЗИФОРМНОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ 52

А.Б. Рахматов, З.Ф. Аширов, К.А. Абдуллаходжаев, Т.П. Рахматов. СЛУЧАЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО КАЛЬЦИНОЗА КОЖИ 52

А.Б. Рахматов, Н.А. Расулова, И.Б. Нурматова. ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 53

А.Б. Рахматов, М.М. Эшниязов, А.К. Самандаров. ВИЧ-АССОЦИИРОВАННАЯ САРКОМА КАПОШИ 54

У.Ш. Рихсиев. КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ У ДЕТЕЙ 54

У.Ш. Рихсиев. МОНОТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ «НАНО-МЕЛАНИН»ОГРАНИЧЕННЫХ ФОРМ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ 55

У.Ю. Сабиров, А.Б. Рахматов, Д.В. Рахматова. РОЗУВАСТАТИН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 56

У.Ю. Сабиров, А.Б. Рахматов, Д.В. Рахматова. ПСОРИАЗ И ОЖИРЕНИЕ 56

У.Ю. Сабиров, Д.В. Рахматова, А.Б. Рахматов. ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСАНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 57

У.Ю. Сабиров, Р.С. Хикматов. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ 57

У.Ю. Сабиров, Ф.В. Азимова, Ш.Ш. Шорахмедов. ПОСТКОВИДНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ 58

У.Ю. Сабиров, Ф.В. Азимова, Б.А. Тоиров, С.Р. Муминова, З.Н. Мавлянова. ПРИМЕНЕНИЕ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ 59

У.Ю. Сабиров, Ф.В. Азимова, Б.А. Тоиров, М.З. Назарова, Е.В. Календарёва. ЛЕЧЕНИЕ ВИТИЛИГО С ПОМОЩЬЮ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА 60

У.Ю. Сабиров, Ш.З. Мавлянова, С.Р. Муминова, Б.А. Тоиров, Г.С. Бабакулова. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И КРЕМНИЙ СОДЕРЖАЩИХ НАРУЖНЫХ СРЕДСТВ 61

У.Ю. Сабиров, Ш.З. Мавлянова, С.Р. Муминова, Б.А. Тоиров, Г.С. Бабакулова. СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМНИЙСОДЕРЖАЩИХ СРЕДСТВ И ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ 61

У.Ю. Сабиров, А.А. Якубов. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ТЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА 62

У.Ю. Сабиров, А.А. Якубов. ЗНАЧЕНИЕ DEMODEX FOLLICULORUM В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА 63

М.Н. Солметова, М.А. Гафур-Ахунов, А.Ш. Ваисов. БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ – ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ТАШКЕНТА 63

А.А. Сыдиков, Г.Б. Пягай, Н.С. Ибрагимова, М.Д. Аллаева. НОВЫЙ МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОДЕРМИИ 64

У.А. Ташкенбаева, Г.Д. Клеблеева. ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСЛЕ COVID-19 64

У.А. Ташкенбаева, Г.Д. Клеблеева. ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСЛЕ COVID-19 65

У.А. Ташкенбаева, Х.А. Тожимуродов. SARS-COV-2 КЕЛТИРИБ ЧИҚАРГАН ЯНГИ COVID-19 КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДА ТЕРИГА ХОС ЎЗГАРИШЛАРНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ 65

К.Н. Хаитов, Х.А. Абидов. ДЕРМАТОСКОПИЯ КОЖИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ 66

К.Н. Хаитов, З.М. Абидова, Х.А. Абитов. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА У ДЕТЕЙ 66

Ф.Ш. Хамидов, Б.Ш. Абдувалиев. ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО ПРЕПАРАТОМ «ПРОТОПИК» НА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС КАЧЕСТВА ЖИЗНИ 67

Ф.Ш. Хамидов, М.Т. Турсунбоева. МАЗЬ «МУПИРОЦИН» В ЛЕЧЕНИИ БУЛЛЕЗНОГО ИМПЕТИГО 67

Ф.Ш. Хамидов, Ш.Қ. Зокиров. МЕТОТРЕКСАТ ВА МЕЛОКСИКАМ ПРЕПАРАТЛАРИНИ ЎЧОҚЛИ АЛОПЕЦИЯДГИ САМАРАДОРЛИГИ 68

Ф.Ш. Хамидов. ЭЗМИТОП КРЕМИНИНГ НЕЙРОДЕРМИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДАГИ САМАРАДОРЛИГИ 68

Ф.Ф. Хашимов. ОЗОНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ 69

Н.О. Цой. ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНОВ ГРУППЫ А, D_2 И ФОЛАТОВ В ПИЩЕ НА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ АКНЕ У ДЕТЕЙ И ЮНОШЕЙ 70

Э.Х. Эшбоев, А.С. Неъматов, Ж.А. Мустанов. ЎЗБЕКИСТОНДА ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ – ЭТИОЛОГИЯСИ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА КАСАЛЛИК МАНБАИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР 70

А.Б. Рахматов, М.К. Ишжанов, Ж.С. Медетова. СЛУЧАЙ СТОЙКОЙ ВОЗВЫШАЮЩЕЙСЯ ЭРИТЕМЫ 72

А.И. Якубович, А.С. Ларионенко. ПРОБЛЕМЫ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА 73

А.И. Якубович, Ф.М. Менг, А.А. Менг. ПЛАЗМЕННАЯ МЕДИЦИНА КАК ОДНО ИЗ ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ 73

М.Ф. Яхшиева, Ш.З. Мавлянова, И.Б. Шукуров. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА 74

ВЕНЕРОЛОГИЯ

А.М. Абидов. К ВОПРОСУ ОШИБОК В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА *75*

Ж.Т. Нураев, К.А. Юлдашев. ҚОНДАГИ «СОҲТА МУСБАТ» БИОЛОГИК СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАРИНИНГ (СМБСР) КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ 75

Ж.Т. Нураев, К.А. Юлдашев. ҚОНДАГИ «СОҲТА МУСБАТ» СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАР (СМСР) ҲАҚИДА 76

Д.Ф. Порсохонова, С.Н. Рахматуллаева, Х.Р. Халидова, Ю.А. Алимухамедова. НЕКОТОРЫЕ КРИТЕРИИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ 76

Д.Ф. Порсохонова, М.Л. Росстальная, Х.Р. Халидов. НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМУ ТЕЧЕНИЮ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ГЕНИТАЛИЙ У БЕРЕМЕННЫХ 77

К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров. ИНТЕРЛЕЙКИН-2 В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 78

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров, К.К. Юлдашев, Д.Х. Жуманов. ГОНОРЕЯ В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА ПЕРИОД С 1946 ГОДА ПО 2020 ГОД 79

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров, К.К. Юлдашев, Д.Х. Жуманов. СИФИЛИС В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА ПЕРИОД С 1946 года ПО 2020 год 79

К.А. Юлдашев, К.К. Юлдашев, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев, И.Б. Нурматова. ПЛАЦЕНТАРНЫЙ БАРЬЕР У БЕРЕМЕННЫХ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ 80

К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров. ПОКАЗАТЕЛИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 80

К.А. Юлдашев, К.К. Юлдашев, Н.К. Курбанова, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев, И.Б. Нурматова. СОСТОЯНИЕ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ СИСТЕМЫ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ, БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ 81

К.А. Юлдашев, Н.К. Курбанова, К.К. Юлдашев, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев, И.Б. Нурматова. СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ ПО ДАННЫМ ЭКГ 82

К.А. Юлдашев, К.К. Юлдашев, Н.К. Курбанова, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев. СОСТОЯНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ, БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ 82

К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров. γ–ИНТЕРФЕРОН В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 83

К.А. Юлдашев, Н.К. Курбанова, К.К. Юлдашев, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев, И.Б. Нурматова. УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ, БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ 84

ЗАРАЗНЫЕ И КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

O.S. Imamov, I.N. Abduvakhitova, G.Sh. Toxtayev. IMPROVEMENT OF THERAPY FOR ZOOANTHROPONOSIS TRICHOPHYTOSIS 85

F.F. Umurov, G.A. Ismoilova, Z.M. Abidova. TERI LEYSHMANIOZINI DAVOLASHDA MAHALLIY IMMUNOMODULATOR – GOZALIDON PREPARATINING KLINIK SAMARADORLIGI 86

Д.Х. Абдиева, Н.И. Дырда, М.С. Валиева. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАХОВОЙ ЭПИДЕРМОФИТИЕЙ 87

Э.Н. Билалов, Э.Х. Эшбоев, Я.М. Салиев. ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЕПРЫ 88

А.С. Гильдиева, А.А. Коваленко, Б.С. Иноятов. НОВЫЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОНИХОМИКОЗОВ 88

Н.Д. Икрамова, И.Р. Рахимов. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП 89

Н.Д. Икрамова, И.Р. Рахимов, З.М. Абидова. СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ 90

Ш.И. Қурбонов, Ш.Қ. Ахмедов. САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ТРИХОФИТИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ 91

Ш.З. Мавлянова, Ю.А. Алимухамедова, М. ЯхшиевА. НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ДРОЖЖЕВЫМИ ГРИБАМИ РОДА MALASSEZIA 92

А.Б. Пакирдинов, К.З. Ботиров, Б. Арапов, А.А. Кучкаров. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ПО АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2020 ГОД 93

А.Б. Пакирдинов, К.З. Ботиров, Б. Арапов, А.А. Кучкаров. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ 93

А.Б. Пакирдинов, К.З. Ботиров, Н.Б. Насритдинова, Б. Арапов. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РУМИКОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМЫ ТРИХОФИТИИ 94

И.Р. Рахимов, Ю.А. Алимухамедова. НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ГРИБКОВЫХ ИНФЕКЦИЙ РОДА CANDIDA МЕТОДОМ ПЦР В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ 94

М.Н. Солметова, А.Ш. Ваисов, М.Д. Аллаева, О.Д. Ибрагимов, Б.И. Мухамедов. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ДИФФУЗНОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 95

Ф.Ш. Хамидов, Ф. Фозилов, Б. Тошпулатов, К.З. Ботиров, А.А. Абдурахмонов, А.А. Кучкаров, М.Т. Турсунбоева. ПРЕПАРАТЫ «ИВЕРМЕКТИН» И «ПЕРМЕТРИН» В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННОЙ ЧЕСОТКОЙ И ДЕМОДЕКОЗОМ 96

С.Х. Шаматов, А.Б. Рахматов. МИКОЗЫ СТОП И ОНИХОМИКОЗЫ У РАБОТНИКОВ АЛМАЛЫКСКОГО ГОРНО-МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО КОМБИНАТА 97

Э.Х. Эшбоев, Я.М. Салиев. МОХОВ (ЛЕПРА) КАСАЛЛИГИДА ТЕРИ, НЕРВ ТИЗИМИ ВА КЎРИШ ОРГАНЛАРИНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ 97

Э.Х. Эшбоев, Э.Н. Билалов, Я.М. Салиев. МОХОВ КАСАЛЛИГИДА КЎРИШ ҚОБИЛИЯТИНИНГ ЗАРАРАЛАНИШИ ТЎҒРИСИДА 99

Э.Х. Эшбоев, Х.Р. Бабажанов, Э.Н. Билалов, Я.М. Салиев. МОХОВ КАСАЛЛИГИНИГ ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКАСИ 99

Э.Х. Эшбоев, Э.Н. Билалов, Я.М. Салиев, Х.Р. Бабажанов. МОХОВ (ЛЕПРА) КАСАЛЛИГИНИНГ ТАКОМИЛЛАШТИРИЛГАН ПРОФИЛАКТИКАСИ 100

Э.Х. Эшбоев, О.С. Имамов, А.А. Тастанов. ТОШКЕНТ ВИЛОЯТИДА ҚЎТИР (ЧЕСОТКА)НИНГ АНИҚЛАНИШ ДАРАЖАСИНИНГ ТАҲЛИЛИ 101

Э.Х. ЭШБОЕВ, В.А. ТАСТАНО. ЎЗБЕКИСТОНДА БОЛАЛАР ОРАСИДА ҚЎТИР БИЛАН КАСАЛЛАНИШ (2020–2021 ЙИЛЛАРНИНГ ОЛТИ ОЙЛИК МАЪЛУМОТИ) 102

КОСМЕТОЛОГИЯ

F.F. Khashimov. EFFICIENCY OF USE OF LASER RADIATION AT TERAPY OF POST-ACNE CICATRICES 103

Ф.Х. Аббосхонова, А.Ш. Алиев. ТЕРИ ТОМИРЛИ ҲОСИЛАЛАРИНИ ЛАЗЕР БИЛАН ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ 104

И.А. Ваисов, А.В. Мун. ФРАКЦИОННЫЙ ЛАЗЕРНЫЙ ФОТОТЕРМОЛИЗ КАК МЕТОД ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ 104

У.Ю. Сабиров, А.Ш. Иноятов, Н.Б. Ходжаева, З.У. Сабирова. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГИПЕРМЕЛАНИЗАЦИЯХ 105

У.Ю. Сабиров, Б.А. Тоиров, М.З. Назарова, Е.В. Календарева. ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРА PDL 595 С УЧЕТОМ РЕЗУЛЬТАТОВ ФОТОСКАНИРОВАНИЯ КОЖИ 105

У.Ю. Сабиров, А.Ш. Иноятов, Н.Б. Ходжаева, З.У. Сабирова. ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ 106

У.Ю. Сабиров, А.Ш. Иноятов, Н.Б. Ходжаева, З.У. Сабирова. БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЯ В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ МЕЛАЗМЫ 107

У.Ю. Сабиров, С.Р. Муминова, Б.А. Тоиров, Г.С. Бабакулова. ПРИМЕНЕНИЕ НЕАБЛЯТИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ О ДЛИНОЙ ВОЛНЫ 1550 НМ, И МИКРОИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ 595 НМ ПРИ ТЕРАПИИ ПОСТАКНЕ (ЭРИТЕМЫ) 107

У.Ю. Сабиров, Ф.В. Азимова, Б.А. Тоиров, Н.Б. Ходжаева. ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛАСТИЧНОСТИ И ГИДРАТАЦИИ КОЖИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ БИОРЕВИТАЛИЗАНТОВ 108

У.Ю. Сабиров, А.Ш. Иноятов, Н.Б. Ходжаева, З.У. Сабирова. АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАНИНОВЫМИ ДИСХРОМИЯМИ 109

У.Ю. Сабиров, А.Ш. Иноятов, Н.Б. Ходжаева, И.И. Назарова. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «AQUASHINE BR» В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАЗМЫ 110

У.Ю. Сабиров, А.Ш. Иноятов, Н.Б. Ходжаева, И.И. Назарова. ПРИМЕНЕНИЕ ПИКОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАЗМЫ 111

Н.Б. Ходжаева, З.У. Тошматова. ТЕРИ СОҒЛОМЛИГИ ИНСОН САЛОМАТЛИГИНИНГ МУҲИМ ОМИЛИ 112